

Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares

Cássia Regina Rodrigues

Faculdade de Medicina de Marília

Marco Antonio de Castro Figueiredo

Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto

Resumo

O processo de transformação institucional em Saúde Mental tem sido um desafio, pois é preciso realizar a desconstrução das ideologias e dos diversos campos do conhecimento. Por esta razão, objetiva-se colocar em discussão conteúdos, crenças e valores que os profissionais, pacientes dos serviços de saúde mental e seus familiares, apresentam em relação à doença mental. Dentro do referencial teórico da Psicologia Social, tendo como pressuposto o conceito de reificação, foram discutidas as concepções dessas pessoas visando colher dados que busquem refletir sobre questões relativas à compreensão da doença mental. O estudo foi desenvolvido com trinta participantes, sendo 10 profissionais, 10 usuários e 10 familiares dos serviços extra-hospitalares da região de Marília (SP). Para coleta dos dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, seguindo uma técnica desenvolvida por Figueiredo (1989). As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo posteriormente categorizadas e analisadas. Os dados foram analisados através de uma adaptação da técnica de análise de conteúdo, e encontramos as subcategorias: instabilidade emocional, perda do padrão de normalidade, visão biológica, predisposição hereditária e estigma. Estas seis subcategorias sugeriram que muitas vezes as concepções presentes no trabalho em Saúde Mental se caracterizam pela reprodução estereotipada de conhecimentos adquiridos e a práxis passa a se constituir pela manutenção do estabelecido, sem a criação de novos modelos de intervenção.

Palavras Chaves: Saúde Mental, Doença Mental, Crenças, Valores, Concepções

Abstract

Concepts on mental diseases held by professionals, users and their families. Transforming mental health institutions has been defying because it is necessary to deconstruct ideologies in all areas of knowledge. Therefore we want to discuss contents, beliefs and values held by professionals, mental health service patients and their families in relation to mental health. Reification is a concept of the Social Psychological Theory and it has been used to discuss people's concepts towards mental health. This study has been developed with thirty people: 10 professionals, 10 users and 10 family members in Marília area (SP) outpatient service. Data were collected in semi-structured interviews, according to a technique developed by Figueiredo (1989). The interviews were a technical adaptation of content analysis. Based on these data analysis, the following subcategories were found: emotional instability, loss of normality pattern, biological vision, inherited predisposition and stigma. These six subcategories suggested that often mental health concepts are stereotyped from acquired knowledge and praxis maintains the *status quo*, without creating new intervention models.

Key Words: Mental Health, Mental Disease, Beliefs, Values, Concepts

Partindo da premissa de que o trabalho em Saúde Mental é ainda um desafio, é importante analisar a Prática Institucional, incluindo na discussão as questões políticas implicadas nessa prática. Esclarecendo que, política é, aqui, seguindo a mesma ótica de Resende (1990), entendida, como "... uma equação a dois braços, representada de um lado por intencionalidades e do outro por práticas concretas" (p.16). Para o autor, esta equação deve mostrar "uma

certa continuidade no tempo e significação geográfica que ultrapasse os limites das experiências micro-regionais" (idem). Assim, política significa, então, o conjunto das representações, das práticas desenvolvidas pelos serviços de saúde e das legislações apresentadas pelos órgãos governamentais, contido nas diretrizes adotadas por estes.

Analisar uma realidade institucional é uma tarefa árdua, se a proposta for examinar esta realidade em movimento, fru-

to de um processo histórico, cuja finalidade de discussão é a tomada de consciência do plano do saber-fazer dos profissionais.

Historicamente, as questões específicas da assistência em saúde mental sempre se relacionaram à organização do sistema de saúde em geral, e dessa forma, as condições de saúde da população se mantiveram determinadas pelos fatores sócio-econômicos. As reformas na área da saúde foram configuradas num contexto social, cuja base segue o modelo econômico, caracterizado pela grande concentração e associação do capital nacional ao internacional; importação de linhas e técnicas de produção lesivas à saúde do trabalhador e na super exploração da força de trabalho. Esse processo, segundo Moura Neto (1990), tem elevado os índices de doenças físicas e mentais em todas as diferentes regiões do país.

No cenário econômico, o trabalho em Saúde Mental é resultante de um processo de exclusão do doente, cujo início data de 1852, quando se formulou a primeira lei de assistência ao doente mental e, associado a ela, ocorreu a construção do primeiro asilo, o hospital D. Pedro II (Marsiglia, 1990). A política oficial se caracterizou, desde então, pela tutela e segregação do doente, através do atendimento em hospitais que constituíram a instituição psiquiátrica até os primeiros anos da década de 70, tendência que passou a ser conhecida como a “indústria da loucura”.

A modernidade se caracterizou pela fragmentação do trabalho e, em consequência, do homem. O processo de divisão do trabalho, a necessidade de uma racionalidade calcada na observação, no rigor, nas leis fixas e demonstráveis e nas operações parciais, objetivaram o próprio homem e o fizeram perder a noção de totalidade (Lukács, 1967/1974). Neste sentido, o homem passou a ser considerado como reação mecânica e estereotipada (Figueiredo, 1989). Esta concepção, que tem como base uma visão dicotomizada do homem e do próprio processo, vem constituindo o paradigma da psiquiatria, em que tal definição de doença mental tem, em sua gênese, um sujeito sem a “razão” e com a capacidade de produção aquém das necessidades do mercado de trabalho.

Na tentativa de romper com esse processo de naturalização e decomposição do indivíduo e escapar dos limites dessa racionalidade, a preocupação com a recuperação da noção de totalidade e da adaptação do sujeito, através do enfoque da subjetividade, tem sido o foco das ciências sociais, pois estas têm dirigido “seus esforços para a valorização do homem desadaptado” (Souza, 1991, p. 03).

O reflexo desta tendência pode ser observado, a partir de meados da década de oitenta, através dos princípios básicos que deveriam nortear os rumos da assistência psiquiátrica no país, lançados pelo Ministério da Saúde, os quais, em linhas gerais, preconizavam a regionalização dos serviços; além disso, estes deveriam ser diversificados e em maior número. Os macro-hospitais passaram a ser condenados e, em substituição aos mesmos foram propostos, conforme menciona Resende (1990), alternativas que visassem o desenvolvimento de ações especiais, voltadas ao usuário egresso das

internações e campanhas para reabilitação de crônicos. Para o autor, estes princípios visavam “a pronta reinserção social do indivíduo” (p. 65).

Vale ressaltar que, durante a década de oitenta, apesar do início da abertura política, da redemocratização do país, da VIII Conferência de Saúde (1986) e das I e II Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987 e 1992) - fatos estes que contribuíram para alterações não só de princípios, mas, principalmente de modelos - introduziram-se novas práticas terapêuticas. No entanto, a assistência parece ainda se manter dentro do mesmo paradigma, pois, na esfera político-econômica, nota-se que continua reduzida à cota destinada à área, e a rede de ambulatórios tem como prática, em sua grande maioria, o tratamento psicofarmacológico ou o fornecimento de guias para internação.

Lancetti (1990) indaga se não estamos nesses serviços fabricando doentes, através da transformação das pessoas em mercadorias, sob a forma de dependência farmacológica e do descompromisso para com os nossos usuários que vão, de serviço em serviço, em busca de atendimento. E se, mesmo com as sofisticadas técnicas ou teóricas, não estamos estabelecendo normatizações. Logo, esta indagação nos remete a uma análise um pouco mais profunda do nosso cotidiano. Para isso, pode-se utilizar o conceito, desenvolvido por Lukács (1967/1974), de reificação que, segundo o autor, trata do fato das relações, das ligações entre as pessoas, tomarem “o caráter de uma coisa” (p. 97). Melhor dizendo, os relacionamentos assumem um caráter de objeto, regido por um sistema rigoroso com leis próprias, fechado e racional que “dissimula todo e qualquer traço da sua essência fundamental: a relação entre homens” e, assim, a essência da estrutura mercantil modifica a natureza das relações humanas (Ibid., 1974).

É importante destacar que a prática em Saúde Mental constitui neste trabalho nosso objeto; por isso entendemos que é a partir dela que a mudança de paradigma se torna possível. A estruturação de um sistema de saúde hierarquizado e descentralizado não constitui, por si só, uma ruptura com a segregação e a tutela do doente mental. Rotelli (1974, citado por Barros, 1994), fundamenta que, para a reestruturação e reorganização da Saúde Mental, a própria rede institucional psiquiátrica necessita ser revolucionada em sua estrutura, a partir de quatro eixos: 1) em suas características “repressivo-custodiais”; 2) em sua forma como “lugar de institucionalização da doença”; 3) na sua qualidade de “institucionalização do sofrimento através da doença”; 4) em seus meios “aonde o sofrimento vem se transformando em algo mercantilizável” (Rotelli, 1974, apud Barros, 1994, p. 66).

Para Amarante (1995), a base e os fundamentos da transformação institucional estão na desconstrução a ser realizada nas tecnociências, nas ideologias, nas funções dos técnicos, dos intelectuais, enfim, nos diversos campos do conhecimento.

[...] A trajetória italiana propiciou a instauração de radical ruptura com o saber/prática psiquiátrica, na medida em que atingiu seus paradigmas. [...] tal ruptura teria sido operada tanto em relação à psiquiatria tradicional (o dispositivo da

alienação) quanto em relação à nova psiquiatria (dispositivo de saúde mental) (Amarante, 1995, p. 53).

Desde o início do movimento de reforma psiquiátrica, na década de setenta, movimento que inicialmente foi intitulado de modelo comunitário, os eixos fundamentais se assentam no tratamento em serviços extra-hospitalares, realizados por uma equipe multidisciplinar, com objetivo de trabalhar os aspectos da doença mental dentro do meio familiar. Na reforma psiquiátrica a Saúde Mental implica uma noção, segundo Saraceno (1995),

(...) referida ao desejo condicional de bem-estar dos indivíduos ou talvez referida às ações de determinar tal condição nos indivíduos. Esta identidade entre o objetivo (a saúde mental dos indivíduos) e a ação (as atividades para a saúde mental) é um fato positivo, porque grifa a necessária continuação entre a ação e os objetivos: Saúde Mental é a união das ações, das promoções, prevenção e cura referida na melhora, na manutenção e na restauração da Saúde Mental de uma população (p. 389).

Ressaltamos também os aspectos históricos, que nortearam o ressurgimento do foco na questão multidisciplinar. A ênfase neste tipo de trabalho decorreu de uma série de críticas à medicina de especialidades e à fragmentação do processo de trabalho. Essa modalidade tenta redefinir o objeto das práticas em Saúde Mental, como multideterminado em termos bio-psico-sócio-culturais. Segundo Costa Rosa (1987), a especialização da ciência contribuiu, como nenhuma outra, para o avanço científico, porém, de forma dialética. Pois, para se afirmar a neutralidade da ciência, a concepção do ser humano, enquanto totalidade ou unidade, foi isolada deste processo, ocasionando, progressivamente, a redução da noção de homem a uma única parte.

Mesmo com a proposta de organização de um sistema hierarquizado de Saúde, a análise crítica da atuação dos profissionais é ainda um desafio. Embora, a reestruturação do sistema tenha possibilitado a delimitação, a esquematização do atendimento do usuário e o estabelecimento das relações dos serviços no Sistema de Saúde, exige-se a compreensão dos elementos que compõem tal realidade tão diversa, composta por três níveis de complexidade.

O primeiro diz respeito à formação, cujo desdobramento é revelado na assistência dos que atuam na rede. Afinal, quem são estes profissionais? Quais as visões de mundo que possuem? O que cada um imprime no trabalho institucional?

Segundo Freire Costa (1989), os profissionais apresentam três tipos de crenças que costumam interferir na compreensão da “doença dos nervos”: (1) a tendência de imaginar que os distúrbios psíquicos são como uma essência pela qual se origina a doença; (2) a outra diz respeito ao dogma da neutralidade na relação terapeuta-cliente, em que ambos são vistos e concebidos como sujeitos ideais, destituídos de suas condições sociais, das diferenças; (3) a última crença remete às formas de comunicação que, segundo aquele autor, são a “crença” mais complexa de todas, pois pressupõe uma mudança de referencial na forma de conceber a comunicação, já que, muitas vezes, as queixas físicas servem para representar

a identidade e o próprio sujeito em pauta. Na análise dessas questões, o autor faz um alerta a essa tendência, um tanto reducionista, de lidar com as pessoas na prática psicoterapêutica.

No segundo nível, está a dificuldade de se analisar a clientela dos serviços de saúde, porque na prática, o trabalhador de Saúde Mental convive com a ausência de instrumentos que possibilitem compreender o universo das classes populares. O que se observa, através da visão que tais profissionais possuem, é que, ao longo dos anos, as pessoas foram graduadas para uma realidade altamente tecnológica, com enfoque na individualidade e na ação curativa, centralizada na doença em si, marginalizando, assim, as questões sociais e os demais fatores e determinantes da vida.

A formação universitária parece ter produzido profissionais de saúde que, independentemente da área, apresentam as mesmas características. Ao se observarem os tipos de tratamentos propostos, percebe-se que estes têm como base não o doente, mas a doença, transformando a pessoa do doente em uma questão técnica a ser resolvida (Figueiredo, 1994). A formação tem sido direcionada pela lógica objetiva, a qual privilegia a competência técnica em detrimento da sensibilidade social, desconsiderando o ponto de vista do paciente (Figueiredo et al., 1993).

Em terceiro, e por último, está a efetividade dos serviços. Mesmo que, o trabalho seja muito e se atenda um número grande de pessoas na rede pública, o que tem sido oferecido à esta população?

A maioria das instituições ainda não tem se preocupado em desenvolver parâmetros que possam avaliar como é executada a assistência e a que demanda ela se destina.

É certo que muitos problemas clínicos têm interfaces importantes com o psicológico e com a estrutura social. Então, mesmo que a organização das diretrizes políticas seja subsidiada por estudos epidemiológicos, é importante ressaltar as preocupações apontadas por Pitta & Dallari (1992) os quais, embora afirmem que é necessário revolucionar as práticas em Saúde Mental, questionam se os critérios epidemiológicos serão os que, a partir de agora, nortearão os rumos das diretrizes político-técnicas para esta área. Para as autoras, “(...) não será apenas com uma rede especializada em cuidados mentais que se enfrentará tal dimensão epidemiológica”. Ao contrário, a integralidade das ações deverá ser o princípio para se evitar a dicotomia entre “corpo e vida psicossocial”. Este é o princípio que deverá ser perseguido na “totalidade dos espaços assistenciais, obedecendo a uma plasticidade de serviços para fazer face à diversidade da demanda” (Pitta & Dallari, 1992, p. 19).

De acordo com Singer e colaboradores (1978), os serviços devem ser compreendidos como unidades sociais inseridas e constituídas historicamente no mundo ocidental, cujo papel é a exclusividade na prestação de saúde, dentro de uma hierarquia complexa, que vai desde os consultórios às faculdades das diversas áreas profissionais incluindo, assim, os órgãos profissionais e governamentais, “que dão ao conjunto ponderável peso político” (Singer et al., 1978, p. 10).

Ainda segundo esses autores,

(...) os Serviços de Saúde são um Serviço de Controle que se insere entre o indivíduo e o Estado, entre o indivíduo e a natureza, e entre o Estado e a natureza. Para o Estado, os Serviços de Saúde exercem atividades de controle sobre o indivíduo, enquanto cidadão e enquanto membro da força de trabalho (p. 37).

Esta concepção é a base para contextualizar e circunscrever o produto dos Serviços de Saúde, por isso é importante assinalar que, as suas atividades contribuem para a manutenção da ordem social e, dessa maneira, ao desenvolver ações que promovam a saúde, os serviços estarão produzindo “condições materiais e psicológicas indispensáveis ao desenrolar da vida política, social e econômica em determinados moldes” (Singer et al., 1978, p. 37).

Dentro dessa perspectiva, acredita-se que o papel da instituição não pode e não deve ser visto somente pelo viés das diretrizes políticas de saúde, e sim, por uma compreensão mais ampla, que exigirá dos profissionais uma outra concepção teórica, técnica e social, que tenha como enfoque institucional a necessidade de se resgatar a cidadania e, para isto, é preciso pensar que:

A cidadania não é um atributo dos iguais, dos normais, dos que podem decidir de forma convencional. Os diferentes, os bizarros, os estranhos devem ter seus direitos garantidos. A equidade, ou seja, a disposição de atender igualmente aos direitos de cada um, passa a ser a utopia a ser perseguida. Substitui-se a homogeneidade, a pasteurização dos sujeitos pelo reconhecimento das suas singularidades. (Pitta & Dallari, 1992, p. 21).

A expansão de serviços comunitários de atenção à saúde mental é um avanço. A enfermidade mental, contudo, apresenta uma complexa teia de multi-determinações no processo saúde-doença, a qual exige, tanto da organização dos serviços, quanto do modelo assistencial, um método de avaliação.

Ao considerar a multi-determinação e os fatores psicossociais implícitos em tal demanda, estaremos considerando os conceitos e as concepções que interligam esse sistema de valores e as crenças que permeiam o tal processo. Crença (do latim medieval, “credentia”) significa ato ou efeito de crer; convicção íntima; opinião adotada com fé e convicção que, por ser um ato, implica ter ou dar certo, dar como verdadeiro; acreditar. O conceito de valor (do latim, “valore”, qualidade de quem tem força; qualidade pela qual determinada pessoa ou coisa é estimável em maior ou menor grau; mérito ou merecimento) permite atribuir qual é a importância de determinada coisa, qual é a importância estabelecida ou arbitrada de antemão.

Partindo da premissa de que a caracterização dos serviços está circunscrita ao cenário das políticas públicas e às noções de mundo dos profissionais, o desafio que está posto ainda é a análise das crenças que sustentam as práticas em Saúde Mental, já que são inegáveis os avanços legislativos e as bases para atuação. O que se está por desvendar são as estratégias resolutivas aos Serviços de Saúde, partindo da necessidade do usuário, e não dos parâmetros traçados nos

níveis institucionais. Embora insuficiente, há uma rede de serviços e a questão que está colocada é fazê-la funcionar de uma forma que seja possível verificar o benefício de seus usuários.

Este trabalho colocou em discussão os conteúdos, crenças e valores que os profissionais, usuários e seus familiares dos Serviços de Saúde Mental da região de Marília desenvolvem, como referência à doença mental e aos fenômenos derivados do tratamento. Dentro do referencial teórico da Psicologia Social que, considera a formação de crenças e valores como representações das relações sociais, se constituindo no reflexo das relações humanas estabelecidas pelo sistema econômico social, foram discutidas as concepções dessas pessoas, visando colher dados que subsidiem a crítica sobre o saber fazer na área da Saúde Mental e contribuam para o planejamento dos serviços nesta área.

A discussão dessas concepções partiu do pressuposto de que a reificação dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental pode ser explicada a partir das relações mercantis que permeiam a sociedade capitalista. Reificação, aqui, está sendo entendida como o processo que faz com que as relações entre pessoas tomem o caráter de uma coisa (Lukács, 1974). A reforma psiquiátrica, de uma certa maneira, vem se constituindo em um movimento contra essa reificação. Entretanto, devido às estruturas mercantis que imperam no sistema capitalista, no qual se inserem os serviços de saúde mental, percebe-se, nas vozes daquele que atuam a partir dos princípios dessa reforma, permanências culturais que ainda expressam-na. Trazer a complexidade dessa contradição, através da fala de profissionais de saúde mental, usuários e familiares, na atualidade, foi o desafio deste presente estudo.

Método

O recorte realizado e o enfoque dado ao estudo seguiram a lógica das

metodologias de pesquisa qualitativa, entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (Minayo, 1999, p. 10).

Basicamente, os participantes incluídos na pesquisa eram profissionais, usuários e familiares que estavam inseridos em instituições extra-hospitalares da região de Marília com, no mínimo, um ano de atuação no serviço, ou tratamento naquela instituição.

Caracterização das instituições estudadas

O estudo foi realizado no Estado de São Paulo, nos municípios da região de Marília, integrada por trinta e sete cidades, em instituições de Saúde Mental extra-hospitalares (substitutivos ao hospital psiquiátrico) da rede pública de saúde.

O sistema de informações ambulatoriais da Divisão Regional de Saúde (DIR-XIV) foi utilizado como base para o mapeamento dos serviços a serem submetidos ao projeto. Através do levantamento dos serviços cadastrados nessa

instituição governamental, que é responsável pela efetivação da política em saúde mental, foram encontrados vinte e quatro serviços com atendimentos na área. Desses, oito contavam com equipes multiprofissionais, seguindo os critérios da própria Secretaria do Estado, que estabelece o mínimo de três profissionais especializados que podem ser: psicólogos, assistentes sociais, médicos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais ou enfermeiros. Somente os seis mencionados a seguir concordaram em participar desta pesquisa: Ambulatórios de Saúde Mental de Pompéia, Tupã, Marília; Centro de Saúde de Garça, Hospital Dia Gabriel Ferreira de Marília, Enfermaria Psiquiátrica do Hospital de Clínicas I de Marília e Unidade Básica de Saúde São Judas.

Todos os serviços têm como função social, compromisso e papel institucional, o atendimento de pessoas com transtornos mentais. Tais serviços são da Rede Pública de Saúde e seguem as diretrizes políticas da Secretaria de Saúde do Governo do Estado de São Paulo.

Participantes

É preciso considerar que, o universo em estudo constitui a totalidade dos vértices que compõem o cotidiano em Saúde Mental, uma vez que, aqui estão incluídos profissionais, usuários e familiares. Minayo (1999), discutindo a questão da amostragem na pesquisa qualitativa, afirma que, nesta, há uma preocupação menor com a generalização e maior com o aprofundamento e abrangência da compreensão. Para esta abordagem, o critério fundamental não é o quantitativo e sim, sua possibilidade de incursão. Assim, para este estudo, o número de participantes foi considerado ideal, por serem os que, naquela ocasião, caracterizavam-se como os responsáveis pela produção e reprodução da prática em Saúde Mental. Para o alcance dos objetivos propostos no estudo, foram realizadas entrevistas com três grupos de participantes.

Profissionais de Saúde Mental: foram estudados dez profissionais: dois psicólogos, três médicos, três assistentes sociais e dois enfermeiros, de ambos os sexos; com idades entre 30 e 50 anos, com experiência profissional na área de, no mínimo, 3 e, no máximo, 14 anos, formados entre 7 a 29 anos.

Usuários dos Serviços de Saúde Mental: foram entrevistados dez pacientes, de ambos os sexos, atendidos há, no máximo, 14 anos, em algum tipo de tratamento e, há pelo menos 1 ano, naquele equipamento selecionado; as idades variaram entre 30 a 65 anos, e a escolaridade apresentada por eles variou do ensino fundamental ao ensino superior; estavam diagnosticados dentre os diversos quadros de transtornos psiquiátricos da Classificação Internacional das Doenças (CID10). Todos os participantes apresentavam um estado psicológico adequado para a realização da técnica de entrevista por ocasião do estudo, não tendo ocorrido nenhuma interferência durante a realização das mesmas. Além disso, todos estavam participando assiduamente do tratamento oferecido pelo serviço.

Familiares: foi estudado somente um familiar de cada usuário escolhido, num total de dez participantes. Os familiares estudados foram aqueles que estavam acompanhando e participando assiduamente do tratamento realizado pelo usuá-

rio, há pelo menos um ano. Caracterizando: quatro pais, um tio, dois irmãos, três cônjuges, com idades variando entre 37 e 70 anos, de ambos os sexos, e a escolaridade apresentada por eles foi desde o ensino fundamental até o ensino superior. Nenhum familiar, no momento do estudo, estava em tratamento na área mental e todos eram os responsáveis pelos cuidados dos doentes em suas residências.

A inclusão e a diversidade deste grupo de pessoas deve-se ao fato de que, esse conjunto de informantes, de certa forma diferente, possibilita a apreensão do campo da Saúde Mental, além dessa forma de reunião propiciar, a nosso ver, o incremento das semelhanças e diferenças das visões e concepções sobre o objeto em estudo.

Procedimento

O estudo foi realizado com base na técnica de entrevistas, desenvolvida por Figueiredo (1989), que preconiza a realização de etapas sucessivas para minimizar a indução de conteúdos nas entrevistas. Foram abordadas nas entrevistas quatro categorias definidas em função da nossa prática profissional. Estas foram testadas *a priori* através de um estudo piloto. Apresentaremos a seguir somente a categoria Doença Mental, que foi assim delimitada:

Doença Mental: definida a partir da visão e da concepção que os profissionais, os usuários e os familiares possuíam sobre a questão do sofrimento mental. Levantamos os valores e os aspectos relacionados à forma como a doença mental é considerada e os atributos que o conceito tem recebido das pessoas. Também estiveram incluídos nesta categoria os conhecimentos sobre o tema e as formas de percebê-lo.

As entrevistas foram realizadas em três fases assim definidas:

1. **Evocação:** foi pedido ao participante que refletisse, durante um período de tempo determinado, sobre o tema definido.

2. **Enunciação:** foi pedido ao participante que escrevesse, em uma folha de papel, os três aspectos que considerava mais importantes sobre o tema sugerido.

3. **Verificação:** de posse de todas as anotações feitas pelos participantes, o entrevistador solicitou aos mesmos que discorressem sobre as suas anotações. Esta etapa foi documentada em fitas cassetes, após consentimento escrito do entrevistado. Cada anotação foi verificada através das solicitações de esclarecimentos dos seus significados. O entrevistador procedeu, inicialmente, à leitura das anotações; em seguida, verificou de forma não-indutiva as dúvidas existentes, complementando as informações que se fizessem necessárias. O processo de entrevista foi gravado e transcrito integralmente. A partir da transcrição, foram analisados os conteúdos ideológicos.

Tratamento dos dados

Foi realizada uma análise de conteúdo, baseada na técnica de Análise de Enunciação de Conteúdo, desenvolvida por Bardin (1977) que preconiza a apreensão dos aspectos comuns, ligados à maioria dos participantes, associados a cada tema. A partir da análise, foram organizados e discutidos as

crenças e valores com base na similaridade entre os conteúdos ideológicos, evocados por cada participante nas categorias.

Considerando a perspectiva de Bardin (1977), os dados foram tratados, segundo uma técnica adaptada por Ribeiro (1996), envolvendo as etapas a seguir.

- Leitura Inicial: foram identificados e levantados os aspectos relacionados às categorias estudadas. Foram feitas também as anotações da situação de entrevista, como *rapport*, dificuldade na interação, disponibilidade do entrevistado e seu estado afetivo.

- Marcação: foram feitas as seleções e demarcações dos trechos que correspondiam às categorias pré-estabelecidas e dos conteúdos considerados importantes.

- Corte: foram selecionados e retirados os trechos do texto.

- Junção: foram agrupados os conteúdos relacionados com as várias categorias num mesmo participante, apresentadas por meio de protocolos de cada indivíduo.

- Notação: foram feitas observações e contextualizações marginais dos trechos, com objetivo de localizar os conteúdos que cada locução denotava.

- Leitura: foram realizadas novas leituras para identificar os conteúdos comuns, dentro de cada categoria.

- Junção II: foram agrupados e ordenados os conteúdos dos vários participantes numa mesma subcategoria, considerando o que eles apresentavam em comum nos conteúdos.

- Organização: foram identificados os trechos com conteúdos comuns, dentro de cada subcategoria; estes foram agrupados e ordenados por meio de seus protocolos (de cada subcategoria).

- Discussão: foram apresentadas as observações obtidas a respeito de cada subcategoria e os aspectos que fundamentam a análise proposta.

Resultados

Para este estudo, consideramos somente as subcategorias da Categoria I: Doença Mental, as quais foram apreendidas da análise da junção das marcações, retiradas dos relatos dos

participantes. Foram obtidas seis subcategorias, que se seguem, as quais constituem o eixo central das concepções dos familiares, usuários e profissionais sobre a doença mental.

Os dados foram submetidos aos cálculos estatísticos de proporção. Destacamos que, em pesquisa qualitativa, os dados podem ser submetidos “a operações simples (porcentagens) (...) que permitem colocar em relevo as informações obtidas” (Minayo, 1999, p. 210).

A categoria Doença Mental teve como eixo - verificar a visão e a concepção sobre o sofrimento mental que os grupos envolvidos possuíam. Assim, buscamos levantar quais eram os atributos e o conhecimento da Doença Mental. Na análise dos dados obtidos nos relatos dos participantes, encontramos seis subcategorias, apresentadas nas tabelas 1 a 3. As tabelas descrevem a incidência de cada subcategoria. Estas, por sua vez, apresentam constituições específicas, em cada grupo de participantes, como mostram as referidas tabelas.

Um estudo de diferença de proporções (ver Tabela 1) foi realizado entre os maiores valores obtidos (13 e 10), com o objetivo de verificar diferenças significantes entre Instabilidade Emocional e Perda do Padrão de Normalidade. Para isso, foram consideradas as duas proporções para um $N = 10 + 13$ em que:

$$\text{Instabilidade Emocional: } p = 13/23 = 0,56$$

$$\text{Perda do Padrão de Normalidade: } q = 10/23 = 0,44$$

onde:

$$Z_p = (0,56 - 0,44) / [\sqrt{(0,56 \times 0,44) / 23}] = 1,16 < 1,96$$

Podemos dizer, por este resultado, que não há diferença significativa entre a subcategoria modal e a segunda mais freqüente e nem uma prevalência da Instabilidade Emocional entre os familiares.

Contudo, os familiares apresentaram, como eixo central na definição da doença mental, a Instabilidade Emocional que, neste grupo, foi entendida como dificuldades afetivas que provocam o descontrole emocional da pessoa, nas relações familiares. Apareceram nos dados, com enfoque expressivo, outros dois conteúdos, marcados pela noção de que, a doen-

Tabela 1
Subcategorias da doença mental, segundo os familiares e suas respectivas enunciações e proporções

Subcategorias	Enunciações	Proporções
1 - Instabilidade emocional	13	0,33
2 - Perda do padrão de normalidade	10	0,25
3 - Visão biológica	08	0,20
4 - Predisposição hereditária	03	0,07
5 - Estigma	05	0,13
6 - Conflitos sociais	01	0,02
Total de enunciações	40	1,00

Tabela 2
Subcategorias da doença mental, segundo os usuários e suas respectivas enunciações e proporções

Subcategorias	Enunciações	Proporções
1 - Instabilidade emocional	28	0,56
2 - Visão biológica	11	0,22
3 - Perda do padrão de normalidade	06	0,12
4 - Predisposição hereditária	03	0,06
5 - Estigma	02	0,04
6 - Conflitos sociais	00	0,00
Total de enunciações	50	1,00

ça é constituída, também, pela Perda do Padrão de Normalidade: entendida enquanto perda da capacidade produtiva, caracterizando uma não inserção do indivíduo no plano social; e por aspectos que estão ligados a uma Visão Biológica, caracterizada pela consideração da doença como um problema no organismo. Outras características, tais como: a doença é uma Predisposição Hereditária, vista como algo que se transmite de pais a filhos ou fruto do Estigma, também apareceram. O Estigma é assinalado através da concepção de que, a doença não é doença e sim, uma incapacidade pessoal que o participante possui sobre ele próprio, ou, ainda, na noção de que a doença é fruto das características da sociedade, enquanto um conjunto de pessoas cercado por problemas sociais. Os Conflitos Sociais, então, foram vistos como os que propiciam o adoecer. No conjunto, as subcategorias expressaram todos os atributos e valores que compõem o universo da doença mental.

Os usuários, embora apresentassem quase as mesmas categorizações dos familiares, possuem um universo distinto, como mostra a Tabela 2.

Da mesma forma, com o grupo anterior, foi realizado um estudo utilizando o teste de proporções, e, na aplicação deste, consideramos as duas subcategorias mais frequentes.

Os dados obtidos indicaram uma prevalência da Instabilidade Emocional sobre a Visão Biológica ($0,71 > 0,29$; $p = 5,78 > 1,96$), o que significa uma predominância de conteúdos, referentes à Instabilidade Emocional, nas representações dos pacientes sobre a doença mental.

Levando em conta os dados quantitativos, eles mostraram que a Instabilidade Emocional é, expressivamente, o eixo da concepção de doença deste grupo de pessoas. Para eles, a doença se dá, porque a Instabilidade Emocional perturba as relações afetivas. Esta concepção do que é a doença tem, também, como outras bases, a Visão Biológica, entendida como algo que atacou o organismo. Em seguida a esta concepção, apareceu a Perda do Padrão de Normalidade, que teve como particularidade a idéia de doença como Perda dos Padrões Sociais. Apresentada de forma bem menos expressiva, a Predisposição Hereditária foi vista, por esse grupo, como uma doença transmitida dentro da família. E, muito próximo

numericamente deste ponto de vista, figurou o Estigma. Esta subcategoria se constituiu pela percepção do preconceito frente à doença, expresso pela sociedade. Aqui, este preconceito foi representado enquanto determinante do adoecimento. Salvo melhor juízo, está ausente, entre as pessoas desse grupo, a noção que caracterizou esta subcategoria. Será que a partir disto, não se evidencia que, na visão dos usuários, os Conflitos Sociais estão ausentes na sociedade, e a doença constituiu um mundo próprio, algo à parte?

De maneira extremamente distinta, embora apresentem as mesmas bases conceituais, colocaram-se as percepções e definições sobre a doença mental, no grupo dos profissionais, aqui estudados, como explicita a Tabela 3.

Utilizando o mesmo tipo de cálculo aplicado nos grupos anteriores, obtivemos uma prevalência da subcategoria Perda do Padrão de Normalidade sobre a subcategoria Instabilidade Emocional ($0,61 > 0,39$; $p = 2,39 > 1,96$), indicando uma predominância de conteúdos relativos à Perda do Padrão de Normalidade, nas representações dos profissionais sobre a doença mental.

Assim, a Perda do Padrão de Normalidade foi o mote da definição utilizada por eles. Esta se arroga, para esse grupo, como perda das regras e normas sociais. Outra concepção base para os profissionais foi a Instabilidade Emocional, que se distingue por ser formada pela idéia de que a doença é uma dificuldade afetiva, apresentada pela fragilidade emocional do doente. Se fizermos uma comparação à última subcategoria apresentada por esse grupo, apesar de se constituir uma base forte nas concepções dos profissionais, em menor grau, a Visão Biológica apresentou a doença como formada e calçada nos sintomas apresentados pelos pacientes. Os Conflitos Sociais foram uma das subcategorias expressivas na visão deste grupo, tiveram como propriedade a idéia da doença como conseqüência dos problemas familiares e sociais. Com pouca diferença, apareceram a Predisposição Hereditária, entendida de forma semelhante aos familiares, e o Estigma, figurando com mesma noção apresentada pelos usuários.

A distribuição das subcategorias entre os participantes permite observar que houve diferença significativa entre as

Tabela 3
Subcategorias da doença mental, segundo os profissionais e suas respectivas enunciações e proporções

Subcategorias	Enunciações	Proporções
1 - Perda do padrão de normalidade	17	0,36
2 - Instabilidade emocional	11	0,24
3 - Visão biológica	09	0,19
4 - Conflitos sociais	05	0,11
5 - Estigma	03	0,06
6 - Predisposição hereditária	02	0,04
Total de enunciações	47	1,00

bases referencias na concepção sobre a doença mental destes, pois tanto familiares quanto usuários têm como eixo central a Instabilidade Emocional. Já os profissionais, têm como eixo central a Perda do Padrão de Normalidade. Isto denota que usuários e familiares referem-se à doença mental enquanto vivência afetiva, e os profissionais enquanto comportamento normatizado. A doença mental significa muito mais para familiares e usuários, neste trabalho, como sendo mudanças e modificações, em relação aos valores e sentido da vida. Ocasionalmente, assim, mais instabilidade e dificuldades nas relações afetivas, do que sendo um desvio, desorganização, desadaptação ou incapacidade de produzir e de lidar com regras.

Observamos ainda que, embora a definição de doença mental seja complexa, as subcategorias enfocaram os aspectos que constituem sua complexidade e como o adoecimento pode ser apreendido. Este, mais significativamente para os usuários e familiares, se caracteriza pelo aspecto biológico do adoecer. Para eles, a doença se caracteriza por problemas no corpo biológico, como se o corpo simbolizasse a pessoa como um todo.

Discussão

Considerando os dados que encontramos neste estudo, é possível, a partir dos conteúdos das subcategorias, afirmar que, a doença mental é considerada como um período ou fase, constituída por dificuldades da pessoa. Este tempo ora é considerado como efeito de fatores que podem ser biológicos (orgânicos), ora é um período oriundo da desestruturação das relações familiares, ou mesmo, dificuldades da própria pessoa em lidar com sua subjetividade e os relacionamentos.

Embora haja no conjunto das subcategorias, ou seja, na composição destas, a percepção de uma complexidade de fatores e da sua multi-determinação, as concepções, aqui expressas têm como base uma **visão reducionista** da doença e do adoecer, que é evidenciada no estabelecimento de uma relação linear de causalidade, em que o dano implica o aparecimento da doença ou transtorno.

A análise dos dados traz em sua esteira a concepção de que estar doente é, em essência, uma perda; é perder capacidades; é perder laços afetivos; é perder. Isto significa que, a doença implica num estado de incapacidade estabelecido pelo perder e pela não valorização das relações e inter-relações entre o indivíduo e a sociedade.

Tomando como pano de fundo o conceito de reificação, apresentado por Lukács (1967/1974) e os dados, que não puderam ser aqui expressos em detalhes, é possível configurar o caráter da coisificação da doença para essas pessoas. Nos depoimentos analisados, a reificação pode ser vislumbrada na visão de que a doença está no cérebro e, também, nas visões de que a pessoa doente está destituída de autonomia, de vontade e da sua singularidade.

Não se trata de postular que todos os participantes devem ter harmonicamente as mesmas referências em suas concepções, mas de questionar como está sendo desenvolvido o saber-fazer. Se há na estrutura do que constitui o adoecer dois pólos distintos: um caracterizado pela visão dos usuários e familiares e outro, pelos profissionais, isso possibilita pensar que, há uma dicotomia estabelecida, cuja base implica numa ruptura entre o senso comum e o conhecimento científico. Embora tanto um pólo quanto o outro assentem na redução da complexidade, a nosso ver, este tipo de concepção pode ser fruto das influências das ciências, ora das sociais, ora das naturais.

Mesmo inseridos no movimento de desinstitucionalização, as subcategorias encontradas evidenciam os paradoxos do desafio, que é o trabalho em Saúde Mental. Se ousarmos problematizar o que estas subcategorias simbolizam, poderemos conjecturar que elas parecem se constituir nos pilares que colaboram para uma construção da prática pela prática; ou seja, da prática como uma redução da “relação médico-paciente a uma rotina de examinar o paciente para enquadrá-lo numa categoria ou classificação já estabelecida, desconsiderando aspectos psicossociais” (Macedo & Maron, 1997, p. 206).

Pudemos observar que, muitas vezes, as concepções sobre o trabalho em Saúde Mental se caracterizam pela repro-

dução estereotipada de conhecimentos adquiridos e a práxis passa a se constituir na manutenção do estabelecido, sem a criação de novos modelos de intervenção e novas práticas.

Referências

- Amarante, P. (Org.). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo* (Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro, trad.). Lisboa: Edições 70.
- Barros, D. D. (1994). *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Lemos/EDUSP.
- Costa Rosa, A. (1987). *Saúde mental comunitária: análise dialética das práticas alternativas*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Figueiredo, M. A. C. (1989). *O trabalho alienado & o psicólogo do trabalho: algumas questões sobre o papel do psicólogo no controle da produção capitalista*. São Paulo: EDICON.
- Figueiredo, M. A. C. (1994). *Profissionais de saúde e atitudes frente à imunodeficiência adquirida: um estudo diferencial com base no modelo afetivo-cognitivo de Fishbein e Ajzen (1975)*. Tese de Livre Docência não-publicada, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Figueiredo, M. A. C., & Fioroni, L. N. (1997). Uma análise de conteúdo de crenças relacionadas com a AIDS entre participantes em O.N.G.s. *Estudos de Psicologia/ UFRN*, 2(1), 28-41.
- Figueiredo, M. A. C., Souza, L. B., & Morais, K. C. (1993). Atitudes frente a AIDS: análise da adequação de um modelo afetivo-cognitivo para estudos diferenciais com profissionais de saúde. *Medicina* (Ribeirão Preto), 26(3), 393-407.
- Freire Costa, J. (1989). *Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico dos grupos e psicoterapias*. Rio de Janeiro: Campus.
- Lancetti, A. (1990). A modo de posfácio. In R. Marsiglia, D. A. Dallari, J. F. Costa, F. D. N. Moura Neto, R. T. Kinoshita & A. Lancetti (Orgs.), *Saúde mental e cidadania* (2ª ed., pp. 85-93). São Paulo: Mandacaru.
- Lukács, G. (1974). *História e consciência de classe: estudos de dialética marxista*. (Telma Costa, trad.). Porto: Publicações Escorpião. (texto original publicado em 1967).
- Marsiglia, R. G. (1990). Os cidadãos e os loucos no Brasil: a cidadania como processo. In R. Marsiglia, D. A. Dallari, J. F. Costa, F. D. N. Moura Neto, R. T. Kinoshita & A. Lancetti. *Saúde mental e cidadania* (2ª ed., pp. 13-28). São Paulo: Mandacaru.
- Minayo, M. C. S. (1999). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (6ª ed.). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.
- Moura Neto, F. D. M. (1990). Bases para uma reforma psiquiátrica. In R. Marsiglia, D. A. Dallari, J. F. Costa, F. D. N. Moura Neto, R. T. Kinoshita, & A. Lancetti. *Saúde mental e cidadania*. (2ª ed., pp. 57-67). São Paulo: Mandacaru.
- Pitta, A. M. F., & Dallari, S. G. (1992). A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil. *Saúde em Debate* (Londrina), 36, 19-23.
- Resende, H. (1990). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In S. A. Tundis & N. R. Costa (Orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (2ª ed., pp. 15-75). Petrópolis: Vozes.
- Ribeiro, D. F. (1996). *A devolução do diagnóstico positivo do exame anti-HIV e o ponto de vista da pessoa infectada*. Monografia de Bacharelado não-publicada, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Saraceno, B. (1995). Psiquiatria e saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(8), 389-393.
- Singer, P., Campos, O., & Oliveira, E. M. (1978). *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Souza, L. B. (1991). *Alienação e saúde mental: relações entre atitudes frente ao trabalho socializado e traços psicopatológicos* (título provisório). Projeto de Pesquisa não-publicado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Cássia Regina Rodrigues é professora da Faculdade de Medicina de Marília e doutora pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço para correspondência: Av. Monte Carmelo, 800 (Fragata) - Marília - S. Paulo - CEP 17519-030. E-mail cassiarr@terra.com.br
 Marco Antonio de Castro Figueiredo é professor associado junto ao Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto. Endereço para correspondência: Av. dos Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - CEP14040-901. E-mail: mcfigueiredo@ffclrp.usp.br
