

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Raquel Silva Barretto

**Estigma e Violência na percepção dos Profissionais de Saúde Mental de
uma Unidade Psiquiátrica de Hospital Geral**

Rio de Janeiro
2016

Raquel Silva Barretto

**Estigma e Violência na Percepção dos Profissionais de Saúde Mental de uma
Unidade Psiquiátrica de Hospital Geral**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Estudos em Violência Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública e subárea Violência e Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Ana Elisa Bastos Figueiredo.

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª Adalgisa Peixoto Ribeiro.

Rio de Janeiro
2016

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

B273e Barretto, Raquel Silva
Estigma e violência na percepção dos profissionais de saúde
mental de uma Unidade Psiquiátrica de Hospital Geral. / Raquel
Silva Barretto. -- 2016.
106 f.

Orientador: Ana Elisa Bastos Figueiredo
Adalgisa Peixoto Ribeiro
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Estigma Social. 2. Violência. 3. Saúde Mental. 4. Unidade
Hospitalar de Psiquiatria. 5. Pessoal de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. –362.2

**Estigma e Violência na Percepção dos Profissionais de Saúde Mental de uma
Unidade Psiquiátrica de Hospital Geral**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Estudos em Violência Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública e subárea Violência e Saúde.

Aprovada em: 18/02/2016.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a Ana Elisa Bastos Figueiredo
Orientadora

Prof^a. Dr^a Adalgisa Peixoto Ribeiro
Coorientadora

Prof^a. Dr^a Nina Soalheiro Prata
Convidada interna – ESJV Fiocruz

Prof^a. Dr^a Rita Louzada
Convidada externa – IPUB/UFRJ

Rio de Janeiro
2016

“Precisamos resolver nossos monstros secretos, nossas feridas clandestinas, nossa insanidade oculta. Não podemos nunca esquecer que os sonhos, a motivação, o desejo de ser livre nos ajudam a superar esses monstros, vencê-los e utilizá-los como servos da nossa inteligência. Não tenha medo da dor, tenha medo de não enfrentá-la, criticá-la, usá-la.”

Michel Foucault

AGRADECIMENTOS

A Deus primeiramente, por ter me conduzido até aqui.

Aos meus avós Delfim e Fátima (em memória), pelo grande amor.

Aos meus pais Marcelo e Jovina e ao irmão Bruno, meus exemplos de vida.

Aos meus chefes, pela confiança, compreensão e sabedoria que me transmitem diariamente.

Aos amigos Fernanda Souza Matouc, Gabriela Mendonça e Jefferson Henrique, meus companheiros psicólogos.

À minha orientadora, Ana Elisa, por acreditar em mim e me inspirar com a sua dedicação depositada no trabalho de ensino e pesquisa.

À co-orientadora, Adalgisa Ribeiro, pelas suas contribuições.

Aos técnicos da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), figuras importantes para a concretização desse processo formativo.

À CAPES, pelos recursos disponibilizados para que essa dissertação se tornasse possível para mim.

LISTA DE SIGLAS

AT – Análise Temática

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FFCL – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras

FMSN – Fundação Municipal de Saúde de Niterói

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

HU – Hospital Universitário

IPUB – Instituto de Psiquiatria Universidade Federal do Rio de Janeiro

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde.

PRÓ-PET – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PUBMED – Public Publisher Medline

RT – Residências Terapêuticas

SUS – Sistema Único de Saúde

UFF- Universidade Federal Fluminense

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UPHG - Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral

USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE QUADROS

QUADRO. VIOLÊNCIA E SAÚDE MENTAL	34
QUADRO 2. VIOLÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL.....	35
QUADRO 3. HOSPITAIS GERAIS, UNIDADE HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA..	37
QUADRO 4. ESTIGMA, VIOLÊNCIA E SAÚDE MENTAL	49
QUADRO 5. PERFIL DOS ENTREVISTADOS	Anexo II

LISTA DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1 – COMPREENSÃO SOBRE ESTIGMA E VIOLÊNCIA.....	52
DIAGRAMA 2 - RELAÇÃO ENTRE ESTIGMA E VIOLÊNCIA.....	72
DIAGRAMA 3 – ESTIGMA COMO EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA.....	74
DIAGRAMA 4 – VIOLÊNCIA, ESTIGMA E DOENÇA MENTAL.....	81

RESUMO

A presente investigação teve como objetivo estudar a percepção dos profissionais de saúde mental sobre o estigma como expressão de violência em relação aos pacientes com transtornos mentais internados em Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral. A pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário, situado no município do Rio de Janeiro. Realizou-se uma pesquisa exploratória, descritivo-analítica com abordagem qualitativa, em que 06 (seis) profissionais da equipe de saúde mental - psiquiatras e enfermeiros - responderam a uma entrevista semi-estruturada. A forma de análise dos dados colhidos nas entrevistas foi a análise temática. Os profissionais apresentaram maior compreensão sobre violência, ao passo que não demonstraram familiaridade com o termo estigma. Apesar disso, houve concordância sobre a relação do estigma com a violência. Reconhecem que esse fenômeno é presente nas práticas profissionais sendo que o estigma enquanto expressão da violência se dá de forma naturalizada, sendo difícil identificá-la no âmbito institucional. O estigma como expressão da violência segundo os entrevistados interfere na relação saúde e doença e pode agravar o sofrimento mental. Os profissionais de saúde mental se consideram agentes de mudança: eles têm um papel importante na desconstrução dos seus próprios estigmas e nas reproduções sociais, para isso é necessário estarem capacitados e compreenderem sobre o campo no qual estão inseridos.

Palavras-chave: Estigma, violência, saúde mental, unidade psiquiátrica em hospital geral, profissionais de saúde mental.

ABSTRACT

This research aimed to study the perception of mental health professionals on stigma as an expression of violence in relation to patients with mental disorders in Psychiatric Unit in General Hospital. The survey was conducted in a University Hospital, located in the municipality of Rio de Janeiro. An exploratory, descriptive-analytic research with qualitative approach, in which 06 (six) mental health team professionals-psychiatrists and nurses-responded to a semi-structured interview. The form of analysis of the data collected in the interviews was the thematic analysis. The professionals showed greater understanding about violence, while not demonstrated familiarity with the term stigma. Nevertheless, there was agreement on the relationship of stigma with violence. Recognize that this phenomenon is present in professional practices and stigma as an expression of violence naturalized, being hard to identify her with in institutions. The stigma as an expression of violence according to the interviewed interferes with the relation health and disease and can worsen the mental suffering. The mental health professionals consider themselves agents of change: they play an important role in the deconstruction of its own stigmata and in social reproduction, it is necessary to be trained and understand about the field in which they are inserted.

Keywords: Stigma, violence, mental health, psychiatric unit in general hospital, mental health professionals.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA	15
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
3.1. Definição de Termos	17
3.1.1. Estigma.....	17
3.1.2. Violência	17
3.1.3. Transtorno mental	18
3.1.4 Unidades psiquiátricas de hospitais gerais	18
3.2. Revisão de literatura ampliada	20
3.2.1. Livros e capítulos de livros	20
3.2.2 Artigos em periódicos	33
4. PRESSUPOSTO TEÓRICO	42
5. OBJETIVOS	
5.1 Geral	43
5.2 Específicos	43
6.TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	
6.1 Tipo de pesquisa	44
6.2. Contextualizando o campo de pesquisa	45
6.3. Sujeitos	48
6.4. Forma de abordagem dos sujeitos.....	48
6.5.Coleta de dados	49
6.6.Questões norteadoras.....	50
6.7.Forma de análise dos Dados	50
6.8. Considerações éticas	52
7. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	53
7.1. Compreensão de Estigma e Violência.....	54
7.2. Relação entre Estigma e Violência	72
7.3. Estigma como expressão da violência	74
7.4. Estigma, Violência e Doença Mental.....	81
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
9. REFERÊNCIAS	97
ANEXO I	
ANEXO II	

1. INTRODUÇÃO

Violência é um fenômeno antigo na história humana. Ela sempre existiu ao longo dos processos civilizatórios: em disputas, colonizações e guerras. A pesquisadora Cecília Minayo (1994) nos chama a atenção para a existência do fenômeno na narrativa bíblica, vinculada às relações de poder existentes.

O termo sugere diversas associações, ligadas principalmente à agressividade e a coerção física. No imaginário social, podemos perceber que a “violência” ainda está intimamente atrelada aos contornos físicos.

De grande importância nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), no Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde (Kruger, et al. 2002, p.5), define violência como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, dirigido a outrem, de forma que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em danos físicos ou psicológicos”

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) assumiu oficialmente a temática, em 2001, com a publicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. O cenário nacional é marcado por um alto índice de violências e acidentes, que aumentam relativamente os gastos dos serviços de saúde com internações, tratamentos, medicalizações e capacitação de profissionais. Esses eventos trazem como consequência também seqüelas permanentes e a redução da expectativa de vida, principalmente da população jovem, a mais afetada pelos acidentes e violências. O quadro epidemiológico no país aponta diversos dados envolvendo os acidentes de trânsito, homicídios entre jovens, homicídios em periferias e “zonas de conflito instalado”(BRASIL, 2001; MINAYO, 2009; WASELFISZ, 2004).

No entanto, a violência de natureza psicológica, que gera importantes impactos na saúde mental tem sido menos documentada nos estudos e pesquisas da área da saúde coletiva. Pouco se fala das violências e dos abusos psicológicos, que trazem consequências diversas para a saúde e atingem de formas diferenciadas os grupos destacados como mais vulneráveis, entre eles os doentes mentais, os idosos, as crianças e as mulheres. Como afirma Minayo (2003), a violência psicológica indica também a rejeição e conflitos nas relações interpessoais os mais diversos

No caso dos doentes mentais, tentando minimizar a violência que sofriam nos dispositivos de atenção tradicionais - manicômios - a Reforma Psiquiátrica Brasileira possibilitou o surgimento de novos dispositivos de atenção à saúde mental e, nessa

construção incluem-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, as Residências Terapêuticas, os Ambulatórios Psiquiátricos e os Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais, que são ainda mais recentes enquanto dispositivos próprios para o atendimento em saúde mental. Segundo Pitiá (2011), de 2002 a 2010 foram extintos 18.658 leitos em hospitais psiquiátricos seguindo a tendência da Reforma Psiquiátrica que tem como foco a desospitalização e o cuidado em rede uma comunitária de serviços. Gradativamente esses leitos estão sendo substituídos pelos leitos psiquiátricos em hospital geral para a atenção integral ao indivíduo com transtorno mental.

No presente estudo considero o estigma como expressão de violência em relação às pessoas com transtornos mentais.

Situo o interesse pelo tema desde a graduação. Como psicóloga formada pela Universidade Federal Fluminense – UFF, procurei a interdisciplinaridade, unindo-me aos grupos de estudos com ênfase nas ciências políticas e sociais. Nesse contexto o estudo sobre saúde mental se dá no bojo de um processo onde a saúde contempla perspectivas psicossociais.

Entre experiências na área da saúde mental, situo o estágio em pesquisa ligada ao programa PRÓ- PET – Saúde Mental, do Ministério da Saúde, realizada em parceria com a Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMSN), utilizando como campo de estudo os dispositivos da Rede de Saúde Mental do município. O objetivo foi acompanhar pacientes com transtornos mentais em um CAPS, na trajetória que faziam pela rede e pelos demais serviços de saúde, entre os anos de 2012 e 2013. Ao longo desse trajeto, surgiu então a motivação para continuar trabalhando na investigação dos fenômenos de violência, em articulação com a saúde mental, motivação esta que possibilitou a discência em “violência e saúde”, área da Pós-Graduação no Curso de Mestrado em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz.

Um questionamento tem me acompanhado nesse percurso: Os profissionais de Saúde Mental consideram o estigma como expressão de violência em relação aos pacientes com transtornos mentais? Essa violência pode ser um facilitador para o agravamento do sofrimento mental desses pacientes?

A dissertação abordará então os temas: estigma, violência e saúde mental, segundo a perspectiva dos profissionais que atuam nessa área, das pesquisas já produzidas e dos seus autores clássicos.

Após introduzir um panorama sobre o tema a ser estudado, a presente dissertação traz a justificativa para tal investigação, seguida pelo embasamento teórico. Para fins de compreensão, principalmente dos leitores que não têm proximidade com as categorias principais (saúde mental, violência e unidade de psiquiatria em Hospital Geral) há uma definição conceitual. Em seguida a revisão da literatura por ser ampliada, foi subdividida em dois momentos: o primeiro situou livros e teses de autores que estudam os temas violência, estigma e saúde mental e, em um segundo momento foi realizada uma revisão nas Bases virtuais de pesquisa, com foco em publicações tanto nacionais, quanto internacionais existentes nessa mesma perspectiva. Embora tal investigação se reafirme como inédita, as demais investigações trazidas nas tabelas deram embasamento e reafirmaram (ou não) a análise dos dados obtidos.

O pressuposto teórico foi colocado como a hipótese principal, capaz de ser refutado na conclusão da tese. Os objetivos gerais e específicos foram contemplados a fim de guiar toda a investigação. Em seguida, a metodologia definiu o tipo de pesquisa, sugeriu a aproximação do leitor com o campo de estudos, incluiu os sujeitos da pesquisa e informou qual instrumento seria utilizado para a coleta de dados. Mais uma inovação proposta nessa investigação se deu na forma da análise de dados. Não foram encontrados artigos nacionais que descrevessem o passo a passo detalhado, proposto pelas autoras americanas Braun e Clarke (2006) portanto, foi necessário traduzir o artigo original e trechos relevantes foram contemplados nesse item.

Finalizando a metodologia, foram inclusos os números dos pareceres dos Comitês de Ética e Pesquisa.

Após os demais itens, a análise das entrevistas foi dividida em temas mais aparentes dentro das questões, de acordo com as falas dos profissionais.

As considerações finais apresentam ao leitor a conclusão da investigação, sob o ponto de vista da pesquisadora. Embora não seja possível falar da conclusão como um término, uma vez que essa dissertação dá subsídios e convida os interessados para a realização de novas pesquisas nessa área.

As referências utilizadas e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encerram o presente projeto.

Os itens que compõem a dissertação foram estruturados conforme a ordem com que foram citados anteriormente.

2. JUSTIFICATIVA

Alguns autores como Goffman (1988) Becker (2008) e Minayo (2009), afirmam que o estigma e a violência, de modo geral são capazes de afetar a saúde dos indivíduos, produzindo ou agravando patologias e transtornos já existentes e, a imersão nessa temática aparece como interesse para a saúde pública

No Brasil, assim como no cenário internacional quando procuramos artigos em bases científicas sobre agravos na saúde é possível a obtenção de um grande número que falam sobre fatores externos. Alguns citam os impactos atribuídos ao uso de agrotóxicos, transgênicos e até mesmo a dependência química (ANVISA, 2013; Lima, 2001; Brito Filho, 1999; Pratta e Santos, 2004; Kessler, Diemen e Pechansky, 2004). Porém, o interesse nos estudos de caráter subjetivo é recente e menos reconhecido se comparado aos estudos sobre as ciências naturais. Torna-se relevante a contribuição em um campo que ainda é restrito, uma vez que aspectos subjetivos podem promover mudanças tanto individuais quanto coletivas, seja do homem em direção ao seu meio ou do meio em direção ao homem.

A busca de artigos e periódicos em bases bibliográficas reconhecidas, que será apresentada no item Fundamentação Teórica deste estudo permitiu destacar os inúmeros trabalhos com ênfase nos dispositivos de saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas (RT) e Centros de Convivências, mas as Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral são pouco enfatizadas. No entanto são espaços importantes de investigação, que contemplam a saúde mental literalmente imersa na lógica da saúde psiquiátrica pública, em outro nível de atenção, considerando principalmente a não segregação de sujeitos por patologias apresentadas. Esse modelo está sendo implantado no Sistema de Atenção à Saúde Mental brasileiro mais recentemente e talvez por essa razão apresente ainda um número baixo de produção científica, conforme verificado em nossa revisão de literatura. Verifiquei também que não existe produção no contexto do estigma como expressão de violência em relação aos pacientes com transtornos mentais, internados em Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral, embora esse tema possa ser encontrado em trabalhos que abordam outros dispositivos como CAPS, Emergências Psiquiátricas. Portanto no âmbito brasileiro, este estudo apresenta caráter inédito

A importância do estudo sobre estigma como expressão de violência em relação às pessoas com transtornos mentais internadas em Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral também propicia o conhecimento sobre a implementação das Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil.

A Reforma Psiquiátrica é posta como um processo contínuo, que alterou a imagem do tratamento psiquiátrico, da hierarquia presente no modelo biomédico, das práticas e violações em torno dos pacientes internados e até mesmo do que neologizo como a epidemiologia da morbimortalidade nas internações manicomial. Uma nova Política foi implementada face ao sistema que prevalecia anteriormente então, investigações sobre as condições de um novo sistema, de uma estrutura outra de cuidado, também vão no sentido de analisar os espaços e práticas no contexto dos pacientes em questão. Tais investigações são capazes de avaliar / monitorar a resposta dos profissionais e da sociedade civil sobre a efetividade dessa nova estrutura.

As Unidades Psiquiátricas dos Hospitais Gerais devem funcionar de acordo com o que é proposto pela Lei 10.216. A investigação nesse sentido permite verificar “se” e “como” a violência ainda se dá no locus de internação psiquiátrica, propiciando uma análise sobre a realidade das internações contemporâneas. Se o modelo da Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral é pensado como um espaço substitutivo às práticas de tortura e mortalidade presentes em internações manicomial que perduraram até o início do século XXI, é preciso verificar se de fato não há nesse novo dispositivo fatores, agentes ou comportamentos que permitam o retrocesso. O estigma precisa ser repensado com muita cautela nesse dispositivo, a fim de evitar atos que não condizem com a “autonomia”, “humanização e integralidade”, “desinstitucionalização”, “equidade” e reconhecimento do sujeito privilegiando seu meio e sua história.

Diante de cenários políticos onde a saúde mental é constantemente repensada e por vezes confrontada, faz-se necessário reafirmar os benefícios trazidos pelos novos dispositivos, assim como demonstrar e debater os impasses encontrados viabilizando a atualização constante das ideologias e práticas, objetivando a regressão para um modelo que incitava a desumanização, violência e óbito das pessoas com transtornos mentais.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A revisão da literatura científica é fundamental para o desenvolvimento de um projeto consistente. Ela permite o conhecimento em âmbito científico de pesquisas e trabalhos que fundamentam os estudos sobre o objeto delimitado. Para este trabalho, a revisão bibliográfica dividiu-se em dois momentos: definição de termos e revisão da literatura ampliada.

3.1. Definição de Termos

Com o intuito de situar o leitor, apresentamos abaixo, as definições dos termos “chave” - estigma, violência, transtornos mentais e leitos psiquiátricos em hospitais gerais - usados na compreensão do objeto de estudo.

3.1.1. Estigma termo estudado principalmente por Goffman. Faz referência aos atributos que um indivíduo possui e, fogem daqueles que a sociedade considera como normais. Deste modo, uma dada característica pode se tornar um estigma,

“especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande e possui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real” (GOFFMAN, 1975, p.12).

Por ser um ato de outrem, capaz de interferir diretamente na vida dos sujeitos, podendo causar danos e/ou sofrimento, o estigma pontua-se na ordem da violência

3.1.2. Violência - o interesse pelos estudos da "violência" resultaram em diversos materiais a partir da década de 90. Existem correntes que buscam a causalidade da violência, uma dessas correntes analisa fatores biológicos; uma segunda fala sobre o arbítrio individual e relaciona pessoas mais violentas ao fanatismo religioso ou doença mental; uma terceira corrente fala sobre o "espaço social como ambiente de corporificação da violência. O fato é que como estamos falando de multiplicidades, não se pode determinar causas únicas ou primárias para esse fenômeno. Minayo afirma que, ao mesmo tempo em que cometemos violência também sofremos algum tipo de violência. Talvez por esse motivo seja tão difícil definir ou padronizar "o que é a violência". Porém,

as condições sociais desfavoráveis, campo da violência, podem propiciar comportamentos com diagnóstico psiquiátrico.

"A violência representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima".
(MINAYO, 2003, p.30)

3.1.3. Transtorno Mental é uma terminologia que foi apropriada pelas ciências médicas e da saúde. Segundo Ballone (2008, p.1) são classificados pela OMS como:

"condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global".

Ainda segundo Ballone (1990) os transtornos mentais e comportamentais não constituem apenas variações dentro da escala do "normal", sendo antes, fenômenos claramente anormais ou patológicos. Entre os transtornos mentais estão esquizofrenia, neuroses, psicoses, transtornos de humor, entre outros.

3.1.4. As Unidades Psiquiátricas em hospitais gerais estão incluídos nos Leitos de Atenção Integral preconizados pela Política Nacional de Saúde Mental (2001).

"Estes leitos devem ofertar o acolhimento integral ao paciente em crise, devendo estar articulados e em diálogo com outros dispositivos de referência para o paciente. A tendência é de que esta rede de leitos de atenção integral, à medida de sua expansão, e à medida da expansão de toda rede aberta de atenção à saúde mental, apresente-se como substitutiva à internação em hospitais psiquiátricos convencionais. Para tanto, é preciso investimento dos gestores em regulação – os leitos de atenção integral em saúde mental são um componente essencial da porta de entrada da rede assistencial e um mecanismo efetivo de garantia de acessibilidade" (BRASIL, 2001).

A **desospitalização** pensada à luz da Reforma Psiquiátrica é o que Delgado (1990) situa como um conjunto de práticas assistenciais, que vão além do desmonte dos

Hospitais Psiquiátricos. **Desospitalizar** é repensar o modelo de assistência, onde o paciente anteriormente isolado tem agora a possibilidade de ser reinserido no convívio social. A desospitalização também é um rompimento ideológico, onde as equipes devem estar preparadas para compreender o sujeito dentro da sua integralidade, o que envolve as relações, que se dão principalmente com o seu território, família e trabalho. Portanto, as Unidades Psiquiátricas de Hospitais Gerais, como dispositivos que atendem às necessidades da Rede de Saúde Mental, devem romper com os ideais asilares e se comprometer com a garantia de direitos no campo da atenção psicossocial. Não há como falar sobre Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais e desospitalização sem mencionarmos a desinstitucionalização, uma vez que este último termo pode soar perfeitamente como meta a ser atingida.

Recentemente, a Portaria 2.840, de 29 de dezembro de 2014 criou o Programa de **Desinstitucionalização** da Rede de Atenção Psicossocial, no âmbito do SUS. Desde a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a desinstitucionalização entrou em pauta, sendo veiculada através da transformação do modelo assistencial / implementação de novos dispositivos visando substituir as internações em Hospitais Psiquiátricos. Antes dessa Portaria já se colocava a desinstitucionalização como estratégia chave na atenção à saúde mental.

A Portaria vem então com a proposta de garantir os direitos, a autonomia e cidadania de pessoas que estão em internações de longo prazo.

A desinstitucionalização cabe às equipes de saúde, quando se fala em alguns pontos, como: a reabilitação psicossocial, a reorganização dos espaços de internação psiquiátrica, as ações e projetos terapêuticos, a rearticulação dos vínculos familiares e sociais e a promoção da saúde.

As Unidades de Internação Psiquiátrica em Hospitais Gerais, são pensadas com a proposta dos pacientes terem atenção especializada de modo que não sejam excluídos do convívio social. As internações não são de longa permanência, os espaços são readaptados e [em tese] as equipes devem estar prontas para o cuidado integral.

3.2. Revisão da literatura ampliada

Neste estudo utilizei autores que se debruçaram nos estudos sobre violência, sobre estigma e sobre transtornos mentais e que mais se aproximaram em termos teóricos da abordagem por mim pretendida. São autores que tratam dos temas violência, estigma e doença mental sob o ponto de vista da sociologia, da antropologia e da psicologia, numa triangulação teórica que me permita estudar esses temas multifacetados. As reflexões desses autores servirão de base para as análises das entrevistas

3.2.1 Livros e capítulos de livros

Erving Goffman sociólogo, opta pela linha da sociologia interpretativa cultural, seguindo Max Weber. O destaque de Goffman na sociologia norte-americana é inexorável.

“Suas obras ganharam repercussão em todo o mundo, inclusive no Brasil, pelo The Big Three, que inclui os três livros escritos no início de sua carreira: Asylums (traduzido como Manicômios, prisões e conventos, publicado pela Perspectiva em 1974, atualmente na 7ª edição), The presentation of self in everyday life (traduzido como A representação do eu na vida cotidiana, publicado pela Vozes em 1975, atualmente na 13ª edição) e Stigma (Estigma, publicado em 1975 pela Zahar Editores. (MARTINS, 2008: p.136).

Os livros enfatizados ao longo desse trabalho serão: *Manicômios, Prisões e Conventos* e *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Conhecido como o pioneiro, dos estudos sobre “estigma”, Goffman (1988) define o termo tendo como ponto de partida a sua história na Grécia Antiga. Nessa época os “escravos”, “criminosos” e “traidores” eram distinguidos com cortes ou queimaduras. Essas marcas sinalizavam que aquelas pessoas eram “pessoas poluídas” do ponto de vista social. Estigma, portanto é uma conotação muito antiga e seu cerne subjaz ao meio cultural e social. A sociedade busca subterfúgios para estabelecer atributos e categorias que se incluem no perfil de um “ser normal e normativo”. Desse modo, aqueles que não se

enquadram ao que a sociedade define como normal e normativo são passíveis de sofrerem atos estigmatizantes

“A identidade social é utilizada como uma norma, onde o estranho diante do padrão social é diferente e ganha o significado negativo, podendo ser uma pessoa má, perigosa ou fraca, tornando-se indesejada.” (GOFFMAN, 1988, p. 12)

A estranheza entre a identidade social e o padrão social compõe o que Goffman pontua como discrepância entre a identidade social virtual e a identidade social real. Sendo assim, o indivíduo é depreciado naquele grupo que já passou por um processo de ressignificação e categorização diferenciando-se previsível normativamente em um estereótipo.

Ainda segundo Goffman,

“O estereótipo envolve expectativas por parte dos perpetrantes, daquilo que se deseja que o outro seja ou dos modos como se acredita que o outro deva se comportar.” (p.13)

Para ele, existem três tipos de estigma:

“o de ordem física corporal, como deformações; as culpas de caráter individual ou não naturais, marcadas por vontades fracas, crenças falsas; e paixões tirânicas, entrando nesse âmbito as pessoas com transtornos mentais, alcoolistas, homossexuais e, os estigmas tribais das raças, nações e religiões.” (p.14:15).

Goffman mencionou a palavra - normais - para definir os que de modo geral fazem parte da sociedade e não se encontram nesses grupos, como estigmatizados.

Ressalto algo fundamental: a inclusão das pessoas com transtornos mentais, como cidadãos, que também se inserem em um meio formulado por crenças, regras e signos. Portanto, o próprio sujeito com transtornos mentais também assimila as “normas” da sociedade.

Goffman observa que

“por pertencer a um meio social, o estigmatizado também tem as crenças e aspirações do devir

identitário compartilhado por todos e se reconhece com alguém que engloba a realidade “normal”, como os outros, mas as expectativas sociais e excludentes vão aos poucos agindo sobre esses sujeitos, que em algum momento percebe-se como diferente em algum de seus atributos e, incorpora sentimentos de depreciação, vergonha e inferioridade. (...) Afirma-se então a vitimização do sujeito estigmatizado.” (p.19:21).

Como complemento para o entendimento de estigma pontuado por Goffman, utilizei o contemporâneo Howard S. Becker, sociólogo que trouxe contribuições para a Sociologia do Desvio. Becker, no primeiro capítulo do seu livro “*Outsiders: Estudo de Sociologia do Desvio*” inicia a discussão sobre as regras impostas socialmente. Afirma que os grupos sociais programam e executam

“de modo formal ou informal, determinadas regras impondo-as e diferenciando o que julgam ser certo do que julgam ser errado. Algumas pessoas infringem tais regras e, não conseguem viver de acordo com as determinações do grupo, tais pessoas são nomeadas - outsiders.” (BECKER 2008, p. 15).

Na perspectiva do desvio busca entender porque algumas pessoas não conseguem cumprir as regras e para isso utiliza a relação medico - paciente, principalmente do ponto de vista das nosologias psiquiátricas, em que qualquer mau funcionamento do indivíduo, não importava em relação a que regra, era considerado um sinal de doença mental como “*divórcio, crime, arte, liderança política indesejada, participação em questões sociais ou o abandono dessa participação.*” (p.20)

O autor traz uma novidade em relação ao desvio como a “não obediência” às regras sociais quando diz que os indivíduos estão inseridos em diversos grupos sociais e, nem sempre quando não seguem a norma de um deles significa que está descumprindo com as normas de outros grupos. Aproxima-se dos atributos de estigma mencionados por Goffman, quando ao longo desse capítulo afirma que

“tendemos a buscar características próprias para os desviantes, ou padrões sociais que os diferenciem mas, ao mesmo tempo os categorizem e os tornem homogêneos. (...) Para um ato ser ou não desviante, depende de como outras pessoas reagem a ele.” (p. 22,)

O desvio então estaria estritamente relacionado à posição de grupos sociais que rotulam e determinam fatores considerados adequados ou não. Becker ainda ressalta que nem sempre o “desvio” em um período histórico será considerado o mesmo desvio em outro. O mesmo foi afirmado por Goffman. E mais do que isso: “*o poder para impor as regras geralmente está mais associado aos grupos cuja posição social lhes dá armas e poder.*” (GOFFMAN, 1988 p.30).

O filósofo francês Gilles Deleuze dedicou uma parte dos seus estudos à esquizofrenia, e trouxe contribuições fundamentais para os estudos da subjetividade. Em seu livro “*Diferença e Repetição*”, há uma oposição ao generalizável, que é quantificado e às particularidades determinadas, de modo que rotulam e estabelecem classificações para os indivíduos.

Deleuze deu ênfase à repetição, diferente da generalização, que é “*da ordem dos sujeitos submetidos às leis*” (1988, p:12). Expõe o singular. O singular de cada sujeito, de cada fenômeno, uma vez que existem potências. Como afirma Deleuze,

“Repetir é comportar-se, mas em relação a algo único ou singular, algo que não tem semelhante ou equivalente. Como conduta externa, esta repetição talvez seja o eco de uma vibração mais secreta, de uma repetição interior e mais profunda no singular que a alma” (1988, p.11).

Os conceitos nominais segundo Deleuze são casos de generalizações, de leis, buscando um idêntico, mas, as repetições dão conta de trazer o distinto e o diferente no generalizável, fugindo às categorizações. Para exemplificar, Deleuze explicita o conceito de causalidade e seus desmembramentos, com o intuito de nela distinguir dois tipos de repetição: a que se refere ao “efeito total abstrato” e a que se refere à “causa atuante”.

“O primeiro tipo é uma repetição estática, o segundo é uma repetição dinâmica. O primeiro resulta da obra, mas o segundo é como a “evolução” do gesto. O primeiro remete a um mesmo conceito, que deixa subsistir apenas uma diferença exterior entre os exemplares ordinários de uma figura; o segundo é repetição de uma diferença interna que ele compreende em cada um de seus momentos e que ele transporta de um ponto relevante a outro.” (p. 28:29).

O texto de Deleuze foi escolhido para compor essa pesquisa porque a saúde mental, é mister nas evocações de categorias e rotulações, generalizações e, o estigma se forma nas generalizações, no contexto “mais do mesmo”. Os autores mencionados anteriormente problematizam a todo o tempo o estigma sobre o viés da repetição. A **repetição** vem como uma potência na desconstrução do que o social forjou sobre os “sujeitos e suas diferenças”.

Deleuze ao longo de sua trajetória se unirá a Félix Guattari este último também francês, filósofo, psicanalista e militante, influenciado por Nietzsche, Henri Bergson e Spinoza. Os dois trabalharão de 1972 a 1991 conceitos referentes à transdisciplinaridade, transversalidade, singularidade, desterritorialização, no conceito mais amplo de produção de subjetividade. Criaram juntos a esquizoanálise.

Ao escreverem *Mil Platôs* em 1995, situam o rizoma. O rizoma inicialmente demonstra os agenciamentos inúmeros, como uma “rede”, com suas diversas e infinitas conexões e, exprime bem o homem nas suas conexões infindáveis com a política, arte, filosofia e, dessas conexões vão se originando outras, porém, todas permeadas por lógicas, pelo poder. As diversas dimensões vão se fazendo e ganhando funcionamento, formando seus bulbos, seus “corpos”. A multiplicidade e a trama vão agindo nesse ator e continuam se agenciando e mudando de natureza, conforme as conexões. Há rupturas e cortes no rizoma, mas, ele continua a crescer.

Deleuze e Guattari ao descreverem o rizoma confirmam a “repetição” e outras teorias dos autores mencionados, quando dizem que “*além de um modelo estrutural existem outras dimensões, como a transformacional e a subjetiva*”. (p. 8) Ainda, o inconsciente do homem é construído e, ele (o homem), está em completas mudanças, em todas as suas dimensões. Os rizomas quando abertos tem a força de produzir potências ímpares, de forma não simétrica e não cristalizada. A produção da simetria pode ser um perigo e implicará na cristalização, fechamento e morte do rizoma.

O psiquiatra italiano Franco Basaglia foi o protagonista da reforma em saúde mental na Itália, projeto que culminou na Lei 180 e se estendeu a nível mundial. Outros países, inclusive o Brasil, tiveram o seu apoio para planejar e implementar um novo modelo que viabilizasse a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais. Em seu livro “*A Instituição Negada*” (1985), Basaglia problematiza a violência das instituições, informando que aquele que detém menos poder é oprimido, em face do que detém mais poder. O papel de um técnico hospitalar seria o de fazer com que, através do poder que lhe foi conferido, a violência ocorra de modo velado e, aquele que sofre a

aceite como um fenômeno naturalizado. O poder é trabalhado em nossa sociedade dentro das objetificações e, como psiquiatra, o autor questiona o poder médico psiquiátrico exercido sobre os pacientes, e as instituições psiquiátricas. Para ele, a categorização das doenças mentais é proveniente de

“uma ciência, que afirmou a doença mental como o resultado de uma alteração biológica. Diante da qual não haveria nada a ser feito, senão a aceitação dessa diferença em relação à norma. A ação tutelar das instituições psiquiátricas se deu nesse lugar de definir, catalogar e gerir a doença.” (1985.p:104).

O autor pontua 3 (três) tipos de relação que o psiquiatra, e a sociedade estabelecem com o doente: 1. a relação aristocrática – o doente “insere” no médico o poder técnico e, o médico psiquiatra insere no doente o poder econômico. O doente não se submete por completo dentro desse poder econômico que lhe é exigido. Porém, esse doente está na condição econômica de uma pessoa que não produz, não tendo um valor relativamente social; 2. a relação mutualista – em que a relação recíproca está desfeita e, o paciente tem a contradição de estar em um local, onde em tese seus direitos deveriam ser preservados, o que não lhe ocorre; 3. a relação institucional, importante para o nosso estudo, pontua o poder médico delegado pela sociedade, como o poder que tutela e visa extinguir o poder do outro, por vias de “uma doença” mental, que na verdade vai muito além exclusivamente da doença em si. É a carência do valor contratual e ao mesmo tempo,

“enquanto entidade mórbida, a doença desempenha um papel puramente acessório, pois apesar de ser o denominador comum das três situações citadas, ela assume – sempre no último caso e, constantemente no segundo – um significado estigmatizante, que confirma a perda do valor social do indivíduo, já implícita na maneira como a sua doença fora vivenciada anteriormente.” (1985, p. 107).

O poder citado por Basaglia seria a condição econômica e social dos doentes, determinantes nas suas possibilidades para o tratamento psiquiátrico, que carregam em si o caráter discriminatório, pois, ainda segundo o autor, um doente mental rico internado em uma clínica particular recebe tratamento diferenciado daquele doente internado em um hospital psiquiátrico público.

Logo, os doentes rotulados, objetificados

“são vítimas de uma violência original, a violência do nosso sistema social, que os joga para fora da produção, à margem da vida em sociedade, confinando-os nos limites dos muros do hospital. Não seriam eles, definitivamente, o refugio, os elementos de desordem desta nossa sociedade que se recusa a reconhecer-se em suas próprias contradições?” (1985, p: 108).

As experiências setoriais na França, na década de 40, lideradas por Tosquelles, junto à experiência comunitária inglesa, que ocorreu no mesmo período, sob liderança de Main e Maxwell Jones foram os primeiros passos para a reestruturação psiquiátrica, que serviu de exemplo para o trabalho de Basaglia. A comunidade terapêutica proposta por Franco Basaglia deve ser capaz de romper com a cristalização existente nas relações de autoridade, que

“vá além do papel e, se concretize em uma ação de desmantelamento da hierarquia de valores sobre a qual se funda a psiquiatria atual” (1985. p:117).

A comunidade terapêutica por si, não garante a eficácia terapêutica se não levar em conta as relações. Ainda segundo Basaglia

“Ela se tornará terapêutica, na medida em que consiga identificar as dinâmicas de violência e exclusão presentes no instituto tal como na sociedade como um todo, criando os pressupostos para uma gradual tomada de consciência dessa violência e dessa exclusão, de modo que o doente, o enfermeiro e o médico tenham a possibilidade de fazer-lhes frente, dialetizá-las e combatê-las. (1985. p: 127).

Basaglia me fez entender melhor a origem do preconceito, da exclusão social, e da discriminação quando analisa e mostra o que está além da imagem objetiva de um hospital psiquiátrico e propõe um novo modelo. O seu livro apresenta a experiência e a análise prática dos problemas no Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Esse Hospital torna-se um exemplo – que será seguido em outros países, inclusive no Brasil, quando propõe na prática a “revolução” possível e necessária, no rompimento com a autoridade, com as

cristalizações, com o poder horizontal do psiquiatra sobre os internos (principalmente nos hospitais públicos).

Basaglia legitima os demais autores utilizados para esse trabalho, quando cita “os sujeitos com transtornos mentais”, como frutos de um processo histórico, onde a psiquiatria como instituição fechada, representando o poder perante a sociedade, que gerou o estigma e o manteve, agregando o caráter da violência institucional. O que parece claro se comparado seu texto ao de Deleuze e Guattari é o corte de ramificações produzido pela psiquiatria diante dos seus pacientes e, a visibilidade que Basaglia teve em construir novas potências e conexões diante de um sistema que inicialmente fechava esses sujeitos.

Em uma obra mais recente, denominada “Escritos Seleccionados” Basaglia falará sobre os encontros que ocorrem na clínica, quando há uma transdisciplinaridade que envolve a filosofia, a antropologia e outras ciências se atravessando. Passando por textos importantes, falando sobre o poder e o histórico da Psiquiatria de Setor já citados acima, a obra compila textos variados da carreira do autor. Em *Corpo e Instituição*, inclui um novo paradigma permitindo refletir a submissão do paciente psiquiátrico às Instituições, uma vez que problematiza o caráter da formação em psiquiatria, derivada da medicina, buscando a “doença no corpo”. Por sua vez, os pacientes reconhecem a posição do médico exatamente como o responsável por tratar as doenças orgânicas e continuam a legitimar o tratamento psiquiátrico. Porém, não é uma prática da psiquiatria trabalhar com doenças orgânicas.

“Desta forma, a doença se transforma gradualmente naquilo que a instituição psiquiátrica é, e a instituição psiquiátrica encontra no doente, moldado segundo seus parâmetros, a confirmação para a validade dos seus princípios.” (2005, p:76).

Compreendendo além das relações de poder existentes entre os psiquiatras e os pacientes com transtornos mentais, o autor acrescenta e problematiza outra situação, que é a aceitação da doença tanto por parte do médico, como por parte dos profissionais. Cria-se uma doença e subentendo que junto à essa criação, outros fantasmas são criados, o que será explicado em Goffman quando menciona a subjetividade da doença, a rotulação por parte do próprio sujeito. Basaglia também escreveu a respeito em um dos capítulos do livro “A Instituição Negada”, falando sobre o tecnicismo agindo a favor das

determinações econômicas: quando os profissionais trabalham sem por vezes se darem conta, na terapêutica de uma aceitação e reconhecimento das diferenças existentes entre pessoas com transtornos mentais. Os técnicos resguardam o poder, que na verdade é concedido pelo Estado: onde as relações polares do “opressor” e “oprimido”, dos que detém o poder e os que não detém, continuam sendo estabelecidas.

Dialogando com as suas obras, Basaglia chama a atenção ao dizer que o problema da exclusão diz muito a respeito dos que excluem: “Visto antropologicamente, o fenômeno da exclusão concretiza antes os limites, as carências e o amesquinamento de quem exclui que os do excluído”. (2005, p:42).

Michel Foucault traz como destaque a sua história pessoal: francês, se assume como homossexual, o que causa a negação familiar e conseqüente internação manicomial, em Saint-Anne – por ser categorizado como louco. A internação e o isolamento fazem com que Foucault reflita sobre as Instituições, a “docilidade dos corpos”, os poderes que regem a sociedade e, repensa os manicômios e a psiquiatria como instituições que garantem o controle sobre os corpos, o “assujeitamento”. É nesse cenário de “encarceramento” que publicará 2 obras importantes: *Doença Mental e Psicologia* (1954) e, *História da loucura na idade clássica* (1961). A partir de 1962 se dedica integralmente às atividades acadêmicas e “dá notas às obras mais conhecidas”: *O Nascimento da clínica* (1963), *As palavras e as coisas* (1966), *Arqueologia do saber* (1969), *Vigiar e punir* (1975), *História da sexualidade*, I, II, e III, (1984), *Microfísica do Poder* (1979), *A hermenêutica do sujeito* (1981-1982), entre outras.

O livro *O Nascimento da Clínica* (1994) será essencial para o projeto de estudo ora apresentado, pois o autor discorre sobre a clínica seus caminhos e descaminhos, considerando como eixo principal a relação médico-paciente. Foucault explica que mesmo em tempos mais remotos, os médicos ganham a autoridade e o poder por parte da sociedade em geral, quando se colocam como “defensores da vida” , e, trabalham exatamente com a vida e a morte. Em oposição aos leitos tão conhecidos onde se dá a prática médica histórica, vem a Clínica, como um contexto dinâmico, como um espaço onde se devem agregar percepções filosóficas, reflexões sobre as instituições. A Clínica muda de descrição e passa a ser o encontro do “médico com o paciente” e, o processo que ali ocorre, a “etnografia” desse encontro: o que se fala e o que se observa, o que está entre olhar e linguagem e a descrição de tudo isso – do implícito e explícito.

No âmbito da categorização das doenças, Foucault se encontra com Deleuze e Guattari, ao mencionar a “generalização” e, prossegue com a crítica de uma mudança necessária, dentro de uma clínica que englobe o sujeito e reflita sobre outros aspectos além dessa doença observada, que seria a problematização da doença e sua reflexão nos limites sociais e filosóficos.

Na esfera da violência, podemos citar autores como Jean Marie Domenach escritor e intelectual francês. Em *La Violencia y sus Causas* (1981) busca esclarecer o fenômeno da violência como inerente à espécie humana, porém, o homem é o único ser que exerce a força de destruição contra si mesmo. O autor demonstra que desde os tempos antigos existia a violência porém, a violência foi se modificando, deixando os cenários dos duelos, castigos públicos e execuções e, ocupando os locais mais pessoais. Estão dentro das casas, dos grupos sociais e, aparecem principalmente sob a forma da desigualdade.

Nessa mesma linha, Michel Wieviorka sociólogo francês, em *O Novo Paradigma da Violência* (1997) menciona as mudanças nos significados e expressões, que designam a violência. Situa nos anos 70 e 80 a violência política, onde a luta se dava contra a exploração e a sublevação, versus a transformação, e atualmente, as lutas se dão diante do “não lugar”, da exclusão. Para Wieviorka, a violência ganha lugar no prolongamento de problemas sociais, nas diferenças em relação ao outro. Diante de relações ainda maiores de exclusão e desigualdade, o Estado, que deveria intervir acaba se omitindo. E, mesmo que as políticas venham a progredir, não significa que a violência também regrida. Ainda segundo Wieviorka

“(...) a tendência dominante é outra, ela se define através de experiências, muito mais numerosas, em que a violência surge ou se desenvolve em meio às carências do Estado.” (1997, p. 21).

O autor ao longo de todo o seu texto coloca o modo como a violência é pensada hoje e, a mudança nos fatores que a envolvem, chegando à conclusão de que as próprias carências fecham os sujeitos para um pensamento crítico. Outrora, a diminuição da violência (citando a Europa) estaria relacionada à tomada de consciência e ação por parte desses atores.

A filósofa alemã Hannah Arendt em seu livro *Da Violência* (1985) se utiliza de importantes pensadores para remeter ao seu ideal de violência. Segundo ela, Sorel diz que “os problemas da violência ainda permanecem obscuros”. Marx falava da relação

violência/ Estado, sendo o último “um instrumento” de opressão nas mãos das classes dominantes.

A autora então discute o poder, como um instrumento de dominação, tendo como exemplo o próprio Estado. Mostra que a dominação é uma via de mão dupla: ou seja, existe aquele que impõe poder sobre o outro, assim como também existe a obediência e a inclinação/submissão diante do poder que é imposto. Mas, violência e poder não seriam o mesmo: o poder culmina em todos contra um enquanto a forma extrema de violência é o "um contra todos".

Arendt descreve, ao longo da história, as sociedades e autores que discutem o Estado, as relações políticas, as relações sociais e, verifica como o poder, a violência e a submissão estão dentro do sistema. Diz que na maioria das vezes todas as terminologias e definições vêm sendo equivocadamente empregadas para falar desses fenômenos, o que gera “cegueira com relação à realidade às quais correspondem”. Poder caracteriza um agir em conjunto, significa que um coletivo empossou alguém para representá-lo. Portanto, poder define o coletivo.

Ainda nessa sequência, Arendt coloca a “autoridade” como um dos termos utilizados com maiores equívocos, pois exprime a autoridade pessoal, por exemplo, em uma relação de cargos, postos hierárquicos, aluno e professor. Nem coerção, nem persuasão são necessárias nessa relação de obediência, a pessoa que se coloca como autoridade mantém o respeito das que a obedecem. Já a violência é instrumental e seria o recurso final na tentativa de conservar o poder. Poder e violência geralmente estão juntos. O uso da violência se dá onde o poder está sendo perdido.

Para ela, nos conflitos usa-se como único meio “a violência combatendo a si mesma”, e a superioridade do governo aparece como absoluta.

Pierre Bourdieu, sociólogo francês nascido em 1930, foi professor da École de Sociologie du Collège de France, realizou ao longo de sua vida diversos trabalhos sobre dominação. Em suas obras falou da violência relacionada aos sistemas de poder sociais. Foi o primeiro autor a perceber determinado tipo de violência exercida por vias simbólicas da comunicação, sendo suave, sensível e invisível: a violência simbólica. Essa violência segundo Bourdieu (2002) é permeada por uma lógica entre dominante e dominado, uma lógica “hipnótica” onde é concedido o poder ao dominador seja por alguma característica ou pelo seu status.

Tal poder é atribuído em uma relação lingüística, ou seja, é através da língua que o dominador se faz reconhecido, respeitado e obedecido e, nesse processo, os agentes sociais legitimam o poder do dominador.

O autor analisa a violência simbólica à luz de crenças produzidas no senso comum e vivenciadas como verdades absolutas. No caso dos homens, o que foi moldado em termos de divisão do trabalho, os concedeu as “melhores partes”, tais imagens do homem se dão no imaginário social e incorporam essa relação simbólica do poder.

Bourdieu diz que a violência simbólica não reduz o sentido da violência física. São violências diferenciadas. Nessa violência, os dominados utilizam de pontos de vista do senso comum, que fazem parecer natural esse fenômeno de violação / dominação. Os dominados por sua vez:

“contribuem, muitas vezes a sua revelia, ou até contra a sua vontade, para a sua própria dominação, aceitando tacitamente os limites impostos, assumem muitas vezes as formas corporais – vergonha, timidez, paixão, ansiedade, culpa – ou de paixões e de sentimentos – amor, admiração, respeito (...)”.
(BOURDIEU, 2002 , p.25)

Tal violência não se minimiza somente pela tomada da consciência, uma vez que “estão inscritas nos corpos sociais”. (BOURDIEU, 2002, p.26).

Cecília Minayo dentre as suas diversas obras, em *Impactos da Violência na Saúde* (2009), problematiza a redução das doenças infecciosas, dando lugar aos agravos causados pela violência, modificando o quadro de morbidade e mortalidade entre a população brasileira.

Assim como os outros autores, Minayo afirma que a violência é um fator humano e social, que é histórica, que abrange todas as classes sociais e, levanta a reflexão sobre a “solução possível para a violência”, onde a comunicação e a implantação de ações de promoção e prevenção intersetoriais aparecem como fundamentais para “vencer esse fenômeno”. A autora menciona os diversos tipos e naturezas da violência, tendo como ponto comum os fatores sociais e culturais. As desigualdades e a exclusão são determinantes no processo de violência. Discute ainda que a violência seja passível de prevenção.

Minayo cita algumas políticas públicas visando o enfrentamento da violência, entre elas a Política Nacional de Redução de Mobimortalidade por Acidentes e Violência, criada em 2001 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de nortear as ações desse setor

na atenção às vítimas e na prevenção desses eventos já mencionada e a Política de Prevenção à Violência contra as Mulheres. O tema “Violência” ganhou espaço e destaque nas agendas governamentais e, ainda assim, como afirma a socióloga, os estudos precisam se desenvolver. É necessário preparar e capacitar agentes para a intervenção direta, no sentido de enfrentar a violência, faz-se necessária a participação e mobilização da sociedade civil, e principalmente o apoio do Estado face às mudanças estruturais necessárias.

Minayo (2003) vai para além do termo violência, que em suma significa atos físicos e afirma que a violência está ligada às lutas de poder, ao domínio e aniquilamento do outro. A violência é polissêmica, ela ganha determinados nomes: "crime, pecado, corrupção e miséria", que se adequam ao contexto no qual estamos nos referindo e, ao ponto de vista. A sociedade contemporânea dá uma maior visibilidade à delinquência e marginalidade, no campo da violência, por ameaçar o patrimônio ou acabar com a vida das pessoas. Foram inclusive convencioneados "atores" ou culpados por tal. Mas, existem facetas e expressões da violência que estão muito além do que a sociedade convencionada.

Ao entrarmos em contato com o livro *Estigma e Saúde* organizado por Monteiro et al (2013) acompanhamos as discussões sobre, estigma, preconceito e discriminação contra grupos étnicos e pessoas vivendo com HIV/AIDS, elaboradas pelas autoras que utilizaram em sua coletânea, autores nacionais e internacionais, e verificaram a carência de pesquisas sobre o tema estigma, que afirmem seus impactos e as consequências, principalmente no que diz respeito a determinados grupos, entre eles o de pessoas com transtornos mentais. Ressaltaram que as narrativas atuais se baseiam na explicação do que é o estigma ou como é perpetrado, porém, não vão além nas análises das consequências que esse tipo de violência gera para tais grupos.

Segundo Monteiro et al (2013, p.73)

"[...] a produção do estigma pode ser consequência de processos sociais de exclusão, nos quais a criação de preconceitos e de formas de discriminação são elementos-chave. [...] Analisar o estigma levando em conta a estrutura social mais ampla e as relações de poder presentes na sociedade contribuiria para a possibilidade de se considerar as desvantagens sociais relacionadas ao processo de estigmatização, bem como a resistência de grupos estigmatizados."

3.2.2 Artigos em periódicos e Teses

Violência e Saúde Mental

A categoria saúde mental sempre esteve presente em diversos estudos sobre a temática violência. Michel Foucault (1994) menciona os “tratamentos morais” – que perduraram entre os séculos XVIII e XIX - à base de punições severas e castigos corporais nas Instituições Hospitalares próprias para a internação dos denominados “doentes mentais”.

As Reformas Psiquiátricas que surgem entre as décadas de 60 e 70, em diversos países, trazem a denúncia sobre o tratamento dado às pessoas com transtornos mentais dentro de instituições e nos grupos sociais. Além dos procedimentos agressivos aos quais os pacientes eram submetidos, tais como lobotomia, camisa de força, eletrochoque, existe a precariedade das próprias instituições e as condições insalubres no setor. No Brasil, durante as décadas de 70 e 80 segundo Pelbart (1989) e Figueiredo (1992, 2006), 90% dos leitos para internações psiquiátricas encontravam-se sob o poder do capital privado, as condições para o trabalho em psiquiatria eram péssimas, o que gerou o movimento dos trabalhadores da saúde mental, movimento este relevante para a efervescência de reuniões, encontros e ideais, que culminam na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Embora as Reformas Psiquiátricas tenham acontecido em diferentes períodos, principalmente se compararmos os países da América Latina com os países europeus, tem em comum a “luta” pelos direitos dos pacientes por um tratamento humanizado, melhores condições para o setor, a mudança de um sistema e a desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais.

As Reformas possibilitaram a criação de uma rede de serviços extra-hospitalares, dentre eles os Hospitais-Dia configurados como modelos centrais nessa rede. Pode-se também incluir as residências terapêuticas na lógica de modelos que trabalham com a desinstitucionalização dos pacientes provenientes de internações crônicas, possibilitando o retorno desses sujeitos a sociedade e as Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral que proporcionariam a não discriminação dos pacientes por serviços

Agora, considerados como cidadãos, os sujeitos diagnosticados com transtornos mentais freqüentam as ruas, retornam ao convívio com seus familiares e sociedade, utilizam o direito de “ir e vir”, são cadastrados para usufruto dos serviços públicos, entre eles os serviços de saúde, desde a atenção básica até os mais altos níveis de

complexidade. Porém, diversos artigos nos mostram que embora as Reformas tenham ocorrido na tentativa de garantir os direitos desse grupo, a violência continua ocorrendo, inclusive dentro dos serviços de saúde.

No intuito de aprofundar o estudo da relação dos serviços de saúde e a atenção aos pacientes com transtornos mentais e a existência de alguma forma de violência foi realizada uma busca Na literatura científica sobre o tema. Essa busca ocorreu entre os meses de abril e maio de 2014 na BVS, como base nacional e na Pubmed e Sociological Abstract como bases internacionais.

Foram usados os termos controlados relacionados com o objeto da pesquisa “psiquiatria”, “unidade hospitalar de psiquiatria”, “assistência à saúde”, “assistência à saúde mental”, “hospitais gerais”, “saúde mental” e “violência” e seus correspondentes em inglês: violence and mental health”, “violence and delivery of health care and health mental” e general hospital and hospital psychiatric department and psychiatric department, hospital and hospital units”.

Foram filtrados 883 artigos, dos quais apenas 34 tiveram algum aspecto interessante para a investigação. Diversos foram os artigos que falaram sobre “gênero”, “catástrofes”, “transtornos mentais específicos”, “crianças e adolescentes”, “ambiente laboral” porém, por não interessarem, já que não estou determinando sexo, gênero ou demais especificidades dos pacientes / profissionais, tais artigos foram descartados.

Os descritores utilizados foram configurados em categorias descritas e discutidas a seguir:

Quadro 1. Violência e Saúde Mental

Violência e Saúde Mental		
Referências	Objetivos	Resultados / comentários
1) Mostazo RR, Kirschbaum, DIR. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.14 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2006	Compreender através da entrevista como e o quê seria o tratamento psiquiátrico para eles, envolvendo temas como medicalização e violência.	A figura central ainda é o médico, no tratamento psiquiátrico. A violência e as instituições foram muito evidentes nas imagens desses pacientes. Os demais profissionais teriam caráter assistencialista.
2) O poder e o dispositivo: hospital psiquiátrico na contemporaneidade. Malamut, Bernardo Salles. Belo Horizonte; s.n; 2011. XII,83 p. illus.	Verificar na Pós Reforma Psiquiátrica, como ainda se dá o discurso ou práticas de poder (preconizadas por Foucault) em Hospitais Psiquiátricos	Com a Reforma, verifica-se junto aos profissionais que a violência se faz presente de alguma forma nesses espaços e discursos. A discussão seria se existe hoje uma ausência de respostas ou paralisação, diante da Reforma ou, se de fato o que está se estabelecendo é uma mudança real.
3) Violencia y salud mental / Violence and mental health Saavedra Castillo, Alfredo. Acta m.d. peru; 21(1): 39-50, sept. 2004. tab, graf	Fazer uma revisão sobre a relação entre violência e saúde mental, partindo do contexto macro, seguindo em direção ao contexto urbano, envolvendo a pobreza,	Conclui através das suas pesquisas que a violência nos centros urbanos, envolve todo um contexto social, porém, grande parte dos que a praticam apresentam algum tipo de transtorno, incluindo os transtornos de personalidade, anti sociais e, o uso abusivo de álcool e outras drogas

	segurança e demais fatores.	
4) O silêncio dos inocentes III: o cuidado aos psicopatas e degenerados no Hospício São João de Deus. Jacobina, Ronaldo Ribeiro. Tese: A Prática Psiquiátrica na Bahia. Estudo Histórico do Asilo São João de Deus/ Hospital Juliano Moreira. Rio de Janeiro, ENSP - Fiocruz, 2001.	Estudar e analisar as condições de vida dos pacientes internados no Hospital Psiquiátrico São João de Deus - Bahia, no período que abrange à partir do ano 1912 até 1930.	Verificou-se a violência presente na Instituição, os "alienados" eram divididos em indigentes e pensionistas porém, isso não os tirava da precariedade administrativa e da fome, frio, sede, que passavam. Em tal período a hegemonia e direção do Hospital está nas mãos de médicos, que mantém o poder sobre os psicopatas.

Somente 4 (quatro) artigos foram selecionados por se relacionar diretamente com o objeto do presente trabalho.

Embora as denúncias no passado tenham sido provenientes da relação “médico-paciente”, somente 2 (dois) artigos focaram essa temática na busca nacional, discutindo e problematizando o histórico da saúde mental, de modo a repensar o modelo atual.

Conforme demonstra o **Quadro 1**, o artigo de Mostazo e Kirschbaum (2003) traz uma perspectiva muito interessante ao questionarem as representações do “tratamento psiquiátrico” aos pacientes com transtornos mentais – em um momento Pós-Reforma - onde através da teoria das representações sociais, de Jodelet e Moscovici, organizaram uma investigação pautada em entrevistas com pacientes de um CAPS e, concluíram que a imagem do tratamento psiquiátrico ainda envolve muito o médico como precursor, assim como a medicalização e traz um contexto de violência e sofrimento “velado”.

O artigo de Malamut (2011) permite afirmar que em 2010, a violência ainda aparecia dentro das Instituições ao demonstrar o médico exercendo sua hierarquia sobre os pacientes.

No âmbito internacional se encontrou apenas 1 (um) artigo, peruano. A pesquisa menciona fatores de risco para a violência e saúde mental.

Quadro 2. Violência e Assistência à Saúde Mental

Violência, saúde mental, assistência a saúde mental		
Referências	Objetivos	Resultados / comentários
1) Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. Furlan, Marcela Martins; Ribeiro, Cléa Regina de Oliveira. Rev Esc Enferm USP; 45(2): 390-396, abr. 2011.	Compreender ontologicamente o "cuidar" em enfermagem, na internação psiquiátrica.	Os autores entrevistaram 4 usuários dos serviços de saúde mental, entre eles as internações. Os entrevistados falam sobre os cuidados e a violência nas internações, o que serve para repensar a enfermagem, com base no Dasein de Heidegger.
2) Manejo de paciente agitado ou agressivo. Mantovani, Célia; Mígon, Marcelo Nobre; Alheira, Flávio Valdozende; Del-Ben, Cristina Marta. - Rev Bras Psiquiatr; 32(supl.2): S96-S103, out. 2010. tab. Artigo em Português LILACS ID: lil-567437	Revisar as medidas preconizadas para o manejo de pacientes agitados ou agressivos.	Esse artigo faz pensar e repensar sobre os procedimentos adotados em crises e internações, tais como os métodos de sedação e contenção.

3) Tratamento compulsório e internações psiquiátricas Fortes, Hildenete Monteiro. Rev. bras. saúde matern. infant; 10(supl.2): s321-s330, dez. 2010. . Artigo em Português LILACS ID: lil-574865	Traçar o panorama da saúde mental historicamente, de modo que seja possível pensar e entender à partir da década de 70 novas leis, e assistência às pessoas com transtornos mentais.	Faz um apanhado histórico para falar do paciente diante da internação, da sua autonomia e direitos que os profissionais devem preservar
4) Significados das práticas de não cuidados na visão dos clientes hospitalares. Padilha, Maria Itayra Coelho de Souza; Maia, Ana Rosete; Vieira, Mariana; Machado, Caroline. Rev Bras Enferm; 57(6): 724-728, nov.-dez. 2004. .	Identificar a percepção das formas de não cuidado/violência, que ocorrem nas unidades hospitalares.	Foram entrevistados 29 pacientes, freqüentadores de unidades hospitalares, que relatam situações de violência por parte dos profissionais, como negação e negligência
5) Grupo de acolhimento em saúde mental e reabilitação na atenção básica: uma reflexão sobre potência de dispositivos grupais Zara, Anamélia F. Prado; Trautwein, Carmen T. G; Aquino, Jaize C. de; D'Urso, Lourdes A; Siebert, Marisa C. - Psicol. rev; 17(1/2): 77-97, 2008.	Demonstrar como se deu a implementação de um grupo de acolhimento, “porta de entrada” criado por profissionais da atenção básica, para recepcionar os pacientes da saúde mental.	Na periferia de São Paulo, esse grupo foi capaz de atuar na atenção básica e atender melhor as demandas, inclusive da saúde mental, se aproximando ainda mais dos pacientes e atendendo suas necessidades.
6) Centro comunitário de salud mental familiar: equipo territorial de salud mental y psiquiatria Rotmann Chávez, Lina. Cuad. m.d.-soc. (Santiago de Chile); 39(3/4): 48-55, sept.-dic. 1998. tab Artigo em Espanhol LILACS ID: lil-243952	Descrever a experiência de Trabalho do Centro Comunitário de Saúde Familiar de Melipilla a partir de 1996.	Nessa experiência, a Rede de Saúde Mental se articula com o Centro, assim como seus profissionais, no intuito de oferecerem programas e serviços de qualidade para os pacientes e visarem o convívio social.
7) Comportamientos antisociales: la investigación moderna aclara errores sobre la causalidad entre enfermedad mental y conductas violentas. De Plato, Giovanni. Rev. psiquiatr. (Santiago de Chile); 14(3): 126-30, jul.-sept. 1997.	A pesquisa visa mostrar os fenômenos de violência e alguns comportamentos psiquiátricos, utilizando a psiquiatria para afirmar que comportamentos violentos não estão diretamente ligados aos transtornos mentais	O imaginário social ainda associa a violência de forma geral aos transtornos mentais. Fenômenos de agressividade estariam relacionados com doenças mentais e, o presente artigo visa desconstruir tais idéias.
8) Mental illness and violence: lessons from the evidence. Glied S(1), Frank RG. Am J Public Health. 2014 Feb;104(2):e5-6. Doi: 10.2105/AJPH.2013.301710. Epub	Problematizar e investigar o fato de no senso comum a violência estar associada com transtornos mentais	Os estudos com pessoas com transtornos mentais demonstram o equívoco quando transtornos mentais são associados com comportamentos violentos
9) Mental illness and violence. Sabella D. Am J Nurs. 2014 Jan;114(1):49-53. Doi: 10.1097/01.NAJ.0000441797.87441.c9.	Verificara correlação entre a saúde mental e a violência por parte dos portadores de transtornos mentais	Nesse artigo mais recente, mais uma vez verifica-se no âmbito internacional a possível coerência e relação entre a violência e as pessoas com transtornos mentais.
10) Violence against people with severe mental illness in Europe. Khalifeh H. Acta Psychiatr Scand. 2009 May;119(5):414; author reply 415. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01374.x. Epub 2009 Mar 8.	Averiguar junto aos pacientes com transtornos mentais que vivem na Europa quais são as violências que sofrem.	Diversos tipos de violência foram encontradas, praticadas em direção aos sujeitos com transtornos mentais. Violência psicológica e física são as mais encontradas, assim como a negligência. Tais violências vem da sociedade e até mesmo dos profissionais e serviços de saúde, por onde transitam esses pacientes.
11) Stigma and violence in dealing with madness: narratives from psychosocial care centers in Bahia and Sergipe, Northeastern Brazil. Nunes M(1), Torrenté Md. Rev Saude Publica. 2009 Aug;43 Suppl 1:101-8.	Investigar junto aos pacientes com transtornos mentais, que frequentam Centros de Atenção Psicossocial, a existência e repercussão da violência;	Percebe-se que o estigma é uma das formas de violência mais relatada pelos pacientes e familiares. O estigma está presente nas relações das pessoas com transtornos mentais, na sociedade ou acabam sendo alvo do estigma perpetrado pela própria equipe de saúde.

Na categoria violência e assistência a saúde mental foram identificados 7 (sete) artigos da BVS e 4 (quatro) da PubMed, totalizando 11 artigos. Dentre estes, conforme o **Quadro 2**, a maioria aborda a atenção prestada aos pacientes por equipes de saúde, atenção psiquiátrica, e a violência praticada pelo paciente com esquizofrenia.

Na base de pesquisa BVS, o que chamou a atenção foi o número de artigos que mais uma vez demonstraram determinados tipos de violência existentes ainda hoje nos

serviços de saúde mental. Os artigos de Furlan e Ribeiro (2011), Mantovani et al (2010), Fortes (2010), e Padilha et al (2004) utilizaram diretamente a perspectiva dos pacientes para retratar a violência cometida pelos profissionais nos serviços.

Os artigos, na perspectiva da assistência à saúde mental, denunciavam as práticas dos profissionais e também demonstravam novas práticas e possibilidades, afim de evitar ou minimizar o estigma e a violência por parte dos profissionais, com relação aos usuários dos serviços, portades de transtornos mentais.

Ainda nessa categoria percebe-se variações nos artigos nacionais e internacionais. Verifica-se que os artigos norte americanos e europeus explicitaram não exatamente a assistência, mas a “violência”, principalmente a praticada pelos pacientes com transtornos mentais, dirigidas aos profissionais. Pouco se fala da violência praticada pelos serviços ou pelos profissionais de saúde. A cultura, principalmente dos EUA associa muito a agressividade aos transtornos mentais, o que é evidenciado nos artigos apresentados no quadro abaixo.

Em nível de comparação, enquanto os artigos brasileiros retratam maior incidência de violência praticada pelos profissionais em relação aos pacientes com transtornos mentais, nos artigos norte americanos esse perfil é inverso.

Quadro 3. Hospitais Gerais, Unidade Hospitalar de Psiquiatria

Hospitais Gerais, Unidade Hospitalar de Psiquiatria		
Referências	Objetivos	Resultados / comentários
1) Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil. Lucchesi, Maurício; Malik, Ana Maria Rev Saude Publica;43(1): 161-168, fev. 2009. tab.	Compreender o estigma voltado aos portadores de transtornos mentais na cultura de hospitais gerais enquanto fator limitante para a implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil.	O investimento do órgão gestor possibilitou que as concepções estigmatizantes presentes na cultura do hospital estudado (violência, fraqueza moral e intratabilidade) fossem ressignificadas por meio de discussões clínicas e sanitárias, viabilizando a implantação da unidade psiquiátrica.
2) Evolução dos resultados das atividades de uma unidade de urgência psiquiátrica de um hospital geral Ballone, Geraldo José; Cittá, Marcos Lee J Bras Psiquiatr;39(2): 81-4, mar.-abr. 1990. Tab.	Os autores analisam os dados sobre as atividades de uma Unidade de Psiquiatria de Urgência em um hospital geral universitário.	Finalizando, concluem comentando sobre possíveis acontecimentos funcionais capazes de comprometer a viabilidade de serviços com estas características (AU)
3) A unidade de internação psiquiátrica no Hospital Geral / Psychiatric wards in general hospital Vansan, Gerson Antonio Neurobiologia;57(1): 19-26, jan.-mar. 1994.	Procurou-se apresentar aspectos da organização e funcionamento da enfermaria psiquiátrica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e sua articulação com outros setores da assistência psiquiátrica do hospital geral.	O artigo demonstra mais a visão prática, do que é a ala psiquiátrica, tempo de internação, o que ocorre na internação
4) A psiquiatria no hospital geral: resistências / Psychiatry in the general hospital: resistences Soares, Paulo Fernando Bitencourt	O autor discute as resistências que dificultaram a integração da psiquiatria dentro de um hospital geral, dando ênfase ao que chamou "resistências internas", isto é, dos	Sugere medidas facilitadoras para vencer as resistências internas e externas, como o uso de uma linguagem acessível, maior estudo das Síndromes Cerebrais Orgânicas, uma atitude eclética em relação as novas tendências dentro da Psiquiatria

Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul;7(3): 143-5, dez. 1987.	psiquiatras.	
5) Psiquiatria e hospital geral. / Psychiatry and general hospital Shirakawa, I; Jorge, M. R Bol. psiquiatr;16(3): 109-14, 1983.	Os autores relatam a experiencia vivenciada pelo Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina no hospital geral de ensino daquela instituicao, o Hospital Sao Paulo. Descrevem a importancia da existencia da unidade psiquiatrica, do servico de interconsultas e da presenca de psiquiatra fazendo parte da equipe	Discutem como a existencia de tais servicos contribuiu para uma mudanca de atitude do medico geral em relacao a situacao emocional dos pacientes e do atendimento de urgencia e encaminhamento de pacientes com problematica psiquiátrica.
6)A internação psiquiátrica em hospital geral / Psychiatric internation in general hospital Halperin, Celso; Souza, Carlos Alberto Crespo de Pesqui. md. (Porto Alegre);19(2): 107-12, 1985.	Os autores preocuparam-se em buscar as causas de uma orientação terapêutica que vem ganhando força no Rio Grande do Sul: a internação psiquiátrica em hospital geral.	Autores trabalharam com entrevistas para verificar em alguns H.G como se dá a internação psiquiátrica e, como esse serviço pode repercutir no futuro. Concluem o seu trabalho por afirmar da necessidade de pesquisas mais apuradas para demonstração das implicações deste promissor procedimento.
7) Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico / Mental health in general hospital: space for the psychic Botega, Neury J; Dalgalarondo, Paulo São Paulo; HUCITEC; 1993. 116 p. ilus, tab.(Saúdeloucura [textos], 9).; (Saúdeloucura [textos], 9).	Analisa a prática da psiquiatria desenvolvida dentro do hospital geral, detendo-se nos serviços de internação de pacientes psiquiátricos e à interconsulta a ambulatórios e enfermarias	Esse é um dos poucos artigos que usa o termo “saúde mental” porém, também é algo bem técnico. Demonstra a prática integrada da psiquiatria no Hospital Geral, junto aos outros serviços.
8) Use of coercive physical measures in a psychiatric ward of a general hospital in Greece. Bilanakis N(1), Kalampokis G, Christou K, Peritogiannis V. Int J Soc Psychiatry. 2010 Jul;56(4):402-11. doi: 10.1177/0020764009106620. Epub 2009 Jul 23.	O objetivo deste estudo foi avaliar as taxas de medidas físicas coercivas (isolamento e contenção) usado em pacientes psiquiátricos internados na unidade psiquiátrica de um hospital geral na Grécia.	Durante 6 meses os pacientes foram monitorados, com interesse em pesquisar qual a diferença no tratamento daqueles que sofriam medidas físicas de coerção, dos que não sofriam.

Já em relação à categoria unidade psiquiátrica em hospital geral, foram encontrados 8 (oito) artigos. Entre os artigos encontrados, praticamente todos falam sobre a estrutura de uma ala psiquiátrica nos Hospitais Gerais, mas, foram raros os que falaram abertamente sobre a existência de violência nesses locais.

Enquanto os artigos nacionais falaram principalmente da gestão e implementação dos leitos psiquiátricos, o artigo internacional encontrado citou a utilização de métodos coercitivos na prática psiquiátrica. Essa investigação grega, de Bilanakis et al (2009) trouxe uma análise fundamental, talvez a mais importante, no âmbito da violência nas unidades psiquiátricas dos Hospitais Gerais, ao demonstrar as repercussões e diferenças observadas entre um grupo de pacientes com transtornos mentais, internados, que eram tratados com medidas coercitivas, e os que não sofreram esse tipo de agressão. Na lacuna existente, quanto ao tema, esse artigo certamente servirá de base para a elaboração e

compreensão das consequências que a violência causa e causou, em pessoas com transtornos mentais, na internação psiquiátrica.

Quadro 4. Estigma, Violência e Doença Mental

Estigma, Violência e Doença Mental		
Referências	Objetivos	Resultados / comentários
1) Prensa: violencia y estigmatización de la enfermedad mental/ Imprensa: Violência e estigmatização Galdeano Mondragón, A; Ocio León, S; Barbadillo Izquierdo, L; López Fernández, I; Antolín Suárez, J; Txarterina Montero, E An. psiquiatr;24(3): 121-129, mayo-jun. 2008. ilus, tab	Avaliar na Espanha, de que forma a imagem das pessoas com transtornos mentais, divulgadas pela mídia contribuem para a estigmatização.	O número de reportagens que associam transtorno mental aos atos violentos foi muito grande. A forma com que as “enfermidades mentais” são apresentadas podem contribuir para a estigmatização.
2) A loucura: um desafio subjetivo NEVES, Vilma Lucia Leal F J Bras Psiquiatr;3(35): 183-185, maio/jun. 1986. .	Avaliar de que forma a “loucura” é colocada no imaginário social, dentro da subjetividade social, assim como para o sujeito considerado “portador”.	A loucura como descrita ao longo da história carrega muito o estereótipo do “louco”, descrito pela figura agressiva, irracional. A imagem da psiquiatria clássica ainda é muito presente em tal realidade.
3) Trends in newspaper coverage of mental illness in Canada: 2005-2010. Whitley R; Berry S Can J Psychiatry;58(2): 107-12, 2013 Feb. Tendências na cobertura jornalística da doença mental no Canadá	Realizar uma análise retrospectiva em jornais canadenses, no período de 2005 à 2010 com a finalidade de verificar quanti e qualitativamente reportagens sobre transtornos mentais.	Dos 11.263 artigos chegou-se a conclusão de que as notícias veiculadas sobre a saúde mental na mídia canadense deixam diversas lacunas sobre o que seria a doença mental e, acabam por caracterizar equivocadamente os doentes.
4) Stigma and violence in dealing with madness: narratives from psychosocial care centers in Bahia and Sergipe, Northeastern Brazil. Nunes M; Torrenté Md Rev Saude Publica;43 Suppl 1: 101-8, 2009 Aug.	Analisar processos de estigmatização e modalidades de violência vividos por portadores de transtornos mentais. Pesquisa realizadas em 5 CAPS, compreendendo: Itaberaba, Lauro de Freitas, Salvador ,Vitória da Conquista (BA) e em Aracaju (SE)	Usuários e familiares relataram exemplos de desqualificações, repreensões, constrangimentos, humilhações, negligência e agressões físicas, com fins de dominação, exploração e opressão. Profissionais referiram que pessoas que sofrem de transtornos mentais permanecem como alvo de preconceito agressividade verbal ou física.
5) An analysis of the anti-psychiatric halfway house movement in Hong Kong. Yip KS Adm Policy Ment Health;30(6): 535-44, 2003 Jul.	Problematicar e demonstrar a estrutura da saúde mental em Hong Kong, onde ainda prevalece o estigma no tratamento aos pacientes com transtornos mentais.	Em Hong Kong, existem cerca de 232 mil pessoas que necessitam de algum tipo de atendimento psicológico. Um dos fatores que impõe dificuldade nesse atendimento é o estigma.
6) The changing face of newspaper representations of the mentally ill Murphy, Neil A1; Fatoye, Francis; Wibberley, Christopher1 Mental Health, School of Nursing, Midwifery & Social University of Salford, Salford, UK	Verificara correlação entre a saúde mental e a violência por parte dos portadores de transtornos mentais	Nesse artigo mais recente, mais uma vez verifica-se no âmbito internacional a possível coerência e relação entre a violência e as pessoas com transtornos mentais.
7) The language of violence in mental health: shifting the paradigm to the language of peace. - Alex M(1), Whitty-Rogers J, Panagopoulos W. - ANS Adv Nurs Sci. 2013 Jul-Sep;36(3):229-42. Doi: 10.1097/ANS.0b013e31829edcf3.	Analisar como 4 (quatro) jornais em circulação no Reino Unido trataram de assuntos relacionados a saúde mental no últimos 10 anos.	Pessoas com transtornos mentais aparecem associadas à violência e ao uso de drogas. O modo como os jornais e a mídia trabalham essa imagem contribui na formação e construção do estigma.
8) The Power Gap: Freedom, Power and Mental Illness Kelly, Brendan K11 Dept Adult Psychiatry, University Coll Dublin, Ireland Social Science & Medicine, 63. Issue 8. Pages 2118:2128	Analisar a dispersão do poder político, violência relacionada às pessoas com transtornos mentais e a exclusão.	Pesquisa realizada nos EUA, mostra que o número de pessoas com transtornos mentais é grande, assim como o abandono e precariedade no sistema.
9) Media Presentation of the Mental Health Bill and Representations of Mental Health Problems Foster, Juliet L H11 Corpus Christi Coll, Cambridge, UK John Wiley & Sons, Chichester UK	Verificar como a saúde mental é retratada pela mídia britânica.	Os artigos demonstram que a imagem de pessoas com transtornos mentais está altamente ligada à violência e agressividade, o que gera um estereótipo negativo.
10) Risks to Mental Health Patients Discharged into the Community Author: Kelly, Sean1; McKenna, Hugh P1 Quality Life Advocacy Consultancy, Downpatrick, Co Down, Northern Ireland, UK.	Demonstrar as pessoas com transtornos mentais podem representar um risco, segundo a visão da comunidade.	O estudo enfatiza que o estigma ainda está inserido na relação das pessoas com transtorno mental e suas comunidades, uma vez que as imagens dessas pessoas são negativas.

http://dx.doi.org/10.1080/13698570412331323252		
11)Media and Mental Health Philo, Greg1; Secker, Jenny1 Centre Mental Health Services Dept, Kings Coll, London, UK	Problematizar a relação entre as políticas de saúde mental na Inglaterra com o modo como a saúde mental é inserida na mídia.	A visibilidade da saúde mental na mídia aumentou a procura de pessoas por serviços próprios, além da imagem, que fez o Governo repensar programas e políticas comunitárias, de assistência e cuidado para essas pessoas.

Já em relação à categoria Estigma, Violência e Doença Mental o interesse foi combinar o estigma e violência, como um processo intimamente relacionado, e doença mental. O objetivo foi encontrar artigos e pesquisas que cite os fenômenos dando subsídios para o entendimento do estigma social, direcionado ou interiorizado em pessoas com transtornos mentais.

A efetividade dessa busca consistiu no fato de encontrarmos artigos que englobam a saúde mental e psiquiatria discutindo estigma e/ou estereotipagem. Apenas 11 (onze) artigos apresentaram alguma discussão no âmbito do estigma e saúde mental, de forma relevante para a pesquisa, envolvendo inclusive o mesmo público, indo além das discussões de gênero, manicômios judiciários, jovens e adolescentes.

Nessa busca predominaram publicações internacionais, com o objetivo de discutir a inter-relação entre transtornos mentais e atos violentos. Inclusive, as discussões sobre a mídia, que são o tema de alguns dos artigos selecionados, demonstram que em um número alto de matérias, os roubos, homicídios, assaltos e agressões são descritos como diretamente relacionados aos portadores de transtornos mentais, como se o transtorno mental agregasse em si o estereótipo da agressividade ou violência. Outras investigações que não foram acrescentadas ao quadro, falavam de determinados grupos imigrantes, como latinos e orientais e a prevalência de transtornos mentais nos mesmos.

Porém, de maior relevância, podemos destacar os artigos de Vicente et al (2013) e Pereira (2003) dentre os quais demonstram a própria dificuldade dos familiares em perceber e compreender a doença mental. Ao serem entrevistados, os familiares afirmam o estigma (sem mencionar exatamente esse termo) com relação ao paciente com transtornos mentais e, a dificuldade em conviver, inclusive socialmente com o sujeito.

Em outros dois artigos, de Neves (1986) e de Nunes e Torrenté (2009) abordam a visão do “outro”, dirigida ao paciente com transtornos mentais, assim como no primeiro artigo, também se busca a compreensão da forma como o sujeito com transtornos mentais percebe a si mesmo. Nunes e Torrenté (2009) apresentam denúncias sobre as diversas

formas de violência que os doentes mentais sofrem, uma vez que prevalecem relações estigmatizantes, imersas em preconceito e discriminação.

É interessante notarmos como os artigos, dentro de um todo utilizam estudos de caso para a investigação e, é através dessa metodologia que chegam aos fenômenos de violência e estigmatização. Com a exceção do artigo de Nunes e Torrenté (2009) não encontrei nenhum outro artigo com o objetivo de entender a estigmatização como um fenômeno a priori no campo da saúde mental. Os artigos encontrados propuseram uma investigação a fundo de outros temas ou situações problema e o estigma aparece então como uma relação causal ou uma conclusão que aparece ao longo do trabalho investigatório.

A base Sociological Abstract dentro do mesmo critério de busca, com termos em inglês apresentou 9 (nove) artigos, dos quais 6 (seis) foram selecionados. É interessante como de modo geral os artigos internacionais focam a mídia e as representações da saúde mental em jornais, revistas e programas de TV. Nessa busca, quase metade dos artigos objetivaram a pesquisa midiática. Em comparação aos trabalhos nacionais a análise internacional ainda demonstra muito a imagem das pessoas com transtornos mentais como possíveis assassinos, maníacos, e enfatiza principalmente os esquizofrênicos, nessa posição. No Brasil há a tentativa de desconstrução dessas imagens e, pela revisão observa-se que enquanto os artigos nacionais tentam desconstruir a imagem dos segregados nos manicômios, dos “loucos perigosos”, enfatizando outros dispositivos para a tentativa de inserção social, os artigos internacionais ainda estão muito cristalizados em trabalhos sobre “a imagem social das pessoas com transtornos mentais” ou a “violência praticada por pessoas com transtornos mentais”.

4. PRESSUPOSTO TEÓRICO

Para a realização da pesquisa em foco partimos do seguinte pressuposto teórico: Os profissionais de saúde mental estão inseridos em relações de poder, onde a violência é naturalizada. Portanto, considera-se que como parte desse sistema de poder e hierarquias, que segrega as diferenças, tais profissionais não identificam estigma como expressão de violência e nem o percebem como facilitador para o agravamento dos transtornos mentais.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo Geral

Estudar a percepção dos profissionais de saúde mental sobre o estigma como expressão de violência em relação aos pacientes com transtornos mentais internados em leitos psiquiátricos de hospitais gerais

5.2. Objetivos específicos

1) Identificar a compreensão dos profissionais de saúde mental, que atuam em leitos psiquiátricos de hospitais gerais, sobre estigma e sobre violência

2) Analisar se os profissionais de saúde mental consideram estigma como expressão de violência

3) investigar se, na percepção dos profissionais de saúde mental, o estigma enquanto expressão de violência pode ser um facilitador para o agravamento dos transtornos mentais.

6. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

6.1. Tipo de pesquisa

Foi realizada uma pesquisa exploratória, descritivo-analítica com abordagem qualitativa.

Segundo Minayo et al.

“A pesquisa qualitativa segue a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (...) a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável nas equações, médias e estatísticas.” (2003: 21-22)

Por trabalhar com questões tão próprias á subjetividade, independente de classificações engessadas, números ou percentuais fixados, e utilizando principalmente a análise temática para compreender o que foi dito (ou não) pelos entrevistados, optei pela abordagem qualitativa.

Essa pesquisa transversaliza-se nas questões culturais, sociais, históricas, políticas e psicológicas. Portanto nesse estudo há um interesse maior em conhecer os profissionais de saúde mental na interação com a sua realidade laboral, a forma como pensam e refletem sobre o fenômeno do estigma, como expressão da violência.

“As pesquisas qualitativas pela sua abordagem trazem em si uma relação dinâmica entre o sujeito e o mundo real, uma interdependência viva entre o objeto e o sujeito estabelecendo um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do ser humano”. (MARCONI e LAKATOS, 2010)

6.2 Contextualizando o campo de pesquisa

A investigação se deu no município do Rio de Janeiro, em um Hospital Universitário (HU), que dispõe de uma Unidade Psiquiátrica para internação.

A opção por realizar o trabalho em um Hospital Universitário se deu por entender que seria um espaço onde se articulam práticas universitárias com o cotidiano profissional, ambiente propício para aprofundamento, produção de conhecimento e discussões sobre questões afeitas ao objeto de investigação da presente pesquisa. Além disso é o segundo maior, em número de leitos psiquiátricos no município do Rio de Janeiro, se comparado a outros Hospitais públicos.

A gestão do HU é pública, na esfera federal. A unidade psiquiátrica é diretamente administrada pelo HU. Essa UPHG funciona integralmente, 24 horas por dia, durante os 7 dias da semana.

Possui 12 leitos de internação psiquiátrica. A equipe de saúde mental é composta de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, funcionando com número reduzido de profissionais, pois esta ainda em fase de implementação. Quando questionados sobre a composição da equipe, há referência da equipe sendo composta por 21 membros, dentre os quais 13 são psiquiatras, sendo que 3 psiquiatras atuantes são cedidos de outros setores. Os demais componentes são psicólogos e técnicos administrativos. Houve dificuldade em alcançar o número exato, uma vez que os dados informados diferem dos que estão no site da instituição, que também são diferentes dos apresentados consulta ao DATASUS. Segundo os profissionais, por vezes os residentes são incluídos como parte da equipe e por vezes são excluídos da composição, já que não possuem um vínculo formal empregatício, proveniente de um concurso público. A enfermagem é considerada como um serviço à parte na UPHG. Conforme confirmado pela chefia da enfermagem, os 3 enfermeiros e 3 técnicos de enfermagem atuantes, embora exclusivos do setor, foram cedidos pelo Hospital (de outros setores) para atuarem nessa UPHG. Ainda com relação ao funcionamento da equipe, as reuniões e os grupos de estudo ocorrem semanalmente, e envolvem apenas os psiquiatras e psicólogos. Às vezes a chefe da equipe de enfermagem é convidada para participar. Há claramente uma separação dos profissionais que são próprios da UPHG, que foram selecionados para trabalhar especificamente na psiquiatria e, dos profissionais com atuação mais generalista, que “são emprestados” ao setor, como

é o caso da equipe de enfermagem. Dentre as questões trabalhadas com os entrevistados não houve abordagem sobre nada inerente à forma de contratação, regime, nem sobre a EBSERH. Embora essa seja uma discussão pertinente aos Hospitais Universitários, tais questões não apareceram na fala dos entrevistados.

No que concerne à formação dos profissionais, 05 profissionais concluíram a graduação antes de 2001 (marco importante, uma vez que é o ano em que a Lei 10.216 – da Reforma Psiquiátrica passou a vigorar, modificando as práticas e a formação em saúde). Todos os profissionais possuem ao menos pós-graduação no nível de especialização. Metade dos entrevistados possui mestrado, sendo que 02 concluíram mestrado na área de psiquiatria – saúde mental, 01 profissional é doutor em psiquiatria – saúde mental e outro profissional está cursando o doutorado.

O tempo de atuação dos profissionais em psiquiatria variou de 1 à 5 anos para 3 respondentes, sendo que outros 02 possuem mais de 10 anos de atuação. No total 05 profissionais afirmaram algum tipo de experiência em psiquiatria antes de atuarem na UPHG. Mais informações relativas ao perfil dos profissionais, formação e atuação em psiquiatria podem ser visualizadas no quadro do anexo II.

Sobre a jornada de trabalho os psiquiatras e psicólogos não trabalham nos finais de semana. Há um revezamento interno e estes profissionais (com exceção dos residentes e do chefe de equipe) encontram-se no serviço de 2 à 4 dias na semana, cada qual com a sua carga horária. Já os enfermeiros cumprem plantões 12x36 e estão sempre presentes nos finais de semana. Os mesmos psiquiatras que atendem no ambulatório também atendem nas enfermarias.

Sobre o espaço físico, o Serviço de Psiquiatria e Psicologia Clínica ocupa toda a extensão do sexto andar. O acesso se dá por escadas ou elevadores. Nesse mesmo pavimento situa-se a Unidade Psiquiátrica. À primeira vista, ao chegar nesse andar encontra-se um vão de elevadores e um grande corredor. O lado direito do corredor é todo de janelas de vidro que permanecem fechadas e no lado direito se localizam as salas. No fim desse corredor há um portão automático com uma campainha, essa é a entrada da Unidade Psiquiátrica.

A Unidade é extensa, dividida em dois lados: no primeiro ficam os quartos, o refeitório e a sala de TV dos pacientes, além da sala dos enfermeiros e a sala da chefe de enfermagem. Na entrada desse ambiente há uma pequena recepção onde os pacientes e enfermeiros podem transitar livremente. Tem uma boa iluminação, boa higiene e limpeza, as cores são claras, é um ambiente silencioso, que transmite tranquilidade. Nas vezes que

estive lá não percebi a movimentação de muitos pacientes, a maior movimentação era dos enfermeiros, que transitavam entre os leitos. Alguns pacientes estavam na sala de TV/refeição. Essa sala possui mesa coletiva para refeições e outras atividades, além de uma TV, que permanece ligada. Em uma das vezes que passei pelo ambiente, os pacientes estavam assistindo algum DVD com um show, que aconteceu no dia anterior.

Os quartos são semelhantes aos de qualquer hospital, porém, parecem permitir mais conforto. São limpos, agradáveis, as paredes são pintadas na cor branca e cada quarto possui uma cama e um banheiro individual. O paciente mantém sua privacidade, pois os quartos possuem portas e os banheiros individuais também seguem esse padrão de higiene, possuindo um vaso sanitário, pia e chuveiro. Os quartos admitem fisicamente que um acompanhante permaneça junto ao paciente.

A sala de enfermagem é aberta, tem um balcão, onde é possível ver o que está ocorrendo e permite o contato direto entre pacientes e enfermeiros. Em uma das paredes, há outro portão eletrônico que dá acesso a um segundo ambiente, que é o espaço limitado aos psiquiatras e psicólogos, onde se dá o atendimento ambulatorial.

Ao passar para o segundo ambiente, há um pequeno vão com 2 elevadores exclusivos e algumas cadeiras para espera. Esse ambiente é mais escuro que a enfermaria. Do lado esquerdo existem consultórios e dois banheiros. Os banheiros, assim como os demais ambientes também apresentam boa higiene. Os consultórios são pequenos e simples, sendo compostos por 1 mesa para atendimento e duas cadeiras. Do lado direito há um banheiro, outro consultório, uma recepção e a sala do chefe da UPHG, que também é chefe do Serviço de Psiquiatria e Psicologia.

A sala do chefe da UPHG é ampla, possui uma mesa grande, vidraças, com vista para o bairro e tem acesso direto à sala de reuniões. A sala de reuniões é grande, iluminada, comporta toda a equipe. Sua entrada principal é em uma porta ao lado dos elevadores. Essa porta permanece fechada e do outro lado há a sala dos médicos, consultórios e a sala de reunião.

O modelo físico da Unidade Psiquiátrica rompe em sua quase totalidade com as imagens dos espaços de internação e confinamento asilares anteriores à Reforma Psiquiátrica. Embora eu tenha observado que os médicos transitavam pelos leitos, a única categoria que permanece no mesmo espaço e tem contato direto com os pacientes são os enfermeiros.

6.3 Sujeitos

Foram entrevistados seis profissionais de saúde mental nas categorias: enfermagem três (03) e psiquiatria três (03); quatro (04) são do sexo masculino e (02) do sexo feminino; as idades variam entre 27 a 65 anos, sendo que cinco (05) participantes têm mais de 40 anos. Os dados relativos ao perfil desses profissionais encontra-se no anexo II.

Os critérios de inclusão foram definidos da seguinte forma: profissionais com vínculo empregatício, que possuem diferentes formações profissionais. E os critérios de exclusão foram: alunos da residência médica, profissionais recém admitidos ou sem vínculo empregatício.

Foram previstas inicialmente 08 (oito) entrevistas e outras categorias profissionais de nível superior seriam entrevistadas. Porém, na chegada ao serviço a realidade apontou para uma equipe efetiva reduzida aos enfermeiros, psiquiatras, psicólogos e técnicos e auxiliares de enfermagem, embora os enfermeiros e auxiliares por serem “emprestados” ao serviço não sejam mencionados pelas demais categorias como membros da UPHG. Embora a posição abra espaços para divergências considere importante a inclusão dos enfermeiros, por estarem dentro dos critérios de inclusão para essa pesquisa, principalmente o tempo de atuação na UPHG de 06 meses para cima, cabe dizer que a enfermaria está localizada no mesmo espaço físico onde transitam os pacientes e tais profissionais trabalham apenas para esse setor hospitalar. Ao longo das idas ao Hospital, os psicólogos estavam em reunião, em atendimento ou ausentes, o que impossibilitou a inclusão dessa categoria

6.4. Forma de Abordagem dos Sujeitos

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ foi estabelecido o contato com o responsável pela Unidade Psiquiátrica do Hospital Geral para apresentação do projeto e solicitação de autorização para a execução da pesquisa O mesmo concordou e me encaminhou para a Divisão de Ensino e Pesquisa que orientou sobre os trâmites burocráticos e a submissão do projeto ao Comitê da Ética e Pesquisa da Instituição. Após liberação do CEP e autorização da Direção Geral do Hospital refiz o contato com o responsável pela Unidade Psiquiátrica do Hospital Geral e participei de

uma reunião da equipe médica visando apresentar o projeto e definir quais profissionais participariam da pesquisa, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Já com a equipe de enfermeiros, o contato se deu diretamente com a chefe de enfermagem, que indicou os enfermeiros a serem entrevistados.

Devidamente identificada com o crachá da ENSP/Fiocruz me foi possível o livre acesso ao Hospital e à Unidade Psiquiátrica. Vale ressaltar que desde a primeira reunião (com o diretor da UPHG) o período de espera para liberação do CEP e autorização da Direção Geral do Hospital foi de aproximadamente 40 dias, quando diante da autorização permitiu-se a entrada em campo.

Desde então participei de uma reunião da equipe médica e idas semanais ao campo, o que levou cerca de 3 meses até a conclusão das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas em local apropriado que garantiu a privacidade dos profissionais. A duração das entrevistas variou, de 10 à 40 minutos. Todas foram gravadas e transcritas.

6.5. Coleta de Dados

A coleta de dados se deu através de entrevistas semi estruturadas seguindo um roteiro previamente estabelecido, com questões norteadoras.

Para Triviños a entrevista semi-estruturada:

“(...) parte de questionamentos básicos, fundamentado nas teorias e nas hipóteses que interessam à pesquisa, oferecendo-lhe uma diversidade de interrogativas a partir das respostas dos entrevistados (informantes), ou seja, no momento que o informante, seguindo espontaneamente a sua linha de pensamento, responde os questionamentos feitos pelo investigador, esta resposta poderá gerar uma série de novos questionamentos e a partir desse momento o informante passa a participar da elaboração do conteúdo questionado pela pesquisa”(TRIVIÑOS, 1987, p.146).

No intuito de propiciar uma investigação além das palavras oralizadas pelos respondentes, o roteiro semi-aberto deu a possibilidade dos respondentes se colocarem nas questões, através do silêncio, das expressões e de outros gestuais.

6.6. Questões norteadoras da entrevista

Nome, Idade, Sexo, Graduação, Pós-graduação, Tempo de formada (o)

Compreensão de estigma e de violência

Relação entre estigma e violência

Estigma como expressão da violência

Estigma como expressão de violência pode facilitar o agravamento do transtorno mental

Estigma como expressão de violência no contato com os pacientes psiquiátricos

Se o estigma como expressão de violência pode facilitar o agravamento do transtorno mental o que fazer para minimizar esse agravamento.

6.7. Forma de Análise dos Dados

A forma de análise de dados utilizada foi a análise temática. A análise temática (A.T) descrita por Braun e Clarke e (2006) foi aplicada inicialmente em estudos psicológicos. É um método analítico utilizado nas investigações de cunho qualitativo, que busca analisar fenômenos, com base nos dados trabalhados. Por tematizar significados e possibilitar a codificação temática, Boyatzis (1998) o caracteriza não como um método mas, como uma ferramenta utilizada através de diferentes métodos.

Na AT. identifica-se, analisa-se e relata-se padrões (temas), além de interpretar aspectos do tema escolhido. O que, por sua vez é definido como a essência da questão, algo que prevalece nos dados ou que merece atenção, não devendo ser confundido com a medida de prevalência, visto que não é quantitativo. O tema pode ser um aspecto particular encontrado nos dados.

Um dos benefícios da A.T. é a sua flexibilidade, uma vez que não é limitada à nenhuma posição epistemológica ou teórica, admitindo então a aplicação dentro de diversas abordagens. A liberdade teórica permite um relato mais amplo, rico e detalhado. Porém, o (a) pesquisador(a) pode realizar uma análise inconsistente, baseada na idéia de que “tudo é admitido” quando não tem clareza e conhecimento para fazê-la. Outro benefício consiste no fato da análise ser acessível, não requerendo nenhum programa ou tecnologia complexa para a sua realização.

O pesquisador tem um papel ativo uma vez que seleciona os padrões/ temas de interesse na pesquisa e os repassa aos leitores conforme afirmam Taylor e Ussher, 2001. Holloway & Todres, 2003 situam um erro quando os pesquisadores subscrevem os temas baseados na teoria. Para eles, os temas são determinados com base nos dados encontrados precedidos pela teoria.

Braun e Clarke (2006) apresentam seis passos para a realização da análise temática:

1) A leitura como um modo de se familiarizar com o material coletado. É quando se dá a leitura incansável do material obtido. Nessa fase também ocorre a transcrição das entrevistas gravadas ou filmadas;

2) Após a aproximação e conhecimento dos dados, trabalha-se com a sistematização, organizando as unidades de análise, segundo o conteúdo semântico ou latente;

3) Os códigos encontrados anteriormente são divididos então por temas abrangentes. É aí que os autores consideram como o início de uma análise;

4) É a fase de refinamento dos temas escolhidos. É possível ao longo dessa fase o abandono de determinado tema, uma vez que ele não apresenta relevância na investigação. É o momento onde os estratos separados anteriormente são postos em conjuntos dentro de cada tema. Os temas devem estar de acordo com os dados coletados, formando assim o que os autores denominam “mapa temático”;

5) Quando se tem um mapa temático favorável, deve-se então refinar os dados onde cada tema terá a sua essência. Os temas são nomeados. A análise será atribuída à cada um desses temas. Afirma-se a importância desses temas estarem relacionados aos aspectos globais, embora cada um tenha a sua história;

6) Por fim, quando os temas estão trabalhados, é a vez de realizar o “write-up”, ou escrever o relatório, que consiste na dissertação do trabalho, contando a história dos seus dados e confirmando a validade da análise. A dissertação, a narrativa deve conter e situar bem os temas escolhidos.

Seguindo esses passos transcrevi o material, li, sistematizei os subtemas, fiz uma tabela, reli as entrevistas, agrupei esses estratos dentro de perguntas, contendo um tema principal já nomeado. Desse material construí diagramas e iniciei a discussão, fazendo esse material dialogar com determinados textos, periódicos e autores utilizados anteriormente na revisão da literatura.

6.8. Considerações éticas

Em conformidade com a Resolução 466/12, o projeto em questão foi submetido aos Comitês de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz assim como pelo Comitê de Ética da Instituição onde foi realizada a pesquisa e recebeu aprovação de ambos, conforme o número dos pareceres: 44064115.2.3001.5257 (Instituição) e 44064115.2.0000.5240 (ENSP).

7. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

As entrevistas transcorreram sem muitas dificuldades, exceto em um primeiro momento, onde verifiquei certa tensão por parte dos entrevistados e repensei a minha postura em campo, corrigindo atitudes e comportamentos rígidos e excessivamente formais, que poderiam estar causando algum mal estar. Essa mudança de comportamento permitiu que a aproximação com os entrevistados fosse maior, criando um ambiente empático onde o diálogo transcorreu livremente. A tensão observada impactou no tempo das 03 (três) primeiras entrevistas, que tiveram duração inferior a 20 minutos. As demais duraram cerca de 35 minutos.

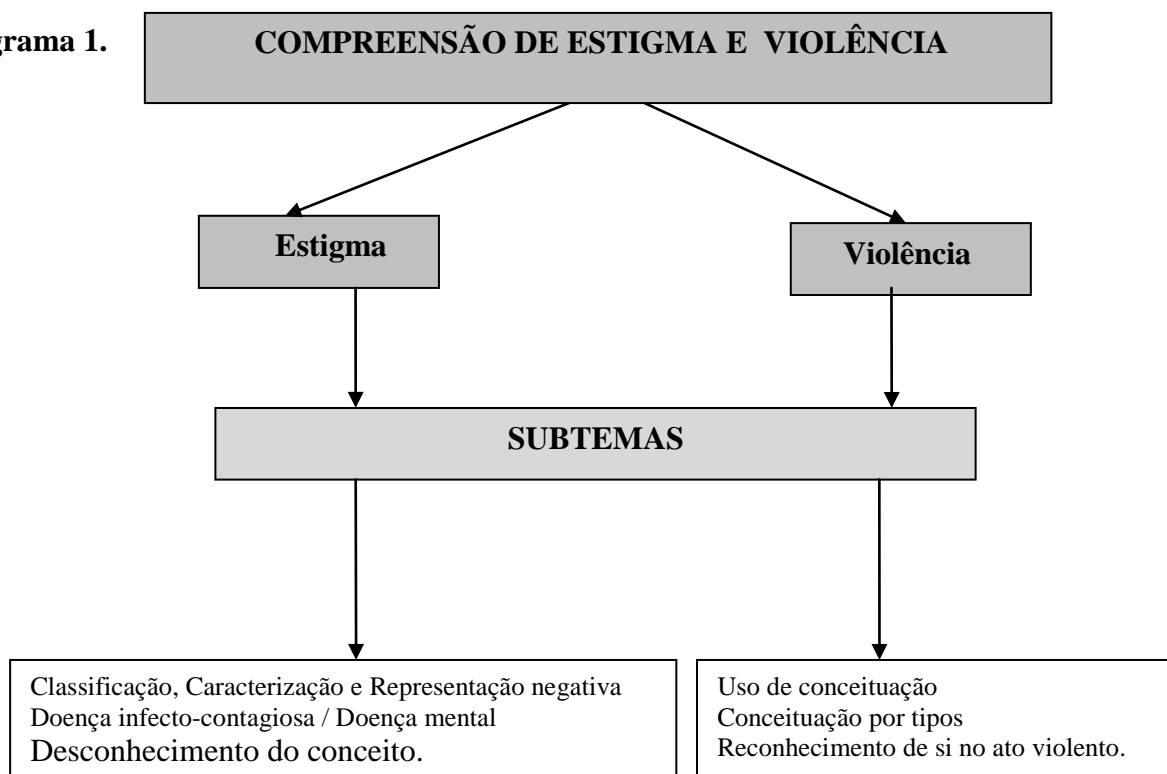
Metade dos entrevistados demonstrou receio ou insegurança no momento inicial das entrevistas, principalmente quando leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Surgiram perguntas sobre a confidencialidade da pesquisa. Optou-se então por ler o Termo junto com entrevistados que mostraram dúvidas e a questão do sigilo foi reforçada. Não havendo eventuais dúvidas, as entrevistas eram iniciadas.

As entrevistas com os psiquiatras foram realizadas nos consultórios individuais a portas fechadas. No caso dos enfermeiros, o local utilizado foi a sala da chefia da enfermagem. Algumas interrupções ocorreram com a entrada de membros da equipe e pacientes, porém, nenhuma dessas interrupções afetou a qualidade das entrevistas. De modo geral, as perguntas foram compreendidas, porém, algumas geraram curiosidade e propiciaram momentos onde os participantes demonstraram-se surpresos e reflexivos. Foi exatamente desse modo que saíram das entrevistas: parecendo surpresos com algumas questões, como se fosse novo pensar a relação entre “estigma e violência” nas suas práticas.

A seguir serão analisadas as questões norteadoras da entrevista e verificada a compreensão dos entrevistados sobre cada uma. Os diagramas (1, 2, 3 e 4) demonstram que dentro de cada tema, existem estratos sob a forma de subtemas, que organizados em conjunto permitiram uma análise interpretativa.

Reitera-se que por questões éticas, avaliadas pelo CEP da Instituição proponente (ENSP / Fiocruz), devido ao número baixo da amostra, não haverá qualquer informação que venha a comprometer o sigilo relacionado aos entrevistados. Portanto, as categorias profissionais e/ou funções desempenhadas não serão diferenciadas, o sexo dos sujeitos em questão e demais informações que forneçam algum tipo de identificação serão resguardadas. Foram atribuídas letras aleatórias aos sujeitos da pesquisa, no intuito de diferenciá-los.

Diagrama 1.



7.1. Tema: Compreensão de Estigma e de Violência

Diante do primeiro questionamento: “o que você entende por estigma, verifiquei o uso de diversos sinônimos. Sobre o estigma, os participantes concordaram que se configura na convivência com outras pessoas, o que denota o seu caráter social, gerando um posicionamento onde alguém é evidenciado como fora do padrão desejado.

Sub-tema- Classificação, caracterização, representação negativa

O estigma apareceu nos enunciados como uma característica que um sujeito possui e, essa mesma característica o leva a ser classificado ou a receber uma representação negativa. Segundo a fala de um dos entrevistados, o estigma:

“(...) Não é só uma questão de preconceito. Acho que é alguma classificação de uma pessoa, seja, por doença, por raça, por sexo, alguma classificação que separa essa pessoa do resto das pessoas de um jeito negativo” (Entrevistado X).

Para o entrevistado R:

“Estigma é a característica que uma pessoa tem que é associada a uma representação dessa pessoa na mente de outras e (...) normalmente está associada a uma representação ruim”.

A história das relações humanas sempre demonstrou que essa classificação dos sujeitos tidos como diferentes eram imersas em uma lógica de intolerância por parte de quem os diferenciava.

Se essa intolerância na Grécia Antiga culminava literalmente na pele, através de:

“sinais feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada; especialmente em lugares públicos” (GOFFMAN, 1988, p.5)

Ela prosseguiu por meio das fogueiras na Idade Média e seguiu em dispositivos como:

“o asilo psiquiátrico, a penitenciária, a casa de correção, o estabelecimento de educação vigiada e por um lado, os hospitais de modo geral, como instâncias de controle” (FOUCAULT, 1987, p.165).

A sociedade contemporânea continua reafirmando essa posição, principalmente quando é necessário viabilizar Políticas Públicas na tentativa de conter atos e ações

situados na ordem da violência. Atualmente as doenças continuam segregando: os transtornos mentais são exemplos atuais que levam os sujeitos à rotulação e consolidação do isolamento, o que demonstra que a sociedade manteve seus preconceitos cristalizados.

Deleuze (1988) falou sobre o conceito de generalização, explicando que consiste em reunir um grupo de elementos, coisas semelhantes e assim enquadrá-los em uma teoria cabível. Os entrevistados trazem palavras marcantes como “traços”, “categorização”, “classificação” e logo esses conjuntos formulam uma imagem. A pessoa com transtorno mental na ordem social não é somente uma nomenclatura pura, pois o termo transtorno mental é repleto de sentidos e acompanhado de pré-conceitos, como a irracionalidade, a agressividade, a periculosidade. Desse modo as pessoas com transtornos mentais passam a ser incorporadas na generalização. O que no senso comum ainda é denominado “louco” é na verdade uma imagem que se dá nas relações: significados, hierarquias, disputas de poder, de status.

A maioria dos entrevistados afirmou o estigma utilizando como verbos principais: “caracterizar”, “representar” e “classificar”. Porém, Deleuze fala da importância de sair desse lugar do igual e usar a repetição como forma de dar luz à singularidade. O Entrevistado H ao responder sobre o que é estigma deu exemplos mencionando que o preconceito vai ao encontro da imagem do homem de cor, ao árabe, ao judeu, à pessoa com transtornos mentais e são traçadas características gerais, quando na verdade cada um destes tem a sua individualidade.

A generalização discutida por Deleuze foi observada quando os entrevistados reconheceram que o estigma é proveniente de classificações e pré julgamentos de ordem social, e também reconhecem de forma indireta a repetição, quando confirmam que os “sujeitos” são diferentes, mas, a ordem social insiste na sua padronização e agrupamento.

Sub-tema: Doença infecto contagiosa e doença mental

Os entrevistados trouxeram nas respostas as suas experiências. Dois profissionais ao relacionarem o estigma com as doenças infecto contagiosas como a Hanseníase e o HIV incluíram os transtornos mentais, no mesmo cenário que fomenta a estigmatização. Em uma das falas:

“O estigma do leproso existia antigamente, depois veio o do doente psiquiátrico e depois teve o do HIV e tudo isso em torno dessas pessoas criou uma série de conceitos”. (Entrevistado K).

A Hanseníase foi fortemente citada como exemplo de estigma que os doentes sofrem:

“Antigamente tinham pessoas com Hanseníase e as pessoas ficavam com medo de contrair então tinham estigma e afastavam a pessoa” (Entrevistado R.).

Na ordem da relação estigma x doença, de fato, Goffman (1988) também se utiliza da Hanseníase como introdução aos seus trabalhos. Os “loucos” ganham o status de “Doentes mentais” com a força da medicina / psiquiatria do século XVIII. Antes disso, por muito tempo o “louco” permaneceu em um espaço de exclusão, junto com tuberculosos e leprosos

“Este espaço de exclusão que agrupava, com os loucos, os portadores de doenças venéreas, os libertinos e muitos criminosos maiores ou menores provocou uma espécie de assimilação obscura; e a loucura estabeleceu com as culpas morais e sociais um parentesco que não está talvez prestes a romper.” (FOUCAULT, 1975, p:55).

Na obra *Vigiar e Punir*, Foucault (1987) faz uma diferenciação entre as duas grandes doenças que assolaram a Europa: A Peste Negra e a Lepra (Hanseníase). As políticas atribuídas foram diferentes em ambos os casos. A manifestação da Peste era gradativa e não exigia exclusão, o regime era de vigilância.

Já a lepra manifestava-se de forma a chocar os cidadãos, com suas imagens de corpos e faces deformados. Era uma doença de manifestação rápida e brusca, a questão corporal era muito aparente e por tais sinais já era possível definir quem estava doente e se “livrar dele”. Mendes (2013) descreveu que tais indivíduos eram enviados aos leprosários e excluídos do convívio social, afirmando que por ter manifestações sempre iguais nas feridas, principalmente por deformarem a face e deixar os indivíduos sem “seus rostos”, todos eram tratados sem distinção singular.

Araújo et al (2014) realizou uma investigação na qual chegou à conclusão de que muitas pessoas com lepra apresentavam transtornos mentais, devido ao sofrimento psíquico da primeira doença ou ainda, pessoas com transtornos mentais por estarem geralmente nas ruas ou em ambientes inóspitos no período referenciado, acabavam por

contrair a Lepra. Fator comum é que tanto as pessoas com transtornos mentais, como as pessoas com Lepra perdiam sua individualidade e autonomia. Na história de ambas, as Casas Religiosas eram responsáveis pela assistência, evoluindo historicamente para os Hospitais e Manicômios.

A exclusão é comum nas duas situações, assim como a classe social dos doentes, onde era constituída em sua maioria por pessoas pobres. A AIDS entraria por fim nessa equação, onde tardiamente no século XX o maior número de contaminados está nos países pobres, sua contaminação envolve a imagem social da promiscuidade. Na fase avançada, os pacientes permanecem geralmente isolados de outras pessoas, na Divisão de Doenças Infecto-Contagiosas (DIP). A imagem da AIDS foi socialmente relacionada aos homossexuais ou pessoas com comportamento sexual de risco (prevalência de vários parceiros e relações sem o uso de preservativos). Observo que na Lepra há um desvio na perspectiva da imagem corporal, no transtorno mental o desvio é de ordem comportamental e no HIV o desvio é atribuído principalmente à ordem sexual. Como ponto comum entre essa tríade, considero até então o processo histórico, o modelo de tecnologia do poder utilizado, a correlação doenças versus desvios e a classe social dos “portadores”.

Outra hipótese para os profissionais falarem de Hanseníase, transtornos mentais e HIV pode estar relacionada à caracterização das mesmas no grupo de “doenças crônicas”. O Art. 2º da Portaria 483/2014 (Ministério da Saúde) considera doenças crônicas

“as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura”.

Verifico nas entrevistas, outro aspecto importante, que agregará uma terceira hipótese referente à inclusão das pessoas com transtornos mentais no mesmo grupo da AIDS e Hanseníase: o tempo de formados dos profissionais e a falta de experiência / conhecimento na área de saúde mental.

A formação anterior à instituição da Lei 10.216 somada à falta de atualização se fazem presentes na linguagem dos profissionais, quando citam o “transtorno mental” sob uso da palavra “doença”, termo que caiu em desuso.

No início das entrevistas foi especificado diversas vezes que os profissionais atuam há pouco tempo nessa Unidade. Metade dos entrevistados disse não ter passado

por nenhum tipo de capacitação em “saúde mental”. A maioria dos profissionais tem uma faixa etária acima dos 40 anos.

O ensino em saúde no Brasil inclui a importância dos futuros profissionais atuarem dentro das Políticas Públicas. A formação é voltada principalmente com foco nas estratégias para atuação no setor público (DIAS, LIMA E TEIXEIRA, 2010).

Reconhecendo que a Saúde Mental nacional teve um avanço somente em 2001, com a Lei 10.216 pode-se incluir uma mudança estrutural necessária no que diz respeito à atuação dos profissionais. Justamente nesse ano segundo Vilella (2009), os currículos dos cursos de enfermagem passavam por reajustes, incluindo novas diretrizes para o ensino da enfermagem, onde a formação amplia o olhar para a sociedade civil em suas manifestações culturais, no seu território; a formação envolve essa vivência no espaço de desenvolvimento familiar e social, assim como a necessidade de capacitação contínua por parte dos profissionais.

Porém, face à realidade, os estudos (Pitia, 1997; Ribeiro, 2005) ainda demonstram que o enfermeiro em saúde mental concentra suas atividades em afazeres burocráticos e atividades técnicas, o que evidencia o estilo de formação e a distância do ensino com a prática e as políticas atuais.

O problema aqui se torna maior para os enfermeiros, uma vez que a formação dos mesmos é generalista e, todos mencionaram o aprendizado ou estágio em psiquiatria na graduação ainda no período manicomial. Os entrevistados atuaram em outras áreas e estão há pouco tempo na psiquiatria. Com exceção do chefe da UPHG, os psiquiatras utilizaram o termo “pessoas com transtornos mentais” e mencionaram que a formação – residência - se deu em um momento onde já se utilizava o termo saúde mental, no lugar da psiquiatria pura. Portanto, o tempo de formação, a experiência na área de saúde mental, as capacitações, cursos e atualizações repercutem de forma positiva no conhecimento do profissional sobre a área e o campo em que está atuando.

Dentre os profissionais que possuem maior tempo de formados e não acompanharam as mudanças na área psiquiátrica, principalmente os enfermeiros, a linguagem ainda permanece muito “engessada”, com o uso de termos anteriores à Reforma. Não estou afirmando que esses profissionais estão inclinados à maior ou menor nível de estigmatização porém, a incompreensão teórica foi mais nítida.

É possível observar algo em comum entre a Política Nacional de Saúde Mental e as citadas no início da dissertação: de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violência, Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, dentre

outras que envolvem as ações intersetoriais e englobam o setor da saúde, que seria a necessidade de formação e capacitação de Recursos Humanos.

Os profissionais de saúde devem agir em consonância com os princípios do SUS. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, inciso III dá ao SUS a competência de ordenar a formação na área de saúde (BRASIL,1988).

A capacitação é uma das principais propostas para melhorar a atuação profissional porém, o ideal é que garanta a educação permanente, a fim de substanciar a estratégia de mudança institucional, necessária ao SUS e proposta pela Lei 10.216.

A capacitação por si só não é capaz de trabalhar determinadas questões e problemas, que exigem o acompanhamento constante, por meio de avaliações e monitoramento.

No caso da saúde mental, não basta romper com a estrutura física dos manicômios, quando os mesmos continuam repercutindo nas práticas profissionais. A educação permanente, se bem conduzida é capaz de chegar em questões mais profundas, que permitem repensar os aspectos sociais, políticos, econômicos e históricos, assim como rever a posição que os profissionais desempenham nessa estrutura.

Outro problema colocado diante das capacitações, sejam de quaisquer natureza são o fato de isolarem os profissionais em salas de aulas, sem a vivência no cotidiano da prática (BRASIL, 2009).

Embora parte dos entrevistados possuam algum nível de especialização na área, ainda assim isso apareceria como uma limitação descrita na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2009), uma vez que nos cursos de atualização mantém uma continuidade do modelo centrado na educação formal, das salas de aula, na maioria das escolas ou universidades. Há uma dificuldade em unir a teoria e a prática. A própria Política também critica o fato desse modelo educacional tradicional de pós-graduação ser exigido geralmente para a classe médica, desconsiderando os enfermeiros e outras categorias, assim como o trabalho em equipes multidisciplinares, que não ganha a importância devida.

A proposta da Política é: valorizar as práticas no cotidiano do trabalho, onde a educação também se dá de modo informal, junto à equipe, aos pacientes. Teoria e técnica se dão em um cenário onde a prática se estabelece.

Concluo então que o sub-tema doenças infecto-contagiosas e doença mental evidencia, por desconhecimento de alguns profissionais, o próprio estigma que atribuem e constroem em relação ao paciente: “o doente” é comparado ao “infecto-contagioso”.

Apenas o subtema codificado nessa questão já diz muito sobre o preparo dos profissionais e seus próprios estigmas frente aos pacientes com transtornos mentais. Essa questão traz à tona a necessidade da educação permanente, para todos os componentes da equipe. É fundamental capacitar os profissionais mais antigos porém, para além de uma capacitação, o processo de educação com foco na prática deve ser contínuo. Ao passo que a capacitação é mais voltada para um dado momento e concentra o foco nos resultados, a educação permanente circunscreve temas mais profundos, que se dão no cotidiano dessa equipe, para além das mudanças das estruturas ela promove a mudança na mentalidade dos profissionais. O trabalho na Saúde Mental exige uma maior compreensão sobre o processo histórico, político e social. Quando os profissionais compreendem tais questões são capazes de repensarem as suas práticas. no sentido de conhecerem mais sobre o seu próprio trabalho, sobre as Políticas Públicas inerentes à sua área de atuação, desconstruindo assim “os seus próprios muros e limitações”. É na tomada de consciência e na aquisição de conhecimentos que os sujeitos tornam-se críticos acerca das suas realidades e podem reinventá-las. Um dos elementos fundamentais para reduzir a violência (e o estigma) é primeiramente compreendê-lo e em seguida repensar ações que reduzam o fenômeno. A educação permanente prioriza então o trabalho em equipe e a atuação de acordo com os princípios do SUS, valorizando os sujeitos de acordo com a sua cultura, costumes e meio em que vive, promovendo a qualidade na assistência e atenção à saúde.

Somando-se a isso, outro ponto importante apareceu nessa mesma questão: o fato de apenas dois profissionais reconhecerem as pessoas com transtornos mentais dentro de um grupo vulnerável para o estigma.

Nunes e Torrenté (2009) ao realizarem uma pesquisa junto aos usuários de Centros de Atenção Psicossocial no Sergipe e na Bahia verificaram que os pacientes e familiares entrevistados relataram o estigma causando desconforto e incômodo. Esse estigma é proveniente do grupo social por onde transitam e nas relações que estabelecem, onde os profissionais de saúde mental também são descritos como perpetrantes do estigma, embora possam não perceber que estão cometendo atos estigmatizantes.

Mais uma vez podemos confirmar as questões inerentes à própria formação dos profissionais e, a pesquisa citada acima demonstra que não foram só os entrevistados da

UPHG que demonstraram um possível desconhecimento frente à relação de estigmatização dos pacientes com transtornos mentais, inclusive ao cometerem atos estigmatizantes e não se darem conta.

Se o subtema anterior foi a “classificação” como explicação dos estigmas, agora os profissionais de saúde mental ao continuarem suas falas, conforme expostas nos trechos acima, classificaram as pessoas com transtornos mentais como “doentes mentais”. A noção de doença mental volta com força quando os entrevistados rememoram a Hanseníase e o HIV. Logo, as pessoas com transtornos mentais são figuradas como doentes e mais do que isso colocadas no mesmo patamar das doenças infecto-contagiosas. O entrevistado faz uma linha do tempo, onde antes as pessoas com Hanseníase eram estigmatizadas, depois foi a vez da estigmatização dos doentes psiquiátricos e posterior a isso as pessoas com HIV.

Sub-tema: Desconhecimento do conceito.

O estigma apareceu na maioria das vezes como negativo, porém, alguns profissionais mencionaram como positivo demonstrando uma duplicidade contrária:

“(...) Estigma é uma coisa que já vem sendo feita há muito tempo e aquilo a gente vai passando e vai acontecendo e pode ser uma coisa positiva ou uma coisa negativa”
(Entrevistado N.)

Quando questionados sobre o que seria um estigma positivo, dois (02) entrevistados disseram que seriam atitudes positivas, como elogiar alguém, conservar uma boa imagem sobre uma pessoa ou manter o respeito sobre outrem. Considerando o contrário, o estigma negativo é observado como o antônimo desses conceitos.

Goffman (1988) e Becker (2008) não deixam dúvidas quanto à negatividade atribuída ao termo. Se para Goffman o “estigma é um atributo destacado como negativo em um sujeito” e para Becker fala-se do estigma em relação ao “outsider ou desviante”, os entrevistados demonstram a incompreensão diante do conceito de estigma, o que aparece como objeto importante de análise, uma vez que se torna impossível para o profissional falar sobre o estigma no interior de sua instituição quando não há o conhecimento claro do conceito.

Goffman (1988) situa o estigma na ordem da linguagem, quando estigmatizar não está só no âmbito de uma ou mais categorias e sim nas relações.

Considero passível a análise do poder contido na ação de estigmatizar: se for interpretado dentro das orações na língua portuguesa o estigma pode aparecer em orações coordenadas sindéticas adversativas e também como advérbios de negação e intensidade, porém, jamais aparecerá como um comparativo, uma vez que o estigma ao legitimar uma posição deslegitima outra, reafirma alguém diante de outrem.

O estigma preconizado por Goffman (1988) e Becker (2008) pode ser positivo do ponto de vista daquele que estigmatiza e detém o poder sobre o outro, porém, como colocado nessa investigação, diante do ponto de vista do sujeito que está sendo estigmatizado, o estigma é sempre negativo, embora seja comum em outros momentos o estigmatizado se colocar na posição do estigmatizador frente a outros sujeitos.

Verifica-se comumente nas falas de pessoas com transtornos mentais, a diferenciação da sua doença em relação à doença do outro. Nessa ação, onde o “bipolar” se diz mais próximo da normalidade (socialmente instituída) que o “autista” e rebaixa o segundo, ainda assim estando situados no mesmo grupo, de pessoas com transtornos mentais, há um jogo de poder e variação na intensidade da estigmatização. Reafirmando Goffman (1988) o que muda no estigma é a intensidade com que os sujeitos estão expostos aos atos estigmatizantes ao longo de suas vidas, tornando-se mais ou menos vulneráveis.

Nessa discussão, os mesmos dois entrevistados que consideraram as pessoas com transtornos mentais como vítimas de estigma também se colocaram dentro dessa relação, embora tenha sido feita a troca do pronome “eu” para “você”, as falas incluem nitidamente o respondente:

“O que se tem como estigma são atitudes preconceituosas. Ou seja, atitudes que você julga alguém não por conhecer a pessoa, mais porque você imagina que ela seja e não é. Então você tem preconceito” (Entrevistado H.)

Considerando também:

“Vamos à prática: digamos que estigmatizar uma pessoa, um paciente psiquiátrico todos nós somos seres humanos, todos nós estamos sujeitos a “A”, “B”, “C”, “D”” (Entrevistado R.).

O estigma como social comporta uma relação dupla: Ora assume-se o papel de estigmatizador, ora se é estigmatizado e apenas esses dois entrevistados conseguiram

relatar a duplicidade, colocando-se como parte dessa sociedade que repele o que lhe causa estranheza.

Sub-tema: Uso de conceituação

Após terem respondido o que era estigma, houve silêncio de alguns profissionais quando indagados sobre o que é a violência. É imprescindível pensarmos que se o estigma é um termo que gera algum grau de estranheza, principalmente na elaboração do seu conceito e parece estar distante da realidade dos ditos “normais”, a violência se contrapõe à essa percepção: ela está presente no contexto humano, independente da diferenciação entre “normais” ou “anormais”. Portanto, o que o silêncio revelou de imediato foi o impacto em face de uma realidade que também cabe ao entrevistado.

Para que os participantes compreendessem o impacto de uma pergunta que os colocou frente ao reconhecimento de vítimas e algozes em relação ao fenômeno foi necessário um espaço de recuo, onde se reorganizaram e surgiram duas alternativas, que serão debatidas a seguir: uma delas consistiu no distanciamento dessa discussão (a partir de então alguns entrevistados sintetizaram a resposta utilizando apenas conceitos fechados como resposta) ou o silêncio suscitou em uma aproximação dos entrevistados na discussão (quando se colocaram dentro do debate, através de exemplificações e problematizações inerentes ao cotidiano).

Sub-tema: Conceituação por tipos

O modo mais utilizado para responder a questão foi explicando a violência pelos seus tipos e naturezas. Foi comum a fala dando conta de violências de ordem física e psicológica. Os participantes mencionaram desde a “palmada” até o Estado, que “tira os direitos dos sujeitos”. A violência foi situada pelos modos como ocorre.

Se para a maior parte da sociedade, o termo “violência” se apresenta sob a natureza física, os entrevistados trazem mudanças significativas nesse sentido ao considerarem mesmo que superficialmente a existência da natureza psicológica e a negligência.

Sem que eu mencionasse as pessoas com transtornos mentais, alguns profissionais trouxeram a necessidade de estarem atentos ao modo como lidam com os pacientes, a fim de evitarem a violência.

“No caso do paciente na maneira de tratá-lo, de se dirigir a ele, você pode fazer de uma forma agressiva” (Entrevistado N.).

O entrevistado R informa:

“Violência da minha parte é você tratar uma pessoa menos dignamente. Eu procuro ao lidar com pacientes, me colocar no lugar dele, o que ele está sentindo ali eu posso sentir mais tarde. Mas, existem várias formas de violência”

No que se diferem tais falas, o profissional N reconheceu que a violência junto ao paciente pode vir a ocorrer, já o profissional R se posicionou de modo empático ao dizer que reflete e evita a violência porque se coloca no lugar daquele que sofre. Nesse momento, o entrevistado trouxe para mais próximo de si a realidade das pessoas com transtornos mentais. Em dado momento da entrevista ele afirmou sobre a possibilidade de todas as pessoas estarem sujeitas aos transtornos mentais, o que reafirma novamente a sua percepção e aproximação em relação aos pacientes. Esse foi o primeiro momento onde um dos entrevistados desconstruiu o estigma do transtorno mental ao longo das respostas. Esse momento de ruptura, onde o instituído socialmente “normal” se aproximou da “anormalidade” tornou-se crucial, uma vez que se ao longo dessa investigação eu encontrei tantas generalizações, foi esse posicionamento que garantiu a “repetição” deleuziana, quando se modifica o pensamento sobre o estigma, uma vez que o sujeito fala sobre a linha tênue das polaridades e se coloca nesse contexto, que foge ao seu controle.

Os profissionais falaram sobre o que entendiam sobre a violência, aproximando o seu cotidiano, utilizando conceitos e tipificações da violência, além das exemplificações das cenas comuns na mídia envolvendo os assaltos e homicídios. Alguns deram visibilidade às violações de direitos por parte do Estado, quando apresentaram situações de pessoas próximas, que passaram por arrochos salariais ou perda dos benefícios trabalhistas. Ainda assim ao descreverem a violência quatro participantes apropriaram-se de teorias, com destaque para dois, que citaram uma parte do conceito da OMS.

Outro aspecto que se destacou dentro de algumas respostas e diferiu desse “discurso pronto”, situado na ordem do comum, foi a citação da “violência naturalizada” ou “violência sutil”, assim nomeada pelos participantes. Para eles, esse tipo de violência é de difícil percepção por parte de quem a perpetua.

“Há formas muito sutis de violência e você pode muitas vezes interpretar como uma atitude oposta. Você tem às vezes atitudes em que a pessoa fala de uma maneira muito suave e pode atrás disso ter uma grande violência. Desqualificação da pessoa” (Entrevistado H).

Outro profissional afirma:

“Existe muita violência sutil. Existem situações que são extremamente violentas e você não percebe no momento! Depois você vai ver que algumas colocações carregam muita violência.” (Entrevistado K).

Percebo que a violência denominada “sutil” pelos profissionais, tem características muito semelhantes à violência simbólica, conceito formulado por Bourdieu (2004), descrito como:

“(…) Suave, insensível, invisível as suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento”. (Bourdieu, 2004, p.7).

Na citação de Bourdieu, no trecho acima, as palavras “suave” e “invisível” também apareceram nas respostas, embora o termo “violência simbólica” não tenha surgido em nenhum momento. Diante dessa análise e do modo como a “violência sutil” foi descrita considero que em algum momento os participantes tiveram contato com o conceito de violência simbólica, embora não façam a ligação entre o conceito e a sua denominação correta.

A “violência sutil” abriu outra percepção importante nas falas: ela permitiu que os sujeitos da pesquisa se inserissem de forma indireta no questionamento.

O fenômeno da violência é coibido ao máximo em nossa sociedade. Ele ganha segundo Arendt (1985) espaço quando já não se pode mais apelar para outros meios; a violência aparece então como um fim.

Domenach (1981) relaciona o século XX como importante ao passo que estabelece uma maior percepção da violência, assim como meios evitá-la. Nesse século são reconhecidos os direitos de liberdade e bem estar dos cidadãos. Essa noção de progresso não é compatível com a existência da violência. Para o autor, a análise da

filosofia de Hegel diz que é preciso negar o outro para se sobressair mas, Domenach vai no sentido contrário e coloca a violência também nesse âmbito, quando ao preservar um sujeito vivo, mantém-se vivo, já que é preciso que o outro exista para você também existir.

Domenach (1981) narra a necessidade de evitar a violência diante das possíveis consequências que pode gerar: a perda da liberdade, a perda do reconhecimento para quem a pratica, a perda do bem estar. Essa perda do bem estar e do progresso estão muito ligados à política, segundo o autor, cabendo ao Estado pensar em medidas para quem as pratica.

Em tese, os profissionais são conscientes das consequências legais que atos de violência podem gerar e devem agir de acordo com princípios éticos, ressaltando a garantia sobre o cuidado e proteção, principalmente das pessoas mais vulneráveis. Admitir a violência como uma prática recorrente no contexto hospitalar implica em infringir a ética profissional e moral. Tendo noção dessa realidade, a “violência sutil” é o termo que dá permissão para que o profissional desvie da regra sem necessariamente ter que assumir para si o sentimento de culpa dos seus atos, uma vez que nem ele próprio e nem os demais se dariam conta de algo que ocorreu de modo “velado”. A violência simbólica foi então uma contradição aparente nas entrevistas onde: embora seja velada na maioria das vezes ou de difícil percepção, os profissionais sabem que ela existe, mas, sempre a atribuem ao outro (segundo as respostas, quem comete nunca é ele mesmo), porém, afirmam a sua existência no campo profissional.

A violência simbólica é então o espaço da negação, nega-se a violência e nega-se a existência de um problema social. Logo, a violência sutil é o espaço do dito pelo não dito: é onde se afirma o ato violento, é exercida a violência, sem se dar conta dela.

Wieviorka, faz análise dessa violência, quando em um dos seus textos escreve sobre as posições do Estado:

“ Na medida em que se inscreve no prolongamento de problemas sociais clássicos, ou que não questiona as modalidades mais fundamentais da dominação, é suscetível de ser negada ou banalizada.”
(WIEVIORKA, 1997, p. 11).

Observo até então que em alguns momentos os respondentes interligaram o cotidiano hospitalar com a questão da violência: o primeiro momento foi quando reconheceram que no “cuidado” aos pacientes, podem ser cometidos atos violentos, no

segundo momento falaram sobre a “violência sutil” como existente e o terceiro momento se deu quando os entrevistados ao longo das discussões situaram a estrutura da UPHG na ordem da “não violência”. Os médicos e enfermeiros diferenciaram essa UPHG dos espaços tradicionais de internação.

Se na análise dos subtemas encontrados na primeira questão foi problematizada a formação dos profissionais, onde os enfermeiros pelo tempo de formado são herdeiros do estágio em psiquiatria restrito à internação manicomial, foram justamente os mesmos enfermeiros que refletiram a diferença entre os antigos leitos de psiquiatria em Hospitais Psiquiátricos e a UPHG, positivando esta última.

Embora todas as falas sobre a UPHG, por parte dos psiquiatras e enfermeiros sejam importantes, na desconstrução do ambiente físico da violência psiquiátrica os discursos dos enfermeiros carregam mais material de análise, uma vez que os mesmos conheceram tanto as enfermarias psiquiátricas antes do marco da Reforma Psiquiátrica, como também as mudanças que ocorreram e vem ocorrendo até hoje nos espaços de internação, o que se confirma no trecho abaixo, segundo o Entrevistado E:

P: Existem vários tipos de violência e eu acho que a agressão, eu acho que as pessoas não conseguem pagar um imposto altíssimo, não conseguem um atendimento, no caso do doente como a gente vê pessoas esperando horas. Eu acho que é violência, por isso que aqui a gente procura ser mais ágil, os quartos são individuais, você pode ver as pessoas.

E: Ah sim, eu conheci.

P: Conheceu? Você sabia disso?

E: Conheci, conheci!

P: Aqui os quartos são individuais, e eu, por exemplo, como falei pra você eu trabalhei com psiquiatria... Eu na época estava fazendo faculdade e trabalhava nas férias. Eu trabalhei em um hospital, a clínica era jurídica também, tinha um paciente que tinha sofrido um processo e a clínica era misturada, todos ficavam misturados.

A estrutura do Hospital psiquiátrico, como um espaço de violência foi preconizado na literatura por diversos autores, dentre os quais Basaglia (1985) reflete o caos em meio à falta de humanização do ambiente hospitalar, comparando-o à penitenciária, onde a “periculosidade” era isolada em um ambiente hostil, que violava os Direitos Humanos.

No Brasil, uma investigação importante foi sobre o Manicômio São João de Deus, no qual segundo Jacobina, Ronaldo Ribeiro (2001) os pacientes eram divididos em duas classes: pensionistas e indigentes (pobres – não pensionistas), estes últimos, segundo o autor eram colocados em enfermarias comuns, compartilhadas, de acordo com o seu estado: agudos, crônicos, indóceis, paralíticos, tuberculosos e imundos. Ainda segundo o autor, os cuidados eram precários e os pacientes acabavam recebendo pouca comida e por vezes morrendo de fome.

Botega e Dalgalarrodo (1997) falam sobre o ambiente do Hospital Geral envolvendo o local físico e a equipe no cuidado ao psíquico, que diminui a violência do estigma.

Na investigação sobre o que seria o não cuidado, Padilha et al (2004) entrevistaram 29 pacientes hospitalares e os mesmos responderam que as práticas de violência estão interligadas ao:

“espaço físico com dimensões reduzidas e pouco ventilado; conservação e limpeza da unidade do cliente deficiente; unidade de internação mista, com perdas da privacidade/intimidade; falta de materiais de consumo e insumos para a realização de procedimentos; número de funcionários inadequados para prestar um cuidado seguro e de qualidade; como também oferta nutricional pouco adequada ao gosto dos clientes” (PADILHA et al, 2004, p.726).

O meio ambiente ganha destaque então determinando o local onde as práticas do cuidado e atenção aos pacientes vão se dar. Ao garantirem segundo suas falas, que o local seja limpo, os quartos sejam individuais, oferecendo privacidade, conforto para os pacientes, possibilitando a presença de um acompanhante, dando aos mesmos a possibilidade de circularem livremente pelo ambiente da enfermaria, de estarem em contato direto com a equipe, os profissionais reconhecem a integralidade no cuidado, a fim de preservarem a autonomia do paciente. Esse ambiente foi inúmeras vezes diferenciado das enfermarias que rememoram os clássicos hospitais psiquiátricos, antecessores da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A “não violência” segundo alguns profissionais contempla não só o fim das medidas punitivas, mas, as mudanças estruturais no espaço de internação. Os entrevistados concordaram então que a violência é física, psicológica, parte do Estado e demais Instituições, a violência envolve a negligência, as relações sociais e se dá também

no espaço físico e este espaço físico tem papel fundamental, uma vez que é o lócus do cuidado terapêutico, afim de reestabelecer o sujeito física e psiquicamente.

Sub-tema: Reconhecimento de si no ato violento

Quando os profissionais se dão conta de que ao lidar com os pacientes internados em UPHG devem repensar alguns atos, eles mesmos se inserem na questão e afirmam que suas relações são passíveis de violência. Entretanto, a violência sutil seria uma forma de neutralizar a culpa diante dos atos, quando dão a entender que o fenômeno da violência existe, que eles são parte disso, porém é algo que muitas vezes passa despercebido. A violência sutil também tem um papel importante, uma vez que age nesse processo como um mecanismo de defesa, servindo para tirar a culpa diante de um ato ou mesmo para que através do uso dessa violência seja possível reafirmarem sua agressividade. Deve-se sublinhar que a agressividade faz parte da natureza humana, porém, o próprio homem utiliza mecanismos outros para que essa agressividade não apareça sob a forma de violência.

Para Arendt (1985), a violência parte de “um, contra todos”. A autora difere as palavras poder, força, autoridade e violência, embora todas definam meios pelos quais os homens dominam outros homens. A violência é a última alternativa possível para se manter o poder. O poder está presente na sociedade sob a forma de autoridade, não sendo possível viver sem ela. Arendt fala da violência ligada à agressividade:

“A agressividade, definida como um impulso instintivo desempenharia o mesmo papel funcional no âmago da natureza que os instintos sexual e nutritivo no processo vital do indivíduo e da espécie. Mas ao contrário destes instintos, que são ativados por irresistíveis necessidades orgânicas por um lado, e por estímulos externos por outro, os instintos agressivos no reino animal parecem independender de tal provocação.” (ARENDR, 1985, p. 38).

A autora busca na psicanálise explicações onde segue afirmando que se esse impulso for reprimido, resultará em uma sobrecarga de “energia”, e a explosão pode ser perigosa. Portanto, a agressividade é inerente aos animais, sendo o homem capaz de utilizá-la para além da sua irracionalidade, que seria a de se auto-preservar.

Foucault fala da importância de compreender as relações de poder, que se dão nas instituições.

O termo poder designa de relações entre “parceiros”(entendendo-se por isto não um sistema de jogo , mas apenas – e permanecendo , por enquanto, na maior generalidade – um conjunto de ações que se induzem e se respondem umas às outras. (1995, p:240).

O poder é visto em todas as relações humanas e a compreensão do poder sob o ponto de vista do autor, torna possível o entendimento acerca da violência: “Uma ação de violência age sobre um corpo, sobre as coisas; ela força, ela submete, ela quebra, ela destrói, ela fecha todas as possibilidades; não tem portanto, junto de si, outro pólo senão aquele da passividade”. (Foucault, 1995, p:243).

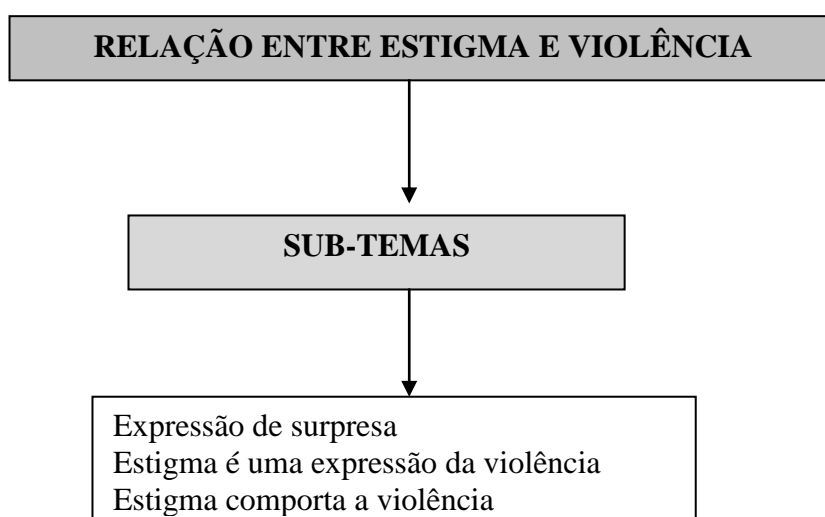
A relação de poder em muitos casos utiliza a violência. O funcionamento das relações de poder é dinâmico, ele vai se dando e se modificando ao longo das relações. Segundo o autor não há relações de poder que sejam mantidas estáveis a todo o tempo. A tomada de consciência por parte dos que estão sendo passivos pode gerar pontos de insubmissão, ou resistências / lutas entre adversários. Nesse caso, as ações buscam retomar o poder. Relacionando a compreensão de poder sob o ponto de vista de Foucault, com a violência, é possível reafirmar o que Arendt (1985) afirmou sobre a violência, ao colocá-la como um fim.

Se Foucault traz o poder sob os “passivos” e Arendt explica que os homens são violentos em relação àquilo que lhes ameaça, compreendemos melhor a violência diante do estigma. Dentre as bibliotecas virtuais utilizadas na pesquisa do termo “Estigma, Violência e Saúde Mental”, entre os 15 artigos selecionados de acordo os objetivos do presente trabalho, 09 mencionam a imagem das pessoas com transtornos mentais como “perigosas”, “violentas” e “agressivas”.

O artigo de Foster, J (2006) de Cambridge, Reino Unido retrata a saúde mental na mídia britânica e, por conta das notícias que definem sujeitos com transtornos mentais como violentos, os estereótipos relacionados aos últimos são negativos. Tem-se aí novamente o que foi afirmado por um dos entrevistados, ao dizer que sequer comprova-se a veracidade das pessoas com transtornos mentais serem agressivas, na primeira instância o pré-conceito já é dirigido a elas, gerando um estigma. Como elas não podem ser o modelo “normal” tão próximo dos padrões instituídos, atribui-se uma máscara

deformativa e enquadra-se essas pessoas como desviantes. Então, o modo instituído de combater essa violência acaba sendo por vias da violência.

Diagrama 2.



7.2. Tema: Relação entre Estigma e Violência

Se o profissional de saúde está imerso nessa lógica social, podendo vir a cometer algum ato estigmatizante, foi de interesse para a pesquisa investigar se os entrevistados compreendiam de fato o estigma como “expressão da violência” e como essa relação (se confirmada por eles) poderia estar presente em suas práticas profissionais junto aos pacientes internados na UPHG.

Tais reflexões serviram até então como embasamento para a próxima questão, onde os participantes responderam se para eles as duas categorias anteriores “estigma” e “violência” teriam alguma relação. Os subtemas foram descritos de forma bem reduzida, uma vez que a maioria das respostas foram monossilábicas ou concisas.

Sub-tema: Expressão de surpresa.

Para dois profissionais essa pergunta foi uma surpresa e um dos respondentes disse que nunca havia pensado nisso anteriormente:

“Se o estigma e a violência se relacionam de alguma forma? Eu acho que eu nunca pensei sobre isso (...) Eu acho que existe uma relação sim”. (Entrevistado E).

Para além da surpresa, ambos demonstraram interesse na questão, transparecendo nas expressões faciais a busca por respostas. Enquanto um dos participantes se limitou a dizer com fala trêmula e duvidosa que *“havia indissociabilidade entre os dois termos”* (Entrevistado R) o segundo entrevistado mesmo incerto elaborou uma resposta importante, onde por meio do pronome utilizado reconhece a si mesmo e aos demais profissionais promovendo o **“estigma como expressão da violência”**:

“Eu acho que existe a violência do estigma, ele em si já é uma violência, mas, você não percebe como sendo violência. Às vezes até nós mesmos fazemos um comentário e não percebemos você vai passar a rotular o outro.” (Entrevistado E).

A relação estigma x violência é confirmada, assim como a violência simbólica, que aparece novamente nas falas.

Sub-tema: O estigma comporta a violência.

Todos os profissionais concordaram que os temas se relacionam, embora para alguns não ficasse claro exatamente como se dá essa relação. Verifiquei que as falas curtas exibiam um desconhecimento detalhado de tal relação Poucos respondentes se propuseram a desenvolver essa questão.

Dois participantes tiveram uma fala semelhante, onde: *“Pode ter violência sem estigma, mas, o estigma num geral comporta uma certa violência”.* (Entrevistado X).

O Entrevistado H completou a resposta:

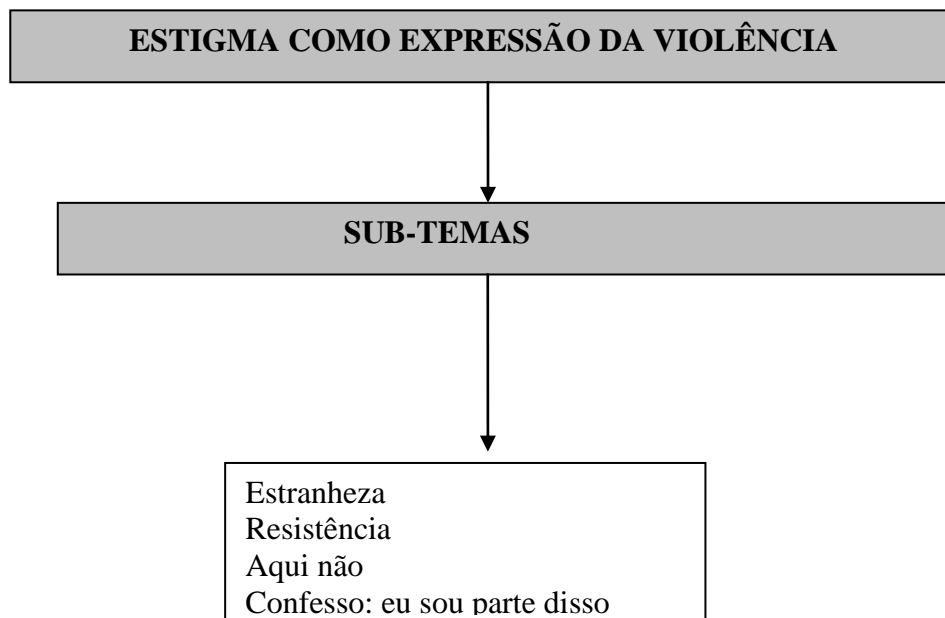
“O paciente estigmatizado já está sofrendo a violência, a violência é consequência do estigma. Então o estigma é violência, e nem toda violência é um estigma. Mas, sofrer um estigma é uma violência.”

Houve concordância em relação à presença da violência nos atos estigmatizantes. Inclusive os periódicos utilizados para essa investigação na perspectiva do “estigma, violência e saúde mental” destacados na revisão da literatura, sempre que fazem menção ao estigma já o correlacionam diretamente à violência. O estigma sempre é acompanhado da violência psicológica, uma vez que o sujeito que sofre a violência é à priori alvo de idéias distorcidas, que o levam a ser subjugado, discriminado e humilhado. Junto à violência psicológica podem vir outros tipos de violência, como a física, nesse caso mais conhecida pelo cenário de tortura que às vezes acontecia aos pacientes internados nas instituições psiquiátricas.

Diante da confirmação da relação entre estigma e violência por parte dos entrevistados, os próximos questionamentos visaram avaliar se na opinião dos profissionais o estigma como expressão da violência poderia afetar a condição de saúde/doença e agravar o transtorno mental dos pacientes.

7.3. Tema: Estigma como expressão da violência

Diagrama 3.



Embora as questões norteadoras da entrevista não tenham uma ordem de importância, considerei essa relevante para a investigação, uma vez que ao questionar

“você acha que os profissionais de saúde mental reproduzem o estigma como violência no contato com os pacientes psiquiátricos?”, abriu-se um espaço maior para os profissionais se incluírem nas respostas. Foi necessário primeiramente entender o que os profissionais concebiam como “estigma” e “violência”, qual era a relação de ambos os termos, - temas já analisados - para então criar um espaço onde essa pergunta tivesse ressonância em suas práticas e de alguma forma reverberasse subjetivamente em cada sujeito da pesquisa, mesmo que não houvesse respostas extensas, a pergunta em si estimularia uma reflexão contínua a partir de então.

Sub-tema: Estranheza

Ao conduzir a pergunta, dois profissionais não a compreenderam imediatamente e pediram que eu a refizesse. Verifiquei a estranheza inicial com o tema, quando os entrevistados embora estivessem informados sobre a pesquisa pareceram não entender exatamente qual era o meu motivo de lhes dirigir esse questionamento, conforme pontuado pelo Entrevistado E:

P: O estigma dos pacientes? Se o paciente recebeu?

E: O estigma que eles recebem dos profissionais.

E: O senhor acha que eles reproduzem esse estigma junto aos pacientes?

P: Não sei.

O que também ocorreu diante do Entrevistado N: “*Qual foi a pergunta mesmo?*”. Porém, se em um primeiro momento essa estranheza veio sob a imagem de uma possível incompreensão da pergunta para alguns participantes, no momento subsequente a complementação das falas foram reveladoras.

“E o doente psiquiátrico ele entra nessa questão do estigma muito, sobretudo, pela fantasia de serem pessoas violentas, quando na realidade o paciente psiquiátrico ele é muito mais vítima da violência, do que agente dessa violência” (Entrevistado H).

Sub-tema: A resistência

Embora até então a psicanálise não tenha sido mencionada nesse trabalho, o que melhor define esse próximo sub-tema diante do comportamento dos profissionais é a

denominada “resistência”, conceito originalmente estudado por Freud e mais tarde reformulado por outros autores.

Foi visível a resistência dos profissionais sobre o presente questionamento. Essa resistência apareceu de diferentes formas:

1. Entrevistado X: “SIM!”
2. Entrevistado N: “*Ai! Vamos lá... um pouquinho. Mas, pelo que eu tenho visto aqui eles não... qual foi a pergunta mesmo?*”.
3. Entrevistado E: Oscilação entre o silêncio e a solicitação de que a pergunta seja repetida, há novamente uma pausa seguida por um enfático “*não sei*”.

A resistência a qual me refiro diz respeito ao diálogo estabelecido entre, Deleuze e Foucault acompanhando o modo como a resistência é estabelecida para além da psicanálise. Deleuze fala da resistência de um modo político, onde há instituições e há uma ordem pré-concebida, e embora a palavra resistência não seja utilizada sob a forma Freudiana, ela é um rompimento frente ao modelo fixado. Deleuze utiliza das sociedades disciplinares de Foucault e faz um diagrama de forças “presas” e resistentes, onde a atualização garante a “libertação dessas forças”. As instituições estudadas por Foucault mantêm esse jogo de forças. (CANAVÊZ e HERZOG, 2011)

“As categorias de poder, ou seja, aquelas relativas à relação entre forças, de uma ação sobre outra ação, como suscitar e limitar ou normalizar, no caso da sociedade disciplinar, são atualizadas pelas categorias formais de saber, como punir e tratar.”
(Deleuze, 1986, apud CANAVÊZ e HERZOG, 2011, p. 115).

O histórico da psiquiatria é um campo de batalha entre forças e poder. Ao psiquiatra, como figura médica foi concedido o poder de cura sobre o corpo. Na ordem das relações, a imagem central do psiquiatra o coloca no topo da verticalidade, concentrando os saberes necessários diante dos seus pacientes.

Basaglia (1985) critica o tecnicismo, uma vez que os novos profissionais são mantenedores da violência, sem se darem conta. Novas formas de desvio são descobertas, novas rotulações impostas e o trabalho se baseia na adaptação do objeto da violência à violência, ao qual é submetido. A imagem do excluído e a inferioridade social relativa aos pacientes com transtornos mentais continua existindo para os profissionais uma vez

que fazem parte do meio social (que ainda agrega tais imagens), agir a favor do Estado e da economia, que impõem a medicalização, o tratamento, que reconhecem os pacientes como excluídos e os mantêm nessa formatação impede que os sujeitos e os profissionais tomem consciência do lugar que estão ocupando. E os profissionais sem se darem conta financiam a violência.

Em uma pesquisa recente sobre as representações sociais Mostazo e Kirschbaum, (2006) ao entrevistarem 11 (onze) pacientes psiquiátricos em um Centro de Atenção Psicossocial concluíram que a figura dos profissionais é hierárquica, embora o médico apareça no topo, uma vez que é responsável pela distribuição da medicação e, no imaginário social a medicação é responsável pela cura.

Malamut (2011) ao pesquisar o hospital psiquiátrico na contemporaneidade avaliou que os psiquiatras entrevistados acham imprescindível a existência destes dispositivos. A mudança principal se deu no âmbito do controle social. Uma vez que a sociedade tomou conhecimento da tortura e violência nos espaços hospitalares, agora os psiquiatras sentem-se observados socialmente diante das suas práticas.

As contribuições de Malamut, Mostazo e Kirschbaum são importantes para a análise, uma vez que compreendo a resistência por parte dos profissionais, como multifatorial. Ela engloba a história ainda viva da violência nos dispositivos psiquiátricos e o poder que ainda é legitimado aos profissionais atuantes, principalmente aos psiquiatras. O trabalho de Malamut confirma o que foi escrito anteriormente, no sentido da sociedade não aceitar a violência e buscar coibi-la e, os profissionais estão cientes disso.

Nas perguntas anteriores, os entrevistados confirmaram a existência do estigma e violência junto aos pacientes com transtornos mentais na contemporaneidade, porém, essa confirmação não implicou em necessariamente relatarmos o cotidiano da UPHG, embora alguns o tenham feito. Porém, essa pergunta os insere, uma vez que ao optarem pela afirmação de que “os profissionais de saúde mental reproduzem o estigma como expressão da violência junto aos pacientes com transtornos mentais” é também se assumirem nessa posição.

Confirmar-se como parte dessa violência é estar em uma posição que garante a vigilância e o controle social, têm se então a mudança da posição hierárquica: ora, se antes do marco instituído pela Reforma Psiquiátrica, o Estado deixava nas mãos dos profissionais a cura e a limpeza social, o poder decisório sobre os doentes agora, com as

Políticas Públicas, o Estado determina a posição diante do contexto hospitalar, reavaliando as práticas dos próprios médicos.

Nesse momento, a violência psiquiátrica passa a ser controlada e reavaliada pelo Estado e pelos cidadãos, sendo passível de punição para quem as pratica. Logo, os respondentes estão cientes que ao se colocarem na posição de estigmatizadores e violentos dentro de um Hospital controlado pelo Estado, ficam sujeitos às consequências e, agora as desrespeitando são passíveis da categorização de “desviantes”. Se a normalidade instituída pelas regras é o respeito moral e a ética profissional sacramentadas principalmente na garantia de proteção aos vulneráveis. Reflito que assumir-se fora dessas regras é então ir contra Políticas de Estado, normas sociais e condutas éticas.

A resistência nesse momento é o “freio” que garante repensar o que pode ser público e o que deve seguir no domínio do privado, é o auto-conhecimento dos seus próprios desvios no sentido de evitar a exposição diante do sentimento e consequências que podem gerar. Esse momento situado entre a pergunta e a resistência é atravessado pelas “forças” de Deleuze e Foucault, onde mesmo querendo falar e externalizar sobre o que compreendem como “categorias formais de poder” e a posição que ocupam nas suas práticas, há o reconhecimento de outras forças estabelecidas.

Logo, o “sim” de forma crua estabelece o freio que o profissional impõe para evitar se expor. É um “sim” pontual, que acompanha o silêncio, mas, traz no seu bojo sentidos outros, de uma fala interrompida propositalmente por mecanismos subjetivos.

Em concordância com a questão, o segundo profissional citado iniciou um discurso sobre a realidade daquela UPHG e no mesmo momento interrompeu seu raciocínio com: “qual era mesmo a pergunta?” de modo que buscou apagar e romper com a resposta anteriormente colocada. Por um instante pareceu confuso sobre como prosseguir, silenciou e optou por continuar falando - possivelmente já havia se afastado e estabelecido novos caminhos possíveis para continuar respondendo.

O terceiro profissional também questionou duas vezes sobre a pergunta e, parecendo entendê-la rompeu a questão com: “eu não sei”. Percebi que o “eu não sei” significava perfeitamente a afirmação “não quero falar sobre isso” e, de fato ele não o fez, escolhendo seguir para a próxima questão.

Sub-tema: Aqui não é assim.

Enquanto a maioria dos profissionais concordou com a pergunta, em um segundo momento, ainda na ordem da resistência, outros profissionais emendaram justificativas nos seus discursos, objetivando excluir a equipe em questão desse cenário:

“Aqui eu nunca vi, não sei em outras instituições por aí, aqui não tem não” (Entrevistado K).

O que também se confirmou na fala semelhante, de outro entrevistado:

“Aqui a gente trabalha para não ter isso. Aqui na psiquiatria não tem. Todo mundo toma cuidado e você viu as enfermarias, que são preparadas”. (Entrevistado R).

Contudo, o entrevistado R. prosseguiu afirmando que outros profissionais dos demais setores hospitalares reproduzem “o estigma como expressão da violência” quando falam ou vão até a UPHG:

“Vem médicos de outros lugares, de lá de baixo e eles já evitam porque aqui é a psiquiatria, eles evitam vir porque aqui tem pessoas com transtornos mentais e outros médicos não gostam. Aí você vê comentários deles falando dos pacientes e rindo.”

A colocação acima me levou a questionar se a Reforma Psiquiátrica é mesmo efetiva, principalmente nesse dispositivo, uma vez que no cenário das UPHGs como novos dispositivos, por mais que ocorra uma modificação em todo o espaço físico e os profissionais falem em desconstruir os traços herdados de um período anterior ao marcado pela intolerância, o espaço do Hospital também comporta outros setores e profissionais. Ao longo das entrevistas alguns pacientes chegavam de outros serviços ou necessitavam de outras especialidades médicas, não ficando limitados somente à UPHG, o que me fez concluir principalmente através da fala desse entrevistado, que modificar apenas a estrutura da UPHG é insuficiente para evitar a violência contra esse grupo, uma vez que a questão do estigma e violência é de ordem social e o cuidado deve contemplar a integralidade.

“A construção da ‘integralidade’ como fim na produção da cidadania do cuidado, implica, necessariamente, a disponibilidade em trabalhar a partir de um plano aberto de possíveis, aspecto que torna essa categoria tão particularmente polissêmica

e polifônica. Tal característica, ao contrário de indicar uma limitação ou negatividade, é antes o que nos faz tomar a ‘integralidade’ como um campo de disputa política e produção de real social menos determinado pelas configurações institucionais e normativas e, portanto, especialmente constituído e materializado através da textura conflituosa dos encontros de diversos sujeitos e instituições”.
(PINHEIRO, R. 2009)

Sub-tema: Confesso: eu sou parte disso

Dentre as resistências apresentadas e as dificuldades em se afirmarem como reprodutores do estigma / violência junto aos seus pacientes, o Entrevistado X trouxe um discurso diferencial. Sem resistência e dificuldades se projetou na pergunta e demonstrou conhecimento na temática:

“O estigma como um primo-irmão do preconceito é inevitável para todas as pessoas, você é autoconsciente disso e você faz um esforço muito ativo para que isso não interferir no resultado do manejo do seu paciente. Mas, não tenho certeza de que isso seja possível o tempo inteiro para ninguém, e nem de que todos os profissionais sejam conscientes disso, então isso pode interferir de alguma forma e pode ter ou ser reproduzido pelo profissional de saúde, eles são humanos, nós somos humanos.”

Essa resposta foi fundamental, uma vez que se aproxima de uma das características da violência citada por Arendt (1985) quando a autora diz que a violência precisa de uma justificativa e defende que o homem tem tanto a racionalidade, quanto a irracionalidade. O entrevistado defende a racionalidade do homem, quando é capaz de compreender as suas ações, porém, de fato essa consciência não está presente ao longo de todo o tempo. É mister a afirmativa de que embora tenhamos consciência, não pensamos sobre cada ato ou ação, ainda mais na prática profissional, onde o contexto social se faz presente.

Nesse momento da pesquisa em questão, ocorre a segunda desconstrução: quando o profissional sai do seu papel hierárquico e por mais que esteja respondendo à entrevista ambiente de trabalho, se reconhece como ser social.

Analiso que é esse posicionamento como “ser social” foi o que lhe garantiu o auto-reconhecimento diante do contexto de estigmatização e violência. Têm-se um

movimento essencial pela segunda vez, quando o entrevistado legitimado e instituído socialmente como responsável pelo cuidado, rompe com a posição hierárquica e se compara aos demais sujeitos, se reconhecendo dentro da estrutura social, que reproduz o estigma e perpetua a violência. Nesse quadro, o entrevistado afirmou praticar o estigma e a violência, afirmou a existência da violência simbólica, mas, defendeu a auto-consciência do homem.

Nenhum trabalho contido na revisão da literatura deu conta de falar sobre “o estigma como expressão da violência” segundo a visão dos profissionais de saúde mental atuantes nos leitos psiquiátricos de Hospitais Gerais. Portanto, a quebra de paradigmas nesse sentido é algo relativamente novo, assim como esse dispositivo. Pode-se perceber então que a própria mudança nos dispositivos também promove outro olhar por parte dos profissionais.

Se novamente houve a confirmação de que os profissionais reproduzem o estigma, seja de forma “consciente ou não”, a próxima questão segue no sentido das consequências desse estigma / violência para os pacientes.

Diagrama 04



7.4. Tema: Estigma, Violência e Doença Mental

Na construção das questões norteadora da entrevista, duas foram contempladas nas entrevistas:

1) Na sua compreensão estigma como expressão da violência pode afetar a condição de saúde/doença dos pacientes com transtornos mentais. Como?

2) Você considera que o estigma como expressão de violência pode facilitar o agravamento do transtorno mental? Como

Porém, os entrevistados diante da primeira questão se anteciparam e responderam ambas. Em alguns momentos tornou-se impossível dissociá-las. Para evitar que algo importante se perdesse, optei por analisá-las conjuntamente.

Sub-tema: O estigma como agente principal

Houve unanimidade por parte dos entrevistados, quando diante da pergunta voltaram ao estigma e o referiram como causa principal, capaz de afetar a relação saúde doença e agravar o transtorno mental. Para eles, o estigma age segregando o paciente do convívio social, destacando-o e promovendo o isolamento.

Dessa vez os profissionais demonstraram maior proximidade com o conceito. Um dos participantes afirmou que os pacientes por serem estigmatizados ficam mais vulneráveis à violência e a mesma pode ter sua ação tanto no corpo, sob a forma da agressão física, como pode agir sob a saúde mental, promovendo o sofrimento psíquico.

Para o Entrevistado X:

“(...) Tem varias maneiras dele sofrer pode ser diretamente, ele pode sofre uma violência física ou pode ser uma violência mais sutil, você delimitar o acesso, por exemplo, do paciente ao sistema de saúde, ou o acesso ao cuidado de saúde dele, e você pode provocar isolamento social, ou coisas que são relacionados à piora dos quadros dos pacientes de saúde mental em geral, podem estar relacionadas às piores dos pacientes.”

Considerações nesse sentido também foram encontradas na pesquisa sugerida por Nunes e Torrenté (2009), onde objetivaram analisar o processo de estigmatização e violência vivida pelos pacientes de 11 CAPS, situados na Bahia e em Aracaju. Profissionais de saúde mental, familiares e pacientes foram entrevistados. Os autores encontraram nas respostas a ligação direta entre estigma e violência. Os entrevistados citaram a negligência, a violência física, psicológica e estrutural. Os profissionais

avaliaram o estigma como barreira para o tratamento dos pacientes e responderam que o estigma parte inclusive de outros profissionais, que em última instância os pacientes podem vir a falecer, diante da negligência do cuidado ou acolhimento. Os pacientes responderam que se sentem com a estima baixa, são diferenciados de outras pessoas, mencionaram a tristeza, o isolamento e avaliaram a perda de autonomia diante da estigmatização, recebendo uma classificação que os coloca como incapazes.

Estabelecido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o direito à Saúde é uma garantia do Estado de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano.

O estigma como expressão da violência têm impactos diretos sobre a saúde dos indivíduos, principalmente dos grupos mais vulneráveis, uma vez que impedem o acesso às condições determinantes de saúde, reconhecendo o termo no seu sentido amplo. O estigma conforme colocado por Nunes e Torrenté (2009) e afirmado pela fala do Entrevistado X é um entrave para a garantia do direito à Saúde. Se o estigma preconiza a violência, esta última deixa suas marcas e rastros no indivíduo. Portanto, concordou-se que na relação saúde doença, o estigma é prejudicial e, interfere tanto no tratamento, como no restabelecimento do paciente.

Sub-tema: Responsabilidade da equipe evitando o agravamento.

Um aspecto interessante colocado pelos profissionais entrevistados foi o fato deles se legitimarem e se assumirem como peças fundamentais para preservar a saúde e evitar o agravamento do transtorno mental.

Basaglia trouxe as mudanças na relação das equipes e do contato com os pacientes, mostrando ser possível que os profissionais transformassem tanto o ambiente do cuidado, como as suas práticas.

A Lei 10.216/2001, segundo o Entrevistado H explicita essa “nova” concepção do cuidado em saúde mental:

“Sem dúvidas. Esse é um dos grandes desafios no tratamento do paciente psiquiátrico, não basta você tratar o paciente os seus sintomas psiquiátricos. Você tem que ajudar essa pessoa a reiterar a sua cidadania, a sua capacidade de convivência em grupo”.

E foi acrescentada à noção do cuidado, para além do espaço físico e da atenção aos pacientes, a necessidade dos profissionais estarem atentos aos seus próprios atos, evitando estigmatizá-los. Nesse momento, novamente os profissionais se reconheceram como agentes do estigma e da violência, todavia, exemplificaram como poderiam evitar que o estigma fosse reproduzido na prática hospitalar: Quando comentaram sobre as suas imbricações no estigma, os profissionais tocaram em outro ponto-chave: a “rotulação diagnóstica”.

Sub-tema: Rotulação

Por muitos anos a psiquiatria se baseou no modelo biomédico, compreendendo os transtornos mentais sob a ótica cartesiana e biologicista no que concernia ao tratamento e à cura dos “doentes”. A noção do doente na psiquiatria sempre veio acompanhada do discurso sócio-cultural a respeito do que era considerado “normal” e “anormal”. Mas, essa dualidade tornou-se insustentável para a psiquiatria uma vez que o conceito de normalidade versus anormalidade utilizado por outras especialidades médicas não contemplava os seus pacientes, não havendo nenhuma medida capaz de definir até onde o sujeito é ou não normal, e apenas critérios valorativos não davam conta de explicar cientificamente alguns padrões e comportamentos.

Ainda assim os compêndios e manuais seguiram essa lógica, pontuando comportamentos que fogem à regra social como sintomas, sugerindo critérios e agrupando-os sob a nomenclatura de diferentes patologias.

Amarante (2007) avalia uma mudança nas ciências da saúde ao focarem nas pessoas e realidades sociais, para além das doenças. Ao reconhecerem que antes do doente há um sujeito, rompe-se com o modelo teórico-conceitual. A Reforma do modelo tradicional inicia na Europa e contribui para a Reforma brasileira.

Para Paula (2008) promulgada a Lei Federal nº 10.216/01 e aprovadas as demais leis estaduais da Reforma Psiquiátrica, legitima-se outro modelo estrutural, embora a transformação da mentalidade social seja mais complexa.

É inegável que o panorama do cuidado e tratamento após a Reforma Psiquiátrica passou por atualizações e desconstruções. Por outro lado, essa mudança não deu conta de romper com o estigma em sua totalidade. Um dos entrevistados alertou sobre a importância de se repensar os diagnósticos utilizados pelos psiquiatras.

“(...) complexo falar disso hoje em dia, de diagnostico psiquiátrico (...) mas, mais tradicionalmente, eu diria que sim, que historicamente o diagnostico psiquiátrico sempre foi muito associado a um certo estigma. Produziu certo estigma.” (Entrevistado X)

Nesse mesmo sentido, o Entrevistado H falou sobre as implicações de uma pessoa diagnosticada com transtornos mentais:

“A pessoa pode não ter mais nenhum sintoma, mais o fato dele ter esse estigma e ser doente psiquiátrico, faz dele muitas vezes uma pessoa estigmatizada, quando ele sofre e com isso sofre a violência do isolamento, até mesmo da agressão.”

Para H o fato de o paciente ter passado por uma internação em um hospital psiquiátrico contribui ainda mais para o agravamento do estigma:

“Sem dúvida o estigma isola a pessoa, faz com que a pessoa não se sinta aceita. É se eu te pergunto qual a chance de uma paciente que esteja internada, por exemplo, em um hospital, Pintel conseguir um emprego? Pequena! As pessoas estigmatizam o doente mental.”

Esse então é outro contraponto importante no discurso dos profissionais: o reconhecimento do diagnóstico como um elemento que reforça a estigmatização e repercute diretamente na vida dos sujeitos, mas também, o reconhecimento de que o diagnóstico é inerente às suas práticas. Novamente ao longo dessa investigação os profissionais se vêem relacionados ao estigma e abrem aspas para uma reflexão sobre suas práticas.

Julgo a inclusão de Deleuze essencial no diálogo estabelecido entre autores e entrevistados, uma vez que a posição do diagnóstico na reprodução do estigma nada mais é do que a “generalidade”, termo utilizado anteriormente na análise do estigma. *“A generalidade apresenta duas grandes ordens: a ordem qualitativa das semelhanças e a ordem quantitativa das equivalências.” (Deleuze, 1988, p.2).*

No sentido contrário, o autor recria o termo “repetição” como contrário à generalidade, fora da ordem do comum, onde na repetição é possível valorizar, reconhecer e dar voz ao singular:

“Sob todos os aspectos, a repetição é a transgressão. Ela põe a lei em questão, denuncia seu caráter nominal ou geral em benefício de uma realidade mais profunda e mais artística. Todavia, do ponto de vista da própria experimentação científica, parece difícil negar toda e qualquer relação da repetição com a lei.” (DELEUZE, 1988, p.5).

O diagnóstico é um instrumento médico que age conforme as leis científicas. Ao reproduzir sujeitos iguais, torna-os “a cara de uma doença”, inserindo-os em um mesmo grupo: os esquizofrênicos, os Borderlines, os autistas e etc. O diagnóstico fechado em nomenclaturas e características legitima a estigmatização do sujeito. Se antes determinadas características eram motivos de estranheza e estigmatização em menor intensidade, por exemplo: reparavam que ele falava sozinho e/ou se isolava, a partir do momento que esses atributos se relacionam com uma doença, aumenta-se a intensidade do estigma, já que as nomenclaturas dos transtornos mentais trazem o imaginário e pré-conceito social. O sujeito que antes falava sozinho sofria algum grau de estigma por “falar sozinho”, mas, quando um psiquiatra (em sua posição hierárquica socialmente estabelecida) diagnostica o sujeito como “esquizofrênico”, agora ele não só “fala sozinho”, como “é perigoso”, “tem delírios”, é “agressivo” e “louco”, segundo as imagens sociais, o que aumenta a intensidade do estigma sobre ele.

Os diagnósticos suscitam diversas polêmicas, uma vez que o número de pessoas com transtornos mentais vêm crescendo cada vez mais. O DSM em sua 5ª edição inclui o “luto” como uma patologia, delimitando questões subjetivas, que envolvem inclusive o tempo de sofrimento (Manfrinato, 2011). Os Manuais têm passado por diversas atualizações, incluindo comportamentos aos padrões categóricos que definem as patologias. Há um “boom” nos diagnósticos e na medicalização, o que reproduz sujeitos presos / cronificados às nomenclaturas que lhes foram atribuídas.

Silva e Brandalise (2008) realizaram uma pesquisa objetivando compreender como a comunicação do diagnóstico altera a relação do paciente com a sua identidade e, após entrevista com 03 profissionais atuantes em um CAPS, 03 familiares e 03 pacientes chegaram à constatação de que o estigma se faz presente quando as pessoas com transtornos mentais são vistas de algumas formas: com descrédito em suas falas, como perigosas e agressivas ou como anormais. Verificaram também que segundo o diagnóstico, as pessoas com transtornos mentais passam a ser reduzidas às suas doenças e acabam por aceitarem-se como loucos e doentes, conforme essas titulações lhes são atribuídas.

Se o diagnóstico apareceu em uma questão relacionada à relação saúde x doença, agora também é possível entender como ele é capaz de agravar o sofrimento, uma vez que impõe o estigma. Os profissionais entrevistados ao falarem do diagnóstico mostraram conhecer suas consequências e, nessa linha, o Entrevistado X sugeriu que uma boa saída diante dessa situação seria promover mais conhecimentos sobre o diagnóstico, sobre cada categoria e sobre o transtorno em si, com a finalidade de romper com as idéias pré-concebidas na sociedade.

Sub-tema: O sofrimento é individual/as consequências são físicas e mentais

No presente subtema a individualidade do sofrimento e as consequências físicas e mentais do “estigma como expressão da violência” tem correlação, segundo os entrevistados. Portanto, a análise dos 02 (dois) estratos será considerada a seguir.

O “estigma” como termo mais pontuado pelos profissionais entrevistados é apresentado sob a visão do social em direção ao indivíduo ou a um determinado grupo. Compilando todas as respostas, falou-se da violência do estigma tanto em direção ao paciente com transtornos mentais, como também aos grupos de pessoas com transtornos mentais, compreendendo que o fenômeno da estigmatização atinge o singular (um sujeito) ou pode atingir o plural (um coletivo). No entanto, quando direcionei as perguntas no plural visando avaliar o impacto desse fenômeno na saúde das pessoas com transtornos mentais, os profissionais responderam dando espaço à singularidade. Essa singularidade apareceu principalmente quando os entrevistados falaram sobre o sofrimento psíquico, afirmando que as consequências variam para cada sujeito.

O Entrevistado N avaliou a pergunta como “difícil”, na verdade eu substituiria o termo por “complexa”, uma vez que o mesmo não apresentou grandes dificuldades em respondê-la:

“Olha, mas você fez uma pergunta muito difícil! Eu não sei se pode agravar ou não, eu acho assim que dependendo das circunstâncias, dependendo de como ele viva, em uma situação de violência e tendo um transtorno mental talvez sim, talvez interfira sim. Tudo vai depender da cabecinha dele, dele ou dela. Eu acho essa pergunta difícil.”

Ainda que o entrevistado tenha achado a pergunta “difícil”, sua resposta foi semelhante à de outros profissionais. E também relembra diálogos que podem ser traçados entre as obras de Becker (2008) e Goffman (1988). O primeiro autor, em sua

obra fala sobre pessoas que simplesmente não conseguem suportar as normas sociais e viver dentro das regras, isso pode ser uma opção para elas ou em um primeiro momento essas pessoas podem não ter a percepção de que são “desviantes” ou “outsiders”, fugindo à norma social. O segundo autor completa essa visão:

“Parece também possível que um indivíduo não consiga viver de acordo com o que foi efetivamente exigido dele e, ainda assim, permanecer relativamente indiferente ao seu fracasso; isolado por sua alienação, protegido por crenças de identidade próprias, ele sente que é um ser humano completamente normal e que nós é que não somos suficientemente humanos. Ele carrega um estigma, mas não parece impressionado ou arrependido por fazê-lo.” (GOFFMAN, 1988, p.9).

Há outra relação possível dos sujeitos com as suas diferenças, eles podem utilizá-las como uma forma de garantir determinadas vantagens:

“Franklin D. Roosevelt (...) era um homem que sofria de poliomielite, embora muitas pessoas, é claro, pudessem mencionar a poliomielite como informação suplementar, considerando interessante o fato de que ele tenha conseguido abrir caminho até a Casa Branca a despeito de sua desvantagem. O aleijado, entretanto, provavelmente pensará na poliomielite do Sr. Roosevelt logo que ouvir o seu nome.” (GOFFMAN, 1988, p.21).

Porém, o sujeito ao se reconhecer como diferente também pode vir a sofrer com as suas diferenças e estigmas. Retomando a terceira questão, estigma e violência estão interligados, o que se confirma na fala dos profissionais entrevistados, na literatura clássica e na maior parte das investigações presentes nos quadros 1, 2, 3 e 4. Todos os sujeitos ditos como “desviantes” estão mais vulneráveis à violência agregada ao estigma. O estigma pode lhes trazer sofrimento, dado que em um primeiro momento o segrega.

“Ter consciência da inferioridade significa que a pessoa não pode afastar do pensamento a formulação de uma espécie de sentimento crônico do pior tipo de insegurança que conduz à ansiedade (...) O medo de que os outros possam desrespeitá-la por algo que ela

exiba significa que ela sempre se sente insegura em seu contato com os outros (...)". (GOFFMAN, 1988, p.14:15).

Assim como os “normais” tem pré-conceitos relacionados ao “desviante”, os “desviantes” também pré-concebem as idéias que os “normais” podem ter deles, assumindo para si todas as falas pejorativas acerca das suas diferenças, mesmo que não ditas, a ansiedade gera uma antecipação, que aparece sob a forma da ansiedade.

“Isso representa uma deficiência quase fatal do sistema do "eu" na medida em que este não consegue disfarçar ou afastar uma formulação definida que diz 'Eu sou inferior, portanto as pessoas não gostarão de mim e eu não poderei sentir-me seguro com elas.'" (GOFFMAN, 1988, p.15).

Compreende-se que os sujeitos são atravessados por diversas forças, micro e macro à luz de Foucault (1999), o que se expressa segundo Deleuze e Guattari (1996) sob a forma de três linhas, que se relacionam: a de segmentaridade dura, onde estão as diversas personalidade e identidades que o homem assume socialmente, as linhas maleáveis, que tiram o homem da rigidez imposta pela primeira e as linhas de fuga, que retiram o homem de qualquer definição ou identidade.

O rizoma está presente nas relações e permite que o sujeito estabeleça múltiplas conexões com o mundo, traçando rumos e percursos para essas linhas ou permitindo que novas linhas sejam traçadas. O processo de subjetivação se dá nessa perspectiva, compreendendo que cada sujeito é único e, produz diferentes conexões. O empobrecimento dessas conexões pode gerar patologias e sofrimento.

Retomando as falas dos entrevistados, há a confirmação de que o estigma como violência pode ser um complicador na saúde orgânica de alguns pacientes:

“Tem pessoas que fizeram brotoejas quando ficam desconfortáveis. Outras pessoas vomitam, tem diarreia. Para algumas pessoas, em determinados lugares pode acontecer de ter um impacto sobre a saúde.” (Entrevistado E.).

Sobre o sofrimento psíquico, os entrevistados confirmaram que o estigma também é determinante nesse sentido, o que se afirma na fala:

“(...) o estigma sempre comporta o sofrimento psíquico. Então nesse sentido sempre pode agravar, complicar a situação da pessoa portadora do transtorno mental vamos dizer assim.” (Entrevistado X).

Ao longo das duas últimas perguntas, ao falarem sobre as consequências do estigma na vida dos pacientes, os profissionais ressaltam que embora a estigmatização venha acompanhada da violência e do sofrimento, cada indivíduo apresentará uma resposta diante do fenômeno. Há a não percepção do estigma ou a opção de vivê-lo, mas, também há o enfraquecimento subjetivo de muitos pacientes.

A maioria dos entrevistados concordaram que cada sujeito sofrerá de forma diferente e se reorganizará segundo as suas singularidades:

“(...) vai depender de cada um. Vai depender da experiência que ele teve, da formação que ele teve, da vida, dos apoios que ele teve e da bagagem, o estigma não necessariamente vai levar à piora da saúde. Agora, eu acho que ele tem um impacto, no primeiro momento (...)”. (Entrevistado N.).

Sobre a colocação acima, utilizo-me de Deleuze e Guattari (1996) para esclarecê-la quando afirmam que quanto mais conexões o sujeito cria, mais possibilidades ele tem de gerar potências e estabelecer pontos de apoio.

Como finalização das análises, o Entrevistado H traz uma garantia importante para esse trabalho e marca mais uma vez a quebra do paradigma hospitalocêntrico, ao assumir que o tratamento psiquiátrico não se limita mais só nos sintomas e melhora do quadro agudo, ele vai além: consiste na reabilitação! Os profissionais de saúde mental devem auxiliar os pacientes na reiteração da sua cidadania e no convívio em grupo.

Para Toledo (org). (2013), os fatores reconhecidos como de risco para a violência contra pessoas com transtornos mentais, seriam: a falta de conhecimento sobre os seus direitos, a desinformação sobre o seu tratamento, o isolamento das famílias, a dificuldade de comunicação, as poucas oportunidades de trabalho e a perda da autonomia ou dependência de familiares para as rotinas do dia a dia. Por outro lado, os fatores de proteção incluem: a manutenção do tratamento adequado, o apoio às família e a inserção em atividades sócio-culturais.

Entre os fatores de risco que são capazes de influenciar no curso do sofrimento físico ou mental dos pacientes, os entrevistados citaram a ausência relaciona-se de apoios, bagagens e experiências.

O posicionamento de alguns profissionais mostrou uma fala onde é necessário que a equipe se coloque no papel de proteção dos sujeitos, adequando o tratamento e promovendo a autonomia para os pacientes.

Segundo Pinheiro (2009) estabelecer uma atenção para além da atenção primária, em outros níveis, com profissionais capacitados principalmente para o cuidado aos grupos vulneráveis, utilizando técnicas preventivas (nesse caso seriam na prevenção do estigma e violência), respeitando os sujeitos ou grupos em suas histórias e vivências singulares é o que legitima a integralidade, como um dos princípios do SUS. O SUS como um modelo de saúde universal, democrático e igualitário, regido por princípios que incluem a equidade da demanda que os profissionais formem redes e laços com seus pacientes.

No presente projeto percebi muitas lacunas, onde ainda que a manutenção da violência em dispositivos psiquiátricos tenha passado por mudanças, junto ao próprio modelo de atenção “psiquiátrica”, as práticas de violência são legitimadas pelos próprios profissionais. De fato, conforme afirmam, a violência muitas vezes está naturalizada e sequer se faz perceptível porém, “navegar é preciso”! As mudanças vêm em passos lentos.

O reconhecimento por parte dos entrevistados de que o estigma como expressão da violência existe e eles estão inseridos nesse campo já é suficiente para optarem se o próximo passo será promover mudanças ou não. Nessa última pergunta os profissionais mostraram motivação ao se colocarem como fundamentais nessas mudanças. Para que tais mudanças ocorram, é determinante que além de psiquiatras ou enfermeiros os profissionais se sintam parte desse sistema e compreendam o seu funcionamento. A visão do novo modelo de assistência à saúde mental deve ser preeminente e deve haver o conhecimento sobre a integralidade como princípio fundamental, só compreendendo o sistema e a história das lutas já traçadas e, mais do que isso, só quando se enxergarem dentro dessas lutas poderão se afirmar como reais agentes de mudanças.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa investigação trouxe como inovação o campo de pesquisa: um dispositivo recentemente novo no âmbito do atendimento psiquiátrico. Investigar como a violência e estigma se processam em novos dispositivos de internação hospitalar, tendo como sujeitos de pesquisa enfermeiros e psiquiatras é sem dúvidas rememorar a história e o trajeto da assistência à saúde mental, compreendendo quais lacunas ainda existem e o que mudou (ou continua presente) no âmbito da violência psiquiátrica.

Outro potencial de inovação que essa investigação propiciará será a sua consolidação como um dos poucos trabalhos científicos mundiais a estudarem esse tema, uma vez que a busca realizada nas bases de pesquisa não resultou em nenhum periódico discutindo “estigma como expressão da violência segundo a visão dos profissionais atuantes em unidade psiquiátrica de Hospital Geral”. Portanto, essa pesquisa servirá de orientação para demais interessados no tema e, justifica também a necessidades de novas produções.

O que me pareceu a priori uma investigação simples e minimalista ao realizar uma análise focando a visão dos profissionais de saúde mental sobre o estigma como expressão da violência, demonstrou à posteriori a complexidade envolvida nas relações sociais, que perpassam a identidade dos profissionais e também os colocam na posição de “seres sociais”, que vivenciam diariamente cenários do estigma e violência junto aos seus pacientes, das mais diversas formas.

Através da análise temática foi possível focar todas as questões presentes no roteiro semi-aberto, dando ênfase aos temas e subtemas mais evidentes nos discursos dos profissionais. A análise preconizou a criação de um diálogo entre pesquisadora, entrevistados e autores contemplados na revisão da literatura.

Se um dos objetivos específicos consistia no mapeamento dos leitos psiquiátricos de Hospital Geral no município do Rio de Janeiro, tal tarefa não foi possível, já que a base principal para consulta destes leitos é o DATASUS e nem todas as informações encontram-se completas ou atualizadas no site. Por conta de uma mudança burocrática na Gestão do primeiro Hospital Geral escolhido como campo de investigação, foi necessário passar duas vezes pelo Comitê de Ética da instituição proponente, já que a pesquisa foi inviabilizada no primeiro local escolhido.

A UPHG em questão demonstrou uma contradição: a estrutura física propicia conforto, higiene e privacidade para os pacientes internados, diferindo do modelo manicomial presente no imaginário social, contudo, também separa as próprias categorias profissionais: enfermeiros ficam junto aos pacientes, já os psiquiatras estão em uma ala separada por um portão eletrônico, que contempla os ambulatórios.

Os profissionais de modo geral, iniciaram as entrevistas pontuando que a inauguração da enfermaria era recente e estavam ali há pouco tempo, demonstraram também um distanciamento inicial e a estranheza diante de algumas questões, o que foi revertido ao longo do processo.

Se no senso comum parece fácil falar sobre o que é a estigmatização, os entrevistados foram polissêmicos, utilizando os sinônimos “categorização”, “classificação” e “representação” mas, as explicações sobre o que é o estigma vieram vazias de sentido. Alguns entrevistados mostraram à priori o desconhecimento ou incompreensão do conceito clássico de estigma, o que se evidenciou em algumas falas que o dividiram em positivo e negativo.

Embora o trabalho tenha contemplado a categoria “saúde mental”, a doença mais relacionada ao estigma foi a Hanseníase, o que sugeriu em um primeiro momento a dificuldade de enxergarem a estigmatização dos seus próprios pacientes. Entretanto, levando em consideração que os profissionais que pontuaram a Hanseníase se formaram antes da Lei 10.216 ser instituída no Brasil, avaliou-se a necessidade de reciclagem ou capacitação desses profissionais.

O silêncio antecedeu algumas falas sobre o que seria violência e demonstrou o distanciamento necessário da questão, para que pudessem refletir a respeito da pergunta. Os profissionais compreendem a violência e a exemplificaram através de cenas cotidianas ou da conceituação, principalmente da OMS. O diferencial nas falas foi a “violência sutil”, termo utilizado pelos entrevistados para nomear a violência simbólica. Segundo eles, a “violência sutil” ocorre junto aos pacientes porém, é quase imperceptível. O uso da violência “sutil” ou simbólica é representado nas falas como o lugar onde os profissionais podem afirmar-se como reprodutores da violência sem serem julgados ou sem de fato se darem conta de que estão reproduzindo atos naturalizados.

Contrariando o pressuposto, os entrevistados reconheceram que o estigma e a violência estão diretamente associados, afirmando que a violência nem sempre implica o estigma mas, o estigma sempre comportará a violência. Essa reflexão do estigma como

expressão da violência pareceu ser nova para os profissionais e um deles relatou que nunca havia pensado a respeito.

Quando questionados se os profissionais de saúde mental reproduziam o “estigma como expressão da violência em suas práticas”, a pergunta gerou um desconforto e inicialmente os entrevistados resistiram em respondê-la. Porém, essa pergunta dividiu o grupo. Enquanto alguns afirmaram que na UPHG os profissionais evitam a todo custo atitudes no sentido de estigmatização ou violência contra os pacientes, um entrevistado afirmou que outros profissionais do Hospital, externos à psiquiatria tem preconceitos sobre o setor. O diferencial nessa questão, foi um dos profissionais se assumir dentro do contexto de estigmatização e violência, dizendo que é humano e se reconhece nesse contexto, já que estigma se dá nessas relações humanas, ele é construído socialmente. Para além da sua afirmação ele colocou a importância de se reconhecer e ficar atento diante disso.

Os demais profissionais confirmaram que tanto o estigma como a violência estão presentes em suas práticas e se enxergaram nesse contexto porém, diferente do profissional citado, utilizaram de artifícios para encobri-los nas falas, tais como a mudança do pronome, onde o “eu” foi claramente substituído pelo “você”, com a finalidade de garantir um certo distanciamento.

Os profissionais concordaram de forma unânime que “o estigma como expressão da violência” é capaz de agir sobre a saúde dos indivíduos, podendo gerar complicações orgânicas, como alergias e náuseas porém, nem todos os sujeitos terão tais complicações, diferente do aumento do sofrimento mental, que é uma regra para todos. Enquanto o sofrimento do estigma e as manifestações da violência no estigma são comuns à todas as pessoas com transtornos mentais, suas repercussões são individuais e dependem de como tais indivíduos se organizam subjetivamente diante disso.

Os participantes afirmaram que cada sujeito vivenciará o sofrimento de modo diferente, o que pode inclui tanto a aceitação como também a opção pelo isolamento total.

O pressuposto inicial dessa investigação ao ser negada trouxe um material importante, onde os profissionais embora resistentes e mesmo utilizando o conceito de “violência sutil” (para explicarem a naturalização e / ou permitirem que o ato seja posto em prático fora do julgamento social) reconheceram que determinadas práticas junto aos pacientes reproduzem estigma e violência. Mais um aspecto relevante foi considerado: a mudança da mentalidade dos profissionais de saúde mental, uma vez que os mesmos

demonstraram a preocupação em estarem atentos para que violência ou estigma não sejam corriqueiros nos seus cotidianos.

Nas últimas perguntas, as falas mostraram que os entrevistados ao mesmo tempo em que se assumem cometendo os fenômenos negativos, também se sentem responsáveis pela desconstrução do estigma e violência.

A noção da integralidade do cuidado chegou a um espaço onde sequer se permitia pensá-la. Se o Ministério da Saúde inclui na sua agenda a violência como um fenômeno relevante, para que haja a saúde é necessário combatê-la, uma vez que ao longo das próprias entrevistas houve a confirmação de que a violência é uma barreira ao gozo pleno da saúde física e mental.

Se no início das entrevistas os profissionais responderam com o silêncio, demonstraram estranheza ou descrédito nas questões ou ainda resistiram diante das respostas, houve uma quebra nesse contexto à medida que a entrevista foi ocorrendo e as respostas foram ricas de sentido. Ao longo das entrevistas a própria definição do estigma vai se aproximando mais do cotidiano no qual trabalham e a visão foi se direcionando para os seus pacientes.

A fala do estigma permitiu aos profissionais refletirem sobre a necessidade de repensarem a Reforma Psiquiátrica como um processo contínuo, que ocorre até hoje, onde eles (os profissionais de saúde mental) são os principais agentes de mudança.

Nas falas finais, um psiquiatra viu no diagnóstico a reprodução e legitimação do estigma e comentou sobre a necessidade de modificar práticas até hoje presentes.

Por fim, os profissionais livres para comentarem ou sugerirem mudanças frente ao reconhecimento desse processo de reprodução do estigma como expressão da violência e a principal estratégia para reduzir o estigma e combatê-lo, segundo os profissionais é através da educação: tal transformação se dá desde a reformulação dos currículos para os profissionais de saúde, aproximando-os e capacitando-os para trabalharem no contexto social desse paciente, assim como a oferta dessa educação voltada também para a sociedade civil. Em concordância com as falas dos entrevistados reafirmo a importância de conscientizar a sociedade sobre o que seriam os transtornos mentais, desconstruindo as imagens que carregam, orientando-os inclusive no sentido do diagnóstico e da medicalização, uma vez que vivemos um cenário de medicalização da vida. Conforme descrito anteriormente, por mais que alguns profissionais, principalmente os da área médica possuam cursos de pós-graduação, é necessário que as estratégias voltadas para a formação sejam constantes, o que se justifica pela educação permanente, que sugiro como

essencial à essa UPHG, uma vez que reforçaria a importância do trabalho em equipe, da inclusão / aproximação entre as diferentes categorias e maior compreensão sobre os assuntos aqui tratados, valorizando a integralidade do sujeito internado.

Um dos participantes citou ainda o seu desejo de modificar a UPHG, inserindo um terapeuta ocupacional na equipe e propondo um trabalho integrado entre as diversas categorias, onde os pacientes internados fossem estimulados ao desenvolvimento da criatividade.

Diante dessa fala observei que um dos problemas apresentados nessa UPHG é a falta de comunicação e diferenciação entre as categorias profissionais. Os enfermeiros não participam das reuniões junto aos psiquiatras e psicólogos.

É possível afirmar que muito se avançou após a Reforma Psiquiátrica, em termos de novas possibilidades para os pacientes. Entretanto, a transformação da mentalidade social é um processo complexo. Avalia-se a necessidade de repensar algumas práticas que ainda ocorrem nos dispositivos visando a reorientar e formação, não só dos profissionais mas, da sociedade civil, para que não se fale em “acabar com o estigma” mas, tomar consciência do fenômeno reduzindo a intolerância frente aos diferentes devires.

E finalmente, determinadas questões do roteiro poderiam causar situações de constrangimento para os profissionais. Na intenção de minimizar esses riscos trabalhou-se com a possibilidade de perguntar aos entrevistados se eles gostariam de interromper a entrevista, explicando que caso sua resposta fosse positiva esse fato não acarretará nenhum dano para si. A questão da confidencialidade dos dados foi preservada.

Como benefícios a investigação visa trazer novos conhecimentos para o campo da saúde mental e dos estudos sobre violência. Desse modo será possível trazer novas respostas para a comunidade científica, e para os profissionais de saúde, saúde mental e direitos humanos fornecendo uma reflexão sobre o tema e possibilitando modificar futuramente as práticas junto ao grupo em questão.

Assim como algumas limitações do estudo precisam ser sinalizadas como o fato da pesquisa ter sido realizada em apenas uma Unidade Psiquiátrica, pela absoluta falta de tempo devido ao período do curso de mestrado e também o fato de não ter tido oportunidade de entrevistar os psicólogos.

9. REFERÊNCIAS

- ALEX M(1), WHITTY-ROGERS J, PANAGOPOULOS W. The language of violence in mental health: shifting the paradigm to the language of peace. *ANS Adv. Nurs Sci.* Jul-Sep;36(3):229-42, 2013.
- AMARANTE, PDC. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- ARAÚJO, G.S; Pereira S. M.; Santos D.N. Revisão sobre Tuberculose e Transtornos Mentais Comuns. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* ISSN:1982-4785. Disponível em:
- ARENDDT, H. *Da Violência*, Ed. Universidade de Brasília, 1985. Trad. Maria Cláudia Drummond Trindade.
- BALLONE, GJ; Citti, ML. Evolução dos resultados das atividades de uma unidade de urgência psiquiátrica de um hospital geral. *J Bras Psiquiatr*;39(2): 81-4, mar.-abr. 1990.
- BALLONE GJ - *O que são Transtornos Mentais* 2008- in. *PsiquWeb*, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br. Último acesso em: 22/01/2015.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal. 1985
- _____. *Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica*. (Org.) Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BECKER, H. *OUTSIDERS: estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008, capítulo 1 pp 15 a 27.
- BILANAKIS N, KALAMPOKIS G, CHRISTOU K, PERITOGIANNIS V. Use of coercive physical measures in a psychiatric ward of a general hospital in Greece. *Int J Soc Psychiatry*. 2010 Jul;56(4):402-11. Epub Jul 23, 2009.
- Biografia do pensador e filósofo Michel Foucault - Timtim por Timtim. Blog do Professor Tim. Disponível no site: <http://timraimundo.blogspot.com.br/2012/11/biografia-do-pensador-e-filosofo-michel.html>. Último acesso em: 20/01/2015.
- BOTEGA, NJ; DALGALARRONDO, P. *Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico / Mental health in general hospital: space for the psychic*. São Paulo; HUCITEC; 1993. 116 p. ilus, tab.(Saúdeloucura [textos], 9).
- BOYATZIS, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002, p.18)
- _____. *O poder simbólico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004
- BRASIL. ANVISA. Relatório da Anvisa indica resíduo de agrotóxico acima do permitido. Disponível no portal: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/assunto+de+interess>

[e/noticias/relatorio+da+anvisa+indica+residuo+de+agrotoxico+acima+do+permitido.](#) Consulta realizada em: 06/04/2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB) RH-SUS. 3. ed. rev. e atual. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001: política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 96,18 maio 2001. Seção 1e.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 483/2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2007; 22 ago.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2840, de 29 de dezembro de 2014. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente RAPS, no âmbito do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Caderno de Atenção Básica, 8).

BRAUN, V. e CLARKE, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101. ISSN 1478-0887

BRITO FILHO, M. T. *Produtos transgênicos e saúde animal, vegetal e ambiental: um desafio ético?* Rio Grande do Sul: [s.n.], 1999.

CAMPOS, F.E; AGUIAR, R.A.T; BELISÁRIO, A.S. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA L, ESCOREL S, LOBATO LVC, NORONHA JC, CARVALHO AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

CANAVEZ, F.; HERZOG, R.. Entre a psicanálise e a psiquiatria: a medicalização do trauma na contemporaneidade. *Tempo psicanal.*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, jun. 2011 .

CECCIM, R.B; C ARVALHO, Y.M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO R, CECCIM RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPESQ, Abrasco; 2006.

COLEMAN, J.C., *Distúrbios psicológicos e a vida contemporânea*- 2 ed., São Paulo: Pioneira,1993.

CURI, Luciano Marcos. O corpo e a doença na história. *Revista Alpha*, UNIPAM (9):82-99, nov. 2008.

DELEUZE, G. *Diferença e repetição*. Trad. Luiz Orlandi e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F, Mil Platôs. *Capitalismo e Esquizofrenia*. Vol. 1, São Paulo, Editora 34, 1995.

DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: Costa, N.R, Tundis (org). *Cidadania e Loucura – política de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1990.

DE PLATO, G. Comportamientos antisociales: la investigación moderna aclara errores sobre la causalidad entre enfermedad mental y conductas violentas. *Rev. psiquiatr.* (Santiago de Chile); 14(3): 126-30, jul.-sept. 1997.

DIAS, H. SA; Lima, L, D; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência e Saúde Coletiva* (Impresso), v.18, p. 1613-1624,2013

DOMENACH, J. M. La Violencia. In: *La Violencia y sus causas*. Paris: UNESCO, 1981.

FIGUEIREDO, A. E. B. Saúde Mental, Instituições Psiquiátricas e Serviço Social: o discurso instituído e a prática profissional. PUC-RJ, 1992.

_____. *Religiões Pentecostais e Saúde Mental no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, 2006.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Rev. bras. saúde matern. infant*; 10(supl.2): s321-s330, dez. 2010. Artigo em Português | LILACS | ID: lil-574865.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Trad. Lígia M. Ponde Vassalo. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M, O nascimento da Clínica. 4ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

FOSTER, J. *Media Presentation of the Mental Health Bill and Representations of Mental Health Problems* Foster, Juliet L H11 Corpus Christi Coll, Cambridge, UK John Wiley & Sons, Chichester UK

FURLAN, MM; Ribeiro, CRO. Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. *Rev Esc Enferm USP*; 45(2): 390-396, abr. 2011.

GALDEANO M, A; Ocio L, S; Barbadillo I, L; López Fernández, I; Antolín Suárez, J; Txarterina Montero, E. Prensa: violencia y estigmatización de la enfermedad mental/ Imprensa: Violência e estigmatização. *An. psiqiatr*;24(3): 121-129, mayo-jun. 2008.

GLIED, S, FRANK, RG. Mental illness and violence: lessons from the evidence. *Am J Public Health*. 2014 Feb;104(2):e5-6. doi: 10.2105/AJPH.2013.301710. Epub.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

(GOFFMAN, 1975, p.12).

HALPERIN, C; SOUZA, CAC. A internação psiquiátrica em hospital geral / Psychiatric internation in general hospital. M.D. (Porto Alegre);19(2): 107-12, 1985.

HOLLOWAY, I., & TODRES, L. (2003). The status of method: flexibility, consistency and coherence. *Qualitative Research*, 3(3), 345-357

JACOBINA, R. R. O silêncio dos inocentes III: o cuidado aos psicopatas e degenerados no Hospício São João de Deus. Jacobina. Tese: A Prática Psiquiátrica na Bahia. Estudo Histórico do Asilo São João de Deus/ Hospital Juliano Moreira. Rio de Janeiro, ENSP - Fiocruz, 2001.

KELLY, B. The Power Gap: Freedom, Power and Mental Illness. *Ireland Social Science & Medicine*, 63. Issue 8. Pages 2118:2128

KELLY, SM. *Risks to Mental Health Patients Discharged into the Community*. Hugh P1 Quality Life Advocacy Consultancy, Downpatrick, Co Down, Northern Ireland, UK.<http://dx.doi.org/10.1080/13698570412331323252>

KESSLER, F.H.P, DIEMEN, L. e PECHANISKY, F. Dependência Química. IN: *Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KHALIFEH H. Violence against people with severe mental illness in Europe. *Acta Psychiatr Scand*. 2009 May;119(5):414; author reply 415. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01374.x. Epub 2009 Mar 8.

KRUGER, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., & Lozano, R. (ed.) (2002). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization.

LIMA, P. Transgênicos ameaçam a sua saúde. *Jornal dos Trabalhadores Rurais*, [S.l.], abr. 2001. Edição especial.

- LUCCHESI, M; MALIK, AM . Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil. *Rev Saude Publica*;43(1): 161-168, fev. 2009.
- MALAMUT, BS. *O poder e o dispositivo: hospital psiquiátrico na contemporaneidade*. Belo Horizonte; s.n; 2011. XII, 83 p. illus.
- (MARCONI e LAKATOS, 2010)
- MANFRINATO, M. G. Psicologia e DSM. Curso de aprimoramento: Teoria, pesquisa e Intervenção em Luto. São Paulo: 2011. Disponível em: <www.4estacoes.com/pdf/publicacoes/psicologia_e_dsm.pdf>. Acesso em 05/02/2016.
- MANTOVANI, Célia; MIGON, MN; ALHEIRA, FV; del-ben, CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Rev Bras Psiquiatr*; 32(supl.2): S96-S103, out. 2010. tab.
- MARTINS, C.B C. Dossiê Goffman: Apresentação. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol. 23 n.o 68 outubro/2008. P. 135:136.
- MENDES, A. F. *Da Lepra à Peste: Desafios do Movimento ante a repressão*. Disponível em:<http://www.quadradosloucos.com.br/3960/da-lepra-a-pestes-desafios-do-movimento-ante-a-repressao/> Consulta realizada em:30/11/2015.
- MONTEIRO, S; Villela, W (2013). *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria, *Fundamentos de metodologia Científica*. 7ª ed., São Paulo: Atlas, 2010.
- Minayo, M. C. S. (org). *Pesquisa Social: teoria método e criatividade*. 16. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- MINAYO, MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violências: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: NJAINE, K; ASSIS, S.G e CONSTANTINO, P. (Org.). *Impactos da Violência Sobre a Saúde*. Rio de Janeiro; Ed Fiocruz, 2009.
- MINAYO, MCS; DESLANDES, SF; NETO, OC; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ:Vozes, 2003.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.
- Monteiro et al (2013)
- MOSTAZO, RR; KIRSCHBAUM, DIR . Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5 n. 2 p. 04 – 13, 2003
- MURPHY, NA; FATOYE, F; WIBBERLEY, CI. The changing face of newspaper representations of the mentally ill. *Mental Health, School of Nursing, Midwifery & Social University of Salford*, Salford, UK

NEVES, VLLF. A loucura: um desafio subjetivo. J Bras Psiquiatr;3(35): 183-185, maio/jun. 1986.

NUNES M; TORRENTÉ MD . Stigma and violence in dealing with madness: narratives from psychosocial care centers in Bahia and Sergipe, Northeastern Brazil. Rev Saude Publica;43 Suppl 1: 101-8, 2009 Aug.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de TM e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2002). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra.

PADILHA, MICS; MAIA, AR; VIEIRA, M; MACHADO, C. Significados das práticas de não cuidados na visão dos clientes hospitalares. Rev Bras Enferm; 57(6): 724-728, nov.-dez. 2004.

PAULA, K.V.S. A questão da saúde mental e atenção psicossocial: considerações acerca do debate em torno de conceitos e direitos. Physis vol.18 no.4 Rio de Janeiro 2008

PELBART, P.P. Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura: loucura e desrazão. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PEREIRA, MAO. Representação da doença mental pela família do paciente / Representation of mental illness by the patient's family .Interface comun. saúde educ;7(12): 71-82, fev. 2003.

PHILO, G; SECKER, J. Media and Mental Health. Centre Mental Health Services Dept, Kings Coll, London, UK.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em 04 de dez. 2015.

PITIÁ, A. C. A., & SANTOS, M. A. (2005). Acompanhamento terapêutico: a construção de uma estratégia clínica.São Paulo: Vetor.

PRATTA, E.M.M e SANTOS, M.A. O Processo Saúde-Doença e a dependência química: interfaces e evolução. Psic: Teor. E Pesq. [online]. 2009, vol.25, n.2, p.203-211.

RAMOS, F. A da C. Instituto Philippe Pinel: As Origens Históricas. Disponível em: http://www.sms.rio.rj.gov.br/pinel/media/pinel_origens.pdf. Consulta realizada em: 12/01/2015.

ROTTMANN C, LINA. C. Centro comunitario de salud mental familiar: equipo territorial de salud mental y psiquiatria .M,d.-soc. (Santiago de Chile); 39(3/4): 48-55, sept.-dic. 1998.

SAAVEDRA CA. Violencia y salud mental / Violence and mental health. Acta m,d. peru; 21(1): 39-50, sept. 2004.

SABELLA D. Mental illness and violence. Am J Nurs. 2014 Jan;114(1):49-53.

SALA, O. A Questão da Ciência no Brasil. Estud. av. vol.5 no.12 São Paulo May/Aug. 1991.

SHIRAKAWA, I; JORGE, MR. Psiquiatria e hospital geral. / Psychiatry and general hospital. Bol. psiquiatr;16(3): 109-14, 1983.

- SILVA, R.S. e BRANDALISE, F. O Efeito do Diagnóstico Psiquiátrico sobre a Identidade do Paciente. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16(2) 123-129, Jul-Dez, 2008.
- SOARES, PFB. A psiquiatria no hospital geral: resistências / Psychiatry in the general hospital: resistences. *Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul*;7(3): 143-5, dez. 1987.
- TAYLOR, G.W e USSHER, JM. (2001). Making sense of S&M: A discourse analytic account. *Sexualities*, 4 (3), 293-314.
- TOLEDO, L. M (ORG). Violência: orientações para profissionais da atenção básica de saúde. / Organizado por Luciano Medeiros de Toledo e Paulo Chagastelles Sabroza. Rio de Janeiro, ENSP / FIOCRUZ, 2013.
- TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- VANSAN, GA. A unidade de internação psiquiátrica no Hospital Geral / Psychiatric wards in general hospital. *Neurobiologia*;57(1): 19-26, jan.-mar. 1994.
- VICENTE, JB; MARIANO, PP; BURIOLA, AA; PAIANO, M; WAIDMAN, MAP; MARCON, SS. Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares. *Rev Gaucha Enferm*;34(2): 54-61, jun. 2013.
- VILELLA, J.C. O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem na perspectiva do estudante. Curitiba, 2009. 125 f. (Dissertação Mestrado). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2009.
- YIP, KS. An analysis of the anti-psychiatric halfway house movement in Hong Kong. *Adm Policy Ment Health*;30(6): 535-44, 2003 Jul.
- ZARA, AFP; TRAUTWEIN, CTG; AQUINO, JC; D'URSO, L A; SIEBERT, MC. Grupo de acolhimento em saúde mental e reabilitação na atenção básica: uma reflexão sobre potência de dispositivos grupais. *Psicol. rev*; 17(1/2): 77-97, 2008.
- WAISELFISZ, J. J. Mapa da Violência 3: Os jovens do Brasil, São Paulo: UNESCO, Instituto Ayrton Senna, 2004.
- WHITLEY, R; BERRY, S. Can Trends in newspaper coverage of mental illness in Canada: 2005-2010. *J Psychiatry*;58(2): 107-12, 2013 Feb.
- WIEVIORKA, M., *O Novo Paradigma da Violência. Tempo Social, Ver Sociol. USP, S. Paulo*, 9 (1); 5-41, maio 1997.

ANEXO I



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ- FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PROFISSIONAL

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: **OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL SOBRE OS TERMOS ESTIGMA E VIOLÊNCIA: UM ESTUDO EM UNIDADES PSIQUIÁTRICAS DE HOSPITAIS GERAIS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO** em virtude do projeto de pós graduação *latu sensu* em Saúde Pública, da pesquisadora/ mestranda Raquel Silva Barretto, sob orientação da Professora e Pesquisadora Dra. Ana Elisa Bastos Figueiredo e co-orientação da Professora e Pesquisadora Dra. Adalgisa Ribeiro Peixoto, na subárea “Violência e Saúde” – CLAVES – Fiocruz.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a ENSP - Fiocruz ou com o presente Hospital.

O objetivo desta pesquisa é: **Estudar a percepção dos profissionais de saúde mental sobre o estigma como expressão de violência em relação aos pacientes com transtornos mentais**

Caso você decida aceitar o convite, a sua participação se dará respondendo a uma entrevista semi-estruturada. A mesma será gravada em áudio. O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente 50 minutos.

Determinadas questões do roteiro poderão causar algum tipo de constrangimento ou mal estar para o (a) entrevistado (a). Diante disso, a entrevista será paralisada, o (a) participante deverá optar pela sua continuidade ou não. As questões estão relacionadas à relação entre estigma e violência

Os benefícios relacionados com a sua participação incluirão os novos conhecimentos e produções científicas, em termos de estigma e saúde mental.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidas por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. Tais resultados também estarão disponíveis para o (a) entrevistado (a), caso seja de seu interesse. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal.

Página 1 de 2

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Você receberá uma via deste termo onde constam os dados do pesquisador principal, assim como da Instituição, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863 E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Assinatura do Pesquisador

Contato com a pesquisadora responsável : Telefone (21) 97488-0684

Local e Data _____

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura do participante da pesquisa

Página 2 de 2
Rubrica pesquisador: _____
Rubrica participante: _____

ANEXO II

Quadro 5. Síntese do perfil dos profissionais entrevistados.

Perfil dos profissionais entrevistados	
Número de profissionais entrevistados	6
PERFIL	
Sexo masculino	4
Sexo feminino	2
Número de entrevistados > 40 anos	5
Número de entrevistados < 40 anos	1
FORMAÇÃO	
Número de entrevistados que concluíram a graduação há mais de 15 anos	5
Número de entrevistados que concluíram a graduação há menos de 15 anos	1
Entrevistados com especialização	6
Entrevistados com especialização em psiquiatria	3
Entrevistados com especialização em demais áreas	3
Entrevistados com mestrado completo	3
Entrevistados com mestrado em psiquiatria	2
Entrevistados com mestrado em demais áreas	1
Entrevistados com doutorado completo	2
Entrevistados com doutorado em psiquiatria	1
Entrevistados com doutorado em demais áreas	0
ATUAÇÃO	
Profissionais que já atuaram em algum serviço de psiquiatria antes	5
Número de profissionais com menos de um ano nessa UPHG	2
Número de profissionais que atuam entre 1-5 anos em psiquiatria	3
Número de profissionais que atuam entre 5-10 anos em psiquiatria	1
Número de profissionais com mais de 10 anos de atuação em psiquiatria	2