

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

FLAVIA ROBERTA OLIVEIRA MATHIAS

**A PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA SOBRE A
ABERTURA DAS PORTAS DOS MANICÔMIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) submetido
à avaliação da Comissão Examinadora para
obtenção do título de Psicólogo.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Orientadora do TCC: Prof^ª Msc. Nadia Frizzo

Professora da Disciplina de TCC: Prof^ª Msc. Kenny Secchi

Av. Castelo Branco, 170 , 2º Bloco 2º Andar, Coordenação de Psicologia

Bairro Universitário. Caixa Postal 525 - Cep 88 509-900

Telefone para contato: (049) 9983-17 16

Lages SC

Professora Convidada: Prof^ª Msc. Silvia Dutra Pinheiro

Rua Professor Antônio José Renião, nº 151

Bairro Espírito Santo. CEP 91770-670

Telefone para contato: (051) 8183- 62 68

Porto Alegre RS

Lages

Dezembro de 2006

A PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA SOBRE A ABERTURA DAS PORTAS DOS MANICÔMIOS

RESUMO

A loucura, que até o século XVII era mantida em meio à sociedade, após o século XVIII passou a ser mantida enclausurada, sendo assim institucionalizada. Ainda nos dias de hoje, muitas pessoas são retiradas da sociedade e internadas em regime integral por serem portadoras de diagnóstico de doença mental. O modelo proposto por movimentos sociais e por políticas públicas para a saúde mental tem como uma de suas principais características a afirmação e a prática de que não é preciso excluir ou encarcerar para cuidar. Muitos dos profissionais da saúde, psicólogos em especial, permeiam suas práticas profissionais através do comprometimento com o movimento antimanicomial com o intuito de possibilitar um conjunto amplo de medidas que interfiram nas condições de vida de pessoas institucionalizadas. Assim, este trabalho propôs-se fomentar discussões bem como, identificar as percepções de estudantes de psicologia sobre a abertura das portas dos manicômios. Para isso, foi utilizado como instrumento de coleta de dados o grupo focal que consiste na interação entre os participantes da pesquisa, o pesquisador e a coleta de dados, a partir da discussão com foco em tópicos específicos e diretivos. Participaram da pesquisa cinco estudantes do 8º semestre do curso de Psicologia da Universidade do Planalto Catarinense. Os resultados mostram as percepções dos estudantes e a forma como estes vêem a desinstitucionalização da “loucura”, bem como os conhecimentos dos mesmos acerca de normatizações e movimentos sociais permeiam o tema saúde mental.

Palavras-chave: Desinstitucionalização, reforma psiquiátrica, saúde mental.

PARECER DO ORIENTADOR

Eu, Nádía P. Frizzo, como orientadora do Trabalho de conclusão de curso de Flávia Roberta Oliveira Mathias, intitulado A PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA SOBRE A ABERTURA DAS PORTAS DOS MANICÔMIOS, indico este para que concorra ao Prêmio Sílvia Lane, proposto pela Associação Brasileira de Ensino da Psicologia – ABEP.

O presente trabalho de conclusão de curso representa a trajetória do interesse e da vinculação da (agora) psicóloga Flavia Roberta Oliveira Mathias junto ao tema da Luta Antimanicomial. Seu empenho é resultado da sua caminhada como estudante de Psicologia e no movimento estudantil, como presidente do Centro Acadêmico de Psicologia da UNIPLAC, na organização de eventos do curso, e preparação e ativa participação nos EREP's, coroado pelo interesse no tema aqui proposto e tão bem por ela desenvolvido. Sua preocupação com a formação dos estudantes – futuros profissionais - e a percepção e o (pouco!) conhecimento dos mesmos sobre tratamentos e serviços substitutivos bem como das políticas públicas em saúde mental, é louvável e merecedor do nosso apoio incondicional. Este trabalho faz parte da sua formação pessoal e profissional e traduz suas qualidades de pesquisadora atenta, tanto pelo rigor científico e metodológico, quanto pelas preocupações políticas evidenciadas na construção do referencial teórico e nas informações levantadas. O trabalho foi avaliado em banca com o melhor conceito (A) e o resultado aqui apresentado é fruto das suas características como pesquisadora. Sua recomendação justifica-se pela qualidade do produto final de suas reflexões e questionamentos acerca da formação dos estudantes em relação ao tema da saúde mental.

Cabe justificar que de acordo com as normas técnicas de elaboração de TCC's da UNIPLAC a problemática, a justificativa e os objetivos estão contemplados no texto de introdução na versão final da pesquisa, estando separados somente na fase inicial do projeto de pesquisa do TCC.

Nádía Paula Frizzo

Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso

UNIPLAC – Lages - SC

FLAVIA ROBERTA OLIVEIRA MATHIAS

**A PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA SOBRE A
ABERTURA DAS PORTAS DOS MANICÔMIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso do 10º semestre
do curso de Psicologia da Universidade do
Planalto Catarinense.

Orientadora: Profª M. Sc Nádia Paula Frizzo

**Lages
2006**

Conquista

***Tinha certeza que um dia...
Depois que a luta acabasse
depois que amanhecesse
e a noite negra passasse.
Certeza absoluta, eu tinha!
Depois do choro calado,
depois dos laços quebrados,
depois que o sangue estancasse...
Que eu te encontraria...
Ainda que o sol parasse
que o corpo voltasse ao pó,
e só a alma restasse...
Tu me pertenceria,
por direito, cedo ou tarde
E eu feliz voaria,
Em tuas asas...
Liberdade!***

***Albertino Teodoro, usuário do
ambulatório de Saúde Mental de São
José do Rio Preto, SP.***

***Essa poesia lhe rendeu Menção
Honrosa no 2º Prêmio Arthur Bispo do
Rosário em 2000.***

*Dedico este trabalho a cinco pessoas as
quais já não imagino viver distante:
Andréa, Priscila, Eduardo, Pablo e Sidão.
Poucas pessoas são capazes de entender a
forma como se constitui nossa relação,
dessa forma só posso dizer que fazer parte
do GS (grupo seletivo) é pra mim
impagável.*

*Nossa relação é de troca mútua, amor,
amizade, respeito, sinceridade, mesmo
quando as diferenças entre nós são
gritantes.*

*Obrigada por vocês também terem me
escolhido, pois sabem como é né, a cada
dia as pessoas procuram amigos
semelhantes a si mesmo por comodismo, e
nós a cada dia escolhemos um ao outro
justamente pelas diferenças.*

Amo vocês....

Sendo este o último trabalho que faço na graduação, tenho muitas pessoas para agradecer...

A todos os meus amigos que estiveram comigo ao longo desses cinco anos e meio.

A minha família (Minha Grande Mãe, Meu Grande Pai, minhas Amadas irmãs Ana Paula e Rubia,, minha tia “Com” e minhas primas Natali e Amanda e ao Kauan) que sempre me deram apoio e estiveram comigo nos bons e maus momentos da graduação, principalmente nas vezes em que eu achei que não iria conseguir chegar até o fim.

À professora Nádia pela paciência. À Professora Pia que ha muito não vejo. À Professora Silvia pela amizade e carinho.

Enfim, a todos aqueles que de alguma forma estiveram comigo, compartilhando o bônus e o ônus da graduação durante caminho percorrido.

SUMÁRIO

RESUMO.....	2
1. INTRODUÇÃO.....	9
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 Loucura e institucionalização da loucura.....	12
2.2 Manicômios e reformas psiquiátricas.....	14
2.3 A reforma psiquiátrica no Brasil e o movimento antimanicomial.....	16
2.4 Políticas públicas, leis e programas em saúde mental.....	19
3. MÉTODO.....	21
3.1 Caracterização da pesquisa.....	21
3.2 Participantes.....	22
3.3 Procedimento de coleta de dados.....	22
3.4 Procedimento de análise dos dados.....	22
3.5 Análise de riscos e benefícios.....	24
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	25
4.1 Análise e discussão das categorias estabelecidas.....	25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
6. REFERENCIAS.....	37
ANEXOS	40
APÊNDICES.....	44

1. INTRODUÇÃO

Segundo Foucault (2004) a loucura, que até o século XVII era mantida em meio à sociedade, após o século XVIII graças aos burgueses e ao Estado, passou a ser mantida enclausurada, sendo assim institucionalizada. A partir daí os alienados (loucos), com o advento do capitalismo eram vistos como uma ameaça à sociedade, eram marginalizados e excluídos. Por serem loucos eram punidos, sendo retirados da sociedade e depositados em manicômios

Ainda nos dias de hoje (século XXI), muitas pessoas são retiradas da sociedade e internadas em regime integral por terem algum tipo de transtorno ou doença mental. O modelo proposto por movimentos sociais e por políticas públicas para a saúde mental tem como uma de suas principais características a afirmação dos cuidados/serviços substitutivos, sob a ótica de que não é preciso excluir ou encarcerar para cuidar.

Muitos dos profissionais da saúde, psicólogos em especial, permeiam suas práticas profissionais através do comprometimento com o movimento antimanicomial com o intuito de possibilitar um conjunto amplo de medidas que interfiram nas condições de vida de pessoas institucionalizadas por diagnósticos de doença mental, e permitam a elas criar alianças e vínculos fortes com a comunidade na qual estão inseridas.

O movimento antimanicomial não pretende apenas extinguir os manicômios, pois as relações entre as pessoas ainda podem continuar a ser excludentes. É necessária uma ampla mudança na sociedade, onde possa haver um resgate do respeito pela subjetividade dos indivíduos. De modo geral, o movimento antimanicomial compreende que a integração social é o melhor caminho para o restabelecimento da saúde mental.

É preciso mudar o padrão cultural, a sociedade deve respeitar as diferenças, as pessoas devem estabelecer relações com o “diferente” sem medo e sem preconceito, para que através de práticas sociais adequadas, possam de fato promover uma transformação legítima nas relações sociais.

É de fundamental importância que a formação profissional possibilite, através de pesquisas, a construção do conhecimento. Durante a formação é que aprendemos a exercitar a prática de pesquisa tão necessária para fomentar discussões acerca de temas pertinentes para toda a vida profissional. Daí a necessidade de discutir saúde mental entre estudantes de graduação do curso de psicologia.

O presente trabalho pretende integrar formação com necessidades sociais, pois mesmo com as tentativas de mudanças nas instituições asilares, com as várias normas e discursos da Reforma Psiquiátrica, ainda nos dias de hoje encontram-se locais e instituições totais (Goffman, 1996) com sistema de internação integral para pessoas acometidas por transtornos mentais, onde a clientela atendida é afastada da família durante o tratamento, tornando o local de atendimento iatrogênico (que danifica a saúde ao invés de cuidar), pois há uma deficiência nas intervenções terapêuticas, na precariedade de hotelaria e na baixa capacitação da mão-de-obra dos profissionais.

O movimento antimanicomial a cada dia esforça-se para formular projetos de assistência e apresentar medidas terapêuticas alternativas para a saúde mental. Os novos modelos de tratamento prevêm que pessoas acometidas por graves transtornos psíquicos tenham apoio diário nos centros de tratamento em meio aberto, enquanto convive com sua família e com a comunidade em geral.

A fim de mostrar que o indivíduo pode e deve desenvolver suas potencialidades e exercer sua cidadania, Goffman, Foucault e Amarante, entre outros, trazem excelentes obras, como por exemplo, “Manicômios, prisões e conventos”, “História da loucura na Idade Clássica”, “Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil”, que apresentam, denunciam e discutem a loucura e o enclausuramento da mesma, bem como, a desinstitucionalização da loucura.

É com base nesses autores e com o objetivo de identificar as percepções que estudantes de psicologia têm sobre a abertura das portas dos manicômios, que a pesquisa foi permeada. Sendo assim foi possível através da promoção de discussões, fomentar importantes contribuições acerca do tema, visando caracterizar o conhecimento dos mesmos em relação à normatização em saúde mental no Brasil, bem como os movimentos sociais que tem como objetivo lutar em prol do fim dos manicômios.

Dessa forma, pode-se afirmar que são de extrema relevância social e científica promover espaços de discussão sobre saúde mental durante a graduação. Acredita-se que mudanças culturais e a reabilitação psicossocial com vistas a ampliar a autonomia de pessoas acometidas por graves transtornos psíquicos é de fundamental importância. Sendo assim

estabeleceu-se como problema de pesquisa a seguinte questão: qual a percepção de estudantes de psicologia sobre a abertura das portas dos manicômios?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Loucura e institucionalização da loucura

Desde a antiguidade até os dias atuais, a loucura vem sendo estudada e definida a partir de alguns conceitos estabelecidos, sejam eles pelo senso comum, cultura etc. Para Pessotti (1999), o conceito de loucura varia um pouco da antiguidade até os dias de hoje, mas pode ser definida como perda da autonomia psicológica, que implica em perda da liberdade e do autogoverno, seja porque a razão se perde ou se perverte, ou ainda porque a força do desejo atropela o controle racional do comportamento.

A loucura nada mais é que uma bagunça na constituição das idéias ou na forma de elaboração mental da experiência dos sentidos, em qualquer momento do processo de elaboração (pensamento, memória, imaginação ou vontade). A loucura pode ser considerada como o “erro” ou a distorção de julgamento ou crítica, incoerência entre a realidade dos sentidos e a idéia. Assim, pode-se dizer que a loucura não é a perda da razão e sim é o defeito no julgamento ou o erro na elaboração das idéias. O louco tem uma razão que em alguns momentos ou situações de sua vida, erra e em outras situações, essa mesma razão pode atuar com integral acerto (PESSOTTI, 1996).

Valladares (2004) conceitua a loucura como sendo algo que está relacionada ao parâmetro de normalidade existente, ou seja, louco é aquele que é diferente, excêntrico e que não segue ao que socialmente é aceito e “adequado” ao convívio social. A autora define que estar louco, depende do olhar e aprovação do outro e, muitas vezes, está diretamente relacionado à forma com que esse se relaciona com as dificuldades que a vida impõe.

Durante todo o período da Antiguidade e da Idade Média, o louco gozou de certo grau de extraterritorialidade e a loucura era experimentada em estado livre, podendo circular e fazer parte do cenário comum da sociedade, já que a literatura afirma que nesta época, o

número de doentes mentais não era tão grande. Sendo assim, cada família cuidava do “seu louco” baseando-se pelos costumes da época, tendo a interferência do governo somente em assuntos de direito. Os tratamentos médicos na Grécia e na Roma antiga permaneceram como fenômenos centrados, limitado a poucos abastados, sendo que as famílias de posses mantinham seus loucos em casa, frequentemente e sob a guarda de um assistente contratado especialmente para este fim. Aos pobres era permitido vagar pelos campos ou pelos mercados das cidades e sua sobrevivência era assegurada pela caridade pública ou pequenos trabalhos informais (RESENDE, 1987).

Foi com o objetivo de limpar as cidades dos mendigos e anti-sociais em geral, promover o trabalho para os desocupados, punir a ociosidade e reeducar para a moralidade mediante a instrução religiosa e moral, que a loucura que durante tanto tempo havia sido manifestada pelos indivíduos sem nenhuma forma de repressão, foi varrida da sociedade (RESENDE, 1987).

Segundo Amarante (2001), durante essa mesma época (a época clássica), o hospício tem uma função eminentemente de hospedaria. Os hospitais gerais e Santas Casas de Misericórdia representam o espaço de recolhimento de pessoas que estão à margem do padrão considerado normal (fora dos padrões sociais aceitos da época): leprosos, prostitutas, ladrões, vagabundo, loucos, enfim, todos aqueles que de alguma forma representavam ameaça à lei e à ordem social. O enclausuramento durante esse período não possui um caráter de medicalização, uma natureza patológica.

No início do século XVIII, a figura ideal do hospital, ainda não é o doente que precisa ser curado, mas sim os pobres, os que beiram a morte e os indivíduos que ameaçam os valores da sociedade capitalista nascente. A pessoa internada era alguém que deveria ser assistida material e espiritualmente, a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Nesta época o hospital era um morredouro (FOUCAULT, 1992). Por volta de 1780 (fim do século XVIII), o internamento é marcado pela convergência entre percepção, dedução e conhecimento, ganhando assim características médicas e terapêuticas (AMARANTE, 2001).

O internamento, em sua forma mais selvagem, funcionou como um mecanismo social e tal mecanismo atuou sobre uma ampla área política, econômica e social, pois se estendeu dos regulamentos mercantis elementares ao grande sonho burguês de uma cidade onde imperaria a síntese autoritária da natureza e da virtude. Alusivamente supõe-se que o sentido do internamento se esgota em uma obscura finalidade social que permite ao grupo eliminar os elementos que lhe são heterogêneos ou nocivos. O internamento seria a eliminação instintiva dos “a-sociais” e a era clássica teria neutralizado de forma segura, porém cega, aqueles que

não sem hesitação, nem perigo, distribuímos entre as prisões, casas de correção, hospitais psiquiátricos, entre outros (FOUCAULT, 2004).

A caracterização do louco como personagem que representa risco e periculosidade social, inaugura dessa forma, a ordenação do espaço hospitalar e a institucionalização da loucura pela medicina (AMARANTE, 2001).

Os loucos, que foram confinados em porões das Santas Casas e hospitais gerais compartilharam com os demais deserdados diferentes formas de punição e tortura. As vítimas de insanidade, na qual se observava alguma especificidade, sofriam tratamentos “médicos”, os quais eram levados a um grau enorme de brutalidade, podendo ser considerado tortura. Os tratamentos eram inspirados na medicina galênica, (a qual acreditava que a doença era resultado do desequilíbrio dos quatro humores do corpo) e tinham como objetivo livrar os doentes de seus maus humores, sangrando-os até o ponto de levá-los ao desmaio ou purgando-os várias vezes por dia até que de seus intestinos nada mais saísse senão água rala e muco (RESENDE, 1987).

É apenas no século XIX que a loucura, no campo da medicina psiquiátrica, é associada à doença através da construção da categoria de doença mental pela psicopatologia geral positivista e da criação do asilo psiquiátrico. Após a Revolução Francesa, quando não mais se justificava o seqüestro do louco e sua mistura com as pessoas consideradas possuidoras de comportamento desviante, surge através de medidas judiciais, o asilo psiquiátrico (FOUCAULT, 2004).

2.2 Manicômios e Reformas Psiquiátricas

O século XIX bem poderia ser chamado de o século dos manicômios, não somente pela importância histórica da instituição do tratamento médico manicomial, mas também pela proliferação de manicômios ocorrida ao longo deste século. Os manicômios se distribuíram por diversos países da Europa, principalmente na Itália e na França e funcionavam em velhos edifícios adaptados ou em prédios especialmente construídos para este fim. Os manicômios instalados em velhos edifícios, como conventos desocupados, não tinham instalações adequadas de tratamento para a sua função “psiquiátrica”. Mesmo quando construídos para essa função, frequentemente possuíam aspectos negativos, como quartos estreitos, sem ar e

sem luz, úmido e sujo, geralmente com uma pedra pesada dentro do quarto para que correntes fossem fixadas nela para conter o comportamento dos internos. Segundo pesquisas oficiais, por volta de 1840 havia na Europa cerca de vinte manicômios públicos, em 1880 aproximadamente quarenta manicômios e no fim do século XIX um número um pouco maior. Quanto ao número de doentes internados em manicômios ou equivalentes, em dezembro de 1874 o número era de 12 210 internos; seis meses depois, 17 471. Em 1935, o número de pessoas internadas em manicômios era de 96 423 (PESSOTTI, 1996).

No Brasil, a loucura se fez presente no convívio social até o início do século XIX, e o doente mental da época era eventualmente encarcerado em prisões públicas. Pelas mesmas circunstâncias sociais que na Europa determinaram o que Foucault qualificou de ‘o grande enclausuramento’, no país a loucura começou a ser reconhecida como desordem e obstáculo ao crescimento econômico (RESENDE, 1987).

Em meados do século XIX (1852) foi inaugurado o primeiro manicômio brasileiro, fundado por Dom Pedro II, com o nome de Hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro, capital do império na época. Após a proclamação da República, no fim do século XIX, a loucura com a ajuda do Estado, passa do discurso religioso para o discurso científico (médico-psiquiátrico) passando a ser gerenciada por serviços médicos especializados que foram gradualmente sendo introduzidos no país desde então (TEIXEIRA, 1997).

De meados do século XX até a década de 1980, prevaleceu o discurso de saúde mental instituído como um discurso reformista, que propunha a substituição do discurso manicomial para concretizar a cientificidade e humanização do tratamento no processo de gerenciamento da loucura, visto que a doença mental passou a ser entendida através de uma perspectiva biopsicossocial (PORTOCARRERO, 1990 apud VECHI, 2004).

Após a Segunda Guerra Mundial, o período torna-se cenário para o projeto de reforma psiquiátrica contemporânea e as críticas e reformas da instituição asilar são atualizadas. Amarante ao historiar esse momento, lembra que Pinel (século XIX), com seu ato de “libertação dos loucos” retirando-os das correntes, ressignificou as práticas asilares, ressaltando o fato de haver incoerência entre a prática psiquiátrica e a criação das instituições apontadas pelo grande enclausuramento. As reformas posteriores a de Pinel tiveram como objetivo questionar o papel e a natureza da instituição asilar e do saber psiquiátrico. São alguns dos movimentos reformistas contemporâneos: a psicoterapia institucional, as comunidades terapêuticas, a psiquiatria de setor, a psiquiatria preventiva, a antipsiquiatria e as experiências surgidas a partir do italiano Franco Basaglia (AMARANTE, 2001).

A psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas nos EUA no pós-guerra propõem uma reformulação no espaço asilar através de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas que possibilitam a desarticulação da estrutura hospitalar considerada segregadora e cronificadora. A psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva surgem como um movimento de contestação à psiquiatria asilar e cria o conceito de que o doente mental deve ser tratado dentro do seu próprio meio social e com as pessoas de seu meio, sendo a passagem pelo hospital apenas uma etapa transitória do tratamento. Mesmo com medidas de desospitalização, algumas instituições foram implantadas com o intuito de tratar o doente antes e depois de uma possível internação (AMARANTE, 2001).

A antipsiquiatria surge na década de 1960, na Inglaterra, em meio aos movimentos *underground* da contracultura, como por exemplo, o psicodelismo, misticismo, pacifismo e o movimento *hippie*. É um movimento que denuncia a prática psiquiátrica vigente e visa derrubar o valor do saber médico e a forma como este explica, compreende e trata as doenças mentais. Este movimento entende a loucura como um fato social, político, e até mesmo como uma experiência positiva de libertação, buscando assim, um diálogo entre a loucura e a razão, pois vê a loucura “entre” os homens e não “dentro” deles. Basaglia na Itália (anos 60/70), propõe a desinstitucionalização da loucura através de um projeto de desconstrução e desmontagem de saberes, práticas e discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução à doença. Em outubro de mil novecentos e setenta e um, Basaglia dá início a um processo de desmontagem do aparato manicomial, constituindo novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental (AMARANTE, 2001).

2.3 A reforma psiquiátrica no Brasil e movimento antimanicomial

No Brasil, a discussão acerca da necessidade de humanização do tratamento do doente mental, tem início na década de 1970 através de apelos feitos por profissionais de saúde mental, para que ninguém fosse submetido à tortura ou tratamento cruel, degradante e desumano, nem presos ou exilados, pois práticas como essas são entendidas como condição de opressão e humilhação do doente mental nos manicômios. O movimento da reforma psiquiátrica é marcado pelo fato que fica conhecido como a “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável por formular políticas

de saúde no setor da saúde mental. Em abril de 1978, funcionários das quatro unidades da DINSAM no Rio de Janeiro, decretaram greve seguida da demissão de 266 profissionais, dentre eles Paulo Amarante (MAIA & FERNANDES, 2002).

No final da década de 1970 e início da década de 1980 (1978), Franco Basaglia, Michel Foucault e Robert Castel estiveram no Brasil participando de congressos sobre terapêuticas antimanicomiais. Neste mesmo período nasce o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) formado por diversos profissionais como Psicólogos, Enfermeiros e Assistentes Sociais, entre eles os funcionários demitidos da DINSAM. Esse movimento, dez anos mais tarde origem ao Movimento da Luta Antimanicomial (MAIA & FERNANDES, 2002).

“ Para nós a vinda de Basaglia ao Brasil naquele ano de 1978 foi considerada a “sorte grande”. E ele retornou ao país no ano seguinte, quando fez uma visita ao hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, um dos mais cruéis manicômios brasileiros. Suas visitas seguidas acabaram produzindo uma forte e decisiva influência na trajetória de nossa reforma psiquiátrica” (AMARANTE, 2006, Revista Viver Mente e Cérebro).

As principais reivindicações do MTSM era conquistar melhores condições de trabalho nos manicômios, ampliar o quadro de funcionários e aumentar os investimentos do setor público na área da saúde mental. No fim da década de 80 (1987) é fundado o Movimento Antimanicomial tendo como lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. O movimento organizou sua estrutura de forma administrativa como fórum nacional e agregou várias entidades como, por exemplo, Conselhos de Familiares de Doentes Mentais e Organizações Não Governamentais. O Movimento Antimanicomial pretende conquistar uma cidadania plena e emancipada a fim de alcançar com capacidade a tematização da impropriedade das formas de exclusão do louco e de decidir questões que afetam a sua vida (MAIA & FERNANDES, 2002).

A presença de Franco Basaglia no Brasil, recebeu da imprensa tratamento e atenção especial, contribuindo de forma expressiva para a reforma psiquiátrica brasileira. Sua vinda deu origem ao documentário clássico “Em nome da razão” de Helvécio Ratton, em 1980, o que foi um marco da luta antimanicomial brasileira. Outra produção de grande importância na

época foi uma série de reportagens de Hiran Firmino, a qual foi premiada sob o título “Nos porões da loucura”, em 1982 (AMARANTE, 2006).

A luta antimanicomial foi instituída como movimento nacional em 1993, no I Encontro Nacional, em Salvador, o qual corresponde a um movimento ativista em favor dos direitos humanos transgredidos nos manicômios e seu principal objetivo é denunciar o tratamento desumano dado aos portadores de diagnóstico de transtorno mental. A mobilização de ativistas do movimento antimanicomial no Brasil culminou na reformulação do modelo tradicional psiquiátrico, visando à regulamentação das instituições psiquiátricas para que percam seu caráter manicomial (Lei 10.216, de 6 de abril de 2001) (VIZEO, 2005).

“A forte mobilização social, liderada pelo Movimento da Luta Antimanicomial, com suas inúmeras associações de usuários e familiares, ONG (Organizações Não Governamentais), e a participação de seus militantes em conselhos de saúde têm possibilitado a garantia do controle social, na implantação e fiscalização das políticas públicas de saúde mental, no sentido de defender a existência de serviços que permitam acesso, garantia e qualidade. O movimento também intervém no sentido de buscar a transformação da cultura, de mudar o olhar e a relação que a sociedade até então havia estabelecido com a loucura”
(SOUZA apud CFP, 2003, p. 145)

Todos os avanços que o movimento antimanicomial tem trazido para os portadores de sofrimento mental no sentido de incluí-los na sociedade apresenta também uma série de novos desafios para a organização e participação efetiva dos usuários de serviços de saúde mental no contexto social, político e econômico. Conceitos como o de liberdade, igualdade, tolerância, organização, justiça, participação política, entre outros precisaram ser revistos a fim de que o movimento se consolidasse fortemente e pudesse repercutir seus objetivos. É nesse processo que o Movimento dos Usuários em Saúde Mental tem gradativamente, ocupado um espaço emancipador, visando sempre mudanças com o intuito de promover a inclusão social do indivíduo portador de sofrimento psíquico (SOUZA, apud CFP, 2006).

O Movimento dos Usuários de Saúde Mental possui uma história diferente de constituição nas diversas regiões do Brasil e seu crescimento tem relação intrínseca com o Movimento da Luta Antimanicomial. Porém é importante ressaltar que o fato de muitos municípios possuírem serviços substitutivos em saúde mental, não garante o surgimento de Movimentos de Usuários.

2.4 Políticas públicas, leis e programas em saúde mental

Falar em reforma psiquiátrica pressupõe falar da gradativa mudança do sistema hospitalocêntrico de cuidados das pessoas que são acometidas de sofrimento psíquico, através de políticas públicas de saúde e de uma rede integrada de variados serviços assistenciais de atenção primária, sanitária e sociais, tais como, ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, pensões públicas e comunitárias, entre outros (VIZEO, 2005).

Em Caracas, na Conferência Mundial de Saúde no ano de 1990, foi declarada a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao atendimento primário da saúde, no quadro dos sistemas locais de saúde, permitindo assim a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais. Tal Declaração verificava que a assistência psiquiátrica convencional não permitia alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo, além de ressaltar que o hospital psiquiátrico, sendo a única modalidade assistencial para pessoas com sofrimento psíquico, não alcançava objetivos como o de inclusão social, respeito aos direitos humanos, dentre outras implicações que a institucionalização possui (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A partir daí, Leis, Decretos, Portarias, Resoluções e deliberações foram criadas com o intuito de atender a demanda a tanto tempo instaurada em âmbito mundial e nacional. As Leis são de competência do Poder Executivo. Decretos são atos administrativos de competência exclusiva do chefe do Executivo a fim de atender situações previstas em leis. As Portarias são instrumentos pelos quais ministros, secretários de governos ou outras autoridades editam instruções sobre a organização e funcionamento dos serviços. Por fim Resoluções e deliberações são diretrizes ou regulamentos provenientes de órgãos colegiados, tais como os Conselhos de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Antes mesmo da Conferência de Caracas, iniciativas de leis em prol do fim dos manicômios já haviam sido levadas ao Congresso Nacional. Foi em 1987 que o Deputado Paulo Delgado levou ao Congresso Nacional um projeto de lei que sugere mudanças na legislação psiquiátrica, visando a extinção progressiva do hospital psiquiátrico e sua substituição por um outro modelo de assistência, além de reduzir e regulamentar a internação psiquiátrica compulsória. Esse projeto de lei foi aprovado com alterações somente em abril de

2001, tendo como um de seus principais objetivos restabelecer os direitos civis e políticos de pessoas portadoras de diagnóstico de doença mental (MAIA & FERNANDES, 2002).

Em 2003, o Ministério da Saúde cria um programa de reinserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais, chamado de Programa “De Volta Para Casa”. O objetivo deste programa é colaborar efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, estimulando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitando o convívio social, assegurando o bem-estar global e estimulando o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

3. MÉTODO

3.1 Caracterização da pesquisa

A presente pesquisa é de natureza qualitativa exploratório-descritiva, pois caracteriza-se por buscar respostas acerca do que os estudantes de psicologia pensam sobre a abertura dos manicômios, sendo utilizado como técnica para coleta de dados o grupo focal. Grupo focal é um método de pesquisa qualitativo, que tem como objetivo gerar uma gama de respostas e formular hipóteses, não necessariamente chegar a um discurso conclusivo sobre as questões pesquisadas (CHIESA & CIAMPONE, 1999).

O grupo focal consiste na interação entre os participantes da pesquisa, o pesquisador e a coleta de dados, a partir da discussão com foco em tópicos específicos e diretivos. O grupo focal é recomendado para pesquisa de campo, já que em pouco tempo e baixo custo permite uma diversificação em um aprofundamento dos conteúdos relacionados ao tema de interesse (CHIESA & CIAMPONE, 1999).

O grupo focal teve, além dos participantes da pesquisa, um moderador do grupo e um observador. O papel do moderador foi exercido pelo pesquisador e sua função era facilitar e conduzir o grupo às discussões, proporcionando um ambiente adequado para que diferentes percepções e ponto de vista viessem à tona. Já o papel do observador foi exercido pelo responsável pela pesquisa. Coube ao observador, cultivar a atenção e tomar nota das principais impressões verbais e não verbais dos participantes, a fim de facilitar a análise dos dados.

3.2 Participantes

A amostra da pesquisa foi intencional e participaram cinco estudantes do Curso de Psicologia da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC, matriculados no 8º semestre, na segunda metade do ano de dois mil e seis. A escolha desse semestre refere-se ao fato de que esses estudantes já estariam cursando há um ano a disciplina de Estágio Supervisionado em Psicologia Comunitária, o que permite que estes já estivessem em contato com a prática profissional. Outro critério de seleção foi o fato de a pesquisadora nunca ter cursado disciplinas nessa turma até então, pois este critério foi importante para não haver uma contaminação nas respostas dos participantes. Estimava-se que houvesse um mínimo de oito estudantes interessados em participar da pesquisa, pois Chiesa & Ciampone (1999) propõem que para a realização do grupo focal haja um número mínimo de oito participantes e máximo de doze. Porém devido à falta de motivação e de interesse dos estudantes, este número não foi alcançado.

3.3 Procedimento de coleta de dados

A proposta de grupo focal foi apresentada aos estudantes em sala de aula, porém não foi mostrada a pergunta da pesquisa, apenas a área na qual essa se encontrava: saúde mental. Foi perguntado aos estudantes quantos gostariam de colaborar com a pesquisa. A pesquisadora deixou claro que para a realização da técnica de grupo focal seria importante que houvesse um mínimo de oito estudantes interessados em participar da pesquisa. A decisão de participar do grupo focal foi individual e livre de qualquer coação.

Após serem selecionados os participantes em sala de aula, foi marcado o horário, local e a data onde ocorreu a sessão para a discussão do tema proposto na pesquisa. Foi realizada apenas uma sessão de grupo focal, pois embora tenham se disponibilizado em participar da pesquisa oito estudantes, apenas cinco compareceram no dia, horário e local marcado para a realização do grupo focal. Dessa forma uma sessão foi suficiente para discutir a única variável proposta pelo roteiro de Grupo Focal (saúde mental) (ver Apêndice 1).

Com a data, o local e o horário marcados, a sessão aconteceu no Laboratório Adulto do Serviço Escola de Psicologia da Uniplac, pois este era de fácil acesso aos participantes. Esta sala era livre de ruídos, com isolamento acústico, o que supostamente possibilitaria captação das falas, sem muitas interferências. Para a captação das falas foi utilizado um gravador digital.

Na sala utilizada para a realização do método de grupo focal, os participantes foram convidados a sentar onde se sentissem mais a vontade de modo a formar um círculo a fim de que pudessem ficar olhando uns aos outros durante a discussão. Foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) onde constava o tema da pesquisa e a técnica utilizada para a coleta de dados. Após os estudantes assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o moderador deu início ao grupo focal com a discussão a partir do tema “Saúde Mental: qual a sua percepção sobre a abertura das portas dos manicômios?”. A discussão foi permeada por um roteiro (Apêndice 1) contendo cinco questões qualitativas, a partir dos objetivos da pesquisa, que visassem facilitar a condução do grupo focal.

Devido a problemas técnicos, o gravador digital não captou as falas dos participantes durante o grupo focal, e tal problema só foi verificado após o término do grupo. Em função disso, o roteiro do grupo focal foi entregue, posteriormente, aos cinco participantes com o objetivo que estes discorressem sob a forma de texto, respostas referentes a cada pergunta.

O material recolhido durante a pesquisa foi armazenado em local seguro sob os cuidados da pesquisadora, de modo que fosse assegurada e mantida a confiabilidade das informações.

3.4 Procedimento de análise dos dados

A análise de dados foi realizada através do método qualitativo de análise temática do conteúdo dos temas significativos. Minayo (2004) na análise de conteúdo faz uma relação entre as estruturas semânticas (significantes) e as estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. A mesma articula a superfície dos textos descritos e analisa os dados coletados, com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto de produção da mensagem.

Para Minayo (2004), este método de análise consiste em descrever, analiticamente, os conteúdos que estão implícitos nas mensagens, interpretando e inferindo em conhecimentos relativos ao que se está sendo investigado. Desenvolve-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados.

3.5 Análise de riscos e benefícios

A pesquisa não ofereceu riscos aos participantes, pois foram cumpridos os requisitos éticos de acordo com a Resolução 196/96 do CNS, bem como foi mantido o sigilo dos participantes através da não-divulgação de seus nomes. Assim, esses serão identificados com a letra S para Sujeito e números que indicam cada um.

A pesquisa pode favorecer os participantes, pois através da discussão do tema proposto (saúde mental) estudantes podem ampliar a sua percepção. Os participantes não foram beneficiados financeiramente para participar da pesquisa.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os participantes do estudo foram cinco estudantes do 8º semestre do Curso de Psicologia da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC. Para uma melhor compreensão deste trabalho os estudantes serão identificados como S1 para sujeito 1, S2 para sujeito 2, e assim sucessivamente.

De acordo com os objetivos da presente pesquisa e o roteiro criado a fim de responder esses objetivos (Apêndice 1), foi possível dividir as respostas das questões do roteiro e agrupá-las em quatro categorias de análise, conforme mostra o quadro abaixo:

Quadro1. Demonstrativo das categorias estabelecidas para análise dos resultados

Categoria 1	Percepções dos estudantes sobre a abertura das portas dos manicômios
Categoria 2	Percepções dos estudantes sobre a loucura e o “louco” na sociedade atual
Categoria 3	Conhecimento dos estudantes sobre Movimentos Sociais em Saúde Mental
Categoria 4	Conhecimento dos estudantes sobre leis/ Programas referentes a Saúde Mental

4.1 Análise e discussão das categorias estabelecidas

Categoria 1: Percepções dos estudantes sobre a abertura das portas dos manicômios

É de extrema importância discutir o tema ‘Saúde Mental’ com estudantes do curso de psicologia, já que de acordo com os dois primeiros princípios fundamentais do código de ética deste profissional, o psicólogo deve basear seu trabalho no respeito e na promoção da

liberdade, da dignidade e da integridade do ser humano. O psicólogo deverá permear seu trabalho com vistas a promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas, bem como, das coletividades, contribuindo assim para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (CRP, 2005).

Ao discorrer sobre a abertura das portas dos manicômios, todos os sujeitos referiram-se à mesma como sendo importante. Quatro dos sujeitos mencionaram de forma superficial a necessidade de ações para a abertura das portas dos manicômios, no sentido de desinstitucionalizar a loucura. Porém apenas **S2** falou de uma forma mais ampla sobre o tema:

“A abertura das portas dos manicômios é algo extremamente necessário para que haja uma maior inclusão social desses sujeitos “hospitalizados” na sociedade para que estes possam conviver livremente na sociedade. Mas para isso também é necessário que sejam pensadas em novas políticas públicas para que esses indivíduos tenham um acompanhamento e uma assistência em todos os níveis (reabilitação, educação, etc) e não apenas no psiquiátrico.

Portanto a atenção em saúde mental não deve ser realizada apenas nos manicômios, mas sim em todos os ambientes em que as pessoas ditas “normais” freqüentam, como nos grupos comunitários, empresas, hospitais etc. Assim esses sujeitos terão que principalmente ter seus direitos respeitados, ou seja, esses sujeitos têm que ter seu direito de ir e vir, pois são cidadãos que compõe o todo de uma sociedade”.

Os serviços manicomialiais destinados a portadores de sofrimento psíquico deveriam tornar-se uma rede com o objetivo de reconstrução de sentido, de produção de valor, de tempo, encarregando-se de identificar as situações de sofrimento e opressão, da reinserção do corpo social, e do consumo de produção, bem como de intercâmbio de novos papéis sociais (ROTELLI; LEONARDI & MAURI, 2001).

A desinstitucionalização da loucura proposta por Franco Basaglia faz com que o problema da doença mental seja visto não apenas como uma questão exclusivamente científica, mas como um problema técnico, normativo, social e existencial, contrapondo-se à prática psiquiátrica tradicional considerando dessa forma, o conjunto de possibilidades de produção de vida, de cuidado dos sujeitos concretos em sua existência-sofrimento. Basaglia aponta que no lugar das instituições psiquiátricas tradicionais, pode surgir uma rede de atenção que oferece e produz cuidados, ao mesmo tempo em que apresenta novas formas de

sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1996).

A reforma começa em nosso próprio mundo, no nosso imaginário, na forma como vemos e percebemos o mundo interno e externo. Para melhor compreender a abertura das portas dos manicômios é preciso praticar o exercício de se colocar no lugar do outro, como forma de ampliar a compreensão de suas atitudes podendo dessa forma, possibilitar uma relação de ajuda ao portador de sofrimento psíquico, tendo como objetivo devolver suas capacidades de decisão, de autonomia e de se sentir responsável por sua própria vida.

Categoria 2: Percepções dos estudantes sobre a loucura e o “louco” na sociedade atual

A ruptura da ordem feudal e a emergência do capitalismo mercantil na Europa trouxeram consigo a necessidade de um “novo” homem. Este deveria estar dentro de um padrão imposto, e a ele foi feita exigências – dentre eles os “loucos” – que deixados à deriva (à margem da sociedade) vieram a encher as cidades, perturbando a “ordem” social. No Brasil, o “doente mental” aparece nas cenas das cidades, da mesma forma, o louco aparece em meio a contexto de desordem e ameaça a paz social (RESENDE, 1987).

Embora no Brasil, existam desde o século XVI instituições de caridade com o intuito de abrigar doentes, pobres, velhos, órfãos e mendigos, os loucos, não eram parte integrante do público atendido neste local. As famílias escondiam seus loucos em suas próprias casas, o que remete-nos afirmar de acordo com a literatura, que no Brasil a loucura parece ter permanecido silenciosa durante muito tempo, e suas manifestações eram dissolvidas no imenso território brasileiro (RESENDE, 1987).

Quando falamos da questão da loucura, estamos diante de uma estrutura cotidiana, silenciosa e legitimada pelo saber científico, que, desde o momento em que as bases da sociedade capitalista foram consolidadas, tomaram como função a reclusão de indivíduos que estivessem à margem dos padrões, como por exemplo, os órfãos, epiléticos, libertinos, velhos, crianças abandonadas, aleijados, religiosos, infratores e loucos (TUNDIS, 1987).

Esta categoria refere-se a percepções dos sujeitos a cerca da loucura e de como estes, vêem o louco no atual cenário da sociedade. Em suas respostas, os estudantes fizeram menção à forma com que a sociedade, em pleno século XXI, ainda vê o portador de sofrimento

psíquico. Segundo eles a loucura ainda é muitas vezes escondida e segregada do convívio social. O “louco” é visto como alguém “anormal” que está fora dos padrões. Este é discriminado e ridicularizado.

Tal discurso pode ser observado nas falas dos **Sujeitos 1, 2, 4 e 5**, como podemos ver a seguir:

Sujeito 1

“O louco ainda causa desconforto, constrangimento, repulsa e outros sentimentos que vão contra as idéias de solidariedade, respeito e convívio social”.

Sujeito 2

“A loucura é resultado da não aceitação aos padrões patológicos ou não adequados. A loucura se constitui nas relações sociais e se transforma nesse mesmo contexto em objeto de repúdio e não aceitação. A loucura simplesmente nasce nos olhos do outro, a partir do momento que se intitula alguém que está doente de’ mente”.

Sujeito 4

“O louco vem sofrendo uma série de preconceitos, mas penso que já houve uma evolução da maneira como ele era ‘visto’ antigamente”.

Sujeito 5

“Infelizmente o “louco” é visto como inútil para a sociedade, sendo ridicularizado e enfatizado pela sociedade, manicômio e instituições”.

Ainda com relação à forma com que o portador de sofrimento psíquico é visto atualmente, preocupação com profissionais desqualificados com relação ao atendimento prestado a pessoas que são acometidas por diagnóstico de doença mental, bem como o afeto dos familiares para com o portador de sofrimento psíquico foram levantadas, como podemos ver na resposta do **Sujeito 3**:

“Com experiência em meu estágio tive a oportunidade de estar de perto com os ditos “loucos”. Percebo a desestrutura de muitos profissionais muitas vezes sem saber como lidar.

Pude ver o afeto dos familiares para os ditos “loucos” e dos “loucos” para os familiares, mesmo em diagnósticos onde o transtorno diagnosticado não apresente o afeto”.

Atualmente, o modelo médico, positivista e tradicional de seus paradoxos alienantes, exige novas formas críticas nas diferentes e específicas mediações psicossociais que impregnam as teorias e as práticas relacionadas a saúde mental. É necessário repensar os conceitos, as práticas profissionais, bem como, as relações estabelecidas entre as pessoas e a sociedade destacando a importância de orientar a formação dos profissionais a compreender que o portador de sofrimento psíquico é alguém que necessita ser assistido e possui os mesmos direitos, políticos, econômicos e sociais como qualquer outro cidadão.

A doença é um processo no sujeito, não é um defeito no corpo, no órgão ou no funcionamento bioquímico. Há uma complexidade no processo saúde-doença que ultrapassa o orgânico simples. Na doença há uma construção de subjetividade radicalmente diversa, por isso não se deve tratar apenas o sintoma, é preciso tratar o sujeito (SACKS, 1995 apud TORRE & AMARANTE, 2004).

Apesar de a doença mental ainda permanecer no discurso científico, atualmente passou a ser definida não apenas do ponto de vista somático ou moral, mas também de uma perspectiva multicausal denominada de biopsicossocial (PORTOCARRERO, 1990 apud VECHI, 2004).

Embora essa perspectiva multicausal exista em discurso, o indivíduo portador de diagnóstico de transtorno mental é rotulado como tal, sendo dessa forma estigmatizado deixando de ser uma “pessoa” passando a ser meramente uma marca. Os sintomas de sua doença ganha tamanha proporção, que muitas vezes seu nome nem mesmo é lembrado. Dessa forma utiliza-se como recurso o internamento com a finalidade de propiciar ao indivíduo, “uma maneira mais saudável e adequada de encarar a vida” confirmando assim a exclusão do portador de sofrimento psíquico.

A luta pela inclusão da loucura no espaço urbano tem como objetivo promover avanços nas relações familiares, comunitárias e políticas do portador de sofrimento psíquico, caracterizando dessa forma um fator importante na inclusão de diferentes modos de vida que atualmente são marginalizados em nossa sociedade (GODOY, apud CFP, 2003).

É necessário que a loucura deixe ser entendida como um mal que precise ser banido da sociedade. É de fundamental importância possibilitar ao indivíduo portador de diagnóstico de

transtorno mental formas de este desenvolver sua autonomia, visando sempre a reinserção social com qualidade vida.

Categoria 3: Conhecimento dos estudantes sobre Movimentos Sociais em Saúde Mental

Os Movimentos Sociais (MS) são movimentos de base organizados pela população e fundamentam-se em uma necessidade de um grupo e num desejo de transformação da realidade. Tais movimentos possuem focos de atuação diversificados, sejam os movimentos que reivindicam territórios (Movimento dos Sem Terra - MST), moradia (Movimento Sem Teto) ou movimentos raciais e de gênero (Movimento Racial e Feminista). Há ainda movimentos profissionais que lutam em prol da saúde e da saúde mental como, por exemplo, a Luta Antimanicomial (HUR, 2003).

Melucci (2001) define o Movimento Social como:

(...) uma ação coletiva cuja orientação comporta solidariedade, manifesta um conflito e implica a ruptura dos limites de compatibilidade do sistema ao qual a ação se refere (p. 35).

Com relação ao conhecimento de Movimentos Sociais relacionados à saúde mental, dois estudantes citaram a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica, sendo que, apenas um deles discorreu de forma ampla sobre o tema. Segue abaixo as respostas dos **Sujeitos 1 e 2** respectivamente:

Sujeito 1

“Conheço sim, movimento antimanicomial e reforma psiquiátrica”.

Sujeito 2

“A luta antimanicomial ou reforma psiquiátrica que visa a desativação dos manicômios, para dar lugar para que esses sujeitos ditos “anormais” possam conviver

livremente na sociedade, mas embasados em alguns benefícios sociais. E que visa garantir os direitos humanos para que esses sujeitos não venham a sofrer esses maus tratos como sofreram ao longo da história. Assim como a criação de programas como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)”.

É possível observar que os sujeitos confundiram movimentos sociais com a Portaria 336/02 a qual estabelece o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo este dividido em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Conforme foi visto anteriormente as Portarias editam instruções sobre a organização e funcionamento dos serviços, nesse caso em específico os serviços em saúde mental.

Esse fato pode ser visto de forma clara nas respostas dos **Sujeitos 3, 4 e 5** a seguir:

Sujeito 3

“Conheço o CAPS que pode ser dividido em CAPS 1, 2...para os transtornos de dependência química”.

Sujeito 4

“CAPS”.

Sujeito 5

“CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)”.

Com relação a essa confusão estabelecida entre os estudantes sobre movimentos sociais e portaria (ou lei, programa, etc) muitas hipóteses podem ser levantadas e discutidas. Pode-se pensar que tal confusão é permeada pelo desconhecimento dos estudantes sobre o tema. Outra hipótese a ser levantada é em relação ao aprofundamento acerca do tema ‘Saúde Mental’ que a graduação prove aos estudantes.

O Movimento da Luta Antimanicomial, instituído como movimento nacional em 1993, é um movimento social que visa romper com toda a forma de pré-conceitos e de exclusão social que estão submetidos os portadores de sofrimento psíquico dentro da nossa sociedade, seja no contexto socioeconômico, seja nas formas de comunicação, seja ao acesso às políticas públicas de saúde ou as redes relacionais e afetivas, incluindo o núcleo familiar. Esse

movimento é formado por profissionais da área da saúde mental, usuários e familiares de usuários dos serviços de saúde mental (SOUZA, apud CFP, 2003).

Outro movimento significativo no âmbito da saúde mental, e que é de desconhecimento dos estudantes que participaram da pesquisa é o Movimento dos Usuários em Saúde Mental. Este movimento preconiza a ruptura das condições de segregação e exclusão do portador de sofrimento psíquico, e a transformação de uma mudança cultural que seja capaz de respeitar as diferenças de forma solidária. Tal movimento caminha aliado e paralelamente ao movimento antimanicomial e é liderado por familiares e por usuários de serviços em saúde mental (SOUZA, apud CFP, 2003).

Categoria 4: Conhecimento dos estudantes sobre leis/ Programas referentes à Saúde Mental

Com relação a esta categoria dois estudantes comentaram sobre o fato de desconhecerem, ou não lembrar no momento de nenhuma Lei ou Programa referente à saúde mental. Isso pode ser observado nas falas dos Sujeitos 4 e 5 respectivamente:

Sujeito 4

“Sei que existem leis e lembro de ter estudado algumas em sala de aula, mas realmente não lembro no momento”.

Sujeito 5

“No momento desconheço”.

Três dos sujeitos da pesquisa (**S1, S2 E S3**) referiram-se apenas a Portaria 336/02 que refere-se ao CAPS. Dentre esses três apenas o **Sujeito 3** fez menção a Lei 8.080 que refere-se ao SUS. Segue a abaixo as respostas dos três sujeitos que referem-se a esta categoria:

Sujeito 1

“Conheço apenas os artigos da constituição federal que se referem ao CAPS e todos os outros artigos do capítulo “da saúde””.

Sujeito 2

“Bom, o programa do qual a população parece ter mais conhecimento, nesse sentido, diz respeito ao CAPS. Onde profissionais de diversas áreas atuam buscando um atendimento tanto individual quanto coletivo. Que visa a um trabalho de reabilitação com os sujeitos com doença mental. Além da ressocialização desse sujeito (que muitas vezes fica apenas no papel). Mas pode-se dizer que já é um avanço na saúde mental no sentido de propor diversas atividades e formas de atendimento e acompanhamento em contraposição aos manicômios que apenas medicalização aos indivíduos”.

Sujeito 3

“CAPS e Lei no SUS para os doentes mentais. Meu conhecimento foi experiências que meu professor pode trazer; de SUS e programas que ele conhecia e aplicava”.

Nos últimos 10 anos, várias portarias e resoluções do Ministério da Saúde, Leis estaduais e a Lei Federal 10.216 de 2001, apontam firmemente a necessidade de que a atenção ao portador de sofrimento psíquico deve dar-se prioritariamente em serviços não hospitalares, que privilegiem a não internação dos indivíduos em hospitais psiquiátricos.

Em 2001 é aprovado o PL Paulo Delgado, sob o número 10.216, “Que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona modelo assistencial em saúde mental”. Os portadores de transtornos mentais passam a partir de então ter seu atendimento garantido por um projeto de lei que garante direitos e um modelo de atendimento que garante esses mesmos direitos.

Antes da Lei 10.216, serviços que já se encontravam na direção dessa lei já vinham sendo instalados pela Portaria Ministerial 224/92, quando foram criados vários CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental), CAPS e NAPs em todo país, dentre os quais podem ser destacados CAPS Cerqueira, em SP e os CERSAMs, em MG. No fulcro da lei 10.216 e na direção da consolidação do Sistema Único de Saúde foi aprovada a Portaria 336/02 que reconhece e amplia o funcionamento e a complexidade do CAPS, com a missão de dar atendimento diuturno (de longa duração) aos portadores de transtornos mentais, num dado território, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, pautando-se na inclusão social de seus usuários.

A Portaria 336/02 coloca para o funcionamento do CAPS a interlocução com os demais sistemas de saúde existentes na comunidade, como o PSF (Programa de Saúde da Família) e PACS (Programa de Agentes Comunitários da Saúde).

Uma vez que a lei 10.216 indica que a internação deve ser o último recurso para atendimento aos portadores de transtornos mentais, os CAPS devem contar com alas psiquiátricas em hospitais gerais, regionalizadas, dando apoio ao trabalho desses centros, esquivando-se dos hospitais psiquiátricos. A Portaria 336/02 indica ainda como os municípios devem ter a organização dos CAPS. Estes, de acordo com o tamanho e tipo de demanda nos municípios devem ser assim organizados:

CAPS I – municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes – funcionando das 8-18hs.

CAPS II – municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes – funcionando das 8-18 hs ou até as 21hs.

CAPS III – Municípios com população acima de 200 mil habitantes – funcionando 24 horas.

CAPSi – municípios com população acima de 200 mil habitantes – funcionando das 8-18hs ou até as 21hs.

CAPSad – municípios com população acima de 100 mil habitantes – funcionando das 8-18hs ou até as 21hs.

De modo geral foi possível perceber que os estudantes de psicologia, embora demonstrem a importância da desinstitucionalização de pessoas portadoras de sofrimento psíquico, mostraram que seu conhecimento sobre leis e programas que regulamente os serviços substitutivos em saúde mental ainda é limitado.

Foi possível perceber através de suas repostas que denotam a importância da abertura das portas dos manicômios, os mesmos não indicaram nenhuma medida ou forma específica de atenção em saúde mental.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho buscou-se identificar as percepções de estudantes de psicologia sobre a abertura das portas dos manicômios. Aspectos relacionados à importância da abertura das portas dos manicômios foram demonstradas em suas respostas, de acordo com as questões estabelecidas no roteiro de grupo focal.

É possível afirmar que os objetivos propostos neste estudo foram cumpridos, na medida em que a intenção da pesquisa era promover e fomentar discussões com estudantes de psicologia acerca da abertura das portas dos manicômios, bem como, caracterizar algumas normatizações em saúde mental no Brasil e caracterizar os movimentos sociais para o fim dos manicômios.

Vale ressaltar que em nenhum momento pode-se generalizar os dados levantados, e que as percepções acerca da abertura das portas dos manicômios dizem respeito somente a essa população estudada, já que o estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória.

O que se pode perceber com a pesquisa é que os estudantes acreditam ser importante que serviços substitutivos em saúde mental aconteçam, de forma a contribuir para uma mudança cultural instaurada na prática da exclusão do “louco”. Para os estudantes o portador de sofrimento psíquico, bem como a loucura de forma geral ainda são vistos pela sociedade como algo que deva ser banido e excluído, pois as pessoas têm dificuldades de aceitar o “diferente”.

Outro fator relevante é a falta de conhecimento dos estudantes com relação à caracterização de normatizações em saúde mental. Os estudantes que participaram da pesquisa já cursaram a disciplina do 7º semestre do curso de psicologia, que refere-se à saúde mental comunitária e mesmo assim, tiveram dificuldade em discorrer sobre leis, programas sociais e portarias que regulamentem a saúde mental. Todos referiram-se aos CAPS.

Embora várias pesquisas tenham sido desenvolvidas nos últimos tempos com relação à saúde mental, faz-se necessário outras pesquisas acerca do tema apresentado. Pesquisas que caracterizem como o portador de sofrimento psíquico sente que a sociedade lida com as diferenças, seriam de extrema relevância social e científica. Pesquisas que visem caracterizar como a formação dos profissionais da área lidam em relação ao preconceito e às formas de lidar com o portador de sofrimento psíquico também são relevantes.

Para Patto (apud CFP, 2003) está implícito que ser portador de diagnóstico de transtornos mentais acarreta ao indivíduo uma forma de punição, pois este não está adequado às normas sociais impostas, já que para a sociedade estar fora dos padrões implica em estar enfermo.

Torna-se cada vez mais necessário permear discussões acerca do tema saúde mental, já que a Reforma Psiquiátrica pressupõe falar na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico, por uma rede integrada de variados serviços que substituam o modelo hospitalocêntrico de “cura”. A reforma psiquiátrica pressupõe várias mudanças através da capacidade e a disposição dos familiares e da comunidade em conviver com o portador de sofrimento mental, uma vez que é nestes ambientes que, efetivamente, deverá ocorrer a principal reforma.

Quando ousamos dizer que algo está “certo” ou “errado”, ou caracterizamos alguém como sendo “gordo”, “esquizofrênico” ou até mesmo “louco”, estamos realizando um julgamento que parte de nossos princípios morais e éticos, avaliando dessa forma o mundo que nos cerca. Em decorrência deste fato, aquilo que é “feio”, “triste” ou “anormal” para uma pessoa, pode ser visto como “bonito”, “alegre” e “normal” para outra.

Estamos em um processo de constante transformação cultural, onde Movimentos Sociais, Leis, Programas e outras formas de serviços substitutivos ainda devem ser aperfeiçoados a fim de promover uma real inserção social ao portador de sofrimento psíquico. Dessa forma recorro a Nietzsche para dizer que com relação à saúde mental *“Fazemos realmente, e sem cessar, aquilo que não existe ainda”*.

6. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Umucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2001.

_____. Rumo ao Fim dos Manicômios. **Revista Viver mente e Cérebro**. Edição nº 164, 2006. Disponível em: http://www2.uol.com.br/vivermente/conteudo/materia/materia_57.html. Acesso em: nov/2006.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H.G. **Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental**. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: maio/2006.

CHIESA, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPESC. Brasília: ABEN, 1999. In: ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. **Grupo Focal – estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico**. Disponível em: <<http://calvados.c351.ufpr.br/oj.s2/index.php/cogitare/article/viewFile/1700/1408>>. Acesso em: maio/2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Código de ética profissional do psicólogo**. Brasília, 2005.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1996.

HUR, Domenico Uhng. Reflexões sobre o Conselho regional de Estudantes de Psicologia (COREP- SP) e o Movimento Estudantil (ME): uma análise a partir de 1960. **Revista Psicologia Política/ Sociedade Brasileira de Psicologia Política** – vol. 3, nº 5 – (jan/jun 2003) – São Paulo: SBPP, 2003.

MAIA, R. C. M., FERNANDES, A. B. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. São Paulo: **Revista Brasileira de Ciências Sociais** vol.17 no.48, 2002.

MELUCCI, A. **A invenção do presente: Movimentos Sociais nas sociedades complexas**. São Paulo: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. (ORG.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23.ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de volta para casa**. 2003. Disponível em: < <http://pvc.datasus.gov.br> >. Acesso em: agosto/2005.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

_____. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Editora 34, 1999.

PORTOCARRERO, V. **O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira**. Tese de doutorado não publicada, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1990. In: VECHI, L. G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a11v09n3.pdf>>. Acesso em: maio/2006.

RESENDE, H. A política de saúde no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. & COSTA, N. R. (org). **Cidadania e Loucura**. Petrópolis: Vozes, 1987.

ROTELLI, F.; LONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001.

TEIXEIRA, M. O. L. **Nascimento da psiquiatria no Brasil**. Cadernos IPUB, 1997. In: VECHI, L. G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a11v09n3.pdf>>. Acesso em: maio/2006.

TUNDIS, Silvério A. (org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987.

VALLADARES, A. C. F. **Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental**. São Paulo: Ed. Vetor, 2004.

VIZEO, F. **A instituição psiquiátrica moderna sob a perspectiva organizacional**. Curitiba: Centro Universitário Positivo, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n1/03.pdf>>. Acesso em: abril/2006.

ANEXO

Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e esclarecido



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

CEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado(a) pela atenção, compreensão e apoio.

1.1. Eu, _____, residente e domiciliado na rua _____, portador da Carteira de Identidade, RG: _____, nascido(a) em ____/____/____, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (ou com a participação do(a) menor _____, por quem sou responsável legal) da pesquisa: **“A percepção de estudantes de psicologia sobre a abertura das portas dos manicômios”**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O estudo se refere a:
 - Promover e fomentar discussões com estudantes de psicologia acerca da abertura das portas dos manicômios;
 - Caracterizar a normatização em saúde mental no Brasil;
 - Caracterizar os movimentos sociais para o fim dos manicômios.

2. A pesquisa é importante de ser realizada por oportunizar a discussão do tema saúde mental, bem como identificar as percepções dos estudantes do curso de psicologia sobre a abertura das portas dos manicômios. Esta pesquisa torna-se importante pois através dela, poderá ser percebido a formação dos estudantes de psicologia além trazer dados e subsídios para novas pesquisas.

3. Participarão estudantes do Curso de Psicologia da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC, matriculados no 8º semestre, na segunda metade do ano de dois mil e seis.

4. O grupo focal consiste na interação entre os participantes da pesquisa, o pesquisador e a coleta de dados, a partir da discussão com foco em tópicos específicos e diretivos. A discussão acontecerá partir do tema “Saúde Mental: qual a sua percepção sobre a abertura das portas dos manicômios?”.

5. A discussão entre os estudantes será gravada.

6. Para que a técnica de grupo focal seja realizada com sucesso, deverá contar com a presença dos participantes da pesquisa, com a presença do moderador do grupo focal (a pesquisadora) e com a presença de um observador do grupo focal (a pesquisadora responsável pela pesquisa).

7. Serão realizadas duas sessões do grupo focal com duração de uma hora e trinta minutos a duas horas, sendo que cada uma acontecerá em um dia diferente, afim de que o cansaço dos participantes não interfira nos objetivos da discussão em prejuízo dos resultados.

8. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar por Ana Cristina Costa Lima, responsável pela pesquisa no telefone 49-3251 1022, ou no endereço: Av. Castelo Branco, 170 – Bairro Universitário.
9. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não me causará nenhum prejuízo.
10. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados.
11. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa na Coordenação do Curso de Psicologia da Uniplac.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Lages, _____ de _____ de _____

(nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: Nádia Paula Frizzo

Endereço para contato: Av. Castelo Branco, 170 – Bairro Universitário
Caixa Postal 525 - Cep 88 509-900

Telefone para contato: (49) 3251 1022

APÊNDICE

Apêndice 1: Roteiro

Roteiro do Grupo Focal

1. Como vocês percebem a abertura das portas dos manicômios?
2. Como vocês percebem a loucura na sociedade atual?
3. Como vocês vêem o “louco” no atual cenário da sociedade?
4. Vocês conhecem algum movimento social acerca do tema: saúde mental?
5. Vocês conhecem alguma lei ou programa que diz respeito à saúde mental?