

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE MEDICINA**

**GREICE KELLY ARAÚJO GUEDES
RAFAELA MACIEL DANTAS**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA MENTAL E DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO DO HOSPITAL GERAL**

Campina Grande/PB

2013

GREICE KELLY ARAÚJO GUEDES
RAFAELA MACIEL DANTAS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA MENTAL E DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO DO HOSPITAL GERAL**

Monografia apresentada na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – campus Campina Grande, como requisito parcial para conclusão do curso de Medicina e obtenção do grau de Médica Generalista.

Orientadora: Profa. Dra. Roseane Christhina da Nova Sá Serafim.

Campina Grande/PB
2013

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA
SETORIAL HUAC - UFCG**

G924r

Guedes, Greice Kelly Araújo

**Representações sociais da doença mental e da
reforma psiquiátrica no contexto do Hospital Geral / Greice Kelly
Araújo, Rafaela Maciel Dantas. — Campina Grande, 2013.
60 f.: il.**

**Monografia (Graduação em Medicina) –
Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas,
Curso de Medicina, Campina Grande, 2013.**

**Orientação: Prof.^a Dra. Roseane Christhina da Nova Sá
Serafim.**

Contém gráficos e quadros.

**1. Psiquiatria. 2. Reforma psiquiátrica. 3.
Doença mental. 4. Representações sociais. I. Dantas, Rafaela
Maciel. II. Serafim, Roseane Christhina da Nova Sá. III. Título.**

CDU

616.89-008



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
COORDENAÇÃO DO INTERNATO

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

Às 8:33 horas do dia 29/10/13, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA MENTAL E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO DO HOSPITAL GERAL de autoria do(s) aluno(s) de Medicina GREICE KELLY ARAÚJO, GUEDES E RAFAELA MACIEL DANTAS.

_____, sendo orientados por PROF.^a DR.^a ROSEANE CHRISTINA N. S. SERAFIM e

Estiveram presentes, além dos discentes os componentes da Banca Examinadora AVA FÁBIA DA MOTA ROCHA FARIAS
ANDRÉA XAVIER DE ALBUQUERQUE DE SOUZA

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora, Professor(a) ROSEANE CHRISTINA N. S. SERAFIM, passou a palavra ao apresentador do trabalho RAFAELA MACIEL DANTAS., que teve 30 minutos para apresentá-lo. A apresentação durou 39 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e argüição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu APROVAR o trabalho, conferindo a nota final de 9,7. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito. Campina Grande, 29/10/2013.

Roseane Christina N. S. Serafim

Andréa Xavier de Albuquerque de Souza

Ava Fabia da Mota Rocha Farias

AGRADECIMENTOS

Greice Kelly Araújo Guedes

A Deus, por ter me capacitado para essa difícil tarefa e por ser tudo para mim...

À minha mãe, por todo o amor e sacrifício dedicado a minha criação. Se não fosse pela senhora, não teria chegado onde cheguei.

Ao meu pai, Renê, por ter me escolhido para ser sua filha.

Às minhas irmãs, por terem escolhido ser minhas melhores amigas.

Ao meu esposo, pelo amor e dedicação a mim concedidos. Agradeço de coração por ter me escolhido como esposa e por me ensinar sempre o melhor caminho a ser trilhado. Sem seu apoio, esse sonho não teria se realizado.

Ao meu filho lindo, por ter me dado a chance de conhecer o amor incondicional e a ser minha fonte de inspiração para enfrentar qualquer obstáculo.

À minha orientadora, Profa. Dra. Roseane Sá-Serafim, por ter me acolhido como orientanda e ter me ensinado a mergulhar no mundo das pesquisas.

À minha amiga, Rafaela, por ter me mostrado o verdadeiro valor da amizade.

Rafaela Maciel Dantas

Primeiramente a Deus, por ter cuidado de mim, ter ouvido minhas lamentações e por ter me curado das tristezas e dores quando achava não ser mais possível.

Aos meus pais, Maria de Lourdes e Renevaldo, que me carregaram no colo e me ajudaram a travar as batalhas ao longo dos anos. Obrigada por seu amor incondicional...

À minha família, que sempre se fez presente para rir e chorar.

Aos meus amigos, pelos momentos de encontro capazes de me fazer esquecer da vida quando eu precisava.

À minha orientadora, Profa. Dra. Roseane Sá-Serafim, pelo seu sim tão acolhedor, pelos seus sorrisos que me transmitiam paz e segurança e por partilhar comigo do seu conhecimento, sem o qual teria sido impossível a realização desse projeto.

À Profa. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira, por há muito tempo ajudar a despertar em mim a paixão pela Saúde Mental.

RESUMO

Ao considerar os desdobramentos do movimento político da Reforma Psiquiátrica, no que concerne à produção de cuidados, percebe-se a relevância de se desenvolver uma pesquisa que aborde as representações sociais dos profissionais de saúde sobre loucura, doença mental e Reforma Psiquiátrica no âmbito de um hospital geral. Pensa-se que a relevância deste projeto consiste no avanço do conhecimento científico na área da saúde, enfocando aspectos psicossociais vinculados ao processo saúde-doença, em paralelo à produção social de saúde. Sendo assim, o presente estudo, trata-se de uma pesquisa de campo, de cunho exploratório e descritivo, ancorado pela perspectiva teórica das representações sociais. Deste modo, teve-se como **objetivo geral** identificar as representações sociais dos profissionais de saúde acerca da loucura, doença mental e também da Reforma Psiquiátrica, no contexto de um hospital geral. Para tanto, de forma intencional e não probabilística, contou-se com a participação voluntária de 36 profissionais – enfermeiros, médicos e psicólogos. Como instrumento de coleta de dados, foram utilizados o questionário biosociodemográfico, a Técnica da Entrevista Semiestruturada e a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). Os dados obtidos através do questionário foram descritos com base na estatística descritiva que prevê frequência, média e desvio padrão. Quanto aos dados coletados pelas entrevistas semiestruturadas, foram analisados a partir da Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin, e os dados coletados a partir da TALP foram processados no *software tri-deux-mots* e analisados a partir da Análise Fatorial de Correspondência. Através dos resultados obtidos, foi possível avaliar as representações e conhecimentos sobre loucura, doença mental e Reforma Psiquiátrica, as relações estabelecidas entre Hospitais Gerais e Reforma Psiquiátrica e também observar as formas discrepantes de modalidades de acolhimento e prática instituídas pelos diferentes tipos de profissionais, permitindo uma análise comparativa dos dados. Ao final desta pesquisa, novos conhecimentos puderam ser propostos para a comunidade acadêmica no campo da Saúde Mental, contribuindo com a pontuação e a elucidação de possíveis formas de intervenção no sentido de direcionar o acolhimento e prática profissionais.

Palavras-chave: Representações Sociais. Loucura. Doença Mental. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

By considering the ramifications of the political movement in Psychiatric Reform concerning care, it is important to develop research about Health professionals' social representations of madness, mental illness and Psychiatric Reform in the realm of a general hospital. It is believed that the relevance of this project consists in the advance of scientific knowledge in Healthcare, focusing on psychosocial aspects connected to the health-illness process, in parallel to the social production of health. Therefore, this study is about exploratory and descriptive field research, anchored by the theoretical perspective of social representations. Also, the general objective of this study is to identify the Health professionals' social representations of madness, mental illness and Psychiatric Reform, in the context of a General Hospital. Consequently, in an intentional and not probabilistic way, thirty-six professionals – nurses, doctors and psychologists - participated in the research. In order to collect data, a biosocial demographic questionnaire, the semi-structured interview technique and the free word association technique were used. The data obtained through the questionnaire was described based on descriptive statistics which provides frequency, average and standard deviation. The semi-structured interview data was analysed using the Context Analysis Technique by Bardin, and the data collected through the free word association technique was processed in the *software tri-deux-mots* and analysed using the Correspondence Factorial Analysis. Through the obtained results it was possible to assess representations and knowledge of madness, mental illness and Psychiatric Reform, the established relations between General Hospitals and Psychiatric Reform and also to observe the discrepant welcoming and practice modalities performed by different types of professionals, which allowed a comparative analysis of data. At the end of this research, new information could be transmitted to the academic community in the Field of Mental Healthcare, contributing to the exposure of possible ways of intervention when it comes to welcoming and professional practice.

Key-words: Social Representations. Madness. Mental Illness. Psychiatric Reform.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Codificação das variáveis fixas.....	28
Quadro 2 – Distribuição das Categorias e das Subcategorias simbólicas das representações sociais da doença mental e da reforma psiquiátrica no contexto do hospital geral.....	29
Quadro 3 – Distribuição das unidades de análise da Categoria I e das Subcategorias.....	30
Quadro 4 – Distribuição das unidades de análise da Categoria II e das Subcategorias.....	33
Quadro 5 – Distribuição das unidades de análise da Categoria III e das Subcategorias.....	35
Quadro 6 – Distribuição das unidades de análise da Categoria IV e das Subcategorias.....	36
Quadro 7 – Distribuição das unidades de análise da Categoria V e das Subcategorias.....	38

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Plano Fatorial de Correspondências das representações sociais da loucura, doença mental e reforma psiquiátrica, elaboradas por profissionais da medicina, enfermagem e psicologia.....	42
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
2.1 HISTÓRIA DA LOUCURA.....	10
2.2 DESDOBRAMENTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO DO HOSPITAL GERAL.....	15
2.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, LOUCURA E REFORMA PSIQUIÁTRICA	19
3 MATERIAL E MÉTODO	22
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	22
3.2. LOCAL DE INVESTIGAÇÃO	22
3.3 PARTICIPANTES	22
3.3.1 Critérios de inclusão	23
3.3.2 Critérios de exclusão	23
3.4 INSTRUMENTOS	23
3.4.1 Questionário biosociodemográfico	23
3.4.2 Técnica da entrevista semiestruturada.....	23
3.4.3 Técnica de Associação Livre de Palavras – (TALP).....	24
3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA E POSICIONAMENTO ÉTICO.....	25
3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	25
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
4.1 QUESTIONÁRIO BIOSOCIODEMOGRÁFICO.....	28
4.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS.....	28
4.3 ANÁLISE DA TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS (TALP)	41
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS.....	48
APÊNDICE A – CRONOGRAMA	51
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	52
APÊNDICE C – CADERNO DE ENTREVISTA.....	53
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	55

1 INTRODUÇÃO

Ao longo de vários anos, a loucura vem se tornando cada vez mais um instigante objeto de estudo. Enraizada em uma história marcada não apenas por fatos impactantes, mas também por divergências extremas relacionadas aos seus conceitos e práticas, a loucura consegue ainda despertar, através até mesmo do simples pronunciar do seu nome, uma série de inquietações, questionamentos, curiosidades e sentimentos tanto a profissionais dos mais diversos campos de atuação em saúde quanto à população em geral.

A Saúde Mental se caracteriza, pois, como uma temática cercada por constantes transformações que ocorrem no sentido da desmistificação de conceitos, desestigmatização e reformulação de leis e práticas de modo a haver uma uniformidade nas formas de atenção e tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Atualmente, sabe-se que as ações e práticas em Saúde Mental são baseadas, principalmente, nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, corroborando com o processo de desinstitucionalização através da criação de redes substitutivas de atenção capazes de reaproximar o sujeito do seu convívio social e resgatar os seus direitos como cidadãos.

Os serviços que compõem a rede substitutiva de atenção em saúde mental devem funcionar, portanto, de modo a estabelecer esse vínculo de proximidade das pessoas portadoras de transtornos mentais com a comunidade, garantindo acolhimento e atendimento adequados que permitam suprir suas necessidades sem afastá-los do seu convívio social.

Nesse contexto, entende-se que os Hospitais Gerais são considerados parte essencial dessa rede de atenção em Saúde Mental, funcionando como dispositivos de otimização no tocante ao acolhimento e tratamento de pacientes em crises psiquiátricas, possibilitando retorno “imediato” ao seu ambiente de convívio e, com isso, contribuindo para a diminuição do número de internações – muitas vezes longas e desnecessárias – em hospitais psiquiátricos tradicionais.

Atentando para esta importância dos Hospitais Gerais e considerando a elevada demanda de atendimentos, muitos dos quais afetos ao campo da Saúde Mental, torna-se, portanto, de grande importância, tentar buscar e compreender o conhecimento dos profissionais destes serviços sobre a doença mental e sobre os

paradigmas da Reforma Psiquiátrica, dando ênfase às suas Representações Sociais acerca desses temas, tendo em vista que este fator influencia direta ou indiretamente as formas de atenção, nas práticas em saúde e no tratamento como um todo do paciente portador de doença mental.

Diante do exposto, a presente pesquisa é de grande relevância social, pois permite o avanço do conhecimento científico na área da Doença Mental, enfocando aspectos psicossociais vinculados aos saberes acerca da Doença Mental e da Reforma Psiquiátrica, objetivando reduzir as lacunas existentes relativas à temática e gerar novos conhecimentos acerca dela, considerando que poucos estudos foram realizados sobre as representações dos profissionais de saúde sobre saúde/doença mental e Reforma Psiquiátrica no âmbito de um hospital geral, fora do contexto de um hospital psiquiátrico tradicional ou de um serviço substitutivo específico para atenção em saúde mental.

De acordo com essa nova realidade social, este trabalho tem, como **objetivo geral**, identificar as representações sociais dos profissionais de saúde acerca da doença mental e da Reforma Psiquiátrica, no contexto de um hospital geral.

Como **objetivos específicos**, esta pesquisa pretende: a) verificar em qual paradigma da Reforma Psiquiátrica ancora-se o conhecimento dos profissionais; b) comparar o conhecimento e o paradigma escolhido, levando em consideração os diferentes tipos de profissionais; c) comparar o conhecimento e o paradigma escolhido, levando em consideração o tempo de experiência profissional; e d) analisar a estrutura das representações frente aos enunciados “loucura, doença mental e reforma psiquiátrica”, considerando os diferentes tipos de profissionais e o tempo de experiência deles.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 HISTÓRIA DA LOUCURA

A história pautada sobre os diversos cenários atravessados pelos ditos loucos/doentes mentais ao longo de séculos tornou-se temática imperativa quando se busca falar sobre a saúde mental, independentemente de qual seja o tema abordado e a perspectiva elaborada sobre ele. Dessa forma, é possível compreender a loucura completamente inserida em seu contexto, a fim de tentar nortear ações que possam corroborar e se fazer necessárias para o momento atualmente vivenciado no campo da saúde mental.

A loucura sempre foi alvo das mais variadas formas de representações, alcançando diversas significações quando consideramos os diferentes momentos da história e correlacionamos aos povos constituídos de crenças, culturas e valores distintos. Permeou, portanto, os campos da mitologia, religião, filosofia e outros antes de ser apropriada como objeto de ciência. (MACIEL et al., 2011)

Inicialmente, as causas atribuídas à loucura, assim como às demais patologias percebidas na época, eram consideradas de caráter externo/sobrenatural; não se conhecia ou sequer se cogitava a possibilidade de fatores orgânicos/naturais como causadores desses “males”; o ser humano, vítima comum, pouco ou nada podia fazer contra essas manifestações alheias ao seu domínio.

Na Grécia Antiga, o louco era tido como um sujeito abençoado com poderes dos Deuses e sua fala, seu discurso, teria a capacidade de interferir no destino dos homens, de forma que a loucura, antes de ser excluída ou “dominada”, fora dotada de grande relevância social e religiosa. (ALVES et al., 2009)

Durante o período do início da Idade Média até o final das Cruzadas, a figura que ocupava o lugar de estigmatização, de medo, repulsa e aversão social era representada pelos *leprosos*. Os doentes e sua doença imbuída de representações maléficas e danosas à normalidade do convívio social tinham de ser excluídos, afastados, com o intuito de livrar as “pessoas comuns” de sua moléstia e de seus males. Eram, portanto, destinados aos *leprosários*, lugares específicos situados à margem das cidades, onde não podiam interferir na paisagem “natural” e “agredir” a sociedade com o mal-estar ocasionado por sua existência. (FOUCAULT, 1978)

No final da Idade Média, devido a segregação nos leprosários e ao final das Cruzadas, a lepra praticamente desaparece do Ocidente. A exclusão dos doentes, associada ao rompimento do contato ocidental com os focos de contaminação no Oriente ocorrido devido o término das Cruzadas, contribuíram para uma diminuição significativa do número de contágios e, conseqüentemente, a disseminação da lepra foi consideravelmente reduzida. (RIBEIRO; PINTO, 2011)

O “desaparecimento” da lepra, contudo, não carrega consigo importantes noções difundidas durante o seu período obscuro de exclusão. Permanecem definitivamente no pensamento coletivo as *representações* atribuídas ao leproso e, principalmente, o sentido produzido pela segregação dessas pessoas do convívio social. (VIEIRA, 2006/2007)

Os espaços vazios deixados nos leprosários, assim como as significações antes atribuídas aos leprosos, eram agora destinados aos pobres, vagabundos e delinquentes, os quais passavam a ser alvo da exclusão social e do confinamento, como forma de punição e livramento do pecado e da ociosidade. (RIBEIRO; PINTO, 2011)

Dessa forma, ao final da Idade Média, época em que a humanidade havia sido assolada pela peste, lepra, pelo medo do desconhecido e, posteriormente, passando a viver sob o domínio das práticas da Igreja, a loucura passou a ser reconhecida como uma forma de castigo ou manifestação demoníaca e o livramento dessa culpa imposta só poderia ocorrer através da purificação pela queima nas fogueiras inquisitoriais. O louco e a loucura ocupavam, pela primeira vez, um lugar de exclusão/segregação social. (ALVES et al, 2009)

É a partir desse cenário que tem início, também, o processo de exclusão/segregação social da loucura. Entretanto, foram necessários ainda dois longos séculos antes que o louco viesse a ocupar este lugar – um período em que a *Renascença* traz experimentações diversas à significação da loucura. (VIEIRA, 2006/07)

O período do Renascimento é marcado por uma gama de diferentes sentidos atribuídos à loucura. Para alguns, permanecia a representação da loucura como desígnio divino, para outros, como sobrenatural e prelúdio da morte e, por outro lado, principalmente para aqueles ligados a expressões artísticas em geral, a loucura chegou novamente a ser comparada à expressão mais “pura” da sabedoria. (RIBEIRO; PINTO, 2011)

Nesse período, ocorre um fato de imensa significação para a história da loucura. Os loucos, passando a ser reconhecidos como um mal social que feria a paisagem das cidades e que pouco contribuíam para a economia destas, começam a ser retirados das cidades. Havia, nas diversas cidades, as chamadas casas de detenção para insanos, espaços de reclusão onde não se dispensava qualquer tipo de tratamento e apenas eram aceitos os loucos da própria cidade. Dessa forma, os loucos ditos “estrangeiros” eram colocados em embarcações, aos “cuidados” de marinheiros e mercadores. Essas famosas embarcações ficaram conhecidas, em toda a Europa, como o fenômeno da “Nau dos Loucos”. (FOUCAULT, 1978)

Sobre a Nau dos Loucos, Caldas e Nobre (2012, p. 66-67), afirmam de forma bastante esclarecedora:

Tal acontecimento apontava para indivíduos que, considerados loucos, eram colocados em embarcações e seguiam navegando sem destino com o objetivo de resgate de sua razão – compelidos a confrontar-se com sua própria verdade moral. Essa prática, estendida como podendo salvar a sociedade e a eles mesmos desse mal, acaba por evidenciar um modo bastante singular de exclusão referente aos portadores da loucura.

Os loucos eram mandados para as águas para evitar que vagassem pelas cidades, para que fossem para longe, como prisioneiros de chegadas e partidas nos portos. Cada viagem poderia ser a última, entregues à sorte de um destino incerto nos mares e, por vezes, em terras de um mundo que lhes era completamente estranho, de onde, geralmente, eram retornados para o mar. Entretanto, ao mesmo tempo, pensava-se nas águas também como uma forma de purificação. Através dela o louco poderia livrar-se do mal que lhe consumia, como uma ideia deturpada de possível cura. (FOUCAULT, 1978)

As medidas legislativas de repressão e a exclusão se complementaram quando, no século XVII, ocorreu o que Foucault (1978) denominou de “A grande internação”, cujo marco institucional foi a criação dos *Hospitais Gerais*, designados a “livrar” as cidades daqueles que manchavam suas paisagens, a qualificar os “desocupados” para o trabalho, penalizar o ócio e resgatar a ordem, através de ensinamentos morais e religiosos. Uma forma de confinamento realizada com a intenção de omitir os problemas sociais. A semelhança entre os indivíduos que formavam o “mundo dos internos” era, principalmente, sua impossibilidade de fazer parte na “produção das riquezas”. (OLIVEIRA, 2002)

Nesse momento, o louco ocupa o seu lugar de excluído ao passo em que ocorre, nas cidades, um importante processo de organização. A política e a economia eram direcionadas para grandes transformações sociais e culturais em prol da modernidade, onde ganha espaço o pensamento de *homem racional* como cidadão de direito, ao passo em que a loucura é renegada em sua *desrazão*. (CALDAS; NOBRE, 2012)

Portanto, o século XVII marca um tempo em que a loucura foi silenciada e colocada como parte do mundo da *desrazão*, obedecendo ao pensamento *cartesiano* vigente nesse período. O louco, ao ser inserido em instituições com os mais variados sujeitos – como bandidos, desocupados e libidinosos –, construiu amarras imaginárias incapazes de serem desfeitas e que permanecem, até hoje, nas representações sociais das pessoas, o que contribuiu sobremodo para o seu longo e histórico processo de exclusão e estigmatização. (OLIVEIRA, 2002)

Apenas a partir da segunda metade do século XVIII, o conceito de loucura associada à *desrazão* é desfeito e surge o conceito de *alienação* como critério de segregação do louco e sua loucura do cenário social. “A loucura passou a ser não mais a ausência de razão, mas perda da natureza e da própria natureza humana” (OLIVEIRA, 2002, p.29). Esse momento define, portanto, a inserção da loucura em uma contextualização psicológica. (OLIVEIRA, 2002)

No final do século XVIII, Pinel, ao assumir a direção do Hospital de Bicêtre, na França, vem a consolidar o processo de institucionalização quando, finalmente, define a loucura como *doença mental*, passando a torná-la um instrumento do saber médico, cujas *alienações*, tidas como doenças, deveriam receber *tratamento* como tal. Tem início o processo de *medicalização* da alienação mental. Pinel liberta os loucos das correntes dos hospitais, porém, contribuindo para encerrá-los definitivamente entre os muros das instituições. Reservando esse espaço específico para os loucos, teria a capacidade de observá-los e estudá-los através de suas ações e comportamentos, permitindo, com isso, a possibilidade de instituir-lhes um tratamento “adequado”. Com essas práticas, tem início o que viria a ser conhecido como o “*nascimento da clínica psiquiátrica*”. (ALVES et al, 2009)

No início do século XIX, a prática pineliana imperava no tratamento do doente mental, e a loucura agora só poderia ser dominada a partir do *internamento* e do *tratamento moral*. O isolamento do louco havia sido considerado, nesse momento, a única forma de resgatar a liberdade perdida na loucura. Teoricamente, essa prática

afastaria o doente mental de todas as causas externas de sua alienação: família; amigos; sociedade. A partir desses preceitos, desenrolava-se um tipo de poder institucional centrado no modelo asilar, que seria um espaço designado especificamente para impor tratamento moral através de esquemas de leis e ordem, disciplina, obrigações e repressão dos impulsos, a fim de dominar o que se chamava de *excesso de paixões*. Nesses termos, o doente mental ficaria sujeito ao paradigma da internação pelo longo período de cerca de um século e meio. (OLIVEIRA, 2002)

Apenas em meados do século XX, aproximadamente duzentos anos depois de Pinel, as práticas psiquiátricas centradas no modelo manicomial começaram a ser questionadas no mundo. Foi após a Segunda Guerra Mundial, quando o mundo atravessava um período de reconstrução de cidadania, reformulação de leis e passava por uma transformação econômica, política e social que eclodia o cenário ideal para brigar por medidas capazes de modificar o modo de atenção psiquiátrica vigente, fundamentada no modelo asilar de repressão, domínio e exclusão. (ALVES et al., 2009)

A partir daí iniciaram-se os vários *movimentos psiquiátricos* que ocorreram em diversos países ao longo dos anos com o intuito de romper definitivamente com os conceitos de doença mental, com as instituições propriamente ditas, os saberes psiquiátricos e o tratamento dispensado aos seus pacientes. Destes movimentos, foi a psiquiatria democrática – que posteriormente viria a ser denominada movimento de desinstitucionalização – ocorrida na Itália e tendo como precursor Franco Basaglia, que inspirou os ideais da chamada Reforma Psiquiátrica, que dominaria o campo da Saúde Mental ao redor do mundo. (ALVES et al., 2009)

A Reforma psiquiátrica surge como um processo de reconstrução, visando principalmente a busca da inclusão social do doente mental e a criação de modelos substitutivos em contraposição ao modelo hospitalocêntrico. Não se desenrolou, ou se desenrola, de forma homogênea, posto que se relaciona intimamente às condições que caracterizam as diferentes regiões e países, como seus fatores históricos, políticos, econômicos e culturais, determinando assim o desenvolvimento de práticas singulares. (MACIEL, et al., 2009)

Articulada a uma grande variável de iniciativas direcionadas aos mais diversos campos de atuação – cultural, legislativo, jurídico e administrativo –, a Reforma pode ser entendida como possibilidade de transformação da relação existente entre loucura e sociedade. Pode-se observar então que é um movimento

construído de forma coletiva, através das diferenças, contradições e conflitos, apresentando, como todo movimento social, heterogeneidade na sua composição e englobando, além dos usuários, profissionais, familiares e a sociedade como um todo, vários outros movimentos, associações, organizações e instituições em geral. (MACIEL et al., 2009)

No Brasil, foi em meados dos anos 80 que tiveram início as modificações no campo da Saúde Mental, período em que houve a criação de serviços “alternativos” aos manicômios, reforma dos asilos e ambulatorização. Porém, embora houvesse uma riqueza significativa nessas experiências, podemos dizer que, de um modo geral, a criação desses serviços não se afirmou com força suficiente para modificar de forma eficiente a qualidade da assistência instituída e a vigência da hegemonia hospitalar. (MACIEL, 2007)

No campo legislativo, foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República, em 2001, o Projeto de Lei nº 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT–MG; Lei aprovada nº 10.216\2001), que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento, como Hospitais-dia, CAPs, Lares Protegidos, entre outros. De acordo com Pereira (2003), a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, reafirma os direitos humanos civis do portador de transtorno mental, regulamenta as internações involuntárias e compulsórias e redireciona o modelo de atenção em Saúde Mental.

Nosso país foi capaz de avançar significativamente ao longo dos anos, considerando-se principalmente a aprovação de leis capazes de assegurar os direitos, inspiradas pelo movimento em favor da humanização da assistência dispensada na atenção às pessoas com transtornos mentais. Do ponto de vista institucional, temos razão de sobra para comemorar a emergência de instrumentos legais comprometidos com os direitos civis dos pacientes psiquiátricos. Podemos concluir, portanto, reconhecendo a importância das mudanças já ocorridas e que não podem ser minimizadas, não devendo, porém, ser consideradas, ainda, suficientes, posto que devem ser ampliadas e renovadas para acompanhar as constantes transformações que se desenrolam no campo da Saúde Mental. (MACIEL, et al., 2009)

2.2 DESDOBRAMENTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO DO HOSPITAL GERAL

Se considerarmos, mais uma vez, a história da loucura, percebemos que não é recente a associação do louco/doente mental com os hospitais gerais. Claramente, não se pode querer comparar os momentos em que o hospital geral toma parte no cenário da saúde mental, anteriormente servindo como instrumento de reclusão, estigmatização e exclusão social e, atualmente, contribuindo para fortalecer as práticas ancoradas nos ideais da reforma psiquiátrica, auxiliando como uma forma de modelo substitutivo às práticas abusivas dos hospitais psiquiátricos tradicionais. Entretanto, não nos cabe aqui elucidar mais uma vez os fatos antigos da história, de forma que iremos nos deter apenas ao papel dos hospitais gerais no âmbito da reforma psiquiátrica no Brasil.

A política de saúde mental no Brasil se desenvolveu, principalmente, no sentido de ampliar e organizar a rede de serviços substitutivos de atenção e resgatar e garantir os direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais, contribuindo, portanto, para um maior controle sobre as internações e para a redução dos leitos dos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2005/2007)

Os principais serviços da rede de atenção em saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos, criados com o intuito de promover a reinserção social de pessoas com transtornos mentais e resgatar a sua cidadania, atuando de acordo com os pressupostos da reforma psiquiátrica de acordo com a política de saúde mental do Brasil, são: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviços Residenciais terapêuticos (SRT); Hospital-Dia; Ambulatório de Saúde Mental; Centros de Convivência; Lares protegidos; atendimento em saúde mental na rede básica de saúde e Serviços de Saúde Mental nos Hospitais Gerais, entre outros. (SOUSA et al, 2010; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008)

Percebendo, pois, os Hospitais Gerais como parte dessa rede de atenção integrada à saúde mental, podemos nos ater ao seu papel intrincado aos paradigmas da reforma psiquiátrica, dando ênfase, principalmente, a fatos específicos da história, aos conceitos e às críticas envolvidas na utilização desse tipo de serviço.

No Brasil, foi a partir dos anos 50 que começaram a surgir as unidades psiquiátricas em hospital geral, tendo como precursora a unidade aberta no Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia, no ano de 1954. Nas décadas seguintes, várias outras unidades foram criadas em lugares diversos do país, porém, sabe-se

que, nos anos 60 e 70, predominava ainda o modelo manicomial de atenção. A partir da década de 80, com as inquietações trazidas a partir dos paradigmas da reforma psiquiátrica, é que realmente se começou a questionar as formas de atenção/tratamento dispensadas aos doentes mentais e buscar formas de substituição aos hospitais psiquiátricos. Entretanto, apenas nos anos 90 é que se intensificam as discussões, inquietações e mesmo revoltas por parte daqueles que acreditam e lutam pelos ideais advindos com a reforma e, a partir desse período, esse tema atinge, finalmente, uma dimensão político-social de grande relevância e têm início as criações de projetos de leis com o intuito de assegurar proteção, atenção adequada e de qualidade e os direitos de cidadania dos portadores de transtornos mentais. (BOTEGA, 2012)

É, portanto, a partir desse contexto histórico, político, econômico e social que os hospitais gerais – como parte de uma ampla rede substitutiva de atenção em saúde mental – ganham espaço e força como um local ideal para atendimento dos portadores de transtornos mentais, atuando como uma excelente alternativa no sentido de diminuir o número de internações desnecessárias/abusivas nas instituições psiquiátricas e tornando-se um serviço de referência principalmente nos denominados *momentos de crise* – considerados como sendo uma exacerbação perceptível dos sinais e sintomas da doença mental.

Os dois principais significantes do desenvolvimento da prática psiquiátrica nos hospitais gerais, considerados como referenciais *organizacionais*, são: a instalação de *unidades de internação psiquiátrica* (UPHG) e o surgimento de serviços de *interconsulta*. (BOTEGA, 2012)

Para compreender melhor sobre o conceito, a disposição e o funcionamento das Unidades de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral (UPHGs), podemos discorrer sobre a portaria n. 22492 do Ministério da Saúde, a qual estabelece normas e diretrizes acerca da assistência em saúde mental; e, em relação ao denominado “leito ou unidade psiquiátrica em hospital-geral”, de acordo com o qual: 1 - o número dos leitos psiquiátricos não deve ultrapassar 10% da capacidade hospitalar, chegando ao máximo de 30 leitos; 2 - além dos espaços próprios dos hospitais gerais, deve-se dispor de salas específicas para trabalhos em grupo, área externa para lazer, educação física e atividades sócio-terápicas; 3 - devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente: avaliação médico-psicológica e social, atendimento individual, atendimento grupal, abordagem à família e

preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento; 4 - a equipe técnica mínima para um conjunto de 30 leitos, no período diurno, deve ser composta por: 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo, 1 enfermeiro, 2 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional), profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades. E ainda elucida, como afirmam Machado e Colvero (2003, p. 673) que

[...] este equipamento deve oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência.

A *interconsulta*, por sua vez, é definida como funcionando de um modo interprofissional e interdisciplinar, posto que correlaciona a atuação de um médico com especialidade psiquiátrica – o qual pode ou não fazer parte da equipe – atendendo solicitações das demais especialidades no contexto de um serviço geral, de acordo com as necessidades vigentes. Serve como um dispositivo de apoio no sentido de otimizar a qualidade da atenção aos pacientes portadores de transtornos mentais no contexto do hospital geral, variando através de meios diversificados de abordagem – *solicitações de consultoria psiquiátrica* –, os quais podem ser distribuídos, resumidamente, em três campos principais: avaliação psiquiátrica clínica; avaliação psicológica e familiar; e avaliação de aspectos bioéticos. (SCHMITT; GOMES, 2005; SILVA; OLIVEIRA, 2010)

São inegáveis os benefícios advindos do desenrolar da Reforma Psiquiátrica no nosso país e, mais especificamente, são inegáveis os benefícios da implantação e implementação das unidades de internação psiquiátrica e do processo de interconsulta no espaço do hospital geral. Entretanto, concordando com Hildebrandt e Alencastre (2001), é de extrema relevância que sejam percebidas as lacunas ainda existentes nesse processo de transformação assistencial, atentando para o fato de que, com a promulgação de leis e a inquietude e “pressão” sociais, várias dessas transformações se deram de forma imposta e isso, por sua vez, gera um contexto conflitante se considerarmos que uma grande parte dos serviços não eram e não foram devidamente adequados para receber e atender, de forma eficiente, pacientes portadores de transtornos mentais, e estamos falando desde a simples estrutura física do ambiente até a complexidade que envolve a preparação e a

capacitação dos profissionais que têm de lidar com essas pessoas, incluindo o seu nível de conhecimento acerca da saúde/doença mental e do seu processo histórico, ou mesmo os paradigmas que regem a reforma psiquiátrica, isso tudo influenciando, diretamente, as representações diversas que se têm sobre a loucura, criando um ambiente que, antes de ajudar, gera desconforto e mais sofrimento para o paciente.

2.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, LOUCURA E REFORMA PSIQUIÁTRICA

A teoria da Representação Social pode ser compreendida com base nos estudos realizados pelo francês Serge Moscovici introduzidos na década de 50, tratando da representação social da psicanálise, cujo conceito nasce de uma crítica ao modelo da representação coletiva da teoria funcional de Durkheim, afirmando que a produção do pensamento na sociedade necessitava de uma compreensão menos abrangente do que aquela proposta pela representação coletiva. A publicação dos seus estudos, no Brasil, ocorreu no ano de 1978 sob o título *A representação social da Psicanálise*. (ALVES-MAZZOTTI, 2008; GAMA; SANTOS; FOFONCA, 2010)

De acordo com Jodelet (2001, p. 22), as representações sociais são “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. A comunicação é tida como parte primordial da sua constituição, reforçando, com isso, a ideia de grupo, de relação, de interação e, portanto, corroborando para o caráter social atrelado ao seu conceito. (BRIVIO, 2011)

Com base nesses pressupostos, pode-se perceber a importância das Representações Sociais como objeto de estudo, posto que permite compreender como se desenvolvem os processos de apreensão dos fatos que ocorrem em determinado meio por parte dos indivíduos e grupos que nele convivem, considerando a dimensão subjetiva e o aspecto cognitivo deles, e reconhecendo como tais fatores são capazes de influenciar sua fala e seu comportamento. (SILVIO; CAMARGO; PADILHA, 2011).

Entendendo, pois, representações sociais como formas de conhecimento atreladas subjetivamente a um contexto em que vivem e convivem determinados grupos de pessoas que se utilizam desse meio e de suas comunicações para inferir significação própria a determinado objeto, podemos concluir que o seu conceito, e toda a teoria que ele engloba, é passível de ser utilizado nos mais diversos campos

de conhecimento; dessa forma podemos justificar e compreender sua utilização também no campo da saúde/doença mental independentemente do contexto em que esta se apresente – no nosso caso, no espaço dos hospitais gerais.

A relação estabelecida entre sociedade e doente mental é eminentemente designada pelos fatores de “normalidade” e “desviante anormal”. Representações tecidas por preconceitos, atribuindo aos doentes mentais conotação de agressividade, conduzem ao desenvolvimento de um comportamento embasado pelo sentimento de medo, o que termina por causar o seu isolamento e exclusão do meio social. (MACIEL et al, 2011)

O trabalho sugerido pela Reforma Psiquiátrica tem como objetivo uma nova ética que infere o respeito às diferenças, e defesa da identidade e da cidadania. Preconiza ainda a importância da participação dos familiares, dos profissionais e da comunidade em geral no tratamento dos portadores de transtornos mentais, determinando, pois, um avanço expressivo no cuidado do doente, partindo do pensamento de que, através de acolhimento competente, essas pessoas, independente da sua patologia, apresentam todas as condições para se viver em sociedade, não necessitando de exclusão e segregação. (BARROS et al., 2007)

Nesse contexto, cabe-nos questionar o papel dos profissionais de saúde frente à loucura, ao louco, ao processo saúde/doença mental. Questionar sobre suas atitudes, seu conhecimento, seu julgamento e, certamente, sobre suas representações acerca dessa temática de contexto tão controverso e tão complexo. Como a equipe de enfermagem, os médicos em geral ou mesmo os psicólogos e os assistentes sociais acolhem e lidam com o paciente portador de determinado transtorno psiquiátrico? Como encaram a presença/ recebimento desses pacientes em um hospital geral? Qual o seu conhecimento sobre a história e a legislação? O que sabem ou o que entendem acerca da Reforma psiquiátrica e quais suas representações sobre ela? Quais as representações que têm sobre a loucura e o louco?

Questionamentos surgem baseados em inquietações, na não conformidade com ações e pensamentos que se julguem equivocados, incorretos ou incoerentes em relação à determinado ambiente ou situação específica. Nesse sentido, portanto, visualizemos os sujeitos *profissionais de saúde e portadores de transtornos mentais* e analisemos detalhadamente essa interface.

Na grande maioria dos casos, os profissionais não têm qualificação ou conhecimento adequado para lidar com pacientes “psiquiátricos” e, conseqüentemente, têm pouco ou nenhum comprometimento com o cuidado adequado dessas pessoas, ferindo os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Além disso, percebe-se uma certa resistência para acolher e atender esses indivíduos, visto que predominam as representações de incurabilidade, agressividade, imprevisibilidade, dificuldade de “acesso” e para realização de procedimentos técnicos. Dessa forma, as equipes de profissionais sempre correm o risco de valorizar apenas as queixas somáticas e os sintomas aparentes, esquecendo da angústia, do medo, da ansiedade, da tristeza e de diversos outros fatores psicológicos que comumente fazem parte do quadro geral de um paciente com transtornos mentais. (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001)

Portanto, concordamos com o pensamento de Barros (2003) quando ressalta que atualmente há uma necessidade não de simplesmente desconstruir as instituições baseadas no antigo modelo asilar, mas também de romper de uma vez por todas com as práticas e as ideias por elas delineadas e que ainda permeiam o imaginário mesmo daquelas pessoas que, de forma consciente, pretendem destruí-la.

Partindo desse pressuposto, conclui-se que a nossa sociedade não está preparada para acolher e cuidar das pessoas que sofrem com transtornos mentais, predominando ainda uma visão preconceituosa e estereotipada em relação ao louco ou doente mental. Isso, por sua vez, resulta na exclusão/segregação de um grande número de pessoas que, ao contrário, necessitam de apoio e atenção para lidar com seu sofrimento psíquico. Esse processo, não apenas frequente como também considerado natural, evidencia que, na realidade, a sociedade ainda não consegue aceitar e conviver com o que é diferente, com aqueles indivíduos que, acima de tudo, ameaçam o que é considerado normal e comum. (BARROS et al., 2007)

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa trata-se de um estudo de campo, de cunho exploratório e descritivo, pautado na perspectiva qualitativa.

Sobre a pesquisa qualitativa, afirma-se que ela deve ser utilizada sempre que se deseje trabalhar com uma realidade que não possa ser quantificada ou “reduzida a números”, posto que é envolvida por fatores ancorados na subjetividade das relações humanas – motivos, aspirações, cultura, crenças, atitudes e valores –, sendo capaz de verificar um vínculo dinâmico e indissociável entre o mundo real e o sujeito. Trata-se de um tipo de pesquisa puramente descritiva, permitindo, aos pesquisadores, utilizar-se de sua indução como principal instrumento para a análise de dados que se lhe apresentarem. A significação de determinado processo passa a ser, portanto, o principal foco a ser abordado. (Minayo, 2007; MARCONI; LAKATOS, 2010)

3.2. LOCAL DE INVESTIGAÇÃO

Esta pesquisa teve como local de investigação o cenário de um hospital geral de Campina Grande/PB, o Hospital Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes. Inaugurado em 2010, é referência em atendimento de Urgência/emergência para 173 municípios da Paraíba, além de algumas cidades do Rio Grande do Norte e Pernambuco, oferece atendimento 24 horas por dia em todas as especialidades de urgência/emergência. O hospital dispõe de internação clínica e cirúrgica em seis blocos de enfermaria, com 253 leitos, chegando a atender 300 pacientes, diariamente.

3.3 PARTICIPANTES

Com a intenção de obter uma pluralidade de saberes, esta pesquisa definiu três grupos de pertença. Deste modo, de forma intencional e não probabilística, contou-se com a participação de 36 profissionais da saúde, distribuídos em 3 grupos, a saber: enfermeiros(as); médicos(as) e psicólogos(as).

3.3.1 Critérios de inclusão

Foram definidos como critérios de inclusão: ser profissional de saúde de hospital geral (médico, enfermeiro, e psicólogo); aceitar participar da pesquisa, concordando em responder de forma clara e coerente a todos os itens questionados.

3.3.2 Critérios de exclusão

Foram definidos como critérios de exclusão: não se encaixar na categoria de profissional médico, enfermeiro e psicólogo de hospital geral; não aceitar participar da pesquisa.

3.4 INSTRUMENTOS

Como instrumento de coleta de dados, utilizamos o *Questionário Biosociodemográfico*, a *Técnica da Entrevista Semi-estruturada* e a *Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)*.

3.4.1 Questionário biosociodemográfico

A aplicação deste questionário teve, como finalidade, traçar um perfil dos participantes da pesquisa. Para tanto, foram coletados os seguintes dados: grupo de pertença (profissão), idade, sexo e tempo de experiência profissional.

3.4.2 Técnica da entrevista semiestruturada

Na ocasião da pesquisa, as entrevistas de caráter semiestruturado foram realizadas com o intuito de apreender, por meio das interlocuções verbais, o sentimento dos profissionais de saúde em relação à doença mental e à Reforma Psiquiátrica; como se desenvolve a prática diária de atendimento dos portadores de transtornos mentais em um hospital geral; e como os profissionais veem o fato de pessoas com transtornos mentais serem atendidas e internadas em hospitais gerais.

Deste modo, para todos os participantes da pesquisa foram colocadas as seguintes questões:

1. *O que você entende por loucura?*
2. *O que você entende por doença mental?*
3. *O que você sabe sobre a Reforma Psiquiátrica?*
4. *Em sua opinião, existe relação entre hospital geral e Reforma Psiquiátrica? Justifique.*
5. *Em sua opinião, pessoas internas no hospital geral podem apresentar algum tipo de alteração mental, afetivo ou de comportamento? Justifique.*
6. *Em sua opinião, a equipe de saúde constituída por médicos, enfermeiros e psicólogos está capacitada para cuidar de pessoas que, durante o período de internação em um hospital geral, apresente algum tipo de alteração mental, afetiva ou comportamental?*
7. *Você já presenciou uma situação de loucura/doença mental, no hospital geral () sim () não, e qual sua reação?*

O número de entrevistas foi definido conforme o critério de saturação proposto por Sá (1998, p.92), que diz respeito à quantidade de atores sociais que devem ser contatados, ou seja, argumenta-se que a representação manifestada por certo número de pessoas e por um número maior seria a mesma: *“quando os temas e/ou argumentos começam a se repetir isto significa que entrevistar uma maior quantidade de outros sujeitos pouco acrescentaria de significativo ao conteúdo de representação; pode-se então realizar mais umas poucas entrevistas e parar”*.

3.4.3 Técnica de Associação Livre de Palavras – (TALP)

Esse instrumento já foi experimentado e validado para pesquisas sobre Representações Sociais (COUTINHO, 2001; SÁ, 2005). O *Teste de Associação Livre de Palavras* ou *Teste de Evocação de Palavras* como é também conhecido nas pesquisas sobre RS, é uma técnica de investigação aberta, originalmente desenvolvida por Jung em 1905, estruturada na evocação de respostas dadas a partir de um ou mais estímulo(s) indutor(es), “o que permite colocar em destaque os

universos semânticos de palavras agrupadas por determinadas populações” (COUTINHO, 2001, p. 98).

No presente estudo, esse instrumento foi elaborado a partir de três estímulos indutores: *louco*; *doente mental*; *reforma psiquiátrica*. A aplicação do *Teste de Associação Livre de Palavras* foi realizado de forma individual, e operacionalizado da seguinte forma:

- 1) A entrevistadora emitiu um estímulo indutor por vez, e pediu que o(a) entrevistado(a) falasse as cinco primeiras palavras que lhe viessem a mente ao ouvir o estímulo (“*louco*”, “*doente mental*”, “*reforma psiquiátrica*”);
- 2) Posteriormente, pediu que o(a) entrevistado(a) enumerasse suas respostas por ordem decrescente de aproximação do estímulo indutor, uma vez que, tal procedimento permitiria à investigadora obter tanto os conteúdos da representação como sua organização interna.

Os dados obtidos através dos *Testes de Associação Livre de Palavras* corresponderam às respostas evocadas (ocasionalmente, palavras, expressões, frases) pelos atores sociais relativas às palavras indutoras.

3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA E POSICIONAMENTO ÉTICO

Somente após a obtenção do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa foi iniciada a pesquisa propriamente dita. Em local reservado, de forma individual, e com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo(a) respondente, foram aplicados os instrumentos na seguinte sequência: questionário biosociodemográfico, Técnica de Associação Livre de Palavras e Técnica da Entrevista Semiestruturada, sendo este último com uso de gravador previamente autorizado, não existindo um tempo determinado para a aplicação.

3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Com o intuito de conservar a conexão entre os pressupostos teóricos e metodológicos que embasam este TCC, os dados apreendidos foram processados e analisados de acordo com a especificidade de cada instrumento utilizado na coleta. A seguir, de forma sistemática, apresenta-se o processo de tratamento dos dados referentes a cada um deles:

Questionário biosociodemográfico: Com o objetivo de traçar o perfil da amostra, os dados coletados por meio desse questionário foram processados no *software* SPSS e analisados segundo a estatística descritiva (frequência, média e desvio padrão).

Técnica da Entrevista Semiestruturada: A análise das entrevistas começou com a transcrição literal do material coletado, garantindo-se a fidedignidade das verbalizações produzidas pelos participantes e, em seguida, foram processadas as análises propriamente ditas. Neste direcionamento, os conteúdos das entrevistas foram categorizados a partir da análise conteúdo proposta por Bardin.

Análise do Teste de Associação Livre de Palavras: A partir das respostas evocadas pelos sujeitos, foram construídos dicionários de vocábulos adjetivos concernentes a cada estímulo indutor. Em seguida, foi feita uma análise semântica de conteúdo para codificação e introdução dos dados no *software* Tri-deux-Mots, criado e desenvolvido por Philipi Cibois em 1990, que representa graficamente as variações semânticas na organização do campo espacial, revelando aproximações e oposições das modalidades na construção dos fatores analisadas através da AFC – *Análise Fatorial de Correspondência*, técnica estatística bastante conhecida e utilizada nas mais diversas pesquisas.

Nesse direcionamento, Coutinho (2001, p. 105), considera que o uso da *Análise Fatorial de Correspondência*:

[...] é ideal para explicar as representações apreendidas através do testes de associação livre de palavras porque coloca em evidência as variáveis fixas (em colunas) e as modalidades ou variáveis de opiniões (em linhas), que se confrontam e se revelam graficamente na representação do plano fatorial.

O tratamento dos dados, antes de serem lançados no *software* *Tri-deux-mots*, seguiram as seguintes etapas:

1ª etapa: Elaboração de um dicionário

O dicionário foi formado a partir da digitação de todas as respostas dos sujeitos referentes a cada estímulo indutor. Desta forma, o dicionário foi constituído por todas as palavras evocadas pelos sujeitos que, neste estudo, perfazem um total de 455 palavras-respostas, distribuídas entre os 3 (três) estímulos indutores: *louco*; *doente mental*; *reforma psiquiátrica*.

2ª etapa: Organização de categorias

A organização das categorias deu-se por meio dos critérios de frequência e similaridade semântica. Agruparam-se as palavras-resposta e os estímulos indutores com menor número de repetição àquelas cuja frequência é mais elevada, desde que apresentem a mesma significação. Nesse direcionamento, a partir da similaridade semântica, as palavras foram agrupadas, evitando-se a repetição dos termos que possuíam a mesma significação, além de possibilitar a redução do número de palavras diferentes, tornando-as estatisticamente significativas. Por exemplo: uma categoria *auesbx1* presente no gráfico da AFC é construída em função do número de vezes em que é repetida e das respostas similares de menor frequência (*cabisbaixo*, *baixo-astral*, *fossa*, entre outras.) evocadas pelos participantes de um determinado grupo de pertença com relação ao estímulo 1 (um) *louco*.

3ª etapa: Banco de dados

O banco de dados foi construído a partir da organização de todas as variáveis fixas (*grupo de pertença*, *gênero*, *idade*) e de opinião referentes a cada estímulo indutor, elencadas pelos sujeitos. Na forma de coluna, as variáveis fixas foram codificadas em números e na forma de linha as variáveis de opinião em palavras, seguidas do número do estímulo indutor. Por exemplo: “baixa autoestima” é à resposta que um sujeito evoca em relação ao estímulo 1 (um) *louco*, quando codificada para montagem no banco de dados corresponde a “*auesbx1*”. Na pesquisa aqui descrita, as colunas representaram quatro categorias (*grupo de pertença*, *gênero*, *idade* e *tempo de experiência*), selecionadas como significativas para a análise das representações elaboradas pelos sujeitos, nesse direcionamento, as correlações evidenciadas entre as variáveis permitiram a visualização dos conteúdos e estruturas representacionais elaboradas pelos sujeitos com relação aos objetos investigados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta pesquisa contou com a participação efetiva de 36 (trinta e seis) profissionais da área de saúde do Hospital de Trauma de Campina Grande-PB, sendo 12 médicos, 12 enfermeiros e 12 psicólogos. Para eles, foi utilizado um caderno de instrumentos constando de questionário biosociodemográfico, teste de associação Livre de palavras (TALP) e roteiro para a realização de entrevista semi-estruturada, sendo distribuídos de acordo com os dados apresentados na descrição e discussão dos resultados realizados para cada instrumento.

4.1 QUESTIONÁRIO BIOSOCIODEMOGRÁFICO

Através das respostas obtidas por esse questionário, os participantes foram distribuídos de acordo com os dados verificados no *quadro 1* abaixo.

Quadro 01: Codificação das variáveis fixas

GRUPO DE PERTENÇA	SEXO	IDADE	TEMPO DE EXPERIÊNCIA
1= Médicos(as)	1= Masculino	1= 22-33 anos	1= 06 meses a 04 anos
2= Enfermeiros(as)	2= Feminino	2= 34-45 anos	2= 05- 09 anos
3= Psicólogos(as)		3= > 45 anos	3= > 09 anos

Após análise do perfil dos participantes, foi percebido que, dos 36 colaboradores, 22 eram do sexo feminino e 14 do sexo masculino, com variação de idade e tempo de experiência profissional alcançando uma média entre 22-33 anos e 05-09 anos, respectivamente.

4.2 ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

A seguir, apresentam-se os resultados analisados e discutidos a partir das informações fornecidas pelos profissionais de saúde mediante a aplicação de entrevistas semi-estruturadas. Essa técnica foi utilizada pelo fato de oferecer de forma mais fidedigna o conhecimento dos sentimentos e comportamento dos

participantes em relação à reforma psiquiátrica, loucura e doença mental, considerando as diferentes classes profissionais.

Baseado no critério de saturação proposto por Sá, as entrevistas foram realizadas com um total de 15 (quinze) profissionais, sendo 05 médicos (caracterizados como grupo *G1*), 05 enfermeiros (grupo *G2*), e 05 psicólogos (grupo *G3*), optando-se por parar a aplicação deste instrumento quando foi observada uma evidente repetição nas falas dos sujeitos.

Com base na análise do conteúdo proposta por Bardin, constatou-se que o conhecimento dos participantes pôde ser agrupado em 5 categorias e 15 subcategorias, conforme ilustrado no quadro 02 abaixo:

Quadro 02: Distribuição das Categorias e Subcategorias simbólicas das representações sociais da doença mental e reforma psiquiátrica no contexto o Hospital geral

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<p>CATEGORIA I</p> <p><i>Concepções de loucura/doença mental</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aproximação semântica • Físico-orgânicas • Psicoafetivas • Sócio-culturais
<p>CATEGORIA II</p> <p><i>Conhecimento sobre reforma psiquiátrica</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desinstitucionalização • Manejo Terapêutico
<p>CATEGORIA III</p> <p><i>Relação hospital geral e reforma psiquiátrica</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento • Inexistência
<p>CATEGORIA IV</p> <p><i>Fatores desencadeadores de sintomas psicopatológicos em hospitais gerais</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mudança de ambiente • Causas psicoafetivas • Causas orgânicas • Manejo terapêutico
<p>CATEGORIA V</p> <p><i>Capacitação e reação dos profissionais de saúde frente à loucura e doença mental</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desconhecimento das políticas públicas • Manejo terapêutico • Formas de percepção/sentimentos

A partir da transcrição das entrevistas, foram aglutinados trechos extraídos das falas dos sujeitos, agrupando-os em subcategorias a partir da aproximação semântica dos discursos, onde *f* equivale à frequência absoluta deles. Segue-se a

isso a análise em separado referente a cada categoria e subcategorias, de acordo com os quadros 03, 04, 05, 06 e 07 colocados abaixo.

Inicialmente, é importante dispor acerca da superioridade quantitativa de *f* referente aos profissionais da psicologia observada quase que na totalidade dos quadros, fazendo constatar que esses sujeitos apresentavam níveis mais elevados de conhecimento em relação aos demais profissionais (médicos e enfermeiros) e, portanto, discorreram de forma mais ampla e complexa acerca da temática em questão.

Quadro 3: Distribuição das unidades de análise da Categoria I e das Subcategorias

Categoria I e Subcategorias (Concepções de loucura/doença mental)	UNIDADES TEMÁTICAS E PERCENTUAIS RELATIVAS A CADA SUBCATEGORIA					
	G1 (n=5)	<i>f</i>	G2 (n=5)	<i>f</i>	G3 (n=5)	<i>f</i>
Aproximação semântica	“...eu não consigo diferenciar não, um termo do outro (09); ...a loucura é um tipo de doença mental (07)”	16	“...Eu entendo como se fosse a mesma coisa (07); ...a doença mental leva à loucura (07); ...a doença mental, ela é mais abrangente (05);	19	“eu acho os dois conceitos tão próximos (04); ...a doença mental é algo mais amplo (04)”	08
Físico-orgânicas	“...como se a doença mental fosse uma coisa mais orgânica e loucura não (15); ...como se a doença mental você pudesse tratar mesmo (06)”	21	“...pra mim, é uma doença mesmo (06); ... tem um certo tratamento (04); ...não vai ter uma cura (04)”	14	“...eu vejo a doença mental também como algo mais orgânico mesmo (05); ...a doença mental a gente pensa como algo que tem que ser tratado (04)	09
Psicoafetivas	“...o paciente se encontra fora da sua normalidade (08); ... passa a viver fora da realidade, em um lugar paralelo (09); ... faz ele agir conforme a sua percepção de mundo, criando uma ilusão daquilo (07)”	24	“...um estado psicológico diferente, alterado (07); ...pode ser também um estado de depressão (04); ...uma quebra com a realidade (05); ...um ser desestruturado (04)”	20	“...uma fragilidade do emocional (05); ...uma estruturação psíquica (08); ...me remete a um certo sofrimento (08); ...não é algo que é só psicológico (09)”	30
Sócio-culturais	“... mas o que é normal pra sociedade, eles fogem, ao que é imposto (08); ...o que é estranho	14	“...precisa de ajuda, pra poder voltar ao normal dito pela sociedade (04); ...um ser perigoso, que dá medo (07)”	11	“... pode ser louco pra você, pode não ser louco pra mim (07); ... eu acho que loucura é mais uma coisa socialmente	33

	<i>pra uns pode não ser para outros (06)</i>				<i>construída (10); ..que se desvia da normalidade (11); ...existe uma forma preconcebida de ver (05)</i>	
Totais-		75		64		80

Pensar nas causas da loucura ou doença mental e tentar compreender e atribuir diferentes significados ancorados nas mais variadas crenças e saberes não se configura um sentimento atual na humanidade, e sim uma prática que se desenrola e se transforma, fazendo surgir novos conceitos e delinear novas ações no campo da saúde mental. (ALVES et al., 2009)

Os próprios termos atribuídos nessa área sofreram diversas transformações, perpassando desde o conceito primitivo de *alienação mental* trazido por Pinel até os conceitos mais atuais de *transtorno* ou *distúrbio mental* adotados pela Psiquiatria, servindo como norteamento para as mudanças de comportamento observadas nesse sentido. (AMARANTE e TORRE, 2010)

Assim sendo, uma preocupação deste estudo foi resgatar as concepções acerca da loucura e doença mental atribuídas pelas diferentes classes de profissionais – médicos, enfermeiros e psicólogos –, a fim de avaliar seus conhecimentos e representações nessa área específica, buscando realizar comparações entre as falas dos sujeitos e os saberes já instituídos acerca da temática.

Referente ao *quadro 3* acima, é importante perceber, primeiramente, as diversas formas de concepção trazidas pelos diferentes profissionais da mesma área e das áreas distintas, refletindo o que foi colocado pelo estudo de Amarante e Torre (2010), no sentido da atribuição variável de causas e sentidos como base para loucura ou doença mental, fazendo-se valer dos saberes instituídos ao longo da história para formular suas próprias representações, de acordo com o ambiente em que está inserido e, principalmente, com a formação e consequentes conhecimentos que lhes foram dispensados.

De acordo com as respostas evocadas pelos sujeitos quando questionados sobre *o que entendiam por loucura e doença mental*, pode-se observar que os profissionais médicos recorreram a saberes relacionados principalmente a causas orgânicas e psicoafetivas, onde fica clara uma percepção direcionada para o conceito próprio de doença, envolvendo uma junção entre o psicológico e emocional

com comprometimento orgânico, resultando em um estado nosológico que, tal qual outras patologias do campo médico, é passível de diagnóstico e tratamento específicos. É importante também ressaltar que grande parte desses profissionais não realizou uma distinção clara entre os termos loucura e doença mental, ora achando não haver diferença entre ambos, ora colocando a loucura como um “tipo” ou “estágio” da doença mental, afirmando que esta se coloca de forma mais abrangente, incluindo, além da própria loucura – muitas vezes citada de forma bastante concreta e objetiva –, outras patologias de cunho psiquiátrico. Percebe-se, portanto, uma formação médica diretamente relacionada a práticas organicistas e de medicalização da doença, reduzindo o paciente a um corpo-objeto e destituindo-o da sua condição sócio-cultural.

Para os profissionais da enfermagem, também fica claro uma não diferenciação entre a loucura e doença mental, colocando não apenas a doença mental como um conceito que abrange as diversas patologias psiquiátricas, mas também como se a loucura fosse nada mais que uma consequência maior desses estados nosológicos. As causas psicoafetivas foram citadas como as principais causas relacionadas à loucura e à doença mental, entendidas principalmente como alterações psicológicas relacionadas a *fatores emocionais* e de *dissociação com a realidade*, fazendo uma relação menos estreita com causas orgânicas a serem tratadas e medicalizadas. Essa divergência de pensamento dos enfermeiros em relação ao pensamento médico, apesar daqueles profissionais serem “elencados” como encarregados de funções direcionadas à instituição terapêutica, transparece uma proximidade maior em relação ao sujeito que adoece, remetendo ao fato de sua formação ter como importante elemento representativo a prática do *cuidar*, como bem fica estabelecido por Bellato et al. (2007). Mais uma vez, o entendimento relacionado a fatores sócio-culturais foi pouco abordado, como foi observado também entre os profissionais médicos.

Os psicólogos, por sua vez, transpareceram concepções muito mais atreladas às questões psicoafetivas e sócio-culturais, colocando que é a partir do momento que o sujeito, por motivos afetivos ou mesmo psicológicos, rompe com os critérios de normalidade socialmente construídos – sendo assim representados como desviantes – passa a expressar o que é socialmente ou tecnicamente chamado de loucura e doença mental. Outro fato importante percebido na fala desses sujeitos está implicado exatamente em uma diferenciação e mesmo separação dos termos

loucura e doença mental, entendendo o primeiro como um termo histórico, filosófico e socialmente construído, imbuído dos mais diversos valores e representações, ao passo em que o segundo estaria mais relacionado ao conceito atual de doença associado às diversas patologias diagnosticadas no campo dos transtornos mentais.

Quadro 4: Distribuição das unidades de análise da Categoria II e das Subcategorias

Categoria II e Subcategorias (<i>Conhecimento sobre reforma psiquiátrica</i>)	UNIDADES TEMÁTICAS E PERCENTUAIS RELATIVOS A CADA SUBCATEGORIA					
	G1 (n=5)	f	G2 (n=5)	f	G3 (n=5)	f
Desinstitucionalização	“...sair daquela coisa de sanatório (10); antes era como uma prisão (04)”	14	“...forma que o SUS encontrou de tentar desinstitucionalizar (06); ...de tirar o paciente da internação (05); ...com a criação dos CAPS, das emergências psiquiátricas (05)”	16	“...que é a desospitalização (12); ...trabalhar o sujeito no seu grupo primário (10);	22
Manejo terapêutico	“...mudar a forma como as doenças mentais elas eram abordadas, eram tratadas (14); ...buscar trazer aquelas pessoas e reinseri-las na sociedade (11); ...ver aquela pessoa realmente como um doente e não como um louco (05); ...trazer de volta pras suas famílias (04)”	34	“...evolução muito positiva na forma de tratar(08); ...reinsere esse paciente num convívio social (09); ...descriminalizar o doente mental(04); ...enxergar o que se diz de doença mental de uma forma diferente(05)”	26	“...mudar a forma de tratar(06); ...um acompanhamento interdisciplinar(04); ...é uma nova forma de se pensar esse sujeito(05); ...ressocialização(12)” ...então eu acredito que a internação, em alguns casos, se faz necessária(06); ...tem situações que a família não tem elementos pra conduzir(04)”	37
Totais		48		42		59

De acordo com Gonçalves (2001, p 50):

[...] a Reforma Psiquiátrica no Brasil vem configurando-se como um movimento com diferentes graus de adesão e entendimento por parte dos profissionais e de alguns segmentos da sociedade.

Tratada como uma forma de desospitalizar, não se espera da Reforma Psiquiátrica apenas a transferência do doente mental para fora dos hospitais, “*confinando-o à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte*” (GONÇALVES, 2001, p.50). Espera-se, principalmente, o estabelecimento ou mesmo resgate da sua cidadania, com ênfase ao respeito das suas subjetividades e singularidade e sendo capaz de torná-los imperativos em seus próprios tratamentos, descartando de vez a idéia de cura como única perspectiva. (GONÇALVES, 2001)

A Reforma Psiquiátrica tem, como uma de suas vertentes, trazer o doente mental para o seio familiar, possibilitando que ele seja reintegrando ao convívio social e que não esteja mais restrito aos manicômios. Desta forma, pode-se verificar a ocorrência de grandes transformações e, com isso, o surgimento de dificuldades a serem enfrentadas ao lidar, de forma tão íntima, com a loucura, sendo, inclusive, considerado parte fundamental para a reinserção social dessas pessoas com sofrimento psíquico. (PIMENTA, 2008).

Nesse contexto, os resultados do presente estudo permitiram comparar o conhecimento dos diferentes tipos de profissionais do hospital geral em relação à Reforma Psiquiátrica (*quadro 4*), possibilitando a percepção de uma ancoragem aos seus paradigmas direcionados principalmente às práticas de desinstitucionalização e mudanças nas formas de manejo terapêutico das pessoas com transtornos mentais.

Para as três classes de profissionais entrevistados, a Reforma é apreendida especialmente pelo fato de ter propiciado o surgimento de novas formas de abordar terapêuticamente os pacientes com doença mental, trazendo conteúdos como *reinserção social, mudança de tratamento, loucura como doença*, e outros. E, mais especificamente, sendo associada à *atendimento interdisciplinar e apoio familiar*, como bem exemplificado nas falas dos psicólogos e médicos elencadas no *quadro* acima.

A *desinstitucionalização* aparece com menor expressividade, sendo, porém, valorosamente descrita por ambos os profissionais como associação direta à retirada dos pacientes com doença mental dos hospitais psiquiátricos tradicionais, além de haver uma clara correlação, por parte de enfermeiros e psicólogos, com as redes substitutivas de atenção em saúde mental.

A partir do exposto, podemos observar que não há uma distinção de entendimento sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica, considerando os

diferentes profissionais da medicina, enfermagem e psicologia. Apresentam-se, nesse aspecto, como pensamentos que se complementam, expressando divergências pouco significativas em relação às falas dispostas pelos sujeitos.

Quadro 5: Distribuição das unidades de análise da Categoria III e das Subcategorias

Categoria III e Subcategorias (<i>Relação hospital geral e Reforma Psiquiátrica</i>)	UNIDADES TEMÁTICAS E PERCENTUAIS RELATIVOS A CADA SUBCATEGORIA					
	G1 (n=5)	f	G2 (n=5)	f	G3 (n=5)	F
Acolhimento	<i>“...eles podem até abrigar pacientes com doenças mentais, mas que tenham outras patologias (08); ...tratar o doente mental da mesma forma como os outros (06); ...o hospital geral ele não tem condições de acolher o paciente psiquiátrico (05)”</i>	19	<i>“...um hospital geral, ele é pra todas as doenças(06); ...o Hospital geral, ele não está preparado(05); ...a necessidade dele não é restritamente orgânica (04)”</i>	15	<i>“...tem que inserir os usuários de saúde mental no hospital geral(07);...a gente tem que intervir(06); ...aqui não tem nenhum atendimento de urgência pra esse paciente (04); ...um psiquiatra a gente não tem (09)”</i>	26
Inexistência	<i>“...hoje em dia a gente não vê isso (05); ...apesar de ter tido essa Reforma, ainda tem locais exclusivamente de tratamento de doenças mentais (04)”</i>	09	<i>“Eu não vejo relação não(06); ...tem locais mais específicos pra eles (04)”</i>	10	<i>“...na verdade, aqui não existe essa relação(12); ...porque não é uma realidade nossa(08)”</i>	20
Totais		28	-	25	-	46

Os Hospitais Gerais são considerados parte essencial da rede de atenção substitutiva de cuidados em saúde mental propostos pela Reforma Psiquiátrica. A portaria n. 224/92 do Ministério da Saúde, a qual estabelece normas e diretrizes acerca da assistência em saúde mental, deixa claro o papel desses hospitais, os quais devem funcionar como dispositivo capaz de reduzir o número de internações em hospitais psiquiátricos consideradas desnecessárias, acolhendo e tratando, de

forma eficiente, os pacientes com transtornos mentais quando eles apresentarem as chamadas crises ou surtos, responsáveis por grande parte das internações.

Nesse sentido, buscar apreender a relação estabelecida pelos profissionais entre os preceitos da Reforma Psiquiátrica e o atendimento dispensado a pacientes com transtornos mentais em Hospitais Gerais tem relevância em possibilitar perceber de forma mais íntima o funcionamento desse serviço correlacionando com os conhecimentos acerca da temática, funcionando, pois, como base para tentar compreender e explicar as diferentes formas de atuação.

Podemos perceber, através do *quadro* 05, uma semelhança nas falas dos profissionais médicos e enfermeiros, ambos colocando os hospitais gerais como um local capaz de acolher e tratar somente a demanda clínica do paciente, não diferenciando tais atendimentos dos demais realizados nesses serviços e, com isso, demonstrando mais uma vez uma indiferença em relação ao sofrimento psíquico dessas pessoas. Este encargo é atribuído ao que chamam de *hospitais especializados*, afirmando que os hospitais gerais não têm *condições de acolher o paciente psiquiátrico* e utilizando-se do método de referência/encaminhamento como principal ferramenta para garantir uma “continuidade” de tratamento.

Os psicólogos, em contrapartida, afirmam uma estreita relação entre os Hospitais Gerais e a Reforma Psiquiátrica, de forma que esses serviços devam ser resgatados como ambiente capaz de incluir as pessoas com transtornos mentais, garantindo acolhimento e tratamento de qualidade. Utilizam ainda desse momento para “denunciar” a falta de cumprimento adequado dessa assistência pela não aplicação prática daquilo que é não apenas legalmente assegurado, mas principalmente do que deveria ser humanamente indispensável. Nesse sentido, suas falas corroboram com o pensamento de Paes et al. (2010, pag. 282), quando este cita a “*possibilidade de os pacientes com transtorno mental receberem tratamento para as necessidades físicas e psíquicas no mesmo espaço e pela mesma equipe*”.

Quadro 6: Distribuição das unidades de análise da Categoria IV e das Subcategorias

Categoria IV e Subcategorias (Fatores desencadeadores de sintomas psicopatológicos em hospitais gerais)	UNIDADES TEMÁTICAS E PERCENTUAIS RELATIVOS A CADA SUBCATEGORIA					
	G1 (n=5)	<i>f</i>	G2 (n=5)	<i>f</i>	G3 (n=5)	F

Mudança de ambiente	“...pelo ambiente de hospital mesmo (06); ...também por tá fora de casa, fora do ambiente que vive (06)”	12	“...não tem noção de tempo, de espaço (10); ...Se passa muito tempo em internação(04)”	14	“...estar em confinamento (08); devido a própria situação de hospitalização(09); ... ficar longe da família (05);	22
Causas psicoafetivas	“...ela se torna apreensiva, ansiosa (07); ...a pessoa fica triste (05); ...não quer aceitar aquela situação que tá vivendo (06); ...fica muito estressado (06)”	24	“...diminui o seu convívio com a família(09);...causa muito estresse no paciente(06); ...ele acaba se desorientando(07); ...presenciando tudo, desorientado e depressivo muitas vezes também(09)”	31	“...o nível de estresse(11); ele promove uma desorientação (05); que fazem esses conteúdos emergirem(04)	20
Causas orgânicas	“...dependendo da doença que ele tem (08); ...principalmente se a pessoa já tiver uma predisposição (04);	12	“... a gente sabe que a doença mental, todo mundo tá predisposto a ter (04); ...a pessoa tá doente (05)	09	“...se a pessoa já tiver uma predisposição (05);	05
Manejo terapêutico	“...dependendo também da forma como a gente aborda (07); ...algumas drogas que a gente utiliza (04)”	11	“...como a gente lida essa pessoa aqui dentro (06); ...o tratamento que ela tá realizando (05)”	11	“...as intervenções feitas (04); ...falta muito a questão da escuta (05)”	09
Total		59		65		56

De acordo com dados propostos por Paes et al. (2010, p. 278),

[...] aproximadamente 30% dos pacientes internos em unidades clínicas ou cirúrgicas de hospitais gerais apresentam algum diagnóstico psiquiátrico, sendo destes um equivalente a 35% relacionados a transtornos do humor, 20% a ansiedade, 20% relacionados ao uso de substâncias, 20% a transtornos mentais orgânicos e 5% a outros transtornos.

Partindo desse pressuposto, entende-se a relevância em se pesquisar o aparecimento, bem como o tipo de alteração psíquica e as formas de intervenção profissional conduzidas à pacientes que se encontram internos em Hospitais Gerais.

Através da análise das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde participantes do estudo, podemos perceber que a **totalidade** dos sujeitos revelou ser *extremamente comum* o surgimento de alterações mentais, afetivas ou comportamentais em pacientes internados em hospitais gerais, empregando os mais

variados fatores como desencadeantes dos sinais e sintomas a eles associados (ver *quadro 06*).

Observamos que a maioria dos profissionais da medicina e enfermagem colocaram as causas psicoafetivas como principais representantes, sendo importante fazer ainda um parêntese para demonstrar a expressiva superioridade verificada para os enfermeiros, retomando a questão antes já mencionada da maior proximidade e intimidade com os pacientes por parte desse profissionais, sendo, portanto, considerados principais percebedores do *sufrimento* demonstrado pelas pessoas com transtornos mentais.

Os profissionais da psicologia, além de elencarem também de forma significativa as causas psicoafetivas envolvidas, manifestaram principalmente as causas relacionadas às mudanças de ambiente, estabelecendo mais uma vez uma preocupação mais forte voltada para os aspectos sociais que permeiam o campo das doenças mentais.

É importante ainda ressaltar que, apesar dos médicos terem feito uma relação mais estreita com as causas psicoafetivas, representaram de forma muito mais considerável as causas orgânicas implicadas, se comparados especialmente aos psicólogos, o que manifesta tanto o notório contraste na formação desses dois tipos de profissionais, quanto a dificuldade enfrentada pelos médicos em desvincular-se da prática tecnicista direcionada propriamente para o corpo e não para o sujeito, corroborando portanto com estudo realizado por Caprara e Rodrigues (2007), que elucida as importantes divergências observadas nas relações entre os diferentes profissionais e seus pacientes.

Em relação à menor associação de causa definida pelos profissionais para as diferentes formas de manejo com o paciente, é relevante pensarmos em certa destituição da responsabilidade com o adoecimento psíquico, o que infere um distanciamento do cuidar atrelado ao fato de uma concepção de não incumbência de dever.

Quadro 7: Distribuição das unidades de análise da Categoria V e das Subcategorias

Categoria V e Subcategorias (<i>Capacitação e reação dos profissionais de saúde</i>)	UNIDADES TEMÁTICAS E PERCENTUAIS RELATIVOS A CADA SUBCATEGORIA					
	G1 (n=5)	<i>f</i>	G2 (n=5)	<i>f</i>	G3 (n=5)	F

frente à loucura e doença mental)						
Desconhecimento das políticas públicas	“...o pessoal fica, assim, meio sem saber o que fazer (12); ...acho que depende muito do profissional (09)”	21	“... não tem uma equipe preparada pra acolher da forma correta esses pacientes (10); ...não passam uma orientação(04)”	14	“A equipe não tá preparada(14); ...se nem os psicólogos estão, imagina os médicos e os enfermeiros(05); ...a gente não tem acesso a essas informações(04)”	23
Manejo terapêutico	“...a gente quer tratar de forma farmacológica (10); ...busca tratar o sintoma e não a doença(07); aí entra a questão da humanização também (04); ...geralmente a gente encaminha (07)”	28	“...tenta conversar com esse paciente(07); ...forma de tratamento bem mecânica(05); ...a gente tem que segurar(06); ...ser encaminhado a um Hospital de referência(09); ...chamar o médico pra tentar sedá-lo (05)”	32	“Eu gosto muito de escutar(10) ...conversa ali com aquele paciente(06);...fica se dando suporte psicológico(06); aí a gente encaminha pra ser acompanhado em um serviço especializado (05); aqui a gente trabalha com psicoterapia breve (04)”	31
Formas de percepção/sentimentos	“...ainda é daquele tempo de pensar que uma pessoa com transtorno mental é perigoso, é agressivo (05); ...em alguns casos um pouco de medo (04); ...ainda tem um pouco de preconceito aí (04)”	13	“...às vezes de uma forma preconceituosa (06); o medo fala (09); ...não tem um olhar diferenciado com esse paciente, com o cuidado, com qualidade, com humanização (07); ... nem todo mundo tem paciência (06)”	28	“...acho que tem esse preconceito(09); ...falta a sensibilidade da equipe(04)” ... me veio a palavra medo(06)”	19
Total		62		74		73

É notório que existe uma propensão de os profissionais de saúde de hospitais gerais voltarem seu atendimento às necessidades físicas do paciente, abordando com pouca atenção ou até mesmo negligenciando os aspectos psíquicos e emocionais do paciente, o que é devido a inexistente ou ineficiente qualificação ou a uma formação direcionada para o modelos tradicionais de assistência. Os profissionais desses hospitais tendem a focar sua atenção nas dimensões biológicas, dando pouca consideração aos aspectos psicossociais. Essas atitudes

podem conduzir à fragmentação do cuidado, culminando com o distanciamento entre paciente e profissional. (PAES et al.,2010)

Dessa forma, com base nas entrevistas realizadas com os médicos, pode-se perceber que os profissionais dessa classe não possuem o conhecimento necessário para lidar de forma satisfatória com o perfil dos pacientes com transtornos mentais, e que a assistência é geralmente feita de uma forma emergencial e farmacológica, buscando *tratar o sintoma e não a patologia* em si. Observa-se ainda sentimentos relacionados a preconceitos e temor, bem evidenciadas nas falas que expressam os doentes mentais como sujeitos *perigosos, agressivos* e que despertam *medo*.

Na visão da classe de enfermagem, não se visualizam maiores diferenças em relação ao que foi colocado pelos médicos, complementando, entretanto, com a afirmação de que não existe uma equipe preparada para acolher de forma correta esses pacientes, visto que não são passadas as orientações necessárias para esse tipo de atendimento. No tocante ao tipo de intervenção frente a esses casos, evidenciou-se que sua reação, na maioria das vezes, é de conversar com o paciente e, em outro extremo, utilizar de formas de contenção quando for necessário, recorrendo aos médicos para que as providências cabíveis sejam tomadas. Infere-se ainda a existência de uma preocupação com a humanização da assistência, de modo que, em boa parte das falas, esses profissionais acreditaram na importância de se ter um *olhar diferenciado* para esse tipo de paciente.

Os psicólogos também dispõem sobre o despreparo dos profissionais diante das pessoas com transtornos mentais, interpondo o destaque para sua principal forma de abordagem baseada na escuta do discurso, capaz de permitir uma análise mais eficiente do paciente e, com isso, traçar os melhores caminhos terapêuticos a serem seguidos, demonstrando uma preocupação em referenciar corretamente esses pacientes para garantir uma continuidade da assistência. Por fim, esses sujeitos atribuem os sentimentos e atitudes de preconceito e medo às demais classes profissionais, não relacionando, a si, as mesmas impressões.

A partir do estudo comparativo da percepção desses profissionais em relação aos pacientes com transtornos mentais, observa-se claramente que a conduta de cada classe profissional se dá de forma diferenciada. Enquanto os médicos estão voltados para um tratamento predominantemente físico-orgânico e tecnicista, os enfermeiros e psicólogos voltam-se, com mais veemência, para a relevância do

contato direto com o sofrimento psíquico do paciente, ressaltando a importância da humanização do atendimento e do cuidado baseado em uma assistência biopsicossocial.

4.3 TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS (TALP)

O material coletado por meio da *técnica de associação livre de palavras* foi processado no *tri-deux-mots* e analisado a partir da AFC, a qual permite distinguir correlações entre os diferentes grupos de pertença, assim como apreender graficamente a atração entre variáveis fixas, neste estudo (Grupos de pertença, Sexo, Idade e Tempo de experiência profissional), e as variáveis de opiniões ou modalidades, que correspondem às palavras evocadas pelos sujeitos. As variáveis fixas encontram-se em colunas e as variáveis de opinião são as linhas constituídas de adjetivos, que revelam a dinâmica de atração e distanciamento entre as modalidades de respostas e características dos grupos.

O material coletado a partir dessa técnica representa um somatório igual a 455 (quatrocentas e cinquenta e cinco) palavras evocadas pelo conjunto de participantes (n=36); desse somatório, obtivemos 224 (*duzentos e vinte e quatro*) palavras diferentes, representando as idiosincrasias dos atores sociais em relação aos estímulos indutores: *louco* (estímulo 1), *doente mental* (estímulo 2) e *Reforma Psiquiátrica* (estímulo 3).

A análise dos dados coletados realizou-se através da leitura gráfica das representações (palavras evocadas/modalidades), que estão distribuídas de maneira oposta sobre dois fatores/eixos (F1 e F2), como observado no *gráfico 1*.

No primeiro fator (F1), representado pela cor vermelha, na linha horizontal, encontram-se as representações de valor estatístico mais significativo, explicando 45,0% da variância total das respostas, enquanto o segundo fator (F2), na linha vertical, de cor azul, representa 25,6% da variância total das respostas. Pode-se verificar que a soma das variâncias perfaz um total de 70,6%, um valor estatisticamente significativo e, portanto, satisfatório para a interpretação dos resultados.

O espaço fatorial constituído dos dois fatores (F1 e F2) e delimitado pelas respostas aos estímulos indutores (ver legenda), revela a existência de agrupamentos representacionais ou o que se denomina em estatística de “*nuvens*”,

que evidenciam as semelhanças e diferenças nos conteúdos e na estrutura das representações dos atores sociais.

É importante ressaltar que, após o processamento dos dados, o tempo de experiência profissional foi um dado relevante apenas em relação aos profissionais de enfermagem, não obtendo valor estatístico representativo para as classes de profissionais médicos e psicólogos.

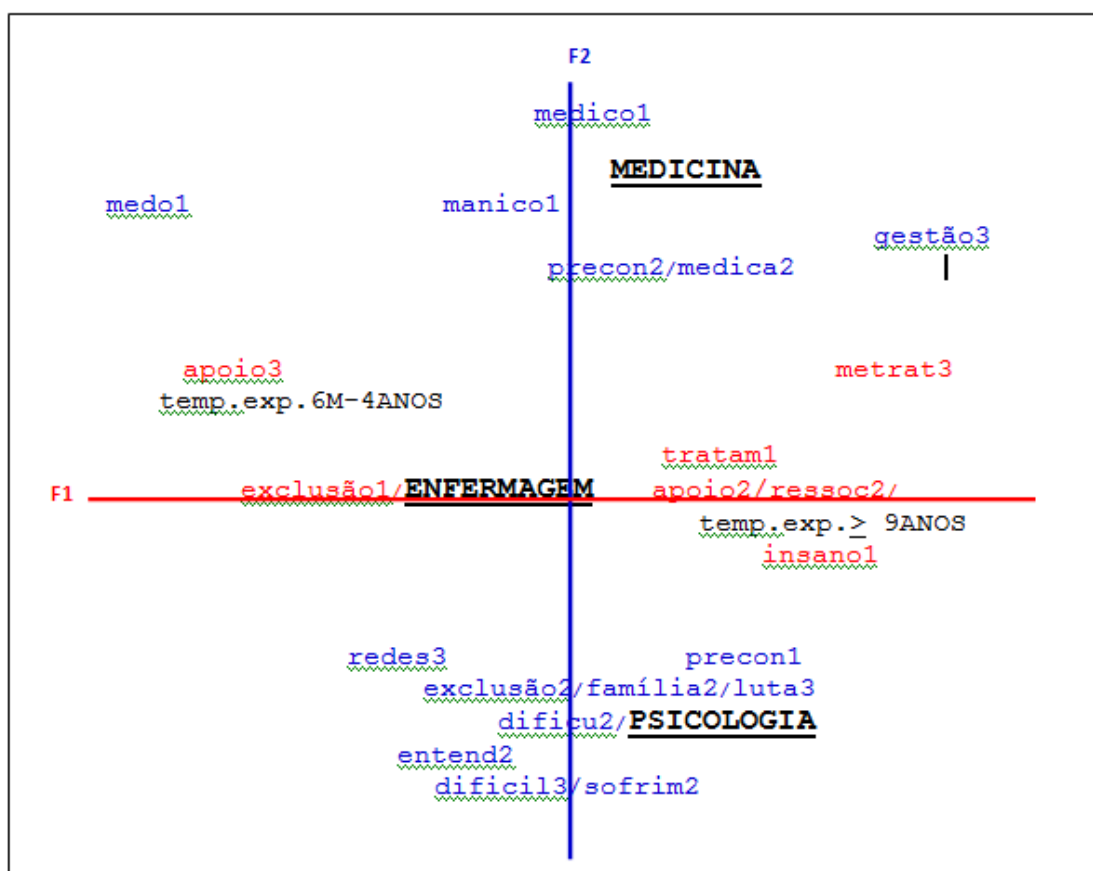


Gráfico 1: Plano Fatorial de Correspondência das representações sociais da loucura, doença mental e reforma psiquiátrica, elaboradas por profissionais da medicina, enfermagem e psicologia
Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

O processamento dos dados permitiu identificar, no fator ou eixo 1 (F1), considerado o mais importante por apresentar as informações de maior valor estatístico sobre o objeto de pesquisa, o campo semântico das representações sociais elaborados pelos profissionais de enfermagem. No lado esquerdo desse eixo, para os profissionais com tempo de experiência entre 06 meses e 04 anos, o *louco* (estímulo 1) é representado como pessoa *excluída*, remetendo a uma idéia de

abandono e preocupação social. Já para os profissionais com experiência superior a 09 anos, apresentados no lado direito desse eixo, as representações para o mesmo estímulo foram associadas principalmente a pessoas *insanas*, acometidas por uma *perturbação mental*, e que necessitam de um *tratamento* específico para sua patologia.

Nesse mesmo campo semântico, as representações para o estímulo 2 (*doente mental*) foram significativas apenas em relação aos profissionais com experiência superior a 09 anos – lado direito do eixo horizontal –, os quais observaram o doente mental como aquele que precisa de *apoio* para ser *reinserido* na sociedade.

Percebe-se aqui uma divergência entre os dados obtidos pelos profissionais com experiência superior a nove anos em relação aos estímulos 1 e 2. No primeiro, as representações foram atravessadas por uma concepção diretamente atrelada ao conceito de doença e da mecanização do tratamento, enquanto no segundo observa-se uma associação mais subjetiva, preocupada com o acolhimento e cuidado dessas pessoas, como também com o processo de inclusão social e familiar.

Em relação ao estímulo 03, no lado esquerdo da linha vermelha os sujeitos evocaram a palavra *apoio*, vendo a Reforma Psiquiátrica como um movimento com ancoragem política capaz de dar suporte ao portador de transtornos mentais, garantindo seu acesso e atendimento de qualidade nos diferentes serviços. Inversamente, no lado direito da linha horizontal, ao mesmo estímulo foi evocada a palavra *melhora do tratamento*, relacionando a Reforma Psiquiátrica a uma possibilidade de mudança da abordagem terapêutica dessas pessoas, instituindo uma prática mais humanizada e não restrita ao internamento compulsório em hospitais psiquiátricos.

No eixo vertical (F2), de valor estatístico menos significativo para o objeto da pesquisa, estão as representações evocadas pelos profissionais médicos (parte superior da linha azul) e psicólogos (parte inferior da linha azul), observadas através das *nuvens semânticas*. Em relação ao estímulo 1, houve grande divergência quando faz-se a comparação entre as respostas obtidas pelos psicólogos e pelos médicos, onde os primeiros associam o *louco* à palavra *preconceito*, dando relevância às atitudes de *discriminação*, *rotulação* e *estigma* experimentadas por essas pessoas, demonstrando principal “interesse” com o *víeis social* atribuído à

loucura; já os segundos representaram o *louco* como alguém que necessita de cuidados médicos – inferindo o conceito de doença –, relacionando essa assistência ao ambiente dos Hospitais Psiquiátricos, e ainda atribuindo a esse sujeito uma conotação de *medo*, retomando aqui a forma preconcebida de ver, “denunciada” pelos profissionais da psicologia.

Observa-se ainda no eixo F2 que, para os médicos, o *doente mental*, diferente do que foi percebido para o estímulo 1, é colocado em uma posição social de marginalização e *preconceito*, sem, entretanto, esquecer-se do conceito próprio de doença quando falam que os mesmos dependem do *uso de medicação* para proporcionar uma melhor qualidade de vida. Os psicólogos, por sua vez, associam o *doente mental* à pessoas que são *excluídas* e que são vítimas de intenso *sofrimento*, precisando, portanto, de uma atenção direcionada à compreensão e *entendimento* e trazendo pela primeira vez a importância substancial do *apoio familiar* nesse processo.

Nesse mesmo eixo, os médicos representam a *Reforma Psiquiátrica* (estímulo 3) através da palavra *gestão*, demonstrando preocupação com um não cumprimento das políticas públicas, objetivado pela falta de investimentos necessários e falta de leitos para um acolhimento especializado. Já os psicólogos vêm a Reforma como uma *luta* com *difíceis* caminhos a serem percorridos e que têm como principal expressividade a criação das *redes* substitutivas de atenção em Saúde Mental.

A partir do exposto, podemos evidenciar a discrepância nas representações tecidas pelas diferentes classes de profissionais em relação aos estímulos loucura e doente mental. Os médicos e enfermeiros poucas vezes preocupando-se com questões sociais e afetivas ao falar de loucura e doença mental, evocando principalmente palavras como *doença*, *medicação*, *médico* e *tratamento*, o que é explicado por suas formações direcionadas à assistência baseada na medicalização e valorização dos sintomas, de forma que o cuidar humanizado da pessoa que adoece é reduzido a uma opção poucas vezes “utilizada”; os psicólogos, em contrapartida, evocaram principalmente palavras como *preconceito*, *exclusão*, *compreensão* e *família*, revelando uma formação mais direcionada exatamente aos aspectos sociais e psicoafetivos que fazem parte desses sujeitos.

Para o estímulo Reforma Psiquiátrica, há um posicionamento dos profissionais não observado no sentido de divergência, mas sim de saberes que se complementam (verificado pela utilização de palavras como *apoio*, *família*, *luta*,

melhora de tratamentos, sofrimento e gestão) percebendo-se, entretanto, uma certa superficialidade de conhecimento por parte dos médicos e enfermeiros (ambos evocaram apenas uma palavra estatisticamente significativa) em relação aos psicólogos, os quais conseguiram colocar várias palavras com significação estatística para o mesmo estímulo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou verificar que existem pouquíssimos trabalhos referentes à temática aqui abordada. A grande maioria das pesquisas já realizadas que seguiram esse eixo temático não se preocuparam em abordar o pensamento ou as Representações de profissionais inseridos em Hospitais Gerais e sim no contexto de Hospitais Psiquiátricos ou Centros de Atenção psicossociais, estes funcionando quase sempre como principal serviço da rede substitutiva de atenção em Saúde Mental utilizado como local de pesquisa.

Percebe-se ainda que as Representações Sociais, como objeto de estudo, são utilizadas mais comumente para o entendimento da *doença mental* e dos *doentes mentais* inseridos em um contexto atual, poucas vezes preocupando-se em retomar o conceito histórico de *loucura* e, ainda mais raramente, em buscar e tentar compreender os conhecimentos sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica.

Dessa forma, a relevância em se trabalhar com o tema *Representações Sociais da Loucura, Doença Mental e Reforma Psiquiátrica no contexto do Hospital Geral* está implicada exatamente na diferenciação dos temas comumente abordados, dos locais onde normalmente realizam-se as pesquisas e, conseqüentemente, na importante possibilidade de descobrir e divulgar novos conhecimentos.

Os tipos de instrumentos utilizados como método de pesquisa (questionário biosociodemográfico, teste de associação livre de palavras e entrevista semi-estruturada) contribuíram sobremaneira para a obtenção dos resultados por garantirem uma maior e melhor aproximação com os sujeitos envolvidos no estudo, além de possibilitarem não apenas avaliar o conhecimento dessas pessoas, mas, principalmente, em fazê-lo de forma dinâmica, permitindo a realização de comparações significativas entre o que foi colocado pelas diferentes categorias de profissionais (médicos, enfermeiros e psicólogos) e inter-relacionando com os temas abordados e com os objetivos da pesquisa.

As limitações do estudo foram delimitadas primariamente pela dificuldade em se conseguir a adesão dos profissionais (principalmente médicos) à pesquisa. Grande parte das pessoas negava-se em participar afirmando ter pouco ou nenhum conhecimento na área solicitada, ficarem constrangidas ao serem questionadas ou terem suas falas gravadas, ou não ter disponibilidade do tempo necessário a ser

dispensado, já que se encontravam em seu ambiente de trabalho. Partindo disso, a pesquisa contou com uma quantidade de participantes inferior à que era desejada, e sabe-se que essa redução da amostra é capaz de interferir, negativamente, na obtenção e construção dos resultados.

Uma lacuna presente nesse estudo é capaz de exemplificar a preocupação acima descrita: não foi possível alcançar completamente os objetivos específicos *c* e *d* propostos na pesquisa pelo fato de a variável *tempo de experiência profissional* ter emitido dados significativos apenas em relação aos profissionais da enfermagem, não chegando aos mesmos resultados e possibilitando realizar uma comparação também entre os profissionais médicos e psicólogos.

Assim sendo, como propostas para novos estudos, sugere-se, primeiramente, o aumento da amostra para possibilitar a obtenção de resultados mais expressivos. Pensa-se também na possibilidade de realização de pesquisas em outras cidades do Estado da Paraíba ou mesmo outros Estados do país, a fim de realizar comparações entre os profissionais de serviços de diferentes localidades. Além disso, pode-se estender o direcionamento do trabalho para além dos profissionais de saúde, incluindo também os próprios usuários (pacientes com transtornos mentais) do serviço dos hospitais gerais e também os seus familiares.

Este estudo foi capaz de contribuir, de forma significativa, principalmente com a elaboração e posterior publicação de novos conhecimentos para a comunidade acadêmica e também com uma ampliação das formas de se abordar temas relacionados ao campo da Saúde Mental.

Partindo desse pressuposto, pode-se afirmar que os participantes da pesquisa não apenas contribuíram com a formação e a divulgação de conhecimento, mas também foram beneficiados com a possibilidade de confrontar o seu próprio saber, instigados a repensar práticas e a desejar e buscar mudanças no sentido de melhorar as intervenções direcionadas à realidade ainda predominante – constituída por desinformação, desestruturação, não adequação à políticas públicas, indiferença, preconceito e desumanização do cuidar.

REFERÊNCIAS

ALVES, Carlos Frederico de Oliveira et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Revista neurobiologia**, Recife, v. 72, n. 1, p. 85-96, jan./mar., 2009.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Revista Múltiplas Leituras**, São Paulo, v.1, n. 1, p. 18-43, jan. / jun., 2008.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: Roberto Passos Nogueira (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 151-160.

BARROS, Daniela Ribeiro et al. A reforma psiquiátrica a partir das representações sociais de estudantes sobre a loucura, a doença mental e o hospital psiquiátrico. **V Jornada Internacional e III Conferência Brasileira sobre Representações Sociais**, Brasília-DF, jul-ago, 2007.

BARROS, Regina Benevides. Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: **Loucura, Ética e Política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 196-206, 2003.

BELLATO, Roseney et al. A abordagem do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.3, p. 255-263, mar., 2007.

BOTEGA, Neury José. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BRASIL. Lei Federal nº 10216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento**. Brasília, 2001.

BRASIL. Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992. **Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde**. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas**. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: Relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília; 2007.

BRIVIO, Gustavo. Representações Sociais: dimensão estruturada e estruturante dos processos de comunicação. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, ano X, n. 116, p. 108-115, jan. 2011.

CALDAS, Amanda de Alvarenga; NOBRE, Júlio César de Almeida. Saúde mental e reforma psiquiátrica brasileira: reflexões acerca da cidadania dos portadores de transtornos mentais. **Cadernos UniFoa**, Volta Redonda, n. 20, p. 65-77, dez. 2012.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane Vasconcelos. A ética da palavra na relação profissionais de saúde-pacientes. **Idéias**, São Paulo, n.6, nova série, 2013.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima. **Depressão Infantil**. João Pessoa: UFPB. 2001.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GAMA, Adriana Ferreira; SANTOS, Aline Renée Benigno dos; FOFONCA, Eduardo. Teoria das representações sociais: uma análise crítica da comunicação de massa e da mídia. **Revista Temática**, Ano VI, n. 10, out. 2010.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, mar., 2001.

HILDEBRANDT, Leila Mariza; ALENCASTRE, Márcia Bucchi. A inserção da psiquiatria no hospital geral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.167-186, jan., 2001.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, p.17-44, 2001.

MACHADO, Ana Lúcia; COLVERO, Luciana de Almeida. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 672-677, jan./out., 2003.

MACIEL, Silvana Carneiro. Exclusão/inclusão social do doente mental/louco: representações e práticas no contexto da reforma psiquiátrica. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Universidade Federal da Paraíba, 2007.

MACIEL, Silvana Carneiro et al. Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 29, n. 3, p. 436-447, 2009.

MACIEL, Silvana Carneiro et al. Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. **Temas em Psiquiatria**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p.193-294, 2011.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: Editora Universitária, 2002.

PAES, Roberto Márcio; MAFTUM, Mariluci Alves; MANTOVANI, Maria de Fátima. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 31, n.2, p. 277-284, jun., 2010.

PEREIRA, Maria Eunice Ornellas. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p.71-82, 2003.

RIBEIRO, Bruno Alvarenga; PINTO, Viviane Aparecida. Entrando na “Nau dos Loucos”: breve revisão da história da loucura e seus desdobramentos. **Revista Conexão Ciência (Online)**, v. 6, n. 1, 2011.

SÁ, Roseane Christhina da Nova. **Representações Sociais da depressão elaboradas pelos profissionais de saúde, pessoas deprimidas e familiares**. Dissertação (Mestrado em Psicologia. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005.

SÁ, Celso Pereira de. **A Construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ. 1998.

SCHMITT, Ricardo; GOMES, Roberta Horn. Aspectos da interconsulta psiquiátrica em hospital de trauma. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 71-81, jan./abr. 2005.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-34, 2008.

SILVA, Najara Gajo; OLIVEIRA, Aline Guimarães Bottaro. Interconsulta psiquiátrica e unidades de internação psiquiátrica no Brasil: uma pesquisa bibliográfica. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 244-251, 2010.

SILVA, Sílvio Éder Dias da; CAMARGO, Brigido Vizeu; PADILHA, Maria Itayra. A Teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 947-51, set./out. 2011.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; SILVA, César Augusto Ferreira da; OLIVEIRA, Eliany Nazaré. Serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 796-802, set. 2010.

VIEIRA, Priscila Piazzentini. Reflexões sobre *A História da Loucura* de Michel Foucault. **Revista Aulas**, Campinas, n. 3, 2006-2007.

APÊNDICE A-CRONOGRAMA

Etapas	Jan- Mar/13	Abril- jul/13	Ago- Set/13	Out/13	Nov/13	
Elaboração do Projeto de TCC	X					
Levantamento bibliográfico	X	X				
Preenchimento das tabelas de dados		X	X			
Análise comparativa			X			
Análise e interpretação dos resultados			X			
Elaboração do TCC parcial			X			
Apresentação do TCC parcial			X			
Elaboração do TCC final				X		
Apresentação oral e escrita do TCC final				X	X	
Entrega monografia – versão final					X	

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal de Campina Grande

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa Representações Sociais da Doença Mental e da Reforma Psiquiátrica no contexto do Hospital Geral. A referida pesquisa tem como responsável a professora e psicóloga (CRP 13/3729) Roseane Christina da Nova Sa Serafim. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, PROFISSÃO, _____, inscrito no CPF _____ - _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo "Representações Sociais da Doença Mental e da Reforma Psiquiátrica no contexto do Hospital Geral". Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) Este estudo corresponde a um Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido pela aluna Rafaela Maciel Dantas, devidamente matriculada no curso de Medicina (UFCG);
- II) O objetivo geral deste estudo é investigar as representações sociais dos médicos(as), enfermeiros(as) e psicólogos(as) sobre doença mental e reforma psiquiátrica;
- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. E nem irá interferir na execução das minhas atividades profissionais;
- V) Os resultados obtidos durante esta pesquisa serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

V) Caso me sinta prejudicado(a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

Campina Grande, ____ de _____ de 2013

Participante: _____

Assinatura

Responsável pelo Projeto:


PROFISSIONAL

Contato da Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Roseane Christina da Nova Sa Serafim através do endereço: Av. Invencio Arruda, n° 793, Bodocongo, Campina Grande – Paraíba – CEP 58109-790 Fone: (83) 2101-1774. Curso de Graduação em Psicologia (UACS-CCBS-UFCG). E-mail: roseanecma@yahoo.com.br

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HU-UFCG):

Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande – Pb. Telefone (83) 2101.5545

APÊNDICE C – CADERNO DE ENTREVISTA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – UACM
CURSO DE MEDICINA
CEP 58.107-670 – Campina Grande, PB
Tel. 2101.5553**

Estimado(a) participante,

Estamos realizando uma pesquisa no Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga com o objetivo de saber o que profissionais de saúde pensam a respeito o processo de adoecimento e a prática do cuidado. Assim, para o desenvolvimento deste estudo, gostaríamos de contar com sua colaboração.

Para isso, é necessário que você responda a este questionário, com a máxima sinceridade e liberdade. Não se preocupe, pois garantimos a confidencialidade e o sigilo de todas as suas respostas.

Por favor, leia atentamente as instruções deste caderno e marque a resposta que mais se aproxima da forma como você pensa, age e sente, sem deixar nenhuma das questões em branco.

AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO!

QUESTIONÁRIO BIO-SÓCIO-DEMOGRÁFICO

A sua colaboração é muito importante para o nosso estudo científico. Não é necessário que você se identifique. Deste modo, garantimos que o anonimato e a confidencialidade de suas respostas serão resguardados.

1. Profissão: _____
2. Idade: _____ anos 3. Tempo de experiência profissional _____
1. Sexo: () Masculino () Feminino

TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Você vai ouvir três palavras/estímulos. Após ouvir cada palavra, escreva o mais rápido possível todas as palavras na ordem em que lhe vierem à mente. Escreva pelo menos três palavras. Depois de escrever, sublinhe ou circule a palavra que você acha mais importante.

Estímulo 1.	Estímulo 2.	Estímulo 3.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

TÉCNICA DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. O que você entende por *loucura*?
2. O que você entende por *doença mental*?
3. O que você sabe sobre a *Reforma Psiquiátrica*?
4. Em sua opinião, existe relação entre *hospital geral* e *Reforma Psiquiátrica*?
Justifique:
5. Em sua opinião, pessoas internadas no *hospital geral* podem apresentar algum tipo de alteração mental, afetivo ou de comportamento? Justifique:
6. Em sua opinião, a equipe de saúde constituída por médicos, enfermeiros e psicólogos está capacitada para cuidar de pessoas que durante o período de internação em um *hospital geral*, apresente algum tipo de alteração mental, areva ou comportamental?
7. Você já presenciou uma situação de *loucura/doença mental*, no *hospital geral* () sim () não, e qual sua reação?

ANEXO A-AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação, que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, o projeto de número CAAE: 15494713.2.0000.5182 intitulado: **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA MENTAL E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO DO HOSPITAL GERAL.**

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC em 30 dias, relatório final de conclusão, antes do envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos do HUAC em data a ser acordada entre o CEP e o pesquisador.


Prof. Maria Teresa Nascimento Silva
Coordenadora CEP/HUAC/UFPG

Campina Grande - PB, 22 de Julho de 2013.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br