



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS DE SOBRAL
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANA MARA FARIAS DE MELO

**PRECONCEITO E LOUCURA: CONCEPÇÕES E AÇÕES DE PSICÓLOGOS NO
CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

SOBRAL- CE

2017

ANA MARA FARIAS DE MELO

**PRECONCEITO E LOUCURA: CONCEPÇÕES E AÇÕES DE PSICÓLOGOS NO
CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico de Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Deborah Christina Antunes

SOBRAL

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M485p Melo, Ana Mara Farias de.

Preconceito e loucura: concepções e ações de psicólogos no contexto da Estratégia de Saúde da Família / Ana Mara Farias de Melo. – 2017.
115 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2017.
Orientação: Profa. Dra. Deborah Christina Antunes.

Preconceito. 2. Loucura. 3. Psicologia. 4. Investigação Social Empírica. 5. Estratégia de Saúde da Família. I. Título.

CDD 610

ANA MARA FARIAS DE MELO

**PRECONCEITO E LOUCURA: CONCEPÇÕES E AÇÕES DE PSICÓLOGOS NO
CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico de Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família.

Aprovada em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Deborah Christina Antunes (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima (Examinador)

Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Percy Antônio Galimberti Catanio (Examinador)

Universidade Federal do Ceará

AGRADECIMENTOS

Descrevo estes agradecimentos com os olhos marejados de lágrimas, pois a conclusão desse trabalho foi um processo árduo, atravessado de acontecimentos difíceis, porém, não menos prazeroso em seu processo de elaboração e escrita. A conclusão dessa etapa representa uma vitória de muitas pessoas, principalmente da minha maior inspiração, minha MÃE, que se transformou em nuvem e foi morar no céu. É por ELA, cada palavra escrita aqui.

Agradeço a Deus, por iluminar minha caminhada, sendo fortaleza em todas as dificuldades que passei ao longo da construção dessa Dissertação.

Aos meus pais, por me dedicarem tanto amor e carinho, proporcionando coragem para vencer cada batalha enfrentada. Amo vocês!

Aos meus irmãos, sobrinhos e cunhada, pelo apoio incondicional e pela acolhida!

Ao meu Amor, Eduardo, por caminhar do meu lado e pelo incentivo diário na conclusão desse trabalho. Obrigada pelo seu amor!

À minha Orientadora, Prof.^a Dra^a Deborah, por ter me acolhido em todos os momentos que precisei, respeitando meus tempos, oferecendo ensinamento e sendo exemplo de mulher, de pesquisadora, de militante... Minha eterna admiração!

Aos amigos do Mestrado e do Grupo de Estudos PRISMAS, pelo aprendizado construído coletivamente, o qual foi importantíssimo para que o trabalho se materializasse.

Aos nomeados de “loucos”, com vocês eu aprendo cada dia o que é ser um ser humano verdadeiro e a refletir o quanto precisamos evoluir no reconhecimento do outro. E aos Psicólogos, especialmente os que aceitaram participar dessa pesquisa. Obrigada!

RESUMO

Essa pesquisa discute o preconceito direcionado à loucura, mostrando que as ações em Saúde Mental pouco tem conseguido avançar no reconhecimento do outro em sua diferença, mesmo depois dos avanços preconizados na nova Política de assistência a Saúde Mental. Para isso, foi utilizado os referencias de autores da Teoria Crítica, como Adorno e Horkheimer (1985), Crochick (2006), Antunes (2010), entre outros, e trabalhos genealógicos de Foucault. A pesquisa apresenta cinco capítulos. O primeiro apresenta a compreensão do preconceito, seus elementos constitutivos e sua relação com o “Esclarecimento”, mostrando que a constituição de uma razão instrumental, como forma de esclarecimento, foi responsável por sedimentar um ideal de homem e sociedade, onde aquele que não se adapta pode ser considerado louco; O segundo aborda a complexa definição de conceituar a loucura e as tentativas de articulação das políticas públicas para a superação do preconceito em relação ao louco; O terceiro capítulo é exposto uma pesquisa social empírica, com entrevista semiestruturada e grupo de discussão sobre concepções e práticas de combate ao preconceito, desenvolvidas por psicólogos que trabalham vinculados à Estratégia de Saúde da Família; O quarto é apresentado os resultados; e, finalizando, no quinto capítulo é apresentada uma discussão, dividida em categorias, e as considerações finais sobre a pesquisa. Percebemos, com esta pesquisa, que as relações pautadas pelo preconceito contra a loucura se sustentam pela não adequação ao padrão de homem estipulado socialmente, através de normas e de uma administração eficiente em diversos âmbitos da existência. Dessa forma, consideramos que as ações realizadas no campo da saúde mental, mais do que o cuidado, visam um bom controle; mais do que o combate ao preconceito, objetivam a adaptação a um determinado modelo de sociedade. Essas características somente podem ser transformadas através de uma formação que possibilite uma reflexão crítica sobre os conceitos apreendidos, permitindo assim, o reconhecimento do que provoca em cada Psicólogo o preconceito, para então pensar na finalidade de suas intervenções. Esperamos que essa pesquisa seja um disparador de reflexão e possibilidades reais de superação das relações existentes.

Palavras-Chaves: Preconceito. Loucura. Psicologia. Investigação Social Empírica. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

This research discusses the prejudice directed to madness, showing that actions in Mental Health little has get to advance in the recognition of the other in their difference, even after the advocated advances in the new Mental Health Care Policy. For this we use the references of authors of Critical Theory, such as Adorno and Horkheimer (1985), Crochick (2006), Antunes (2010), among others. And Foucault's theoretical works. The research will be presented in five chapters. The first presents the understanding of prejudice, its constitutive elements and its relation to Elucidation, showing that the constitution of an instrumental reason as a way of explanation was responsible for sedimenting an ideal of man and society, where one who does not adhere can be considered crazy; In the second one will be approached the complex definition of the concept of madness and the attempts of articulation of the public policies for the overcoming of the prejudice regarding towards the crazy person; In the third chapter will be exposed an empirical social research, with semi-structured interview and discussion group on conceptions and practices to combat prejudice, developed by psychologists who work linked to the Family Health Strategy; In the fourth will be presented the results; And finishing the fifth chapter will be presented a discussion, divided into categories, and the final considerations on the research. We realized from the research that the relations based on prejudice against madness are sustained by the non-conformity to the standard of man stipulated socially, through norms and an efficient administration in various ambits of existence. In this way, we consider that the actions carried out in the field of mental health, more than care, aim at good control; more than the fight against prejudice, they aim to adapt to a determined model of society. Characteristic that could only be transformed through a formation that allows a critical reflection on the concepts that are taught, thus allowing, the recognition of what causes in each Psychologist the prejudice, to then think about the purpose of their interventions. We hope this research is a trigger.

Key Words: Prejudice. Madness. Psychology. Empirical Social Research. Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária a Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CSF - Centro de Saúde da Família

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais)

ESF – Estratégia de Saúde da Família

NASF - Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| APRESENTAÇÃO | 10 |
| Objetivo geral..... | 18 |
| Objetivos específicos | 18 |
| CAPÍTULO I - CONSTRUÇÃO DO PRECONCEITO À LUZ DA TEORIA CRÍTICA | 19 |
| 1.1. Elementos do preconceito | 19 |
| 1.2. Características psicológicas do preconceituoso | 23 |
| 1.3. Preconceito e racionalidade instrumental | 26 |
| CAPÍTULO II - LOUCURA E PRECONCEITO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL | 30 |
| 2.1. Breve história da institucionalização da loucura..... | 30 |
| 2.2. Loucura e preconceito | 35 |
| CAPÍTULO III - PERCURSO METODOLÓGICO..... | 37 |
| 3.1. Cenário da pesquisa | 37 |
| 3.2. Delineamento metodológico | 38 |
| 3.3. Coleta de dados | 39 |
| 3.4. Materiais utilizados | 41 |
| 3.5. Aspectos éticos da pesquisa | 43 |
| CAPÍTULO IV - RESULTADOS | 44 |
| 4.1. Entrevistas | 44 |
| 4.2. Grupo de Discussão | 51 |
| CAPÍTULO V - DISCUSSÕES | 54 |
| 5.1. O Processo de Trabalho dos Profissionais: Normatizar para normalizar? | 54 |
| 5.2. Reflexões sobre a Loucura e os valores preconceituosos | 59 |
| 5.3. Efeitos do preconceito na manutenção da violência declarada | 68 |
| 5.4. Uma proposta de respeito à diferença | 71 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 75 |
| REFERÊNCIAS..... | 77 |
| APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA AOS PROFISSIONAIS | 82 |
| APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 83 |
| APÊNDICE C – RESPOSTAS DAS ENTREVISTAS..... | 84 |
| APÊNDICE D – RESPOSTAS DO GRUPO DE DISCUSSÃO | 113 |

APRESENTAÇÃO

A proposta desta dissertação é apresentar algumas reflexões críticas sobre o preconceito em torno da loucura e seus efeitos na assistência à saúde mental, pois esta questão é um dos pressupostos adotado pela política de saúde mental, especialmente para os profissionais que atuam vinculados à Estratégia de Saúde da Família (ESF), e um desafio proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Embora haja esforços políticos, científicos e jurídicos no país, tentando mostrar uma transformação da compreensão cultural da sociedade em relação à loucura, despertando para a discussão de como são estruturados os cuidados dispensados aos usuários da rede de serviço de saúde mental e a construção de relações sociais mais tolerantes, divulgando a ideia de respeito à diferença, parece que não são suficientes, à medida que o preconceito ainda representa uma questão recorrente nesse campo.

Não apenas no campo da saúde mental cresce o interesse pela temática do preconceito vinculado à loucura, mas há também diversas agências sociais em que está presente. Os meios de comunicação expõem cenas e relatos de situações que supostamente visam diminuir o preconceito. Como exemplo podemos citar o programa *Bem Estar*, da emissora Rede Globo, que, no dia (04/02/17), exibiu uma reportagem sobre o “Preconceito contra as doenças Psicossomáticas”, já o programa *Encontro com Fátima Bernardes* ocorrido no dia (23/03/17) foi dedicado a falar sobre “A inclusão social, respeito e valorização da diferença”, e recentemente, no programa *Como será?* Exibido em (01/04/2017) da mesma emissora, apresentou como tema de discussão o “Preconceito”.

Essas discussões pela mídia não são novas, e às vezes vão além de uma apologia ao respeito à diferença, como da revista *Veja*, na edição de novembro de 2011, que apresenta como reportagem de capa “O que é ser normal?”, enfatizando a revolução de novos estudos na construção de um conceito. Não por acaso, o *Relatório sobre Saúde Mental no Mundo* (OPAS, 2001) considera o impacto do preconceito na vida das pessoas e/ou grupos discriminados um desencadeador de sofrimento e transtorno mental. Além disso, há tramitando no Congresso nacional, uma emenda constitucional, criada pela Associação Brasileira de Psiquiatria, criminalizando o preconceito contra pessoas com transtorno ou deficiência mental, chamado de “Psicofobia”.

A exibição de programas como estes mencionados, que descrevem formas de ajustamento social, ou matérias como a da revista, que modelam formas de comportamento e mesmo projetos como este, corroboram a perpetuação e construção de definições e atribuições de características para os loucos, chamados de portadores de transtornos mentais, mais do que combatem. Eles demonstram também o reconhecimento da dimensão insuportável do mal estar que nossa condição

de socializados nos condena, onde há que criar leis para “obrigar” as pessoas a se respeitarem mutuamente.

Discorrendo sobre como surgiu meu desejo pela pesquisa e ao mesmo tempo deixando claro para o leitor, a afirmação de que o preconceito ainda representa uma questão a ser analisada, buscando refletir sobre as dificuldades, estratégias e perspectivas quanto às transformações, trago um pouco de minha experiência como Psicóloga, atravessada por essas questões.

Meu interesse pelo tema começou quando participei, ainda como acadêmica de Psicologia, de uma pesquisa financiada pelo CNPq sobre o reconhecimento social e o processo de desinstitucionalização, onde foram analisados criticamente os avanços e limites da Reforma Psiquiátrica no Brasil. O limite esbarrava no reconhecimento do estigma em relação à “doença mental” e no modo como os usuários eram tratados frente à sociedade, em que seu lugar já estava determinado, um lugar de isolamento e a permanência da associação entre loucura e periculosidade. A partir dessa pesquisa, toda minha trajetória acadêmica foi permeada pelo campo da saúde mental.

A monografia nasceu das inquietações que a pesquisa provocou, consistiu em uma análise sobre a concepção de transtorno mental e tratamento na visão de profissionais, familiares e usuários de um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). O relato dos usuários foi essencial para pensar a pesquisa a ser desenvolvida aqui, à medida que a maioria dos discursos demonstrou mais uma vez a existência da marca danosa de preconceito e estigma direcionados às pessoas que frequentaram a instituição na época.

Os discursos dos próprios usuários ofereciam elementos para o entendimento do quanto o preconceito ainda estava presente e interferia no modo como eram reconhecidos. É o que Lima (2010), chama de reconhecimento perverso¹, alertando para a urgência em produzir referenciais que orientassem ações focadas em seu combate e na desconstrução social do imaginário sobre a loucura, pois não é mudando o espaço físico ou adotando uma nova política, que as práticas são alteradas, o discurso que gere a sociedade ainda permanece inalterado. A estratégia de gerir as pessoas foi modificada, mas o controle permanece o mesmo, senão mais forte.

Minha experiência profissional, no atendimento de pessoas no nível de atenção secundária a saúde, também foi outro fator que contribuiu, pois, muitos usuários verbalizaram que preferem ser atendidos nesse nível de atenção por vergonha da exposição ao psicólogo de seu território, de que sua comunidade saiba do uso de algum serviço de saúde mental e assim possa discriminá-los.

O preconceito em relação à loucura apareceu ao longo de todos os processos de trabalho que me envolvi. Dessa forma, a ideia aqui é proporcionar uma reflexão tanto teórica quando empírica

¹ Em seu livro seu livro “Metamorfose, Anamorfose e Reconhecimento Perverso”, o autor expõem sobre a construção da identidade pressuposta do doente mental, mostrando que a raiz do problema é a persistência do discurso psiquiátrico no discurso da saúde mental, contribuindo à manutenção do personagem doente mental.

sobre as ações realizadas por psicólogos na Atenção Básica para trabalhar/superar o preconceito relacionado à loucura, depois dos avanços preconizados no atual modelo de atenção à saúde, que tem como pressuposto, práticas pautadas na efetiva promoção da saúde, evitando isolamento, o preconceito, além de atitudes mais humanizadas, superando o estigma dos transtornos mentais (VASCONCELOS ET AL, 2008).

Os autores da Teoria Social Crítica, são essenciais para se pensar sobre a temática, à medida que seus estudos buscavam uma reflexão sobre a sociedade, o indivíduo e as relações entre ambos, nas quais se incluem os estudos sobre o preconceito, produto da mesma lógica que se encontra há séculos arraigada nesta sociedade hierárquica, excludente e autoritária. O preconceito é entendido nesta perspectiva como um produto de relações entre os estereótipos fornecidos pela cultura e conflitos psíquicos, desenvolvidos de maneira singular por cada indivíduo (CROCHÍK, 2006).

Refletir sobre preconceito direcionado aos “portadores de transtornos mentais²” dentro desta perspectiva teórica também representa uma inovação, à medida que no campo de produção de conhecimento não foram encontradas publicações que se utilizaram deste viés teórico.

Para verificar essa informação e conhecer a produção científica relacionada ao tema a ser investigado, realizei uma revisão sistemática, utilizando como fonte de dados quatro principais periódicos eletrônicos brasileiros e documentos normativos do Ministério da Saúde que definam diretrizes relativas à temática da saúde mental e quando possível, falam em relação ao tema do preconceito e como este vem sendo trabalhado.

Nos documentos do Ministério da Saúde estão disponíveis Cartilhas, Manuais e Cadernos³ direcionados principalmente aos profissionais da saúde. Estes documentos apontam visões sobre a loucura e modelo assistencial de cuidado em saúde mental que de tempos e tempos mudam, tentando dar conta de abordar a complexidade do humano.

Os periódicos eletrônicos pesquisados foram: Revista de Saúde Pública, Cadernos de Saúde

² Nomenclatura estabelecida a partir da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A lei passou a ser conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica.

³ BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2004. 86 p. (Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : MS, 2009. 96 p. (Cadernos de Atenção Básica).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 260 p. (Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica).

Pública, Ciência e Saúde Coletiva e Physis. Como orientador de busca foram utilizados os descritores “Preconceito e Saúde mental”, “Preconceito e Doença mental”, “Preconceito e Psicologia” e “Preconceito e Atenção primária”. Como critério de inclusão, estudos que somente avaliassem o preconceito sobre a ótica da saúde mental; disponíveis na íntegra e em português. Foram encontrados 16 trabalhos, analisados os resumos e considerados dentro dos critérios 5 artigos para leitura do texto completo.

Os outros 11 trabalhos foram desconsiderados dessa pesquisa porque não apresentavam uma discussão pautada em quaisquer referenciais teóricos, ou quando apresentavam, não havia aproximação com o referencial adotado aqui e estavam vinculados a outros tipos de preconceito como racial, econômico, entre outros. Embora os autores da Teoria Crítica defendam que o indivíduo predisposto ao preconceito também o faz relacionado a outros alvos.

A revisão sistemática em bases de dados eletrônicas foi importante para verificar a inexistência de trabalhos que partam do referencial da Teoria Crítica e que são realizados com equipes do NASF. Além disso, é importante apontar para uma questão de continuidade, à medida que relações de violência não deixaram de existir porque já foi falada antes.

Os textos foram fichados identificando-se autores, título, revista, o ano de publicação, cenário, aspectos metodológicos, resultados enfocando as contribuições do texto para com o tema da pesquisa e estão apresentados abaixo (TABELA 1).

Tabela 1- Resultados dos fichamentos dos textos.

| Autores | Título | Revista | Ano | Cenário | Método | Resultados |
|-------------------------|--|---------|------|---|---|---|
| PASSOS, F. P; AIRES, S. | Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial | Physis | 2013 | Usuários de um CAPS (tipo II), Município da Bahia | Pesquisa exploratória qualitativa e Análise de discurso | Não ocorre uma efetiva reinserção social dos usuários, mesmo depois das mudanças na política de saúde mental, sendo o CAPS um único local seguro e humanizado. Usuários relatam situações de preconceitos, como “loucos do CAPS”. |
| CÂNDIDO, | Conceitos e | Saúde | 2012 | Servidores de | Abordagem Qualitativa, | Concepções sobre os Transtornos |

| | | | | | | |
|-----------------------------|--|--------------------------|------|---|---|--|
| M. R et al | preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário | Pública | | diversos setores da Universidade Federal do Piauí | do tipo pesquisa-ação | como fenômeno anormal, a pessoa é vista como perigosa e incapaz. Origem do preconceito encontra-se na falta de informação. Não sabem qual o papel da universidade na redução do preconceito. |
| SALES, M. M.; BARROS, S. | Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana | Ciência e Saúde coletiva | 2012 | Usuários e familiares de um CAPS (tipo II) na região oeste de São Paulo | Abordagem Qualitativa, com referencial de Ágnes Heller e Análise de discurso | Dificuldades em construir relacionamentos sociais, por preconceito e a falta de engajamento na comunidade. O CAPS aparece como facilitador da constituição das redes sociais. |
| NUNES, M.; TORRENTÉ M. | Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial Bahia e Sergipe | Saúde Pública | 2009 | Entrevistas com usuários, grupos focais, familiares e profissionais em CAPS II (tipo II) da Bahia e Sergipe | Abordagem qualitativa baseada em entrevistas e grupos focais, Análise com referencial de Goffman (1963) | Foram identificadas formas de violências e situações estigmatizadoras: maus-tratos; exploração da aposentadoria violência doméstica; cárcere privado; distanciamento simbólico. E apontadas estratégias de enfrentamento |
| NUNES M.; JUCÁ V. J.; | Ações de saúde | Cad. Saúde | 2007 | 4 quatro equipes de | Abordagem qualitativa, | Quase inexistência de práticas de |

| | | | | | | |
|--------------------|--|---------|--|--|--|--|
| VALENTI M C. P. | mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária | Pública | | saúde da família, de Salvador-BA. Para compreensão dos profissionais sobre sofrimento mental e, para reduzi-lo, planejam e desenvolvem suas intervenções | estudo etnográfico da narrativa dos trabalhadores através de grupos focais e entrevistas | saúde mental na ESF: (i) o desconhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica e a falta de capacitação em saúde mental dos profissionais; (ii) a não identificação da população de problemas em saúde mental; (iii) a falta de condições para o atendimento desses casos no PSF; (iv) a inexistência de uma rede em saúde mental. Distanciamento dos profissionais e das pessoas que requerem cuidados em saúde mental, sendo os ACS os que tentam lidar. |
|--------------------|--|---------|--|--|--|--|

A revisão indicou lacunas de investigação que se enquadram dentro da temática que foi desenvolvida aqui, por exemplo, em todos os textos analisados são trazidos exemplos de situações de violência e experiências discriminatórias, identificadas como preconceito. Contudo, se essa é uma realidade será que há ações para sua superação?

Também foi identificada que, embora a Política Nacional de Saúde Mental priorize a implantação de uma rede diversificada de serviços de base comunitária, a qual representaria o lócus preferencial de acolhimento e tratamento, a maioria das pesquisas relatadas nos artigos foi realizada em CAPS. Percebe-se uma discrepância entre o proposto e o instituído.

Outra fragilidade identificada nos artigos selecionados foi a pouca adoção de referencial teórico específico para interpretar os resultados produzidos com as pesquisas. Em geral, se apontava dados, mas esses não eram interpretados a luz de uma teoria. Como aponta Adorno e Horkheimer

(1973), uma investigação empírica não é possível sem teoria. A ciência só pode ser mais do que a apresentação de dados se estiver impregnada de espírito crítico (ADORNO E HORKHEIMER, 1973).

Por isso, a ideia da pesquisa foi utilizar o referencial teórico dos autores da Escola de Frankfurt, à medida que estes denunciavam a forma como a ciência está estruturada e concebia o homem em suas relações sociais como fruto de um processo histórico, baseado em um tipo de racionalidade, chamada de racionalidade instrumental, embasada em uma renúncia da criticidade da razão, considerando vantagens individuais e deixando de lado a reflexão sobre a realidade existente e um mundo desejável. Ao longo da pesquisa, percebemos que esse é ponto fundamental para a construção do preconceito em torno da loucura.

Como já apontava Foucault, o “louco” representa a desrazão, o não controle, um problema do domínio médico-científico. E por que não dizer político? Como a ideia dessa pesquisa foi propor uma reflexão sobre se estamos avançando no cuidado e nas formas de relacionamento com o outro, para alcançar essa reflexão, utilizamos como referências os pensamentos desenvolvidos por Foucault e por autores da Teoria Crítica, em especial, Adorno. Percebeu-se que há aproximações e distanciamentos entre tais pensamentos, mas também foi possível sustentar uma complementaridade interessante para as análises e discussões que foram desenvolvidos aqui.

A obra de Michel Foucault caracteriza, como explicitado em Bueno (2016), a fabricação do sujeito na história, significa que o sujeito emerge no interior de práticas de poder institucionais, rejeitando o eu transcendental, metafísico e fenomenológico. É um sujeito fabricado no interior das relações de saber e poder. Seu método, historiográfico genealógico, estuda a história pelo ponto de vista das tecnologias de poder e práticas de dominação subjacentes a cada época. É por isso que é possível produzir saberes sobre o louco, o delinquente e tantas outras figuras que são alheias a normas disciplinares. Segundo Foucault (1987, p. 172), o indivíduo moderno é uma realidade fabricada por essa tecnologia específica de poder que se chama a “disciplina”.

Contudo, para Habermas, como aponta Bueno (2016), o erro do método de Foucault é imprimir primazia analítica à categoria de poder, da qual o sujeito seria apenas um efeito histórico, destituído de soberania metafísica. Nas palavras de Adorno (2009), embora não esteja se referindo a Foucault propriamente dito, “há um desprezo do espírito em favor das relações materiais”.

Outro fato que também deve ser levado em consideração, é que defender que o sujeito é mediado e constituído por processos históricos não é novidade para os teóricos da Teoria Crítica e esse é um ponto de aproximação entre as reflexões. Por outro lado, as críticas sobre a obra de Foucault recaem por desconsiderar pressupostos transcendentais do sujeito, sendo apenas resultado da imposição de regras disciplinares e normativas de sujeição, isso não significa que não possa oferecer resistências.

Esse talvez seja o maior ponto de distanciamento de Adorno e Foucault, pois Adorno reconhece a constituição do sujeito, não invalidando categorias como autonomia e emancipação, mas compreendido de maneira dialética e inseparável das relações materiais, sociais e históricas, ou seja, sujeito e condições materiais, se constituem em uma relação dialética. O sujeito, no seu pôr-se a si mesmo, é aparência ilusória e, ao mesmo tempo, algo sobremodo real do ponto de vista histórico. Ele contém o potencial de superação de sua própria dominação (Adorno, 1995a, p. 197).

Retomando os pontos de aproximação entre os pensamentos, os autores analisavam a constituição histórica dos sujeitos atravessados por condições materiais de existência e também percebiam que o conhecimento científico foi usado como instrumento de administração da sociedade.

Para Foucault, conhecimento é poder, usado na administração da população, cujos corpos são adestrados para que a vida se torne sinônimo de utilidade e eficiência. Já para os teóricos da Teoria Crítica, a sociedade é administrada, regulada pelo conhecimento baseado na racionalidade instrumental, cujos sujeitos obedecem a uma ordem a partir de relações de dominação.

Portanto, é principalmente em relação a essa “administração” das pessoas que os autores descritos foram utilizados nessa dissertação. O pensamento de Foucault foi importante por seu caráter histórico de produção dos sujeitos a partir de regimes de verdades, comprometidos com estratégias de disciplina e normatização, a constituição do personagem “louco” é um exemplo. Por outro lado, a Teoria Crítica auxiliou a compreensão, através de seu método dialético, do modo como as relações de dominação se perpetuaram com esse mesmo personagem; e a partir desse referencial foi possível uma análise mais robusta dos dados produzidos com a pesquisa, pois primaram pela reflexão crítica e denunciaram a barbárie a qual a sociedade esclarecida está produzindo sob o designo de ordem e progresso.

Embora a assistência à saúde mental esteja vivenciando um processo de reforma, chamada de Reforma Psiquiátrica, baseada na extinção progressiva dos manicômios, na substituição por outros recursos de cuidado, como a criação de uma rede de serviços, pouco contribuíram no sentido de avançar na criação de resistência antecipada ao preconceito.

Não estamos querendo dizer que não houveram mudanças nas formas de cuidado oferecidas pelos novos dispositivos, tão pouco está se afirmando que não há o fenômeno da loucura, até porque ela passou a existir no momento que a inventamos, mas o que tentamos refletir nessa pesquisa é que condições de possibilidades mantém o preconceito em saúde mental. Pois, quando classificamos o outro, com o qual não nos identificamos, com arbitrariedades e prejulgamentos, estamos tendo uma atitude preconceituosa, embora, muitas vezes não percebemos que a não identificação é fruto de organização social e modos distorcidos de relação entre o eu e o mundo, portanto, para analisa-lo é necessário olhar o ambiente em que se desenvolve e se mantém.

Por isso é preciso pensar em algo que vá além de uma reforma, já que reformar pressupõe consertar, que envolva não apenas o modelo de assistência, mas também o relacionamento das pessoas em sociedade, tornando-as críticas de reconhecer os mecanismos que provocam em si mesmas o preconceito, produzindo uma consciência crítica na sociedade.

A partir dessas reflexões iniciais, o *objetivo geral* dessa pesquisa é analisar concepções e ações realizadas por psicólogos que trabalham vinculados à ESF que contribuem para a superação do preconceito. Como *objetivos específicos* pretendemos: 1. Conhecer as experiências dos profissionais em relação ao preconceito, baseado nas suas concepções de loucura; 2. Identificar as atividades desenvolvidas por profissionais psicólogos que contribuem ou não para desconstrução do imaginário sobre a loucura; 3. Entender que espaço ocupa a temática do preconceito em relação à loucura nos projetos e no cotidiano do cuidado.

Para os autores da Teoria Crítica, a investigação psicológica sobre o fenômeno do preconceito é importante, pois não nascemos preconceituosos, nos tornamos ao longo do processo de socialização. Levando em consideração a figura do louco, para analisá-lo é necessário entender o processo histórico que construiu essa figura e determinou seu lugar na sociedade. Gomide (2000, p. 20) afirma que “a saúde mental consiste no ajustamento e na harmonização do indivíduo à sociedade, mesmo que tal sociedade proporcione situações incompatíveis com a ideia de harmonização”.

Portanto, para alcançar os objetivos, no primeiro capítulo discorri sobre a compreensão do preconceito, ressaltando as contribuições da teoria crítica para pensar esse fenômeno e sua relação com o processo do “Esclarecimento”, movimento que tinha por lema a emancipação do indivíduo através do conhecimento, fundamentou um tipo de razão, chamado razão instrumental, cujo controle sobre a natureza passou a incluir o próprio homem e seu desenvolvimento foi responsável por sedimentar um ideal de homem e sociedade, onde aquele que não se adequa pode ser considerado “louco”. No segundo capítulo, abordei a complexa definição do conceito de loucura ao longo da história, buscando refletir que foi a partir dessa racionalidade instrumental que termos como doença mental começaram a fazer sentido, e tentativas de articulação das políticas públicas abordando formas de cuidado para superação do preconceito em relação ao louco.

No terceiro capítulo foi apresentada a parte empírica dessa pesquisa sobre concepções e práticas de combate ao preconceito, desenvolvidas por psicólogos que trabalham vinculados a ESF; No quarto são apresentados os resultados; E finalizando o quinto capítulo foi apresentada uma discussão, dividida em categorias, e as considerações finais sobre a pesquisa.

CAPÍTULO I – CONSTRUÇÃO DO PRECONCEITO À LUZ DA TEORIA CRÍTICA

O preconceito é um produto das condições históricas oferecidas pelo social e da psicologia individual que sofre influências desse social. Discorrer sobre este conceito não é tarefa fácil, embora pareça estar cada vez mais presente na sociedade atual, face à xenofobia, ao desenvolvimento das neurociências fundadas na eugenia moderna, à intolerância religiosa, política e sexual. Fala-se de preconceito contra, negros, homossexuais, loucos, entre outros. Aqueles que os frankfurtianos chamavam de grupos-alvo ou “bodes expiatórios”. O que se propõe neste capítulo é pensar quais seus elementos, as características psicológicas do indivíduo preconceituoso e o que mantém o tratamento diferencial e desigual oferecido a determinados indivíduos ou grupos sociais, particularmente neste caso, aos chamados de loucos na sociedade esclarecida.

Os estudos produzidos pelos intelectuais da Escola de Frankfurt, no Instituto de pesquisa social na década de 1940, buscavam entender as raízes psicológicas do preconceito, a partir da adesão das pessoas ao ideal nazista do antisemitismo, e mostrou-se como a primeira tentativa de estudar esse fenômeno em sua dinâmica subjetiva, através de métodos experimentais, e forneceram elementos para compreender que o ódio aos judeus ocorreu por um processo ideológico, econômico e psíquico, aliado a uma forte propaganda fascista. Nasceu do desejo de domina-los, por parte daqueles que os acusavam e perseguiram.

O preconceito nasce do desejo de dominação, é constituído nas meditações da subjetividade e das relações sociais. Segundo Adorno e Horkheimer (1973), influenciados pelas referências psicanalíticas de Sigmund Freud e do materialismo dialético de Karl Marx, o preconceito é um fenômeno psicológico cuja manifestação responde às necessidades irracionais do indivíduo preconceituoso e é construído no próprio processo civilizatório, à medida que a estruturação psicológica também o é.

Para Crochík (2006), o preconceito não é inato, é introjetado na forma de ameaça, por meio das relações com as pessoas das quais dependemos e as incorporamos por medo do que aconteceria caso não fizéssemos.

Assim, na transmissão da cultura para as gerações mais jovens, já são transmitidos preconceitos: ideias que devem ser assumidas como próprias sem que se possa pensar na sua racionalidade e na conseqüente adesão ou não a elas. Mais do que as diferenças individuais, o que leva o indivíduo a desenvolver preconceitos, ou não, é a possibilidade de ter experiências e refletir sobre si mesmo e sobre os outros nas relações sociais, facilitadas ou dificultadas pelas diversas instâncias sociais presentes no processo de socialização (CROCHÍCK, 2006, p.19)

Dessa forma, somos educados e construímos nossos valores a partir das diversas instâncias que nos cercam, como família, escola, meios de comunicação, convívio social, dentre outros, que

muitas vezes nos “podam” de ter contato com outras pessoas, dos grupos-alvos de preconceito. Aprendemos ideias sobre determinado grupo de pessoas sem nem termos contato com algum de seus membros e passamos a rejeitar aquilo que nos causa estranheza. É por isso que o preconceito diz mais do preconceituoso do que seu alvo.

A obra *Dialética do Esclarecimento*, no capítulo “Elementos do anti-semitismo” (Adorno e Horkheimer, 1985), e os livros *Preconceito, indivíduo e Cultura* (Crochick, 2006) e *Bullying: Razão instrumental e preconceito* (Antunes, 2010), servem de referência para esboçar o conceito trabalhado aqui. Eles nos ajudam a entender que o conceito pede por um pensar detido sobre as relações entre o indivíduo e a cultura, esfera em que se realiza nossa socialização, certamente relações atravessadas pelo poder, já que o preconceito nasce do desejo de dominação, na luta pela sobrevivência. Portanto, pesquisar o tema do preconceito é uma tarefa árdua, e tanto os estudos desse tema como sua transformação são extensos, complexos e envolvem uma variedade de fatores que devem ser analisados.

1.1. Elementos do Preconceito

O desejo de dominação está presente ao longo do processo civilizatório ocidental, fruto de um rígido controle da natureza, através da razão, do mito do “Esclarecimento”. A ideia de que o homem pode disciplinar, dominar, controlar tudo aquilo que lhe é primitivo e natural, aquilo que não se ajusta e, porque não dizer, aquele que tem efeito irritante, possibilitando a construção do preconceito que segundo Ackerman e Jahoda (1969, p. 27), é “atitude de hostilidade nas relações interpessoais, dirigida contra um grupo inteiro ou contra indivíduos pertencentes a ele”.

Um de seus elementos é a atribuição de características, comportamentos e julgamentos ao indivíduo ou grupo-alvo do preconceito quando não pertencem. O que configura uma percepção distorcida da realidade e essas distorções, como verá no próximo tópico, responde a conflitos psíquicos do preconceituoso. Esse fato também pode ser estendido ao sujeito considerado louco, aquele que não se adéqua, recebe como “prêmio” uma série de características que o desqualifica em relação aos outros, formando os estereótipos.

Conforme Crochik (2006), a forma mais característica do sujeito se relacionar com a sociedade é por meio do estereótipo, entendendo este como outro elemento do preconceito, em que os indivíduos se apropriam de representações culturais sobre um determinado objeto, fixam essas representações, que podem ser chamadas também de qualidades, esboçam uma reação na presença dele, em geral de estranhamento ou hostilidade, configurando o preconceito. Assim como acontece na concepção de louco, a qual transita entre aquele que é agressivo ou é inocente, constituindo seu

estereótipo e uma reação frente a ele.

O modo como olhamos para o outro é influenciado pela cultura em que vivemos e se estamos numa cultura onde a todos se controla, a forma como se vive, o que se come, como se comporta, quando se dorme, quem é melhor, etc, aquele que se desvia do que é esperado, desrespeitando regras, precisa ser controlado. Não por acaso, o louco necessita de tutela.

É por isso que o projeto dos teóricos da Teoria Crítica, se estendeu para além do antissemitismo, esse foi o pontapé inicial, mas a hostilidade dirigida aos judeus pode ser dirigida a outras “vítimas”. Segundo Antunes (2010), citando Carone (2002), todo aquele que mostra predisposição antissemita é predisposto também a discriminar outros grupos étnicos e culturais, uma vez que tende a idealizar o líder e o grupo com qual se identifica e projetar qualidades negativas nos outros grupos objetos do preconceito.

A generalização é mais um elemento, significa a atribuição dessas qualidades, os estereótipos, a todos os indivíduos pertencentes aquele grupo, possibilitando classificar os indivíduos, impedindo experiências individuais. Mesmo quando há essa experiência, são pouco úteis para desfazer o preconceito. Segundo Adorno e Horkheimer (1985), citado por Crochik (1996), o sujeito preconceituoso não precisa de contato para desenvolvê-lo.

Adorno e Horkheimer (1985) abordam conceitos antropológicos, psicológicos e econômicos para compreender essa reação frente ao objeto alvo do preconceito. Em termos antropológicos a “mimese” e a “falsa projeção” ganham destaque. No primeiro caso, representa a repressão aos desejos proscritos pela civilização. A mimese original ou genuína, que é a imitação da natureza, deve ser abandonada. Então, quando se encontra alguém que se suspeita de possuir uma “natureza não domada” pelo processo civilizatório, ou seja, que não segue as mesmas regras sociais provoca repugnância e desejo de proscriver.

Nesse sentido, na *Dialética do Esclarecimento*, aparece a seguinte passagem: “[...] tudo que não se ajustou inteiramente ou que fira os interditos em que se sedimentou o progresso secular tem efeito irritante e provoca repugnância compulsiva” (ADORNO E HORKHEIMER, 1985, p.168). Por outro lado, é possível a imitação de conteúdos que são divulgados pela cultura, neste caso, nomeada de mimese compulsiva, que é outro conceito que está na base da constituição do preconceito, imita-se aquilo que é valorizado socialmente e adotam-se as regras de comportamento.

No segundo caso, a falsa projeção, como se refere Alves Jr. (2003), ocorre quando o preconceituoso não reconhece características, atributos que lhe são particulares e os dirige a outros: “Os impulsos que o sujeito não admite como seus e que, no entanto, lhe pertencem, são atribuídos ao objeto, a vítima em potencial” (ADORNO E HORKHEIMER, 1985, p. 174). É por isso que o louco é sempre o outro, embora cada um de nós apresente comportamentos que poderiam ser perfeitamente enquadrados nessa figura.

A projeção em si não é um problema, é um ato da percepção, mas ela requer uma reflexão sobre aquilo que é percebido, adquirindo uma consciência de si e uma consciência da existência do outro, o que ocorre no indivíduo preconceituoso é que ele dota o mundo exterior de tudo que está nele mesmo. Os autores da *Dialética do Esclarecimento* utilizam a teoria psicanalítica da paranoia para explicar esse tipo de comportamento, onde é entendida como expulsão para o exterior de impulsos que o sujeito condena em si mesmo.

Pensar o preconceito nessa perspectiva é entender que ele se apoia na ausência de experiência e reflexão sobre si e sobre os outros, pois quanto mais se enfraquece a capacidade de reflexão sobre mundo, mais difícil se torna o relacionamento entre as pessoas. Adorno e Horkheimer tecem considerações sobre esses aspectos, enfatizando que a perda da capacidade de ter experiência e do declínio da faculdade de julgar derivam da mentalidade de ticket e da estereotipia do pensamento. Ambos são produzidos e fomentados por uma cultura que traz a necessidade de respostas rápidas calcadas em esquemas anteriores.

Na mentalidade de ticket, a busca por uma integração social não conflitiva levaram o indivíduo a simplesmente assimilar conteúdos prontos, que reproduzem padrões de pensamentos e ações pré-estabelecidos, recorrendo a pensamentos generalizadores, e que impossibilitam a tomada de decisões de caráter individual, servindo, assim, à manutenção e consolidação da ordem social vigente.

O pensamento estereotipado provém da própria realidade organizada de forma binária e classificatória, onde o alvo do preconceito é reduzido a meros estereótipos que lhes são atribuídos, como explicado anteriormente. Ilustra Crochik (2006, p.20), “a pessoa com Síndrome de Down é percebida dentro de um estereótipo como: insociável, incapaz de aprender algo além de coisas elementares, inapta a desenvolver sentimentos com os outros, agressiva, ou por demais inofensiva, incapaz de controlar os seus impulsos, incapaz de simbolização etc”. O pensar estereotipado fortalece o preconceito e exclui a reflexão sobre outras possibilidades de vida e simbolização.

Os estereótipos pedem uma economia de esforços de pensamento, representam um “pré-conceito”, ou seja, um conceito anterior, que pode derivar um preconceito, quando o preconceituoso está diante desses objetos, tem dificuldade para experimentar e refletir sobre eles, pois quanto mais nos diferenciamos de nossas vítimas, mais protegidos seremos de admitir que somos parecidos, servindo de justificativa para dominação; Como falado anteriormente, o louco deve ser tutelado. Como apresenta Antunes (2010, p.82),

O preconceito é uma subcategoria do pré-conceito e apoia-se no pensar de maneira estereotipada, porém não se confunde com os dois, na medida em que se soma ao pensar estereotipado, às experiências incompletas nas relações com os fatos e objetos e a racionalização de uma hostilidade na verdade irracional e enraizada na personalidade dos indivíduos.

Essa hostilidade irracional preenche uma função irracional definida dentro da personalidade (JAHODA e ACKERMAN, 1969 apud ANTUNES, 2010, p. 99). Essa função irracional é a expressão da realidade que o sujeito preconceituoso vivencia, produto da sociedade capitalista moderna, onde faz-se necessário se ajustar, se adaptar às condições que são oferecidas.

Dessa maneira, para compreender as transformações no âmbito social é necessário entender a dinâmica econômica, ou seja, o processo de reprodução material da vida, determinantes nas mudanças da relação da humanidade com a natureza, portanto na constituição da subjetividade. Aqui fica clara a influência do pensamento do materialismo dialético. Para Marx e Engels (1998), os indivíduos são dependentes das condições materiais de sua existência. E a reprodução de ideias e da consciência está, direta ou indiretamente, ligada à atividade material.

No momento em que vivemos numa sociedade que valoriza a produção, a padronização de comportamentos, elegendo um indivíduo como modelo a ser seguido, em especial, o homem branco, capaz de trabalhar, casado com uma mulher e com filhos, serve exatamente à manutenção de um ideal de Estado. Aquilo que não está na norma, que não se preocupa em reproduzir e acumular, deve ser evitado. Porque o corpo também é instrumento de venda e, como tal, passível de ser administrado.

Acontece que essa administração não é sem preço. Com o progresso, muito sacrifício é exigido de todos os indivíduos, a adaptação a uma sociedade que impõe padrões de perfeição e incentiva o individualismo, resulta em um empobrecimento das relações sociais e conseqüentemente, a identificação dos seres humanos com a humanidade fica em segundo plano. Como o modelo de ideal de homem é aquele que segue regras e a loucura evitada.

1.2. Características psicológicas do preconceituoso

O impacto psicológico provocado pela exposição contínua dos indivíduos impotentes à força da sociedade administrada repercute na subjetividade. Não há surpresa que o preconceito seja uma reação de hostilidade nas relações interpessoais e uma ação imediata, sem reflexão, que expressa a fragilidade do indivíduo frente às suas próprias experiências, demarcando defesas ao outro.

Os aspectos psicológicos da adesão ao preconceito foram considerados nos estudos de Adorno e Horkheimer no Instituto de Pesquisas Sociais em conjunto com o Centro de Pesquisa de Opinião Pública da Universidade da Califórnia, em Berkeley, na década de 40 no século passado, e os discursos dos psicanalistas Jahoda e Ackerman, ambos integrantes do projeto de pesquisa foram importantes para o entendimento da reação de hostilidade do preconceituoso, pois o pensamento psicanalítico tem um papel importante nessa reflexão. A Psicanálise permite compreender as bases

psíquicas da constituição do preconceito e do próprio sujeito, como Adorno (1986, p. 86) defende, “...la única que investiga seriamente las condiciones subjetivas de la irracionalidad objetiva”.

Em Elementos do Anti-semitismo, os autores retomam os conceitos freudianos de “identificação e projeção”, que são importantes para entender o funcionamento do aparelho psíquico em relação ao preconceito, e explicam os mecanismos pelos quais cada pessoa entende (ego) e o Outro; a partir dessa separação é possível a compreensão do mundo.

É preciso reconhecer que em Psicanálise a dimensão da subjetividade passa pela a alteridade, pois não existe o “eu” enquanto instância egoica sem o outro, o próprio processo de constituição do eu está atravessado pela a relação com o outro. Na relação do bebê com o outro materno, há uma filiação simbólica de traços identificatórios com os ideais parentais, que nós incorporamos e que reverbera a vida inteira. Esses ideais provêm dos ditos parentais que irão nos constituir, emprestando concepções e pré-concepções de mundo, mas que podem ser modificados já que em psicanálise o ser humano é constituído pela linguagem e essas concepções também podem ser alteradas, a partir da história e relações com outros que virão.

Na explicação do aparelho psíquico, Freud (1976) define a organização psíquica dividida em três instâncias, interligadas entre si: o inconsciente, pré-consciente e o consciente. O consciente recebe informações do mundo exterior e interior, se articula com o pré-consciente, o qual funciona como uma espécie de barreira que seleciona aquilo que deve ir para o consciente; e no inconsciente estariam conteúdos reprimidos da consciência, a energia psíquica chamada de pulsões, que tende a levar o indivíduo à ação, para aliviar a tensão resultante do acúmulo de energia. A dinâmica dessa energia, no aparelho psíquico, estruturou “o ego e o id”.

Os conteúdos do id, expressão psíquica das pulsões, são inconscientes, e são regidos pelo princípio do prazer. Já o ego é formado na relação com o exterior, é regido pelo princípio da realidade, que se incumbe do ajustamento ao ambiente e da solução dos conflitos internos e externos. O ego é pressionado pelos desejos do id, pelas ameaças externas e pela severidade repressiva do superego, que é a consciência moral formada pelas interdições parentais e exigências sociais, impedindo o indivíduo de satisfazer plenamente seus desejos. Assim, a função do ego é tentar conciliar as reivindicações das instâncias a que serve⁴.

A explicação mais aprofundada sobre a organização do aparelho psíquico para Freud não foi realizada aqui, mas é importante essas informações iniciais para mostrar que o preconceito é influenciado por essa organização. Como o Ego é a instância que coordena as reivindicações externas e internas, quando estas se tornam insuportavelmente conflituosas, ou seja, há dificuldade excessiva de conciliação entre os desejos individuais e as normas impostas pela sociedade, aparece

⁴ Ver Freud S. A interpretação dos sonhos, 1987. E Freud S. O ego e o id, 1976.

a agressividade contra o outro e dessa forma, o preconceito representa uma defesa diante do “outro”, pois este é visto como uma ameaça ao sujeito.

Como estamos nos propondo a conhecer os discursos de psicólogos sobre o outro, neste caso o nomeado louco, supomos que também o fazem através desses mecanismos de identificação e projeção. Na identificação ocorre a incorporação de elementos exteriores à psique como parte dela. Para Freud (2011, p. 65), a psicanálise conhece a identificação como a mais antiga manifestação de uma ligação afetiva a outra pessoa, o Ego empenha-se para configurar àquilo que é tomado como “modelo”, através da introjeção de traços do objeto. A imitação de comportamentos divulgados pela cultura, faz com que aqueles que não segue seja visto como ameaça.

Na projeção o sujeito apresenta percepção de elementos da própria psique como externos a ela e projeta no outro aquilo que não aceita em si mesmo, suas fraquezas e dificuldades. Como no preconceito, existe uma relação de dominação de um ser para com outro, pela imposição de características distorcidas da realidade, o sujeito e objeto permanecem prisioneiros de uma situação que não possibilita reflexões, transformações ou construções de relações mais fraternas. O outro é um lugar de identificação e diferenciação.

Em psicanálise a loucura relaciona-se com estruturas defensivas, são elas, a neurose, a psicose e a perversão, as quais decorrem de uma forte interdição, em que os sintomas aparecem como produto desse conflito entre o desejo e o moralmente proibido, no caso do neurótico; a perversa, onde há uma renegação dessa lei de interdição do desejo; E por fim a psicótica, em que a lei nem sequer foi internalizada, foi rejeitada. Este último imprime no neurótico o estranhamento, mas esse estranhamento é familiar, pois o louco diz muito de cada um, porque aponta algo dele mesmo. E assim como o psicótico, o neurótico, comete atos insanos.

A incapacidade do ser humano de suportar a diferença do outro, é chamada em psicanálise de Narcisismo das pequenas diferenças, o qual também está na base do preconceito, pois há na atualidade uma apologia para aceitação da diferença, no intuito de nos tornarmos cada vez mais iguais, o que na sociedade administrada é realizado com maestria, já que em todos os âmbitos da existência há uma norma.

A exigência dessa norma na sociedade administrada reverbera na constituição dos dispositivos de saúde mental, à medida que adota a ideia de normalizar o louco. Esses espaços utilizam em sua prática profissional o conceito de “transtorno” para se referir à loucura, onde o tratamento preferível, em geral, é a medicação, contribuindo assim para estabilização, socialização, normatização. Hoje, temos uma concepção que carrega a atualidade de um tempo. Um tempo onde impera um tipo de racionalidade, denominada de racionalidade instrumental, a qual se baseia em uma lógica de controle para a dominação.

A mídia também exerce um importante papel nessa questão, ao sedimentar nos sujeitos valores de composição da ordem social, em que é divulgado um ideal de normalidade exigido pela cultura, não à toa já estamos na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais - DSM V (2010) e frequentemente são produzidos cartilhas, patrocinadas pelos laboratórios que vendem medicações para essas mesmas doenças que eles definem, atribuindo características consideradas desviantes, classificando comportamentos e aludindo a números que mostram o aumento da proliferação de diagnóstico como uma forma de prevenção.

Esse fato recai sobre o que foi alertado por Adorno, que estudos baseados apenas em dados estatísticos e no diagnóstico de sua ocorrência, assim como a fácil assimilação e divulgação pelos meios de comunicação de massa, denuncia que esses conceitos fazem parte de uma ciência instrumentalizada e a serviço da manutenção de uma ordem social desigual, gerando violência voltada para alguém dito em condição “inferior”, aqueles considerados fora da norma.

Dessa forma, a sobrevivência humana ainda está submetida à existência de uma sociedade que nasce juntamente com as próprias contradições, favorecendo a vivência do preconceito. Como superá-lo? Talvez um caminho seja o esclarecimento, mas não o Esclarecimento na forma como foi desdobrado, criando uma ciência que não está preocupada com seus fins, sendo responsável, muitas vezes, por lançar a sociedade à barbárie. Mas um pensar detido sobre as relações, calcado em reflexões e experiências, pois quando somos instigados a refletir sobre nossos sentimentos, pensamentos e atitudes do cotidiano, passamos a reconhecer em nós mesmos a violência que criticamos no outro, e assim, início ao seu entendimento.

1.3. O Preconceito e Racionalidade Instrumental

A sociedade atual foi influenciada pelo pensamento iluminista dos intelectuais no fim do século XVII. O Iluminismo tinha por lema a emancipação do indivíduo diante dos dogmas sociais e religiosos vigentes à época por meio do *processo de Esclarecimento*, levando o homem à liberdade.

Segundo um dos maiores filósofos do Iluminismo, Immanuel Kant, o processo de Esclarecimento era "a saída do homem de sua menoridade" onde "a menoridade é a incapacidade de se servir de seu entendimento sem a direção de outrem" (Kant, 2005, p. 63-64). O processo de esclarecimento deveria ser feito então por meio da razão, da tomada de poder pelo indivíduo de seus atos e escolhas. A responsabilidade sobre o destino de cada indivíduo, não mais estava relacionada a um Deus ou deuses, mas através da razão e do conhecimento, moldando a base para o desenvolvimento da ciência e da sociedade moderna.

Acontece que o Esclarecimento, que pretendeu redimir o mundo pelo conhecimento, através

da razão, forjou, ao contrário, uma sociedade repressora e totalitária. O processo de racionalização da ciência, em lugar de libertar os homens, proporcionou-lhes o controle, a dominação pelo cálculo. Adorno e Horkheimer (1985) apontaram a razão instrumental como base da irracionalidade e do mal absoluto. Eis o paradoxo apontado pelos autores: é o culto à razão que representaria o progresso, o responsável por lançar a sociedade para a barbárie: “O progresso (...) tem perseguido sempre livrar os homens do medo e de investi-los na posição de senhores. Mas a terra totalmente esclarecida resplandece sob o signo de uma calamidade triunfal” (ADORNO e HORKHEIMER, 1985, p.05).

Aqui é necessário fazer uma diferenciação entre razão e razão instrumental. No livro, *Eclipse da Razão*, Horkheimer (2002) aponta essa distinção através da razão objetiva e da razão subjetiva, mostrando que foi a partir de uma ruptura entre meios e fins que se efetuou o que se denomina de razão instrumental, verificada no pensamento ocidental. Ilustrando a razão objetiva segue o trecho.

Nos grandes sistemas filosóficos, tais como Platão e Aristóteles, o escolasticismo e o idealismo alemão, foram fundados sobre uma teoria objetiva da razão, objetivando desenvolver um sistema abrangente, ou uma hierarquia de todos os seres vivos, incluindo o homem e seus fins. O grau de racionalidade de uma vida humana pode ser determinado segundo sua harmonização com essa totalidade (HORKHEIMER, 2002, p.10).

É percebido que o autor enfatiza a razão colocada nesses termos, preocupada com os fins que possa provocar, buscando uma harmonização com o ambiente, priorizando a autopreservação e regulação das relações entre homem e natureza. No texto, a conclusão do parágrafo acima, aponta que ideias do bem supremo, o destino humano e o modo de realização dos fins últimos, são levados em consideração na razão objetiva.

Já na razão subjetiva, característica predominante do nosso momento histórico, representa uma faculdade da mente humana, onde somente o sujeito pode ter verdadeiramente razão, preocupa-se com a técnica, a lógica, o cálculo, deixa de ter uma preocupação com o universal e enfatiza o individual, é usada para decidir o que é útil, considerando vantagens e desvantagens individuais. A preocupação está para com os meios e não com os fins. Como continua Horkheimer no mesmo texto, “em última instância a razão subjetiva se revela como a capacidade de calcular as probabilidades” (2002, p. 11).

Esses dois tipos de razão sempre estiveram presentes, mas dependendo do momento histórico, cada tipo foi exaltado. A razão subjetiva fundamentou o conhecimento científico nos modos como se apresenta hoje, baseado no controle, na classificação, na adequação de procedimentos materiais que alcance um dado explicativo. Dar-se a razão instrumental, transformando o conhecimento em um ato pouco reflexivo, restrito à repetição, conservação e permanência da coerção social.

Por medo das incertezas do mundo, este deveria se tornar um lugar previsível, ordenado, controlado, através da técnica e da razão instrumental. Adorno e Horkheimer (1985) apontaram para esse caráter regressivo e autodestrutivo do processo de Esclarecimento, associado por eles à “calamidade triunfal”.

A dominação da natureza se estendeu à dominação do próprio homem, degradando-o a mais um elemento a ser controlado e tornando a sociedade um sistema coercitivo e totalitário. “o esclarecimento sempre simpatizou, mesmo durante o período do liberalismo, com a coerção social e a unidade da coletividade manipulada consiste na negação de cada indivíduo” (ADORNO e HORKHEIMER, 1985, p.13).

O controle sobre a natureza passou a incluir o próprio homem, e veio ao encontro do atual sistema econômico que vivemos, que se pauta na exploração do homem, como força de trabalho e como valor de troca. Aliás, o processo de reprodução material da vida é um fundamento determinante. Para Marx, tudo aquilo que parece exclusivo da subjetividade (produção de ideia, representações e a própria consciência) está, a princípio, direta ou indiretamente ligada a atividade material (ANTUNES, 2010).

É exatamente nesse ponto que se inserem os chamados loucos, os quais são desconsiderados, por muitas vezes, não se fazerem úteis nesse modelo e é preciso ser administrado, assim como o restante da sociedade. A lógica administrativa deixou de ser exclusividade das organizações e serviu de modelo para a constituição dos próprios sujeitos e a ciência tem ocupado um lugar central nesse movimento de adequação. Muitas atrocidades cometidas são justificadas por meio do desenvolvimento científico. Será que a ciência é um método para melhorar a vida das pessoas ou para dominação?

É assim, que os autores criticam o cientificismo positivista enquanto ideologia tácita do capitalismo, deflagrando que a forma como temos conduzido-o, tanto provocou mal-estar quanto melhoria da qualidade de vida da população, levando a uma barbárie como, por exemplo, o holocausto na II Guerra Mundial e a teoria da eugenia, a ideia de que todas as características humanas eram hereditárias, tanto as físicas quanto as habilidades intelectuais, portanto era necessário o controle dos “bem nascidos” para a “melhoria” da raça humana. Para Crochík (1997, p. 42): “A ideia de progresso se mantém dentro dos limites da ordem [...] dessa forma, as injustiças também se aperfeiçoam e a possibilidade de o homem influenciar o seu destino é negada; ele deve se adaptar à sociedade existente”.

A decadência do homem contemporâneo se expõe como produto de um projeto de sociedade cuja promessa de liberdade foi deturpada. Fomos capazes de criar um sistema que estabeleceu novas formas de dominação, tornando o homem escravo dele mesmo em uma sociedade cada vez mais alienada, estabelecendo a barbárie em todas as suas expressões.

O louco, pela construção que se faz dele, sofre preconceito, sobretudo por não se subjugar a ordem baseada na divisão de trabalho, como a necessidade de produção exigida pelo sistema capitalista enfatiza a normatividade e a produtividade, assim também o discurso científico o faz, os critérios que justificam, ou melhor, produzem a doença mental se baseiam em responsabilidade social e produtividade.

Ao louco, ora é atribuída à passividade em relação ao cuidado consigo, sendo considerado incapaz, ora é atribuída violência, sendo agressivo e perigoso mantendo sempre os extremos, justificado através de um saber científico, que se traduz em uma separação hierárquica entre aqueles que detêm o poder e os que não. “O poder dos sãos” sobre os “doentes”. Entre os normais e os anormais.

Por isso criamos cada vez mais dispositivos para controlar a vida das pessoas, sobre a justificativa de formas de cuidado, possuindo o conhecimento científico lugar central nessa administração. Teorias são formuladas, políticas são construídas, modelos de assistência são criados, bem como instituições, para administrar a vida e o fenômeno da loucura. Mas não há uma preocupação em discutir que tipo de relação sustentamos com os semelhantes, da nossa capacidade de suportar o sofrimento do outro e de acolher seus limites. Embora se divulgue o respeito a diferença.

Suspeito que esse fenômeno nasce muito mais da irracionalidade do sistema, da falência do laço social e de modelo de Estado que foi construído, do que de uma condição individual. Gomide (2000, p. 15) afirma que “a irracionalidade do sistema é evidenciada quando percebemos que o indivíduo ‘desaparece’ na sociedade ao não se reconhecer nas instituições e meios que ela oferece”.

Dessa forma, não se nasce um “caso grave”, se transforma dadas as condições sociais. Então são nelas que devemos nos deter. Até porque historicamente foi a partir no fim do século XVIII que o médico Philippe Pinel categorizou a chamada “doença mental”. A loucura, com o advento do capitalismo, foi transformada em doença, aquilo que não se encaixava na nova ordem social passou a ser visto como patológico, anormal, e, portanto, devia ser excluído e/ou corrigido (FOUCAULT, 1997). Se por um lado, a transformação da loucura em doença possibilitou cuidados a este, por outro, retirou enclausurou em guetos institucionais.

A contradição é que adaptá-los à norma produtiva, é integrá-los à mesma norma que causou a sua alienação e, possivelmente, a produção de sua “anormalidade”. Entender como foi construído esse conceito de anormalidade e doença mental, é necessário para perceber o que sustenta o preconceito, ou violência direcionada às pessoas incluídas nessa categoria, pois, por mais que tenhamos avançado na construção de uma política de saúde mental e modelos de assistência, é preciso analisar criticamente o modo como tratamos o outro.

CAPÍTULO II - LOUCURA E PRECONCEITO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

A loucura não é somente um fenômeno psíquico da experiência individual e singular, mas junto a esta, um fenômeno social e histórico cuja experiência emerge tanto para o sujeito como para os outros, com práticas que conferem certo lugar e uma existência nomeada em vocabulários a depender de cada cultura. Diversas teorias tentaram dar conta de explicá-la, delimitando o que seria normal e patológico, que para além da dificuldade de aceitação do outro em sua singularidade, servem também para fortalecer interesses específicos em cada momento histórico.

Atualmente, vivenciamos um momento de universalização do capital, sustentado por uma racionalidade instrumental em que o sujeito saudável tem como parâmetro os valores de sucesso da sociedade de consumo- dinheiro, produtos, corpo perfeito, saúde plena, felicidade - tudo se pode comprar e todos devem seguir o mesmo padrão. Aquele que apresenta uma ruptura com a ordem estabelecida deve ser corrigido e controlado. Afinal, como dizia Augusto Comte (1978), em seu *Discurso sobre o espírito positivo*, ordem é progresso. E desorganizar é ir contra a organização, como se fosse possível um estado de estabilidade que chegasse ao silêncio da repetição de um mesmo padrão de comportamento, como criticava Georges Canguilhem⁵.

Nesse sentido, a loucura tornou-se um conceito útil para enquadrar indivíduos com comportamentos não convencionais ou inadequados socialmente. Produziram o que Lima (2010) chamou de identidade pressuposta do doente mental, sustentada por um tipo de saber, o discurso psiquiátrico, cuja concepção tornou-se parte do imaginário coletivo, construindo os chamados estereótipos e transformando-os em alvo de preconceito. Mas nem sempre foi assim.

2.1. Breve história da institucionalização da loucura

Olhando para a história percebemos que a loucura foi percebida e interpretada de diferentes maneiras, legitimadas de acordo com a fundamentação das concepções de saúde e doença, acompanhados do desenvolvimento dos modos de produção e do entendimento de norma e normalidade, que inevitavelmente repercutiram no modo de viver dos sujeitos e na própria forma de

⁵ Georges Canguilhem, filósofo e médico francês, escreveu uma tese de doutorado em 1943, intitulada “O normal e o patológico”, onde desconstrói conceitos caros da medicina mostrando como muitos deles, como o de saúde e doença, estão encharcados de valores morais. Uma definição de doença possui sempre um caráter qualitativo, considerando inadequado em comparação àquilo que se considera o adequado a saúde; isso quer dizer que a norma em relação à qual é possível caracterizar uma doença não é natural, mas construída de acordo com determinados valores do que é saúde. Para ele a saúde deveria estar na possibilidade de “ultrapassar a norma que define o normal momentâneo” (2009, p. 86).

organização social. Conhecer um pouco dessa história é importante para ampliar a visão de que o preconceito é construído no processo de formação do ser, não se nasce preconceituoso, se transforma.

Segundo Pessotti (1994), na Grécia Antiga, a loucura era considerada uma manifestação dos deuses, era reconhecida e valorizada socialmente, não havia necessidade de controle e/ou exclusão. Por não ser tratada como uma doença, apenas eram propostos rituais para acalmar. Contudo, Hipócrates proporcionou uma mudança nesta concepção com seu enfoque organicista, em que os humores (calor, frio, secura, umidade), seriam os responsáveis pela desorganização do ser e as práticas de cura voltavam-se para a *higéia*, através do restabelecimento do equilíbrio desses humores baseados em uma alimentação adequada, banhos termais, limpeza do organismo, dentre outros, mas ainda não havia necessidade de segregação.

Uma mudança maior ocorreu na Idade Média, onde o homem passou a ter um posicionamento passivo no seu estado de saúde, a terapêutica se resguardava à esfera da fé. Para Pessotti (1994), a loucura voltou a ser vista como algo da ordem do não humano, atribuída a castigos dos Deuses ou possessões demoníacas. Os remédios e soluções para os males do espírito baseavam-se em conhecimentos e práticas culturais, muitas vezes relegadas aos cuidados da Igreja, cabia ao homem purificar sua natureza, através de ritos de expiações dos pecados, peregrinações, confissões, autoflagelação, expulsão de demônio e, quando necessário, abandonado à própria sorte ou morte na fogueira. Compunham esse quadro os bobos, delatores e bêbados, os que praticavam as desordens e os que negavam à prática das leis divinas.

Foucault (2002) refere que nesse período os insanos, embora familiares na vida das cidades, eram excluídos da sociedade através da Nau dos loucos, embarcações lançadas ao mar que acreditavam que encontraria o caminho das divindades. Na Idade Clássica (século XVI e XVII), surgiram os leprosários, e estes transformados em Casas de internamento (hospitais, prisões e asilos, espalhados pela Europa), como local de recolhimento e exclusão.

Essa exclusão tinha seu sentido político e econômico também, pois a loucura surgiu como impossibilidade do pensamento, se contrapondo à razão e esbanjando ociosidade. O ócio era pecado por excelência, em meio à sociedade burguesa em ascensão, seu castigo era o encarceramento nas casas de internamento, junto a bandidos, mendigos, vagabundos e prostitutas, os considerados desviantes, incluindo os loucos. Além de camuflar a miséria, a ideia desses espaços era ordenar a pobreza, o desemprego, a ociosidade, quem não trabalhava deveria ser punido e corrigido (FOUCAULT, 2002).

Com as reformas ocorridas no século XVIII, influenciados pelos ideais iluministas e a necessidade de mão de obra na Revolução Industrial, outras formas de segregação foram determinadas. Aos loucos, a destinação dos asilos, aos outros internos, aproveitamento pelo Estado

como mão de obra barata. A loucura assume o status de desrazão, sendo o “louco” aquele que transgredir ou ignora a moral racional. Foucault (1997) afirma que se reconfigura a loucura no indivíduo emergindo a associação com a periculosidade, visto que, uma vez desrazado, representa o não-controle, a ameaça e, por conseguinte, deveria ser transformado em um tipo social e moralmente aceito, em espaço apropriado, isolado e recolhido.

Essa concepção reverberou com a fundação do alienismo, entrando em cena a figura de Pinel, considerado o pai da psiquiatria moderna. Ao conceber a loucura como um problema médico-social, os nomeados a partir de então de “doentes mentais”, deveriam ser tratados e não surrados, ou seja, o tratamento deveria ser desenvolvido através da “reeducação” do doente, na sua recuperação moral e reinserção na comunidade quando curados, implantando as bases do Modelo Biomédico (TILIO, 2000). Curioso notar a contradição instalada por Pinel que por um lado proporcionou ao doente o direito de assistência médica e de cuidados terapêuticos, por outro, retirou a cidadania, excluindo-o do espaço social e a interdição civil. Por não produzir, era designado incapaz, anormal, e uma série de atributos que compõem os estereótipos dirigidos a esse grupo.

Sendo a razão a referência entre normalidade/anormalidade, e a loucura o oposto inconciliável, foi necessário fazer recomendações para restabelecer a mente (des)ordenada; surgia então o médico especialista, o alienista, o qual iniciou a classificação da loucura a partir de sintomas e comportamentos desviantes, como aponta Castel (1978, p. 111), “buscavam o comportamento patológico das condutas socialmente reguladas”. A referência era o desenvolvimento normativo, cujo estatuto não é mais doença, mas anomalia.

O novo objeto da psiquiatria, a partir do século XIX, foi a descrição de síndromes de anomalias e estados anormais, o estado é um discriminante radical. Conforme Foucault (2002, p.397), “o estado consiste essencialmente numa espécie de déficit geral das instâncias de coordenação dos indivíduos”, sendo o corpo o portador desse estado. É no corpo, dos ancestrais, da família, da hereditariedade, a origem do estado anormal. Com a noção de degeneração e análise da hereditariedade emergiu a ideia de racismo “étnico”, surge então o racismo contra o anormal, “(...) contra os indivíduos, que, sendo portadores seja de um estado, seja de um estigma, seja de um defeito qualquer, pode transmitir aos herdeiros” (FOUCAULT, 2002, p. 403).

O racismo nasce da ideia de “filtrar” os indivíduos no interior de uma sociedade, assim como a eugenia, fundamentada na ideologia que a causa dos problemas sociais advinha da mistura das raças. As práticas eugênicas se baseavam na esterilização sexual, segregação em asilos e preconceitos atribuídos aos impuros. Como apontavam os teóricos da Teoria Crítica, o preconceito não vem apenas de aspectos sociais e políticos, mas também de manifestações psíquicas dos indivíduos que adotam esse tipo de pensamento.

Assim como as concepções atribuídas à loucura, foram modificadas de tempos em tempos

para dar conta de explicar os indivíduos que não se submetem aos ideais estabelecidos na nossa forma de organização social, também foram criadas políticas para sustentar essas concepções e instituições voltadas ao tratamento, que podem mais colaborar para manter os preconceitos existentes para com pessoas que fazem uso de serviços de saúde mental, do que sua superação.

Contando um pouco da história dos processos sociais e políticos das reformas psiquiátricas no mundo, conforme Amarante (2003) vivenciamos três períodos a partir da II Segunda Guerra Mundial, impulsionados pela situação social precária, danos físicos e psicológicos que acometeram aos homens e mulheres jovens, a necessidade de mão de obra para reconstruir as cidades e população ativa, foram retiradas dos hospitais. Além disso, os asilos e hospitais psiquiátricos se assemelhavam aos campos de concentração nazistas, o que moralmente provocava mal estar.

O primeiro período foi marcado por uma crítica à estrutura asilar, responsável pelos altos índices de cronificação dos internos, mas havia também a crença de que os manicômios poderiam ter seu espaço preservado, desde que passassem por reformas internas. Esse modelo foi defendido na Inglaterra e Estados Unidos (EUA) na década de 1940 e na França, década de 1950.

No segundo período da reforma, a proposta foi superar os limites do espaço físico do hospital, e promover a prática psiquiátrica no espaço público das cidades e no espaço privado das famílias, com o objetivo de promover a saúde mental e prevenir a doença. São exemplos desse modelo, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva nos EUA na década de 1950 e psiquiatria de setor na França, década de 1960. Esse modelo foi criticado, pois com o argumento de estabelecer uma prevenção e promoção social, qualquer pessoa considerada desviada da sociedade era “caçada”, as ações elevaram a população de “diagnosticados” e houve a medicalização do social.

No terceiro período houve uma ruptura com as práticas da psiquiatria tradicional, possivelmente desconstruindo discursos e instituições do aparato psiquiátrico. São exemplos, os movimentos da Antipsiquiatria, na Inglaterra, década de 1960 e Psiquiatria democrática na Itália, sendo este último, a principal referência adotada aqui no Brasil, inclusive nas políticas públicas de saúde mental (AMARANTE, 2003).

É notável que essa divisão didática, também repercutiu em ações que modelaram o modo como se organizou e foi implantada a política de saúde mental no Brasil. A ênfase foi na tônica de Franco Basaglia, psiquiatra italiano que defendia a cidadania dos sujeitos e a desinstitucionalização enquanto construção de um novo lugar para a loucura, além de transformações na assistência e nos conceitos. A ideia de olhar o sujeito, em detrimento da doença. “(...) ato terapêutico como resolutivo de conflitos sociais, não podem ser superados mediante a adaptação dos que sofrem” (BASAGLIA, 2005, p. 105).

Assim como no mundo, o Brasil também vivencia o terceiro momento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O primeiro momento toma como marco inaugural a fundação, em 1978, do

Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), impulsionados pela Reforma Sanitária e a entrada de militantes e trabalhadores da saúde mental na política e instâncias governamentais, propuseram mudanças na política de saúde mental desenvolvida no Brasil. Segundo Lima (2010), embora desde 1961 preconizasse serviços de tratamento em saúde mental situados nos territórios, o que caracterizava esses pacientes era o fato de serem destituído de direitos e poderes. Assume-se, o desafio à superação dessas instituições que eram hegemônicas no país, o direito à saúde aparece como questão político-social.

Na década de 1980, experiências municipais iniciaram a desinstitucionalização de moradores de manicômios, fechando hospitais psiquiátricos à medida que se expandiam serviços diversificados de cuidado tanto longitudinal quanto intensivo. A atenção aos “portadores de transtornos mentais” passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. A Declaração de Caracas, de 14 de novembro de 1994, representou um avanço ao avaliar o hospital psiquiátrico como insuficiente e redirecionar a organização dos serviços (LIMA, 2010).

Em 1987 ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, representou uma tentativa de propor mudanças no aspecto cultural, em relação à loucura. O que caracterizou o segundo momento foi o Movimento de Luta Antimanicomial

No ano de 1989, o deputado Paulo Delgado, apresentou um projeto de lei que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica cujos objetivos foram impedir a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, direcionar recursos para equipamentos “não-manicomiais” e a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que emitiria parecer sobre a legalidade da internação.

O projeto foi aprovado na Câmara dos Deputados, mas encontrou dificuldade no Senado, que aprovou, no ano 2000, uma versão menos radical no que se refere à substituição dos hospitais, a qual não foi aceita e culminou com a lei nº 10.216 de abril de 2001 (BRASIL, 2004).

O terceiro momento tem como marco a aprovação dessa lei. Após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei nº 10.216 que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, propondo novos dispositivos de cuidado, pautados em uma rede assistencial de base comunitária.

Assim, amplia-se a rede de atenção psicossocial, que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Segundo a definição do Ministério da Saúde (2004, p. 12):

Os CAPS são definidos como “unidades saúde local-regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre regime ambulatorial e internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas por equipe multiprofissional”.

Aliada a esse dispositivo de cuidado, as Unidades Básicas de Saúde cumprem também uma importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental. Contam com o apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica e sua resolutividade.

Os NASFs são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado. Uma das ações principais vinculadas à Psicologia descritas do caderno do NASF é “fomentar ações que visem à difusão de uma cultura solidária e inclusiva, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura” (BRASIL, 2009).

Dessa forma, percebemos que a atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam pessoas com transtornos mentais.

Contudo, mesmo com as transformações, que deve ser um movimento contínuo, ainda convivemos o saber psiquiátrico hegemônico em detrimento de outros saberes, situações de abandono em instituições asilar e a sombra do Hospital Psiquiátrico, ainda visto como complementar ao tratamento, embora dispomos de rede de serviço substitutivos.

2.2. Loucura e preconceito

O preconceito surge justamente quando grupos passaram a dominar outros considerando-os inferiores. A partir dos anos de 1920 um grupo de intelectuais marxistas não ortodoxos, desenvolveram pesquisas e intervenções teóricas sobre problemas filosóficos, econômicos e sociais gerados pelo capitalismo de sua época que influenciou o pensamento ocidental. Dentre essas pesquisas está o estudo sobre o preconceito, mas especificamente, enfatizado por Adorno e Horkheimer na década de 40, animados pela compreensão da adesão à ideologia fascista e ao preconceito presente no antissemitismo.

Como mencionado no primeiro capítulo, o preconceito se caracteriza por um conteúdo específico dirigido ao seu objeto, determinando um tipo de reação frente a ele, em geral, de estranhamento e/ou hostilidade (Crochik, 1996). Desde início, somos influenciados a olhar aquele que não se submete a norma como um estranho perigoso, elaborando falsas crenças e estereótipos, já que na sociedade atual, aquilo que não se consegue controlar, não é admitido.

O autor citado anteriormente menciona uma saída, o que leva o indivíduo a diminuir o preconceito é a possibilidade de ter experiências e refletir sobre si mesmo e sobre os outros nas relações sociais, facilitadas ou dificultadas pelas diversas instâncias sociais presentes no processo de socialização. É função da Psicologia problematizar, disseminar questionamentos e buscar as formas de intervenção que visam transformar a cultura e assim o preconceito.

A questão da diminuição do preconceito já está descrita na política, além disso, desde 2004, o Ministério da Saúde lança cartilhas sobre a atuação dos profissionais em casos específicos, como diante de Psicose, Depressão, Suicídio. Propaga-se a noção de direcionar o olhar sobre a pessoa e não sobre a doença, mas os documentos oficiais parecem ir na contramão, pois o título de cada cartilha já descreve o diagnóstico.

Segundo o caderno de atenção básica do NASF (BRASIL, 2009), as ações terapêuticas comuns aos profissionais da Atenção Básica para redução do preconceito devem buscar novas possibilidades de modificar e qualificar as condições não se restringindo à cura de doenças.

Os profissionais de Saúde realizam diariamente, por meio de intervenções e ações próprias do processo de trabalho das equipes, atitudes que possibilitam suporte emocional aos pacientes em situação de sofrimento. Acontece que embora essa política esteja em desenvolvimento, é necessário pensar uma transformação cultural em relação à loucura, para que não estejamos produzindo “novos” dispositivos de controle, disfarçados de rede substitutivas que pouco promoverão a inclusão dos sujeitos na sociedade.

Dessa forma, entendemos que o ato de reformar é apenas a substituição de um serviço por outro, ou de um serviço por uma rede, mas não implica em transformar a cultura, superando preconceitos, porque podemos na melhor das intenções, estar perpetuando condições de segregação de forma velada, regulando a vida, normatizando o saber e medicalizando a população.

CAPÍTULO III - PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em um município localizado do noroeste cearense, considerado, de acordo com o IBGE, uma *Capital Regional*, com uma população estimada de cerca de 200 mil habitantes (IBGE, 2016). O município é conhecido por seus avanços na área de saúde mental, sendo referencia em rede de atenção em saúde mental, conquistando diversas premiações⁶ como um indicativo de boa atuação.

A mudança na área da Saúde Mental no Município, foi implementada de forma radical a partir de 1997, focada principalmente em deslocar a assistência hospitalar, do extinto manicômio, chamado de hospital e responsável pela internação psiquiátrica de uma vasta área do Estado. Para a constituição de uma rede substitutiva de cuidados, com foco territorial, através da implementação da rede de saúde mental na Estratégia Saúde da Família. (TÓFOLI, 2006)

A rede de atenção integral à saúde mental neste Município conta com diversos dispositivos de assistência, tais como, CAPS Geral para atendimentos preferencialmente de transtornos mentais severos e persistentes, CAPS AD voltado para usuários e dependentes de álcool e outras drogas, leitos psiquiátricos em hospital particular conveniado com SUS e profissionais da Residência Multiprofissional e do NASF que atuam na Estratégia de Saúde da Família.

A equipe da rede de atenção integral à saúde mental – e aqui vale mencionar que se trata dos profissionais que trabalham nos CAPS – atuam na interface com a rede básica através do que se denomina *matriciamento*⁷, voltada para a formação de residentes multiprofissionais (médicos ou não) em Saúde da Família e do de profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e do NASF, cujo objetivo é orientar e capacitar equipes de saúde da família sobre o manejo dos transtornos mentais de atendimento nesse ambiente (TÓFOLI, 2006).

Dessa forma, os serviços em saúde mental na atenção primária acontecem por meio do apoio matricial que consiste em um apoio técnico-pedagógico destinado a assegurar retaguarda especializada às equipes de atenção em saúde (SAMPAIO, J e CARNEIRO, F, 2007). Atualmente atuam na Estratégia de Saúde da Família 10 profissionais psicólogos, os quais foram convidados a participar desta pesquisa. Destes, 3 atuam no NASF e 7 são estudantes da Residência

⁶ Prêmio David Capistrano Filho – Experiências exitosas em Saúde Mental, durante a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001 (http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf), p.199, acesso em 05 dez 2016); Prêmio de Inclusão Social – Saúde Mental, na Categoria Clínica em 2005 (http://www.premiodeinclusaosocial.com.br/Vencedores_2005_Clinica.aspx; acesso em 05 dez 2016); e Prêmio Saúde, na Categoria Saúde Mental, em 2006 (<http://saude.abril.com.br/premiossaude/2006/vencedores.shtml>, acesso em 05 dez. 2016). As instituições que promoveram esses prêmios foram o Ministério da Saúde, a indústria farmacêutica com o apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria, e um órgão da imprensa, respectivamente.

⁷ Termo utilizado na literatura brasileira em Saúde Coletiva. (CAMPOS, 1999)

Multiprofissional em Saúde da Família que estão em contato com as unidades de saúde em que o programa apoia.

Inicialmente, a pesquisadora entrou em contato com os responsáveis pela coordenação dos Programas (NASF e Residência Multiprofissional), apresentou o projeto de dissertação e obteve apoio para realização do mesmo. Em seguida, acordou dia e horário para apresentar aos profissionais e convidá-los para participar como voluntários. A pesquisa foi apresentada para os profissionais do NASF após uma reunião de roda da equipe, bem como aos profissionais da Residência. Aceitaram participar da pesquisa 9 profissionais (2 Psicólogos do NASF e os 7 residentes). Não foi levado em consideração, os centros de saúde em que os profissionais atuam, o que importou para esta pesquisa é que os participantes estavam vinculados à atenção primária.

A escolha por realizar a pesquisa na atenção primária, especificamente na ESF, foi intencional, por ser esta a porta de entrada no serviço de saúde e representar muitas possibilidades de práticas humanizadas de assistência aos usuários de saúde mental, constituindo-se como possível saída para a efetivação da Reforma e o enfrentamento da redução da pessoa à doença, diminuindo o preconceito atribuído à loucura. Além disso, por ser considerado o lugar de preferência para o acolhimento e tratamento preconizado pelos novos modelos de assistência à saúde mental, à medida que é no território que as pessoas vivem e fazem relações.

Os participantes também foram escolhidos por ter um tópico na política do NASF que propõe “A difusão de uma cultura solidária e inclusiva, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura”. E também porque se espera do profissional da Psicologia, certa habilidade em fomentar transformação cultural que favoreça a superação de preconceitos, comprometida com a valorização dos usuários e sua reinserção social, em pelo menos naqueles que estão a sua volta.

3.2. Delineamento metodológico

Essa investigação empírica utiliza o método dialético para contrapor os discursos encontrados com os instrumentos de coleta de dados e o referencial da Teoria Crítica e ideias de Foucault. Esse método foi utilizado pelo Instituto de Investigação Social, mais tarde denominado Escola de Frankfurt, em suas pesquisas sobre o preconceito.

A investigação social empírica, nos estudos sobre o preconceito, confrontavam os conceitos formulados na academia e os dados obtidos pela investigação empírica cujo objetivo final é promover uma consciência crítica da sociedade e o conseqüente combate à violência (Crochik, 2000).

Como a ciência moderna, baseada na racionalidade instrumental, se ergue como um conhecimento verdadeiro que considera "normal" o que é semelhante, buscando regularidades e

fatos a serem catalogados, a pesquisa social empírica da Teoria Crítica vai na contramão, pois considera-se não somente o dado, mas fundamentalmente a reflexão sobre os resultados embasados em uma teoria, onde há um esforço do pensamento para desvelar as contradições próprias do objeto analisado.

Para Adorno (1973) a ciência só pode ser mais do que a simples duplicação da realidade no pensamento se estiver impregnada de espírito crítico, que significa confrontar a coisa com seu próprio conceito. E quem não compara as coisas humanas com o que elas querem significar, não somente as veem de forma *superficial*, mas também de forma *falsa*.

Acreditamos que esse modo de fazer pesquisa pode levar a análises mais aprofundadas sobre as concepções e ações de combate ao preconceito por parte dos Psicólogos entrevistados, à medida que se volta para um pensar crítico, incapacitando o sujeito a enunciados que ele não tem condições de refutar.

3.3. Coleta de dados

O procedimento utilizado em investigação social empírica está dividido em duas categorias, uma objetiva, quando se indaga fatos objetivos e busca a média de sua ocorrência e outra subjetiva, quando se indagam opiniões, comportamentos, atitudes de um determinado grupo. Essas categorias compõem o que se chama de pesquisa de mercado ou pesquisa de opinião (ADORNO, 2001). Contudo, a ideia nessa pesquisa não é apenas encontrar uma opinião superficial sobre as concepções e práticas utilizadas a superação do preconceito, mas, sobretudo desconfiar do que é dito pelos sujeitos a serem pesquisados e confrontar as informações com a teoria.

Para conhecer e coletar essas opiniões foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, baseadas em um questionário mais ou menos predeterminado, dispensando respostas amplamente predefinidas e geralmente, o entrevistador pode fazer perguntas adicionais suscitadas pela mesma situação e que é apropriado para investigar em detalhes os pontos de vista do entrevistado. Segundo Adorno (2001), a entrevista tem a vantagem de poder corrigir possíveis mal-entendidos, evitar perguntas e respostas vagas, indagando mais explicações.

As entrevistas foram realizadas individualmente com os psicólogos, em local e horário agendado previamente com cada participante. Os locais realizados foram, sala da Residência Multiprofissional (2 entrevistas); Sala de atendimento da atenção secundária, onde a pesquisadora trabalha (3 entrevistas); E salas dos Centros de Saúde da Família (4 entrevista). Totalizando as 9 entrevistas. Vale ressaltar que as entrevistas realizadas nos Centros de Saúde da Família tiveram várias intercorrências, como, mudança de sala no meio do procedimento, interrupções por parte de outras pessoas e a presença de outro profissional por certo período de tempo ao longo de uma das

entrevistas. Essas dificuldades aconteceram pelos Psicólogos não possuírem local para realização de suas atividades e todas essas intercorrências serão levadas em consideração na análise.

O roteiro de questões utilizadas está descrito no tópico abaixo, mas também foram realizadas perguntas adicionais no desenrolar das entrevistas, julgadas necessárias pela pesquisadora para uma melhor compreensão e/ou mais informações dos participantes. Todas as entrevistas foram gravadas em gravador de voz digital e transcritas na íntegra.

Como na estruturação do preconceito também há aspectos subjetivos (latentes), os quais apenas com a entrevista talvez não fossem possíveis alcançar, foi utilizada a técnica de grupo de discussão, como complementar. O procedimento de grupo elaborado aqui seguiu o procedimento adotado no livro *Bullying: Razão instrumental e preconceito* (Antunes 2010). Na sua pesquisa, a autora apresentou trechos de filmes gravados em VHS, seguidos da apresentação de frases relacionadas ao tema investigado. Nesta pesquisa, foram utilizadas duas cenas pertencentes ao filme “O bicho de sete cabeças” (2000) que representavam situações de violência e segregação, em que pessoas que apresentam comportamentos considerados do campo da loucura foram submetidas. Na sequência de cada cena foi mostrada uma frase como elemento disparador para a discussão.

Segundo a autora, citando Adorno (2001), o grupo de discussão, “tenta fazer justiça ao fato de que as opiniões e atitudes dos indivíduos não surgem, nem atuam de forma isolada, no vazio, mas em uma permanente relação de reciprocidade entre indivíduo e sociedade” (Adorno apud Antunes, 2010, p.148). Nesse procedimento podem surgir tendências variadas, capazes de conter contradições, avançado em relação às descrições coletadas nas entrevistas.

O grupo de discussão ocorreu após a realização de todas as entrevistas, foi realizado no auditório da Residência em duas etapas, seguindo o procedimento descrito no livro. Primeiro, foi feita uma Dinâmica de integração, e na sequência a Discussão do grupo. A dinâmica realizada denomina-se “Porta-retrato”, onde cada participante deveria desenhar uma característica que mais o representasse e mostrasse ao grupo explicando a escolha. No momento em que os participantes estavam concentrados fazendo suas representações, uma música foi colocada e ao final, todos mostraram seus desenhos. A dinâmica teve como objetivo proporcionar uma maior interação entre os participantes e seus resultados não serão analisados.

Em seguida, dois psicólogos voluntariamente ficaram com os envelopes contendo as frases. Após a apresentação de cada cena o envelope foi aberto e a frase lida em voz alta. Cada participante expôs sua opinião sobre cada cena e frase e houve a discussão. A pesquisadora não participou da discussão, apenas auxiliou na condução do procedimento. O grupo foi filmado e gravado as falas dos participantes. É importante ressaltar que um dos profissionais faltou ao grupo. Portanto, participaram desta etapa 8 psicólogos e suas falas serão analisadas.

3.4. Materiais Utilizados

Os materiais utilizados na pesquisa foram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice I), roteiro da entrevista (Apêndice II), objetos para gravação de áudio e vídeo e materiais para a dinâmica. O TCLE foi assinado pelos profissionais consentindo sua participação e utilização das informações coletas. A entrevista semiestruturada obedeceu ao roteiro abaixo, com algumas perguntas adicionais, como mencionado anteriormente.

- 1- Nome, idade, ano de graduação, local de formação e abordagem teórica.
- 2- Há quanto tempo você trabalha nesse serviço/trabalho?
- 3- Como é trabalhar com Saúde Mental?
- 4- Conta-me que atividades/ações você executa no seu cotidiano de trabalho?
- 5- O que você entende por loucura?
- 6- Baseado em sua experiência de trabalho, existe relação de violências para com o doente mental? Cite exemplos de seu cotidiano
- 7- Embasado nos exemplos citados, o que você pensa dessas situações de violência?
- 8- Qual o papel da Atenção Primária em relação ao preconceito que recai sobre as pessoas que são atendidas nesse nível de atenção?
- 9- Essa temática faz parte de projeto(s) terapêutico(s) individualizados?
- 10- Sobre os grupos terapêuticos que demandas são trabalhadas?

As duas primeiras questões foram pensadas para levantar dados gerais dos participantes, além do referencial teórico da Psicologia que adotam em sua prática profissional. As questões 3 e 4 objetivaram obter informações sobre as motivações e atividades que exercem cotidianamente, era esperado que pudesse identificar as atividades que contribuem a desconstrução do imaginário sobre a loucura e superação do preconceito. Com as questões 5, 6 e 7 esperou-se compreender os objetivos específicos descritos na apresentação dessa pesquisa, relativa a conhecer as experiências objetivas e em certa medida, subjetivas, dos profissionais em relação ao preconceito. Por último, as questões 8, 9 e 10 visavam entender que espaço ocupa a temática do preconceito em relação à loucura nos projetos e no cotidiano do cuidado.

Para a realização da dinâmica de grupo foram utilizados: folha de papel A4, pinceis lápis coloridos, caixa de som e computador. Após a dinâmica, ocorreu o grupo de discussão, em que foi utilizado data show e computador na reprodução das cenas, 2 envelopes contendo uma frase em cada e uma câmera GoPro para filmar os participantes.

A primeira cena apresentada tratou-se de um diálogo entre o personagem principal e outro interno em um hospital psiquiátrico em que é comentado sobre a violência para quem descumpra a norma do hospital e na sequência são mostrados outros internos que não conseguiram escapar do hospital. A segunda cena mostrou o personagem principal tentando conversar com o psiquiatra sobre sua situação de internação no hospital e o mesmo não foi escutado. Após a apresentação de

cada cena é apresentada uma frase. A descrição das cenas segue abaixo.

| <u>Cena 1</u> | <u>Cena 2</u> |
|---|--|
| Duração da cena: 03min e 14seg | Duração da cena: 01min e 52seg |
| Local que ocorre: Pátio do hospital psiquiátrico | Local que ocorre: No quarto do hospital |
| Descrição da cena: Personagem principal caminha pelo pátio, quando chega outro paciente, se apresenta e começa a dialogar: | Descrição da cena: Personagem principal está sonhando com a namorada e é acordado por um paciente. |
| <ul style="list-style-type: none"> - Rogério... é sua primeira vez aqui? - É - Foda - E você? Porque tá aqui? -Pico (mostra o braço e fuma o cigarro) - Faz tempo que cê tá aqui? -5 mês - Quem ti trouxe pra cá? - Papai, mamãe, tia - Eu vo fugir - Dá pra fugir daqui não mano. Isso aqui é uma prisão - Tua estadia aqui vai ser longa - Longa é o caralho. Se o médico não me chamar hoje eu arrevento um enfermeiro desses - Vai direto pra Tortulina - O que é isso? - Ceará, vem cá mostra pra ele o sossega leão (personagem faz gesto como se tivesse recebendo eletrochoque). -É uma injeção de haloperidol, repuxa todos os músculos, dói pra caralho... tem nequim que até estoura a veia. Se tu toma muito disso, vai ficar igual aquele cara ali (aponta pra outros internos dos hospital). | <ul style="list-style-type: none"> - Acordo tu? Acordou Neto? Oia eu oia. Cantar pra tu viu... Chego Doutor. Que ieu não né Doutor.? - Finalmente aí! Doutor tá acontecendo um mal entendido... - Respira fundo e prende a respiração vai... Respira, prende... outra vez só... respira, prende... outra vez, vai. - Eu tentei falar com o Sr. Tentei falar com Sr... Doutor. (Doutor saiu do quarto e não escutou o que o personagem iria falar e ele chora). |
| Frase: É natural chamar as pessoas de doidas, é o que são mesmo, qual o problema? | Frase: É difícil levar em consideração o que as pessoas que fazem tratamento em saúde mental falam, afinal às vezes eles falam coisas estranhas. |

3.5. Aspectos Éticos da Pesquisa

O Município onde ocorreu a pesquisa não foi identificado para preservar o sigilo dos participantes, pois como foram apenas 9 psicólogos, a identificação seria fácil caso o Município fosse citado. Além disso, a fim de preservar o anonimato dos participantes, foram utilizadas siglas de identificação nos resultados e discussões. Os Psicólogos foram denominados pela letra “P” e a numeração ao lado representa a ordem da entrevista, por exemplo, “P1” significa que foi o primeiro psicólogo, “P2”, segundo psicólogo e assim sucessivamente até o nono entrevistado. Para a pesquisadora, foi utilizada a letra “E” que representa entrevistadora. A sigla “sic” entre colchete é utilizada quando aparece algum erro em uma palavra ou frase e significa que foi exatamente assim que foi falado pelos entrevistados.

Como se trata de estudo que envolve seres humanos a pesquisa foi desenvolvida de acordo com os parâmetros da Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 466/2012 que atualiza a resolução 196/96. Bem como, a resolução do Conselho Federal de Psicologia – CFP 16/2000 que dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos foi submetida à apreciação ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (CAAE: 63464017.6.0000.5053), e à Comissão Científica da Secretaria da Saúde do Município (PP53181485541144F) e aprovada. Antes da realização das entrevistas os participantes, assinaram o TCLE (Anexo 2) e receberam informações sobre a isenção de danos materiais ou físicos, podendo desistir da participação a qualquer momento.

CAPÍTULO IV - RESULTADOS

As entrevistas foram realizadas no período de novembro e dezembro de 2016 com os 9 Psicólogos. Todas foram gravadas com um “mini gravador de voz digital”. A duração total das entrevistas foi 4hrs26min52seg. Em média, cada entrevista durou 30 minutos. O grupo de discussão foi realizado após a conclusão de todas as entrevistas, ocorreu em dezembro de 2016, com duração de 1 hora e 6 minutos, neste, estiveram presentes 8 Psicólogos. Todos os discursos foram transcritos. (Apêndices III e IV).

Os resultados dos dados coletados com as entrevistas e com o grupo de discussão estão apresentados abaixo. Contudo, as análises dos resultados estão dispostas no Capítulo das discussões, as quais foram embasadas nos pensamentos desenvolvidos por Foucault e por autores da Teoria Crítica e seus contemporâneos.

4.1. Entrevistas

Os 10 profissionais Psicólogos que atuam na Estratégia de Saúde da Família, onde a pesquisa foi realizada, foram convidados. Contudo, um profissional justificou sua não participação por falta de tempo na agenda, os demais, mostraram-se bastante solícitos em contribuir. A ideia inicial é que as entrevistas fossem realizadas em uma sala reservada para essa finalidade, em dia e hora marcados anteriormente. Entretanto, quatro Psicólogos, preferiram ser entrevistados no Centro de Saúde da Família (CSF) em que atuavam, a pesquisadora foi então ao encontro de cada um.

As entrevistas ocorreram na forma de uma conversa e algumas perguntas adicionais foram feitas quando conveniente para complementar uma resposta anterior ou obter mais informações. As duas primeiras questões objetivaram levantar dados gerais dos participantes e a segunda, em especial, procurou investigar o referencial teórico que adotam em sua prática profissional, isso é importante para compreensão “da lente que usa para enxergar o mundo e seu trabalho” ou seja, seu alicerce teórico. Segue na tabela abaixo as repostas das primeiras questões e complementarmente o local onde foi realizada as entrevistas com seus entraves (TABELA 2).

Tabela 2- Respostas da primeira pergunta sobre a caracterização dos participantes.

| Nome | Idade | Ano de Formação | Local de Formação | Abordagem Teórica | Tempo de Trabalho | Local da Entrevista |
|----------------------|-------|-----------------|-------------------|---|-------------------|----------------------------------|
| P₁ | 25 | 2015 | UFC Sobral | Gestalt Terapia, também Teóricos da saúde mental, Pós-estruturalistas e Teoria Crítica. | 8 meses | Sala de trabalho da pesquisadora |

| | | | | | | |
|----------------------|----|--------|------------|--|---|--|
| P₂ | 26 | 2014.2 | UFC Sobral | Análise do Comportamento | 1 ano e 6 meses | CSF (Espera por sala) |
| P₃ | 27 | 2013 | UFPI | Não tem abordagem teórica, se espelha na Terapia Sistêmica, mas não se limita a nenhuma abordagem. | 3 anos | Sala de trabalho da pesquisadora |
| P₄ | 25 | 2016.1 | FANOR | Humanista | 8 meses | CSF (Gerente entrou na sala e telefone toca 2 vezes) |
| P₅ | 29 | 2013.2 | UFC Sobral | Análise do Comportamento | 8 meses, mas na Atenção primária há 3 anos | Sala da Residência |
| P₆ | 27 | 2014.2 | UFC Sobral | Analista do comportamento, mas está conhecendo outras áreas. | 8 meses já trabalhou no CREAS e CRAS | CSF (Mudança de sala durante a entrevista) |
| P₇ | 28 | 2014.1 | UFPR | Análise do Comportamento | 5 meses | Sala de trabalho da pesquisadora |
| P₈ | 28 | 2013.2 | UFC Sobral | Análise do Comportamento | 6 meses, já trabalhou em NASF, Educação e CREAS | CSF (Enfermeira na sala no início da entrevista) |
| P₉ | 24 | 2014 | FCRS | Análise do Comportamento | 1 ano e 6 meses | Sala da Residência |

Na tabela podemos notar que todos os participantes têm idades entre 24 a 28 anos, mais de 50% (5 psicólogos) tiveram sua formação em um mesmo Município, o tempo de formados variou entre 8 meses a 3 anos, sendo profissionais que estão a um tempo relativamente curto no mercado de trabalho, em espaços que oferecem poucas condições de trabalho. Segundo Pires e Braga (2009), a inserção de Psicólogos na Saúde Pública, somente ocorreu após 20 anos de regulamentação da profissão e de forma descontextualizada, vinculada apenas à saúde mental. Hoje, a assistência social e a área da saúde de base comunitária têm sido os espaços que mais absorvem profissionais, em detrimento de um modelo clínico tradicional.

Essa mudança é atribuída à modificação do perfil epidemiológico da saúde da população em geral, visando à promoção e prevenção do bem-estar das pessoas em sua comunidade. Ao fortalecimento de que os indivíduos são responsáveis por sua saúde. E a discordância da dominância do modelo médico na atenção à saúde, no caso da saúde mental, a reversão da estrutura asilar de tratamento para estruturação de uma rede de serviços extra-hospitalares de base

comunitária (MACEDO E DIMENSTEIN, 2012).

Como os postos de trabalho estão vinculados a estas áreas, em geral, é a primeira experiência. O impacto disto pode ser o desenvolvimento de uma formação apenas técnica, de profissionais, que facilmente aceitam e reproduzem conceitos teóricos em uma visão crítica. É preciso está atendo ao que alertou Crochik (2006, p. 124), uma formação que se volta para atender, prioritariamente, as necessidades do mercado de trabalho “(...) traz a marca da inutilidade, que se associa à superficialidade com que é transmitida.”.

Outra informação que aparece na tabela é o local para realização das entrevistas, como podemos observar, todas as que ocorreram nos CSF dos participantes tiveram intercorrências, mesmo que tenha sido acordados previamente a sala e o horário. A falta de condições apropriadas de trabalho possivelmente incidiu nas respostas, pois foi observado um descontentamento com as condições de trabalho, principalmente ao final das perguntas, onde os profissionais expuseram essas dificuldades.

P₃: Eu acho que o principal problema também do trabalho do Psicólogo na atenção primária é que nem espaço a gente tem para trabalhar, quando você vai fazer um atendimento e o médico chega você tem que sair da sala, porque o local é dele, ele tem prioridade. Essa semana mesmo eu ia atender numa [sic] sala, a enfermeira mandou eu sair, aí que questionei que o mesmo direito que o médico e ela tinham, eu também tenho, mas não teve [sic] jeito eu tive que parar o atendimento do dia.

P₅: (...) muitas vezes eu tenho que realizar os atendimentos ou quando os médicos tã [sic] fazendo visitas ou quando tã [sic] de folga ou então eu faço atendimento na sala de observação, que não é um local apropriado, ou na sala do aerossol, e aí acontece o quê? Eu to [sic] fazendo um atendimento, aí chega uma idosa que tá [sic] precisando, aí eu tenho que sair da sala, aí tem todo esse constrangimento né! (...) Aí tenta encontrar uma sala, que eu possa tá [sic] fazendo o atendimento, quando eu não encontro, eu vo [sic] pra debaixo de uma árvore que tem lá...

As falas anteriores demonstram a falta de cuidado com os profissionais psicólogos que atuam na Atenção Primária e a questão seguinte (terceira pergunta) procurou investigar a percepção sobre o trabalho em Saúde Mental, nesse mesmo nível de atenção que não se preocupa em oferecer condições apropriadas de trabalho. Sobre as respostas, a maioria dos Psicólogos identificou o trabalho como “desafiador”, principalmente em fazer a equipe compreender que o trabalho na área de saúde mental não é atribuição apenas dos Psicólogos.

P₁: “É desafiador... bastante desafiador. Primeiro entender a saúde mental, o cotidiano daquele usuário, depois você conseguir desenvolver um plano terapêutico, assim... tudo é muito desafiador. Até a rede de saúde mental que a gente tem é pouco organizada, até de ti dar um certo suporte”...

P₂: “É desafiador... a gente se depara todo dia com algo novo né! Então... me parece que a gente trabalha muito no sentido de desconstruir práticas, que são praticamente assim... Instituídas, é realmente você tentar sensibilizar quanto a importância da temática... É a gente fazer a equipe, aqui no caso no CSF, fazer a equipe mínima entender, digamos assim, que as questões de saúde mental são questões inerentes, não são assim separadas, digamos assim... porque tem pessoa que toma de forma separada”.

P₈: É uma área desafiadora... A gente acaba atendendo pacientes mais de... do... da [sic] rotina dos programas né! Gestantes, hipertensos, e quando chega né, o paciente da saúde mental, o quê que a gente encontra? Uma dificuldade pela baixa capacitação dos ou... né

nem incapacitação, é como se fosse a baixa habilidade dos outros profissionais. Aí às vezes já vem pra [sic] nós da psicologia, como se nada tivesse sido feito até chegar na psicologia né. (...) não tem às vezes aquele amparo nas outras áreas (...)

P₉: (...) quando eu cheguei na residência, não tinha mais nenhuma psicóloga no território que eu estava atuando, nenhum dos dois, então assim foi jogado, toma que a saúde mental é tua né! Aí vem aquela atribuição de que a saúde mental é só responsabilidade do Psicólogo.

Na quarta pergunta era esperado que pudesse identificar as atividades que contribuem para desconstrução do imaginário sobre a loucura e superação do preconceito. Contudo, o que encontramos foi uma “prescrição” das atividades executadas, baseadas em uma lógica de controle, como se não houvesse uma reflexão sobre a finalidade dessas ações.

P₁: Eu executo atendimento individual, atendimento grupal, visita domiciliar, matriciamento em saúde mental... Uma série de grupos. Grupos operativos, aí não só com pacientes de saúde mental, mas promoção de saúde mental, com pacientes que ainda não tem essa condição elevada como o grupo de mulheres.

P₃: É... Isso é muito relativo né... faço desde os atendimentos individuais né [sic] consultas compartilhadas, discussão de caso, projeto terapêutico singular, visita domiciliar (...) A gente consegue desenvolver algumas ações em parceria com as escolas (...) Nós escolhemos a questão da saúde mental, especificamente voltada pra questão da prevenção do uso de álcool e outras drogas, a sexualidade e alimentação saudável. Foi os temas que a gente fez essa escuta aos professores e que eles elencaram como prioridade para o momento, pra[sic] gente tá trabalhando.

P₆: No posto?. Os atendimento né... psicológicos, os atendimentos, os acompanhamentos, participação em atividades grupais tipo grupo de gestantes, aí grupo de mulheres, grupo de hipertensos e diabéticos. A interconsulta né (...) No grupo de gestantes já levei uma atividade sobre prevenção né, no grupo de planejamento familiar, o uso de anticoncepcional, de preservativo, a responsabilização do parceiro que faz também a questão do instrumental pra fazer vasectomia, laqueadura né, que a gente conseguiu sensibilizar uma grande quantidade de homem né, que antes quem só fazia operação era a mulher, então a gente foi conversando aos poucos e a gente melhora [sic] tipo de 1 pra quase 7, esse é um número! E atividades externas, ronda do quarteirão, observação na escola, que às vezes a escola pede pra dá [sic] uma observada na escola, que vem muita criança, muita criança com diagnóstico com 2 ou 3 anos, com diagnóstico de autismo, que já tá [sic] tomando medicação, e aí a gente tenta fazer, a abordagem pra vê se é realmente necessário né!

P₇: Então, tem os atendimentos individuais, que não é o foco né, mas tem. Aí atendimento compartilhado com outros profissionais (...) Aí tem os atendimentos em grupos. Os grupos né, do próprio centro de saúde, é o hiperdia, de gestante, tem o... o grupo de mulheres, que seria o grupo de saúde mental, mas a gente denominou como grupo de mulheres até pra não taxar né, “ah! Vim pro [sic] grupo de saúde mental... ah! Você é meio fora da casinha, então vai lá pro [sic] grupo”então a gente...grupo de mulheres(...)

A quinta pergunta procurou entender a concepção de cada psicólogo sobre a loucura e assim revelar a existência ou não de preconceito em seus discursos. Nessas respostas também foi percebida uma dificuldade de elaboração de um conceito sobre a loucura, onde há aqueles que a reconhecem como uma forma diferente de agir em sociedade e procuram não formular um conceito.

P₁: Eu acho que loucura é uma palavra que abriga muitos sentidos, normalmente, assim, entende-se que são pessoas que estão fora daquela faixa da normalidade é isso. Já eu, não sei se eu acredito na loucura, se ela existe de fato, sabe? Eu acho que eu desconstruí muito isso, o louco, eu não consigo vê mais ninguém louco (...) eu vejo uma pessoa, que tá [sic] passando por certos problemas e tá [sic] enfrentando isso de outras formas que não é a esperada pela sociedade.

P₃: É assim, se me perguntasse isso quando eu estava na faculdade antes eu tinha um

conceito de loucura, hoje em dia eu não tenho. A loucura, é algo tão relativo... né! acho que do meu entendimento é, é uma coisa que eu desconstruí assim, eu não sei dizer em palavras o que é loucura pra você. Entendeu? Porque antes tinha, tinha assim muita a visão do louco, loucura era aquilo que assustava né, algo de certa forma até perverso, mas hoje não, hoje é algo... algo... natural, algo comum. Eu não consigo especificar, dizer um conceito de loucura.

P₄: Loucura... Eu acho assim, eu tava [sic] pensando sobre isso, eu acho que... inclusive por parte da minha abordagem teórica, não que a gente desconsidere a psicopatologia né, mas é uma coisa em segundo plano, pelo menos por Rogers era um jeito de ser. E aí a gente vê como um jeito de está no mundo diferente, sei lá... uma linguagem diferente, uma forma diferente de está no mundo, que infelizmente, pela própria questão da diferença sempre foi relegada pra [sic] um lugar estranho ou então trancafiada né. Um lugar separado da sociedade.

Há outros que apontam como um desequilíbrio, um estado, um fugir do padrão, ressaltando a necessidade de medicação. Embora reconheça uma condição histórica na elaboração de um conceito.

P₆: É acho que um termo que foi utilizado, cunhado há muito tempo atrás pra colocar essas relações que estavam muito fora da realidade, do padrão, que é aceitado na sociedade né, hoje esse termo, carrega muito... a questão pejorativa (...) mas pra mim [sic] enquanto psicóloga são aqueles comportamentos que aiiinda [sic] não estão no padrão, se a gente pode colocar pra se estudar né, assim, observar. Não são aceitos pela sociedade ou são comportamentos de violência, de autoviolência ou de negligencia, bem... né, extrema assim.

P₇: Loucura? É um estado fora do... Não sei, é um desequilíbrio, talvez. Um desequilíbrio emocional, psíquico... Acho que é isso.

P₈: É um estado né! eu entendo como um estado... até pro próprio pacientes quando eles tem uma... rejeição, resistência... quando eles tem resistência em tomar a medicação né (...) É um estado que você está agora, como o diabético, o diabético vai ter diabetes à vida toda, ele vai ter uma crise, em certos momentos, que ele vai precisar talvez de internação, de uma medicação mais forte na veia. E vai ter a época que ele vai tá estabilizado (...) aí eu tento associar essas doenças que são corriqueiras. Doenças que tem que tomar remédio à vida toda.

P₉: (...) É o que a sociedade impõe... loucura fugiu a regra... Então assim... loucura pra mim é o que foge a regra.

Na sexta e sétima pergunta foi questionada sobre a existência de violência contra o louco e sua opinião sobre estas relações. Todos os Psicólogos identificam relações de violência no seu cotidiano, principalmente mais sutis, como eles identificam a negligencia.

P₄: Demais. Eu acho que as maiores violências, são as mais sutis. (...) Tem duas coisas que eu percebo muito. Uma é a presunção da culpa, e a outra é que o discurso da pessoa com transtorno mental é anulado sempre né. Tudo que ele fala, nada é levado a sério. (...) E outra, que eu tava até comentando um dia desse com a minha preceptora, que é a presunção da culpa, sempre quando chega alguém com transtorno mental, a primeira ideia que se tem é que ela tá mentindo.

P₅: Eu nunca chegue a presenciar né! Algumas questões assim... Lá os profissionais eu percebo que tratam bem, tem pessoas que tem transtornos mentais mais severos, mas são pessoas bem acolhidas né!... O que os profissionais relatam muito pra mim [sic] é essa insegurança né! Por desconhecer... essa insegurança de como é que eu vo [sic] acolher? Como é que eu vo [sic] conversar? Tem muita essa insegurança né!

P₆: Sim! Violência física não, mas psicológica... Violência dos profissionais, com os usuários. (...) Vê essa violência na escola, quando quer porque quer que dê [sic] um diagnóstico, pra [sic] poder ser avaliada pelo Município, quando a gente vê que aqui é referência né, na questão da educação. Mas a gente sabe que tem muita coisa por trás dessa... dessa situação. A própria escola, é algo que a gente tem conversado internamente, tá fazendo por conta própria, acionando um Dr. X (Neuropediatra) aí já dá um diagnóstico às vezes com o olhar.

P₇: Violência... Violência! Não. Acho que talvez há uma negligencia, às vezes até dos profissionais. De às vezes taxarem a pessoa... ou não darem [sic] tanta... o suporte às vezes

necessário, “Ah! Ele é assim mesmo... pra [sic] que... sempre tá aí né, sempre tá...” Bom, eu já vi isso lá, lá no centro de saúde. (...) E até essa questão que eu citei do grupo de mulheres né, não falar que é um grupo de saúde mental, a gente tem que dizer que é um encontro de mulheres.

Contudo, mesmo identificando essas relações de violência, um Psicólogo expôs que há casos aceitáveis dada as dificuldades do cuidado com uma pessoa considerada doente mental. Mas, a grande maioria, enfatizou a dificuldade de encontrar uma saída para esta situação.

P₁: Eu acho que é uma condição mais ampla, a violência, eu... eu não consigo estabelecer umnexo causal assim, sabe? Eu acho que existe muitas níveis do problema (...). Assim... a fragilidade da condição da pessoa com saúde mental às vezes favorece também, não é um problema fácil de lidar, às vezes a família fica com aquilo direto e acaba se estressando e desconta na pessoa, então, não tem como dizer assim, então, não tem como dizer assim... a violência, a agressão... eu... eu não sei estabelecer assim um porquê sabe?! Eu compreendo que até certos casos até dá pra [sic] compreender (...)

P₂: (...) são situações em que a gente precisa tá atento porque realmente elas acontecem, e, são situações que nos convidam mais ainda, digamos assim, pensar formas de como lidar com essas situações, de como acolher esses usuários, que muitas vezes eles não chegam até a gente, é a gente que tem que ir até eles, e muitas vezes nos chegam situações como essas ou semelhantes e a gente acaba que não sabe como agir, porque são questões muito novas.

P₇: Não tenho ideia... Como desconstruir? Talvez, primeiro formando, treinando, capacitando os profissionais né, dando conhecimento através das EPs, educação permanente... sobre o que é a saúde mental, o que é um paciente assim, como a gente pode acolher, como a gente pode lidar...

P₉: Mulher é assim uma coisa lamentável... Aí eu tento conversar com a pessoa, tento esclarecer, tento mostrar o outro lado da história, mas é uma coisa que continua acontecendo sabe?! É uma coisa que a gente tem que tá combatendo todo dia, acho que é nosso papel enquanto psicóloga né?! É lutar né?!... tá [sic] lá na Política.

Sobre o papel da atenção primária da desconstrução do preconceito, questionado na oitava pergunta, a maioria dos Psicólogos relatou seu papel fundamental, visto que estão próximos dos usuários e por ser a eles que primeiro recorem, entretanto, as equipes de trabalho tem outras prioridades e reconhecem que não está sendo feito.

P₂: É um dos papéis mais básicos né! Porque como a gente lida, mais especificamente a equipe mínima, eles lidam diariamente com as questões de saúde do território né! (...) De tá [sic] realmente, fazendo a comunidade perceber que esses usuários não podem ser vistos como vitimas do preconceito

P₆: (...) Na grande maioria das vezes a gente trabalha na medicalização sabe?, que é o que a gente vê, a gente trabalha com princípio, mas de fato é a medicalização que toma conta... dizer que os grupos são a solução? Não acho que seja 100%... porque é um processo, às vezes as pessoas não a... não se... não se prontificam a está nos grupos. Mas eu acho que o papel da atenção é esse. É ter esse olhar geral mesmo né.

P₇: O papel da atenção primária? Talvez não esteja acontecendo, mas tentar desconstruir isso, acolher, esse usuário, às vezes que... que [sic] é taxado né!, muitas vezes pelas pessoas ali que convive [sic]. Acolher, fazer os encaminhamentos, dar esse suporte né!

P₉: (...) A atenção primária tem um papel muito importante sobre isso, mas cabe a gente pensar em estratégias de como é que a gente vai fazer. Porque é muito difícil, eles têm prioridades. Eles são cobrados da gestão por dá conta das gestantes, eles são cobrados da gestão por dá conta de todos os hipertensos, todos os diabéticos, se morrer uma criança então... pronto ninguém mais faz nada, mas não existe um indicador de saúde mental, não existe um indicador porque eles são cobrados (...) às vezes eu fico pensando assim... até que ponto, não ter uma normativa, algo que regulamente esse cuidado em saúde mental não tá [sic] desfavorecendo, porque talvez se tivesse mais gente ia [sic] correr atrás.

As duas últimas perguntas (nona e décima) procuravam investigar se o tema do preconceito é abordado nos projetos terapêuticos individuais e nos grupos. Nos dois casos pouco é abordado. Os projetos individuais, que são chamados de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), poucos existem.

As atividades estão bastante relacionadas a grupos e neles há mais uma educação que visa um “corpo saudável”, no sentido de ações voltadas para dizer o que é alimentação saudável ou um exercício físico, que poderia perfeitamente ser conduzida por outros profissionais, do que a ênfase na dimensão “psi”, proporcionando uma reflexão sobre o mundo que as pessoas constroem, seja com a comida ou com o corpo, como nas respostas sobre as temáticas dos grupos.

P₂: aqui no território, a gente costuma falar grupo terapêutico, mas ele não tem uma roupagem específica, da psicologia né! Ou um grupo de saúde mental... não... só são grupos gerais (...) é bom, porque a gente passa por muitos temas. E eu tenho uma certa crítica quanto a isso, porque muitas vezes, entre aspas, temas que já são batidos, que todo ano parece que tem o mesmo ciclo e os usuários já sabem mais ou menos o que vai ser trabalhado.

P₆: (...) As temáticas trabalhada tem a ver [sic] às vezes com o mês ou com a necessidade que eu observo, que a equipe observa, “ah! Hoje vamos fazer um teste lá de glicemia, diabetes, HIV sífilis... aí notro dia vamo [sic] falar de alimentação...” coisas bem, gerais. Depende muito... não é bemmm [sic] pensado... “hoje a gente vai fazer isso, tal, tal, tal”, é pensado mais na equipe multi e feito.

Quando aparece a questão do preconceito, este não está vinculado à discussão sobre a relação entre as pessoas, à alteridade e própria construção do que o outro significa para mim. Mas, a uma relação com a doença, o que inevitavelmente contribui para reafirmar o preconceito. Como na fala abaixo, a qual poderia ser utilizada para ilustrar diversas formas de preconceito e de olhar para o outro.

P₈: Sim. Pelo menos em dois grupos a gente trabalhou [o preconceito]. Não é uma temática que a gente consegue uma constância. O que eu trabalho num [sic] território eu não consigo fazer em todos. Em dois grupos a gente conseguiu trabalhar isso aí, foi naquela que eu falei, que a gente trabalhou sobre medicações. Não é pra ter preconceito nem pela medicação nem pelo estado, que é uma doença e tal, a gente trabalha. Foi justamente nesse grupo que tinha pessoas mais jovens, de 25 a 40 anos, que eram pessoas que a gente sabe que tem mais acesso a informação né. Tem um nível e estudo mais elevado, então uma população que a gente consegue dialogar quanto a isso né. Quanto aos mais idosos a gente não consegue entrar em temas muito reflexivos, preferem só atividade, a brincadeira, o entretenimento, eles não querem uma conversa que reflita. Eles não gostam muito.

Um dos elementos do preconceito é dado pela atribuição de características, comportamentos e julgamentos inerentes ao objeto alvo, quando não os pertencem. Outro elemento é a generalização desses julgamentos supostos de um determinado grupo para todos os indivíduos que pertencem a ele, o que configura uma percepção distorcida da realidade por parte do preconceituoso, e impede a experiência individual e a desmistificação do estereótipo. Nesse fragmento descrito, a desmistificação da doença, o nível de estudo mais elevado e os idosos que não gostam de entrar em temas reflexivos. Será que são todos?.

4.2. Grupo de Discussão

O procedimento do grupo de discussão foi descrito anteriormente em coleta de dados. A duração da dinâmica foi de 16 minutos e participaram 8 Psicólogos. Durante a realização do grupo,

todos os participantes expuseram suas opiniões nas duas cenas apresentadas, sem a intervenção da pesquisadora.

A primeira cena fazia referencia a uma conversa entre dois personagens em um pátio de um hospital psiquiátrico, onde os mesmos se apresentavam e o interno que estava há mais tempo explicava as regras de funcionamento do local para quem tentasse fugir, e na sequência da cena, apareciam outros internos, em condições precárias, por exemplo, com roupas rasgadas, falando palavras soltas ou vagueando. Ao término da cena, foi lançada a pergunta sobre ser normal chamar as pessoas de doidas, já que é o que elas são.

A maioria dos discursos dos profissionais apontou que não é natural chamar as pessoas de doidas, mas que já se naturalizou, e que eles mesmos falam, sem avaliar as consequências. Também revelam, ainda, a associação entre a loucura e o indivíduo que não se adapta às regras impostas pela sociedade, ou invés de questionar o modo de organização social. Contudo, esses discursos serão analisados com mais profundidade no Capítulo das Discussões. Os fragmentos estão dispostos da forma como as discussões ocorreram, por isso inicia pelo “P₉”.

P₉: É... Que é natural chamar as pessoas de doida não é natural... mas eu não conheço nenhuma pessoa sã. Todo mundo tem... tem um pouco que, que eu digo assim, na nossa sociedade pra mim, o quê que [sic] importa quando a gente coloca, alguém que é doido ou... é o que foge a norma social... o que não é padrão, que não tá [sic] naquele quadrado... é doido, é louco, e pra mim, em algum momento a gente vai sair do padrão (...)

P₈: (...) A questão de ser natural ou não ser natural, já tá [sic] bem... debatido, bem difundido. Toda essa ideia de que todo mundo pode ser um dia... a gente debate, a gente consegue né... expandir, mas... que continuamos né, até nós mesmo profissionais de saúde às vezes a gente... Fala né! “Fulano... assim, não atendi nenhum doido, doido mermo [sic] hoje não né” [risos]. (...) Acho até que a gente categoriza, o louco como aquele que... que tá fora totalmente dos padrões... totalmente! não um pouquinho né! Mas é muito complicado mesmo.

P₆: Acho que é muito construído né, porque às vezes uma pessoa tem um... teve um problema familiar e aí soltou todas as verdades... “Vixe, [sic] mas ela parecia tão normal...” Por mais que tenha realmente uma preocupação de não tá reproduzindo estereótipos, nem preconceitos, mas a até a gente fica “Vixe! [sic] Hoje eu to [sic] tão tranquila”, né? [alguns psicólogos concordam com o discurso] “Hoje não apareceu nada demais”, mas esse nada demais, eu acho que é exatamente... isso.

P₇: É, acho que a necessidade de dá [sic] nome as coisas, de dizer “ah! você é assim né, você é assim...”, é nosso DSM V que tá lá tudo né, certinho. Acho que entra isso também né. Eu concordo com que você disse [referência ao que Psicólogo 9 disse], a questão que todo mundo sai um pouco desse... desse padrão né.

P₄: (...) Se é natural ou não... Eu não quero saber a ontologia da natureza da questão, mas que tá naturalizado tá né, isso. Sei lá, a gente nossos... manicômios internos e a gente naturaliza essa exclusão. Essa exclusão ela tá naturalizada né? muito. Agora assim eu não consigo vê como natural né, essa diferença, pra mim ela muito mais uma questão construída do que natural, mas que se naturalizou socialmente.

P₁: (...) também acho que a vida tem sido uma grande adequação, assim, certas normas... e as pessoas vem se ajustando aqui e ali, e de repente quando se desajustam, certos desajustes não mais valorizados que outros né.

Embora reconheçam a construção histórica do termo “doido”, não é suficiente para ter um posicionamento crítico da maioria em relação à palavra, pois até usam em seu cotidiano, demonstrando, como pensam os autores da Teoria Crítica, o preconceito é um conceito construído socialmente, e há um componente subjetivo, à medida que percebemos a diferença de entendimento

entre os dois últimos fragmentos (P₄ e P₁) e os quatro primeiros (P₉, P₈, P₆ e P₇), nestes últimos, parece está tão introjetado que não consegue perceber seu próprio preconceito e mesmo quando percebem, não é suficiente para mudar “*Fulano... assim, não atendi nenhum doido, doido mermo hoje não né*” ou “*Hoje não apareceu nada demais*”. Termina a discussão dessa cena, quando os P₄ e P₁ afirmam que categorizar alguém é uma forma de violência.

O doido das falas aparece como, “*o que foge a norma social*”, “*totalmente, não é só um pouquinho né!*”, é aquele que fala a verdade, “*soltou todas as verdades... Vixe, mas ela parecia tão normal*” é também aquilo que é divulgado pelo DSM V, “*é nosso DSM V que tá lá tudo né, certinho*”. Olhar para essas falas é perceber a sociedade perversa em que estamos inseridos, onde falar a verdade é ser doido, pois este é aquele que escapa a regra. Essa construção social é também psicológica e continua a perpetuar mesmo entre os profissionais, que de certa forma, são responsáveis por desconstruí-la.

Na segunda cena, apresenta o personagem principal tentando dialogar com o Doutor que entra no quarto do hospital psiquiátrico, o qual examina o personagem, mas não o escuta quando tentar falar. Finalizada a cena, é apresentada a segunda frase para discussão, sobre ser difícil levar em consideração o que as pessoas que fazem tratamento em saúde mental falam, pois às vezes eles falam coisas estranhas.

Nas respostas dos Psicólogos todos concordaram que a fala do usuário deve ser levada em consideração, mas que essa é uma dificuldade dos outros profissionais que trabalham nas equipes, também dos familiares, mas não dos Psicólogos, parece que estão imunes a isso. Contudo, aparece contradições nas falas.

P₈: Eu acho que... que nós da categoria não, que a gente já vê na faculdade... a gente vê na teoria que o que paciente trás é verdade, nem que seja a verdade dela [sic], mas a gente... até considera. Mas pessoas que não são da categoria chegam a perguntar... e aí? A gente às vezes faz atendimento compartilhado... elas realmente não tem essa, essa, habilidade né.

P₄: (...) todo mundo fala coisas estranhas né, em vários momentos da vida, todas as pessoas falam coisas estranhas. Mas quando é um dito normal que fala coisa estranha, aí é só... “ah! ele não soube se expressar”, aí quando é uma pessoa que tem transtorno mental, Ave Maria! Ninguém dá 1% de audiência pra [sic] ela.

P₃: (...) A gente não tem esse direito de negar o que o outro diz. A gente escuta. Se a gente vai concordar ou não com aquilo, achar que é mentira ou verdade, não cabe a gente emitir um juízo de valor no momento.

P₆: (...) É muito complicado. Às vezes a gente vai atender, aí a gente fala com o usuário depois fala com a família, aí a mãe e irmã diz “Não, não foi assim não, foi dotro [sic] jeito”. Mas esse jeito assim, como é que foi? “Não, mas não foi assim não, é tudo mentira”. Aí fala na frente dele [do usuário]. Gente essa é a pior coisa que... na frente, atrás, é... é a pior coisa, porque o vínculo não tem nenhum. Se ele tiver sentindo a mesma coisa ele não vai contar nunca pra eles, aí nunca se trabalha essa expressividade, pelo menos não no ambiente familiar.

P₉: (...) Essa frase é bem comum, nas Unidades de saúde. Porque ninguém que [sic] escutar essa fala... Porque é visto como besteira né, (...) Meu papel enquanto unidade de saúde é o que? Cessar esse delírio, essa alucinação. Não me importo o jeito que você vai ficar, mas se você fala que acabou a alucinação, eu fiz meu papel enquanto técnica de saúde. (...) É o que foi falado, é a realidade dele, isso em algum momento vai ser instrumento de trabalho, em algum momento aquela fala dele, o que trás vai servir pra... pra [sic] que ele né, leve a vida dele da forma que ele melhor se adapte. Então, não é valorizado. Eu acho que assim, tirando a categoria psicólogo... é muito difícil encontrar outros profissionais que valorizem esse discurso ou então que pare para pensar nesse discurso.

É difícil pensar que psicólogos emitissem posicionamentos diferentes destes apresentados nos fragmentos acima, afinal a atividade de escuta do outro é função do Psicólogo. Mas é interessante notar que há nos fragmentos contradições, por exemplo, no P₈ “*vê na teoria que o que paciente trás é verdade, nem que seja a verdade dela, mas a gente... até considera*”, a palavra “até”

trás a ideia de que é possível considerar, mas será que para este psicólogo é sempre?

No caso do P₆ fala da dificuldade da família, dizer na frente do usuário a verdade, esse é o mesmo Psicólogo que ressaltou na questão anterior que falar a verdade é ser doido. Mais uma vez, falar a verdade, especificamente para este Psicólogo, é um problema. O discurso de P₉ deixa claro que sua função, enquanto *técnica de saúde*, é “*cessar esse delírio, essa alucinação*”. E que a fala do usuário “*em algum momento aquela fala dele, o que trás vai servir pra... pra que ele né, leve a vida dele da forma que ele melhor se adapte*”.

Pode-se pensar que o delírio é o que permite o desenvolvimento tecnológico produzir um conhecimento desvelando o normal e o doente, o Psicólogo tem a função de “consertar” tecnicamente este que detém o delírio ou que contém a verdade. Contudo, para a Psicanálise, que embasa os estudos da Teoria Crítica, a verdade e o delírio, um dos paradigmas da loucura, são tomados em um mesmo nível, suspendendo a dicotomia entre razão e desrazão. Para Freud (1996b, p. 125) “também o delírio contém um grão de verdade”. A reflexão é que o discurso dos usuários, em todos os momentos é importante, incluindo no delírio. Negligenciar ou não ter a percepção disso é uma forma de preconceito.

CAPÍTULO V - DISCUSSÕES

As discussões foram divididas em categorias a fim de tornar mais clara a articulação das respostas com o referencial teórico adotado na pesquisa. Aqui, não temos a pretensão de julgar os profissionais, atribuindo-os pré-conceitos, que são armadilhas para o preconceito. Mas analisar se as formas de atuação da Psicologia na Atenção Primária, ou seja, suas ações, baseadas nas novas políticas do campo da Saúde Mental e reforçadas pelo desenvolvimento neurocientífico, buscam, de fato, a superação das situações de violência para com o denominado louco ou terminam por enfatizá-las.

Também não pretendemos propor uma receita contra o preconceito, mas permitir uma reflexão, até porque este não está vinculado apenas ao campo do trabalho dos profissionais entrevistados, mas, ao próprio modo de organização da sociedade, incluindo a educação que receberam (familiar e acadêmica), que, em última instância, deveria proporcionar um experimentar autêntico da realidade social e de suas contradições.

Por isso, dividimos a análise em 4 categorias, “O Processo de Trabalho dos Profissionais: Normatizar para normalizar?”; “Reflexões sobre a Loucura e os valores preconceituosos”, “Efeitos do preconceito na manutenção da violência declarada” e “Uma proposta de respeito à diferença”. Esperamos ao final dessa análise, responder ao objetivo dessa pesquisa e que consigamos fazer o que Adorno (1995) citado por Antunes (2010, p. 229), chamou de produção de uma “consciência verdadeira”, onde as próprias pessoas possam se tornar conscientes dos mecanismos que provocam nelas o preconceito.

4.1. O Processo de Trabalho dos Profissionais: Normatizar para normalizar?

O processo de trabalho dos profissionais que atuam na ESF está descrito em inúmeras legislações, manuais e portarias adotadas, as quais descrevem possíveis ações e formas de atuação de todos que compõem a rede de assistência básica. O próprio termo “saúde mental”, campo de ações específico para receber demandas das pessoas consideradas historicamente como loucas, é definido em um Manual da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”.

Completa a frase, relatando tratar-se de um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões da vida, trabalhar de forma produtiva e ser capaz de fazer contribuições à sua comunidade. Indicando um ideal de apaziguamento das contradições e sofrimentos e uma adequação biopsicossocial, permeados da noção de bem-estar e

adaptação dos sujeitos à condição de “civilizados”.

Não por acaso, nas respostas sobre o trabalho em Saúde Mental a maioria dos Psicólogos indicou como “desafiador”, essa palavra pode ser associada a diversos contextos. Segundo o Aurélio (2010), “desafiador” significa aquele que provoca. E o que ficou mais presente nas falas dos entrevistados é fazer os demais profissionais que compõem as equipes compreenderem que o trabalho na área de saúde mental não é atribuição apenas dos Psicólogos.

Bom, mas todo o movimento de reorganização do sistema de saúde do Brasil até a atualidade já traz propostas de reorientação das instituições que lidam com a saúde, onde está inserida a questão da integralidade e da interdisciplinaridade. Estes novos paradigmas, dentro do contexto das políticas e serviços de saúde, deveriam ser bastante conhecidos por todos os profissionais. Então, a que se deve o desafio de entender algo que está escrito nas normas?

A integralidade é um princípio do SUS, a Constituição Federal, quando institucionalizou o SUS, previu em que bases o novo sistema de saúde deveria apoiar-se e sinalizou a necessidade do atendimento e compreensão integral do ser humano. Como diz no texto da Constituição, “O Estado tem o dever de oferecer um atendimento integral” (BRASIL, 1988).

Para Starfield (2004), a integralidade exige que a APS reconheça, a variedade de necessidades relacionadas à saúde da pessoa e disponibilize os recursos para abordá-las, incorporando ações de promoção, prevenção, curativas e reabilitadoras. Outro sentido que envolve a integralidade está relacionado à busca pela integração entre os profissionais na produção do cuidado, como sinaliza Gomes e Pinheiro (2005, p. 290) “é um modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso”.

A Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 determina que o trabalho da ESF deva valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e, por isso, deve ser interdisciplinar. A interdisciplinaridade aparece como a possibilidade de interpenetração de conteúdo entre as disciplinas, permitindo um diálogo entre “os saberes”, buscando o entendimento de um problema.

Conforme a Portaria n. 3.124/12, o NASF deve ser composto de equipe multiprofissional e, para superar os modelos convencionais de assistência à saúde que visam à assistência curativa, especializada e fragmentada, busca a corresponsabilização e gestão integrada do cuidado em saúde junto à ESF.

Nos fragmentos de repostas apresentados não aparece uma interlocução entre as áreas, pelo contrário, fica mais aparente como estas estão fragmentadas “P₉: *Aí vem aquela atribuição de que a saúde mental é só responsabilidade do psicólogo*”. Fica claro que a especialização não consegue ter um olhar abrangente sobre a realidade e a instituição dessas portarias em nada garante essa nomeada “integralidade do cuidado”, já que as áreas estão relacionadas como colcha de retalhos.

É por isso que os autores da teoria crítica apontam para o próprio modo como a toda poderosa Ciência foi constituída, ressaltando que a compartimentarização da ciência cria uma especialização caótica do conhecimento, onde não há uma preocupação com o todo, por isso, quem cuida da saúde mental é o psicólogo. Isso corrobora para o preconceito, à medida que quando se faz essas à fragmentação do conhecimento, produz-se um recorte do sujeito, sendo possível enxergar apenas um ponto, nesse caso, o louco, ele é só isso e ponto, não se consegue ver os outros papéis sociais, como não há visão integral das pessoas.

Dessa forma, embora esteja normatizada, através de portarias e legislações, a necessidade de um trabalho conduzido de forma colaborativa, buscando atender as demandas dos sujeitos em suas várias formas (social, econômica, subjetiva, dentre outras), tal normatização não é suficiente para despertar uma visão integrativa do trabalho e nem do sujeito, por isso, permanece o desafio.

P₁: (...) tudo é muito desafiador. Até a rede de saúde mental que a gente tem é pouco organizada (...).

P₂: “É desafiador... a gente se depara todo dia com algo novo né! Então... me parece [sic] que a gente trabalha muito no sentido de desconstruir práticas, que são praticamente assim... Instituídas.

P₈: (...) o quê que a gente encontra? Uma dificuldade pela baixa capacitação dos ou... né [sic] nem incapacitação, é como se fosse a baixa habilidade dos outros profissionais.

As atividades executadas também são instituídas no Caderno das diretrizes do NASF (Brasil, 2009), que descreve quadros com possíveis estratégias de atuação, dentre esses, aponta como atividade, fomentar ações que visem à difusão de uma cultura solidária e inclusiva, diminuindo o preconceito e a segregação da loucura. Já o Caderno de Atenção Básica à Saúde Mental (Brasil, 2013, p.20) descreve algumas dessas ações (discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade).

Quando perguntado sobre as ações que os psicólogos executam no seu cotidiano de trabalho, é possível perceber uma ausência de reflexão sobre o fazer da categoria. As atividades são bastante semelhantes tanto no NASF, quanto na Residência, como se houvesse uma “prescrição” da execução, sem criticar os impactos dessas ações realizadas.

P₁: Eu executo atendimento individual, atendimento grupal, visita domiciliar, matriciamento em saúde mental... Uma série de grupos. Grupos operativos, aí não só com pacientes de saúde mental, mas promoção de saúde mental, com pacientes que ainda não tem essa condição elevada como o grupo de mulheres.

P₃: É... Isso é muito relativo né... faço desde os atendimentos individuais né! consultas compartilhadas, discussão de caso, projeto terapêutico singular, visita domiciliar (...) A gente consegue desenvolver algumas ações em parceria com as escolas (...) Nós escolhemos a questão da saúde mental, especificamente voltada pra [sic] questão da prevenção do uso de álcool e outras drogas, a sexualidade e alimentação saudável. Foi [sic] os temas que a gente fez essa escuta aos professores e que eles elencaram como prioridade para o momento, pra gente tá [sic] trabalhando.

P₆: No posto?. Os atendimentos né... psicológicos, os atendimentos, os acompanhamentos,

participação em atividades grupais tipo grupo de gestantes, aí grupo de mulheres, grupo de hipertensos e diabéticos. A interconsulta né (...) No grupo de gestantes já levei uma atividade sobre prevenção né, no grupo de planejamento familiar, o uso de anticoncepcional, de preservativo, a corresponsabilização do parceiro que faz também a questão do instrumental pra fazer vasectomia, laqueadura né, que a gente conseguiu sensibilizar uma grande quantidade de homem né, que antes quem só fazia operação era a mulher, então a gente foi conversando aos poucos e a gente melhorou tipo de 1 pra quase 7, esse é um número! [sic] E atividades externas, ronda do quarteirão, observação na escola, que às vezes a escola pede pra dá uma observada na escola, que vem muita criança, muita criança com diagnóstico com 2 ou 3 anos, com diagnóstico de autismo, que já tá tomando medicação, e aí a gente tenta fazer, a abordagem pra vê se é realmente necessário né!

P₇: Então, tem os atendimentos individuais, que não é o foco né, mas tem. Aí atendimento compartilhado com outros profissionais (...) Aí tem os atendimentos em grupos. Os grupos né, do próprio centro de saúde, é o hiperdia, de gestante, tem o... o grupo de mulheres, que seria o grupo de saúde mental, mas a gente denominou como grupo de mulheres até pra não taxar né, “ah! Vim pro [sic] grupo de saúde mental... ah! Você é meio fora da casinha, então vai lá pro [sic] grupo” então a gente... grupo de mulheres(...)

Todos os psicólogos responderam na mesma direção da descrição das atividades do caderno do NASF. Afirmaram a existência de atendimentos individuais e compartilhados, embora na questão anterior relatassem que a saúde mental é atribuição do psicólogo, visitas domiciliares e inclusão de grupos (de convivência, idosos, de mulher, dentre outros). Fazer essas atividades não é problema, deve haver uma série de situações que as equipes (NASF e Residência) são bem-sucedidas em suas funções. Mas, o que se questiona aqui são pontos que estão relacionados à construção e manutenção do preconceito, para isso é necessário atentar mais para o conteúdo das atividades do que para listagem delas.

Olhando para o conteúdo das atividades executadas pelo entrevistados, percebemos uma lógica de controle perversa pelo poder público, não somente pelas atividades que são “prescritas”, bem como a sua função. Além disso, é sempre um discurso sobre o outro, aí é onde reside a dimensão “imaginária”, uma imagem construída do outro, que está inevitavelmente presente no funcionamento dessas ações e de qualquer grupo. Seja ele na escola ou no CSF, e é imaginário porque está relacionada à imagem que se faz do doente mental ou possivelmente doente mental e a sua presença no mundo, o qual precisa ser administrado.

Vamos analisar cada fala, para assim justificarmos o que está sendo apontado como lógica de controle perversa que evidencia o preconceito. Na fala do P₁, o grupo é para “mulheres” que ainda não tem essa condição elevada. Será que se busca um controle? E por que grupo de mulheres? Os homens ficam em que grupo? É possível que o estereótipo do homem adulto, trabalhador, independente, funcione como padrão de ideal social. Como expos Freud (1996a), o passado que é vivido como fragilidade frente ao mundo adulto sobrevive no adulto, são dados que devem ser ocultados da sua consciência. O ideal de homem que tudo suporta, deve abolir o sofrimento, embora este sofra.

Como menciona Welzer-lang (2001) em seu texto sobre a construção do masculino “O pequeno homem deve aprender a aceitar o sofrimento – sem dizer uma palavra ou “amaldiçoar” –

para integrar o círculo restrito dos homens”. Deve ser por isso que pouco aparece ações em torno da figura masculina, apenas em relação ao incentivo a cirurgia de vasectomia, o que não deixa de ser um controle sobre os corpos.

Com relação ao grupo de mulheres, desde Freud são as mulheres que aparecem como as histéricas. Há um pré-conceito sobre o papel da mulher nesta sociedade, nas falas sobre as temáticas que são trabalhadas nos grupos, as mulheres aparecem como as desocupadas e, portanto, possíveis frequentadoras dos grupos. Certamente, os estereótipos que se atribuem ao outro contribuem para existência desses grupos.

Na fala do P₃ os temas abordados na escola são pensados pela equipe do CSF e professores. Contudo, se é uma atividade para contribuir com formação integral dos estudantes voltada a atenção à saúde, não seria justo e mais coerente questionar aos próprios estudantes que temas eles gostariam que fossem abordados? Os temas pensados também respondem a um ideal de controle e norma. Busca-se uma vida equilibrada, leia-se “saudável”, que todos têm que anuir por meio do discurso dos especialistas que trabalham na saúde, baseados na Ciência.

Como apontou Horkheimer e Adorno (1986, p. 160), “a ciência é repetição, aprimorada como regularidade observada e conservada em estereótipos. (...) Com seu triunfo, as manifestações humanas tonam-se ao mesmo tempo, controláveis e compulsivas”. Na escola, deve ser falado sobre os efeitos nocivos do uso de drogas, sexo seguro e gordura light e assim, através do argumento científico, se mantém o mundo como está.

O P₆ ainda vai mais além, a visita na escola é para “se certificar se as crianças precisam ser medicadas”, estas precisam cada vez mais cedo ser acompanhadas e avaliadas, no intuito de perceber o mínimo comportamento fora da norma. Isso, ao invés de se questionar a produção dessa norma, dos diagnósticos e quem lucra com aumento do número de crianças medicadas. E a escola, qual sua parcela de contribuição nessa produção?.

Outro sinal de vigilância é a ação *ronda do quarteirão* – percebemos que até o nome é simbólico. A ideia, como explicitado no decorrer da resposta desta questão na entrevista, é falar sobre um tema da saúde nas calçadas com as mulheres. Uma ação como essa representa o que Foucault (2008) denominou de disciplinarização da sociedade moderna, onde as pessoas permanecem em suas casas, mas são meticulosamente observadas e vigiadas, em um esquadrinhamento e controle permanentes.

Para Michel Foucault (2008), a vida se apresenta como o campo sobre o qual intervêm as tecnologias de poder na contemporaneidade, por meio de ações de vigilância, controle e disciplina dos corpos ou mesmo de subjetividades. Sua finalidade reside na articulação de ações em todo o tecido social que façam organizar e controlar as pessoas nos espaços em que vivem e por onde circulam, registrando e classificando certas condutas, a fim de modelar e fabricar suas vidas a partir

do seu cotidiano. Não por acaso, termos como “vigilância” sanitária, “Estratégia” de Saúde da Família, são tão comuns em saúde pública.

No caso de P₇, continua reforçando as mesmas ações mencionadas por todos, e quando aparece uma alternativa diferente, um grupo de saúde mental, esse deve ser mascarado, chamando de grupo de mulheres para ter público. Isso não só reforça o preconceito, como o constrói. Além disso, por que novamente o grupo de saúde mental parece ser frequentado apenas por mulheres? Ou ainda, como as palavras “saúde mental” e “mulher” passam a ser sinônimos no imaginário e na realidade desses espaços? São essas reflexões que não estão presentes nas respostas, que os psicólogos não fazem sobre as intervenções que executam.

Como podemos perceber, as ações realizadas no campo da saúde mental, mais que seu cuidado, visavam seu bom controle; mais do que a expansão da vida ou a elaboração do sofrimento, objetivam a adaptação a um determinado modelo de sociedade. Adorno e Horkheimer denunciaram nesse modelo de sociedade um mundo administrado, em que a razão instrumental desenvolve a irracionalidade de seus fins calcados no princípio da dominação. Na administração racionalizada a tecnologia, as políticas e diretrizes enunciadas pedem que o indivíduo apenas siga as instruções, como foi observado.

As novas condições de opressão, não mais são caracterizadas pela política explicitamente totalitária, mas sim por uma administração eficiente dos diversos âmbitos da existência (Adorno, 2004). A adoção de padrões socialmente estipulados e a aceitação dessa normatização da vida (seja nas ações que se executa no trabalho, nas informações que se repassam nas escolas, ou mesmo quando sentados na calçada), repercutem no psiquismo. “La administración no se le impone sólo desde fuera al ser humano supuestamente productivo. La administración se multiplica en él mismo” (ADORNO, 2004, p. 128 apud SILVA, 2015 p. 37).

O impacto psicológico provocado pela exposição contínua dos indivíduos impotentes à força da sociedade administrada provoca deterioração da subjetividade (SILVA, 2015). Para essa mentalidade de *sociedade doente*, em que tudo se normatiza e normaliza, as ações em saúde mental tem mais favorecido a construção de adoecimento do que combatido, bem como o preconceito, advindo dessas transformações sociais e psicológicas contra aqueles que ela mesma adoeceu. Em uma sociedade assim, não é incompreensível que a predisposição ao preconceito seja regra.

4.2. Reflexões sobre a Loucura e os valores preconceituosos

As ações de saúde mental parecem desarticuladas de uma reflexão crítica de sua finalidade, onde há apenas o cumprimento de uma norma, como exposto no tópico anterior. A mesma dificuldade foi encontrada na definição de uma concepção sobre loucura, em que há aqueles que a

reconhecem como uma forma diferente de agir em sociedade, mas não o fazem de maneira crítica e procuram não formular um conceito. E outros que apontam um desequilíbrio, ressaltando a necessidade de medicação. No primeiro caso estão as respostas abaixo:

P₁: Eu acho que loucura é uma palavra que abriga muitos sentidos, normalmente, assim, entende-se que são pessoas que estão fora daquela faixa da normalidade é isso. Já eu, não sei se eu acredito na loucura, se ela existe de fato, sabe? Eu acho que eu desconstruí muito isso, o louco, eu não consigo vê mais ninguém louco (...) eu vejo uma pessoa, que tá passando por certos problemas e tá [sic] enfrentando isso de outras formas que não é a esperada pela sociedade.

P₃: É assim, se me perguntasse isso quando eu estava na faculdade antes eu tinha um conceito de loucura, hoje em dia eu não tenho. A loucura é algo tão relativo... né! acho que do meu entendimento é, é [sic] uma coisa que eu desconstruí assim, eu não sei dizer em palavras o que é loucura pra você. Entendeu? Porque antes tinha, tinha assim muita à visão do louco, loucura era aquilo que assustava né, algo de certa forma até perverso, mas hoje não, hoje é algo... algo... natural, algo comum. Eu não consigo especificar, dizer um conceito de loucura.

P₄: Loucura... Eu acho assim, eu tava [sic] pensando sobre isso, eu acho que... inclusive por parte da minha abordagem teórica, não que a gente desconsidere a psicopatologia né, mas é uma coisa em segundo plano, pelo menos por Rogers era um jeito de ser. E aí a gente vê como um jeito de está no mundo diferente, sei lá... uma linguagem diferente, uma forma diferente de está no mundo, que infelizmente, pela própria questão da diferença sempre foi relegada pra um lugar estranho ou então trancafiada né. Um lugar separado da sociedade.

Falar em reconhecimento da loucura como uma dificuldade de seguimento das normas sociais, ou mesmo não construir uma concepção fechada, é um ponto positivo. Por outro lado, a não construção do conceito, adaptando-se à realidade tal como ela se apresenta, já é também um posicionamento e pode influenciar na dificuldade de formular ações com uma finalidade, como observado anteriormente, sendo possível nos deparar com profissionais que não se dão conta da capacidade de reprodução do manicômio em serviços abertos, ou em uma rede, mesmo que esta anuncie serviços que transgridem a ordem à qual os loucos foram relegados historicamente.

Os discursos dos profissionais revelam uma associação entre o fenômeno da loucura e o indivíduo que não se adapta à norma, as regras impostas pela sociedade. Conforme Grego (2006, p.97), é preciso reconhecer a dimensão insuportável do mal-estar que nossa condição civilizada nos condena, como cita Freud (1996a), “se a civilização impõe sacrifícios tão grandes não apenas à sexualidade do homem, mas também à sua agressividade, podemos compreender melhor por que lhe é difícil ser feliz nessa civilização”.

A questão da inadequação a um padrão e regras impostas socialmente aparece de forma mais enfática nos demais discursos, sendo a loucura percebida como comportamentos “*fora do padrão*”, “*de violência*”, “*desequilíbrio*”, e “*doença que precisa tomar remédio à vida toda*”. Denunciando de forma intensa o preconceito que ainda carrega esse termo.

P₆: É acho que um termo que foi utilizado, cunhado há muito tempo atrás pra colocar essas relações que estavam muito fora da realidade, do padrão, que é aceitado na sociedade né, hoje esse termo, carrega muito... a questão pejorativa (...) mas pra mim enquanto psicóloga são aqueles comportamentos que aiiinda [sic] não estão no padrão, se a gente pode colocar

pra se [sic] estudar né, assim, observar. Não são aceitos pela sociedade ou são comportamentos de violência, de autoviolência ou de negligência, bem... né, extrema assim.

P₇: Loucura? É um estado fora do... Não sei, é um desequilíbrio, talvez. Um desequilíbrio emocional, psíquico... Acho que é isso.

P₈: É um estado né! eu entendo como um estado... até pro próprio pacientes quando eles tem uma... rejeição, resistência... Quando eles tem resistência em tomar a medicação né (...) É um estado que você está agora, como o diabético, o diabético vai ter diabetes à vida toda, ele vai ter uma crise, em certos momentos, que ele vai precisar talvez de internação, de uma medicação mais forte na veia. E vai ter a época que ele vai tá [sic] estabilizado (...) aí eu tento associar essas doenças que são corriqueiras. Doenças que tem que tomar remédio à vida toda.

P₉: (...) É o que a sociedade impõe... loucura fugiu a regra... Então assim... loucura pra mim é o que foge a regra.

A descrição dos fragmentos corresponde ao que Foucault (1997), definiu como a transformação da loucura em doença. Para ele, com o advento do capitalismo, o louco ou alienado, que não tinha valor no mundo do trabalho, é aquele que desvia do que é esperado, desrespeitando regras e convenções, considerado doente mental, precisa ser controlado, dominado e estabilizado num tipo social e moralmente aceito.

Nos fragmentos “*comportamentos que aiiinda não estão no padrão*” ou “*loucura pra mim é o que foge a regra*”, demonstram que a crítica realizada por Foucault continua atual, e mais do que isso, que a sociedade pouco evoluiu com os “avanços” científicos e entrada dos diversos saberes nas políticas e instituições. Macedo e Dimenstein (2012), discutindo sobre a inserção da Psicologia na Saúde Mental, afirmam que:

“Novos espaços” podem, facilmente, traduzir-se numa forma de capitanear, no sentido de agenciar, aquele modo de ser psicólogo operador de práticas governamentais de gestão/ controle da vida. Assim, entende-se que no intercruzamento das relações de poder entre Estado, psicologia e sociedade, o próprio aparato estatal passou a incorporar uma das principais funções que define a psicologia enquanto profissão neste País, a de avaliar e solucionar problemas de “ajustamento” (MACEDO E DIMENSTEIN, 2012, p.449).

Outro fato que também se aproxima da crítica pensada por Foucault é a noção de doença como um estado. Conforme Foucault (2002, p.397), “o estado consiste essencialmente numa espécie de déficit geral das instâncias de coordenação dos indivíduos”. Nas falas dos Psicólogos encontrados as seguintes frases sobre a loucura “*um estado fora do... Não sei, é um desequilíbrio, talvez*” ou “*É um estado né! eu entendo como um estado*”.

A partir do século XIX, à descrição de síndromes de anomalias e estados anormais formularam o novo objeto da Psiquiatria e nas últimas décadas, essas descrições foram aperfeiçoadas, com o predomínio do discurso bioquímico do comportamento e o estudo dos neurotransmissores.

Como consequência, a questão da subjetividade perdeu a importância, ganhando espaço o estudo dos mapas genéticos e a elaboração de diagnósticos estandardizados. A cada diagnóstico, seu tratamento farmacológico e reeducativo. Os loucos, esses estranhos por excelência, podem conviver

socialmente se convenientemente diagnosticados e medicados, sob a chancela de laboratórios farmacêuticos que demonstram a eficácia das novas medicações chamadas de ressocializantes (SAGGESE, 2006).

A medicina moderna que se desenvolveu junto com a economia capitalista, não se tornou individual, mas sim, se apresentou como uma prática social que transformou o corpo individual em força de trabalho com vistas a controlar a sociedade. É de esperar que nesse modelo de sociedade, seja necessário o estabelecimento de normas de conduta e de prescrição e proscrição de comportamentos.

Neste sentido, Foucault fala do desenvolvimento de um poder sobre a vida – um biopoder – que é exercido sobre os corpos por meio da tecnologia disciplinar. O autor aprofunda a noção de biopolítica para se referir às regulações exercidas sobre a população (Foucault, 2005). Uma vez que a industrialização e a força de trabalho passam a ser elementos fundamentais para a força do Estado, a análise minuciosa de cada momento da vida, torna-se fundamental.

É por isso que discursos como estes apresentados pelos Psicólogos são muito perigosos, à medida que podem produzir modelos de atuação que respondem a uma gestão das condutas e subjetividades, no sentido de tornar rígidos modelos de estar no mundo, fixando padrões de comportamentos a partir de modos de vida hegemônicos, cujo objetivo é adequar-se às ordens vigentes na sociedade da norma.

Rigidez e fixação são elementos do preconceito, que se caracteriza por um conteúdo específico dirigido a um objeto ou a reação frente a ele, em geral, de estranhamento ou hostilidade. E o conteúdo é o que chamamos de estereótipos, que são características fixas atribuídas ao objeto do preconceito. Assim, o louco das respostas, é aquele que apresenta “*comportamentos de violência, de autoviolência ou de negligência*”, “*Um desequilíbrio emocional, psíquico*”, um doente que às vezes, “*tem resistência em tomar a medicação*” ou que “*fugiu a regra*”.

Os estereótipos são características e também são juízos de valores, retirados da cultura, sua importância está relacionada à autoconservação. Para Adorno e Horkheimer (1986), citado por Crochik, (1996, p. 50), os papéis sociais têm sido valorizados em função da sua importância para a manutenção da ordem social e os preconceitos serviriam para auxiliar a conservação dessa ordem.

É por isso que as características sobre a loucura nos discursos dos psicólogos pouco diferem do que ouvimos no senso comum. Apesar de reconhecerem processos históricos envolvidos na criação dessas características em torno da loucura, tal reconhecimento não os fazem críticos em relação a adoção delas como parâmetro para pensar o outro.

A essa imitação de conteúdos que são divulgados pela cultura, podemos também nomear de mimese compulsiva, outro conceito que está na base da constituição do preconceito. Imita-se aquilo que é valorizado socialmente, a adoção de regras de comportamento, a utilização de psicofármacos,

que equilibrariam nossos neurotransmissores e, portanto a nossa vida. Aquele que “foge a regra”, ou seja, o objeto do preconceito é percebido como a cópia daquilo que não se deve ser. A mimese compulsiva difere da mimese original ou genuína.

Para Crochik (1996), a “mimese original” continha a possibilidade de o indivíduo se ajustar ao mundo externo, tornando o estranho um familiar. Contudo, a imitação de um ideal de homem, baseado no modo como nos organizamos socialmente, onde este é investido na posição de senhor, torna aquilo que é familiar um estranho, abrindo espaço para o controle sobre os outros homens.

A mimese original, que seria a assimilação física da natureza, deverá ser abandonada. Na *Dialética do Esclarecimento*, Adorno e Horkheimer (1985), explicam essa questão fazendo menção a repulsa que o antissemita sentia pelos traços miméticos que encontrava no judeu, o que provocava nele o desejo de proscreever aquela natureza não domada pelo processo civilizatório. Fazendo um paralelo com a loucura, o louco, por vezes, também é acusado de apresentar uma natureza não domesticada, a qual não se adéqua aos ideais sociais, será que também não há esse desejo de proscreever? Assim como ocorria com o desejo do antissemita pelo judeu.

Pelo que consta nos discursos dos Psicólogos, há, pelo menos, o desejo de adequar quem fugiu da regra. Aqui é necessário abrir um parêntese, para tentar explicar o que mantém os psicólogos adotarem esse discurso sem os questionar, ou mesmo ter uma consciência digamos, “pouco verdadeira”, no sentido de que reconhece que às vezes possuem atitudes preconceituosas, mas não são suficientes para os fazerem mudar a atitude.

O pensamento psicanalítico tem um papel importante nessa reflexão, em “Elementos do Anti-semitismo”, Adorno e Horkheimer (1985) retomam os conceitos freudianos de “identificação e projeção”, que são importantes para entender o aparelho psíquico, e explicam os mecanismos pelos quais cada pessoa entende o Eu (ego) e o Outro, e a partir dessa separação é possível a compreensão do mundo. Como estamos analisando aqui os discursos de psicólogos, os quais analisam o outro, o chamado louco, supomos que também o fazem através desses mecanismos.

Na identificação ocorre a incorporação de elementos exteriores à psique como parte dela. Para Freud (2011, p. 65), a Psicanálise conhece a identificação como a mais antiga manifestação de uma ligação afetiva a outra pessoa. Ela desempenha um determinado papel na pré-história do complexo de Édipo, como por exemplo, o garoto revela um interesse especial por seu pai, gostaria de crescer e ser como ele, tomar o lugar dele em todas as situações. Na identificação o Ego empenha-se para configurar aquilo que é tomado como “modelo”, através da introjeção de traços do objeto.

Nos discursos, é possível refletir que uma há identificação e imitação do modelo de comportamentos exigidos e divulgados pela cultura, em uma mimese compulsiva, em que o sujeito foge de sua própria fraqueza e leva ao ódio do diferente. Daí surge o preconceito, como não há uma

identificação com diferentes seres humanos, mas com um ideal inalcançado, estes tornam-se alvos fáceis do preconceito. Como o modelo de ideal de homem é aquele que segue determinadas regras sociais, a loucura deve ser evitada.

Segundo Antunes (2010, p. 194), a imitação do padrão idealizado não enriquece o ego, mas o fragiliza, uma vez que passa a dar lugar a um ideal inalcançado. Para Severiano (2001) citado por Antunes (2010, p. 194), o ego frágil traz consigo um narcisismo fruto de uma cultura homogeneizante e totalitária. O conceito de narcisismo foi elaborado por Freud, em 1914, em texto denominado *Introdução ao narcisismo*, no narcisismo o ego passa a ser objeto de investimento libidinal, e investindo em si mesmo, o “outro” somente aparece como elemento figurativo.

É dessa maneira que o preconceito é uma forma de defesa diante do “outro”, que é visto como uma ameaça ao sujeito. Em uma sociedade que cultua a norma, o individualismo e a competitividade, é comum encontrar pessoas que produzem e reproduzem relações hostis e de anulação do outro, principalmente quando a supremacia de um sobre o outro significa a própria sobrevivência.

Acontece que esse individualismo é falso, pois com o ego enfraquecido, os homens são transformados em massa e quase não têm consciência do mundo interno e externo. Conforme Antunes (2010, p. 197), o ego narcísico que busca se fortalecer idealiza seu objeto de identificação e se substitui por ele, abate a si mesmo e se retira da crítica, se ajustando ao existente. Deve ser por isso que obtivemos discursos semelhantes sobre a concepção de loucura apresentados por alguns Psicólogos, estes estão vinculados ao que é divulgado como a imagem do louco.

A adesão a essa imagem tem como consequência a mentalidade do ticket, onde a pressão por padronização da sociedade tende a incorporar o ódio ao diferente e, portanto não adianta a existência de um contato com o diferente, como acontecia entre o antissemita e judeu, já que o primeiro não se deixava permear pela experiência. Isso é o que pode estar ocorrendo entre o psicólogo e aquele que é diagnosticado como louco, porque as concepções são bastante parecidas.

Outro mecanismo que também se mostra nas falas é a projeção. Como mencionado anteriormente e na introdução deste trabalho, a projeção ocorre quando o sujeito apresenta percepção de elementos da própria psique como externos e projeta no outro as suas próprias dificuldades. Daí que fragilidades difíceis de aceitar em si mesmo são projetadas no outro.

Por um lado, os psicólogos reconheceram que nem sempre é possível estar na regra quando respondem a pergunta no grupo sobre ser natural chamar as pessoas de doidas.

P₉: É... Que é natural chamar as pessoas de doida não é natural... mas eu não conheço nenhuma pessoa sã. Todo mundo tem... tem um pouco.

P₈: (...) a questão de ser natural ou não ser natural, já tá [sic] bem... debatido, bem difundido. Toda essa ideia de que todo mundo pode ser um dia... a gente debate, a gente consegue né... expandir, mas... que continuamos né, até nós mesmo profissionais de saúde

às vezes a gente... Fala né! (...) Acho até que a gente categoriza, o louco como aquele que... que tá [sic] fora totalmente dos padrões... totalmente, não é só um pouquinho né!

P7: Eu concordo com que você disse (Psicólogo 9 disse), a questão que todo mundo sai um pouco desse... desse padrão né, não tem alguém que seja totalmente normal (risos) enfim. Menos doído, do que os outros (risos) ou mais normal, enfim.

Acontece que o louco, segundo o que aparece na fala de P₈, é aquele que “foge totalmente da regra”, por isso não pode ser comparado a qualquer pessoa que escape da regra. Portanto, embora haja a fragilidade de seguindo dos padrões, o outro é o louco, pois ele sai totalmente. Os discursos justificam uma consciência deformada por um saber aleatório e deturpado diante do outro, da realidade e de si próprio.

Esses processos psicológicos também são reflexos do processo social. A ideia de “indústria cultural”, cunhado por Adorno e Horkheimer na obra *Dialética do Esclarecimento*, é essencial para pensar esse processo da sociedade presente. Os autores usam o termo para se referir ao entretenimento, à publicidade e aos valores mercadológicos como instrumentos profícuos para a consolidação da dominação burguesa, cuja função é a adaptação e massificação dos sujeitos.

As críticas feitas pelos frankfurtianos à indústria cultural visam mostrar como na sociedade moderna a cultura transformou-se em uma grande força capaz de transmutar a arte em qualquer mercadoria, e assim impedir a conscientização dos indivíduos, instaurando uma dominação técnica sobre a sociedade.

Novamente, na primeira cena do Grupo de Discussão, sobre a naturalidade de chamar as pessoas de doidas, o P₇ relata que “(...) *nosso DSM V que tá lá tudo né, certinho*”, representando que há uma aceitação dos conteúdos que estão nessa referência, sem questioná-la. Ou quando se relatam os temas que são trabalhados nos grupos e a própria forma da organização dos mesmos, expõem:

P6: “Grupo de mulheres é um grupo operativo semi-fechado, porquê? Porque começou com a ideia de... eu tava [sic] fazendo muitos atendimentos de mulheres, era mulheres ansiosas, com comportamentos depressivos, de violência familiar, de... de questão de vulnerabilidade muito alta... mais ou menos nesse perfil. Então tinha que ser um grupo né. (...) Os temas eram pensados por elas... o primeiro tema foi sobre câncer de mama... o outro grupo foi uma mulher que contou uma história de violência que sofreu do companheiro e elas mesmas se apoiaram. Depois ia ter um momento de educação em saúde, e aí depois ia ter uma atividade, podia ser uma atividade de artes né, pintar... bordar, podia ser um filme engraçado, uma atividade de massagem terapêutica, podia ser uma oficina de sensações, que a gente fez e elas adoraram assim.

P8: (...) cada grupo tem seu perfil (...) teve esse grupo de mais jovens que pediu pra entender sobre medicação, aí foi a farmacêutica explicar os processos ativos mesmo da medicação no cérebro e eles gostaram. Já no grupo que tem um perfil mais de idoso, que só é mais depressão, que só é mais mulher. Quando é idoso é mulher e sintomas depressivos, a gente só faz mesmo atividade física, atividades manuais, pra estimular... aí a gente trabalha memória, pela minha pós em neuropsicologia né (...) Tem outro grupo em outro território que quem conduz é uma agente de saúde, que aí é único que a gente diz que mesmo um grupo de saúde mental. Porque tem esquizofrênicos, tem pessoas com transtornos obsessivos, tem bipolar, tem pessoas com depressões bem agravadas né, então esse a gente só faz mesmo atividades... lúdicas, a gente passa um filme engraçado, a gente faz atividade manual. Outra equipe, outra equipe fez um bolo... eu achei ótima essa proposta. O que era o grupo? era fazer um bolo... um mexeu a massa, outro mexeu isso.

Nas falas apresentadas é possível perceber que o modo de produção capitalista constrói seus artefatos para tentar enquadrar os indivíduos dentro de comportamentos pré-estabelecidos, produzindo categorias de *disorders* que classificam e definem o sofrimento, tornando formas de sintomas e de mal-estar, parte de um processo de mercantilização do sofrimento. O DSM V, sistema diagnóstico desenvolvido pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), tornou-se um objeto importante nessa mercantilização, na medida em que fixa e estabelece uma forma oficial e padronizada de pensar a loucura e comportamentos.

O DSM tem como objetivo constituir-se num sistema de classificação sobre dados diretamente observáveis, sem recorrer a sistemas teóricos, alicerçado na descrição formal e empírica dos fatos clínicos. O termo doença é substituído por *disorder* (transtorno), que nos remete à ideia de algo que está em desacordo com uma ordem operacionalmente estabelecida. Fica-nos a questão: que ordem é esta? (DUNKER, 2014). Ao mesmo tempo fica mais evidente porque nos discursos dos psicólogos o louco é o que está fora da ordem, vem dos livros técnicos que nós consumimos também.

O DSM-V surpreende ainda mais, pois além de estar alicerçado em definições ateóricas, traz uma longa lista de "outras condições que podem focar a atenção clínica": problemas de relacionamento, rompimentos familiares, negligência ou abuso parental, violência doméstica ou sexual, negligência ou abuso conjugal, problemas ocupacionais e profissionais, situações de sem domicílio, problemas com vizinhos, pobreza extrema, baixo salário, discriminação social, problemas religiosos e espirituais, exposição a desastres, exposição a terrorismo e terminando pela "não aderência ao tratamento médico". Ele exclui a noção de sofrimento e qualquer fato pode ser transformado em uma condição de transtorno, fixado em diagnósticos.

Já falamos que a fixação é um dos elementos do preconceito e este pode ser observado quando percebemos que os frequentadores dos grupos são as mulheres diagnosticadas, possivelmente pelos critérios do DSM V, com ansiedade e depressão. Consequentemente, considerados como transtornadas, as atividades que são oferecidas ao público dos grupos, estão voltadas a ocupação, "*pintar... bordar, podia ser um filme engraçado, uma atividade de massagem terapêutica, podia ser uma oficina de sensações... e elas adoram assim*" "*atividades... lúdicas... um filme engraçado ou fazer um bolo*".

A indústria cultural aparece aqui mais como atividades que visam mais "esquecer" o sofrimento, do que elaborá-lo, como por exemplo, podemos nos questionar por que o filme deve ser engraçado? Ou por que a arte é considerada pintar e bordar? Além disso, qual a função da proposta de fazer um bolo? O que se alimenta aqui? Parece que são atividades que minam a sobrevivência e florescimento do pensamento crítico, transformando os frequentadores desses grupos em pseudoindivíduos, adaptados a sociedade administrada.

O facto de que milhões de pessoas participam dessa indústria imporia métodos de reprodução que, por sua vez, tornam inevitável a disseminação de bens padronizados para a satisfação de necessidades iguais. (...) Os padrões teriam resultado originariamente das necessidades dos consumidores: eis por que são aceitos sem resistência. (...) A racionalidade técnica hoje é a racionalidade da própria dominação. Ela é o carácter compulsivo da sociedade alienada de si mesma. Os automóveis, as bombas e o cinema mantêm coeso o todo. (ADORNO E HORKHEIMER 1985, p. 57).

Não por acaso, é ressaltado que as mulheres adoram as atividades oferecidas, os consumidores alienados em sua condição, aceitam o que lhes é oferecido. Como afirmam em outra passagem do mesmo livro, “os convidados devem se contentar com a leitura do cardápio” (ADORNO E HORKHEIMER 1985, p. 57). É possível que também aceitem sua condição de depressivo ou ansioso, e novamente no “*grupo de mais jovens que pediu pra entender sobre medicação, aí foi a farmacêutica explicar os processo ativos mesmo da medicação no cérebro e eles gostaram*”. Gostaram da explicação da condição de doentes, da utilização da medicação no cérebro e manutenção de seu status quo.

Essa consciência acrítica também reverbera para os profissionais, afinal são eles que pensam as atividades oferecidas e mantém a loucura nesse patamar de *disorder* e preconceito. Para Adorno e Horkheimer (1985, p. 205) “A classificação é a condição do conhecimento, não o próprio conhecimento, e o conhecimento por sua vez destrói a classificação”. Diante de uma relação preconceituosa, tanto quem manifesta preconceito quanto quem sofre preconceito torna-se espectador das relações sociais, por seguir padrões sociais impostos sem reflexão.

Outro fato que é importante atentar é que maioria dos psicólogos adota a abordagem comportamental, criada por Skinner, a qual se fundamenta no conceito de ciência adotado pelas ciências naturais, que buscam a observação dos dados empíricos, a replicação do experimento, a classificação, a previsão e o controle.

No primeiro capítulo da obra, *Ciência e Comportamento Humano*, Skinner (1953/1970) afirma que a ciência seria uma tentativa de descobrir ordem no mundo, de relacionar ordenadamente alguns acontecimentos com outros. A busca de ordem, porém, não seria apenas o objetivo da ciência, seria também um pressuposto seu. Os objetivos da ciência seriam, assim, a descrição, a previsão e o controle (Sampaio, 2005). Incluindo o comportamento humano, entendido nesta perspectiva como a interação entre um organismo, fisiologicamente constituído como um equipamento anatomofisiológico, e o seu mundo, histórico e imediato.

Na Análise do Comportamento os comportamentos do campo da loucura, ditos psicopatológicos, são regidos da mesma forma que os não patológicos, mas que é socialmente inadequado e pode causar sofrimento ao organismo que se comporta. Embora reconheça processos filogenéticos, ontogenéticos e culturais na interpretação e compreensão de “psicopatologia”, adotam nomenclaturas classificatórias e agregaram contribuições de um ideal de ciência fundamentada na

neurociência e farmacologia. Então não há estranhamento que a classificação dos participantes dos grupos esteja relacionada a diagnósticos pré-estabelecidos e haja explicações sobre a medicação nos grupos e os Psicólogos estejam se especializando em Neuropsicologia.

A classificação preconceituosa dos sujeitos está presente em nossa sociedade, quando indivíduos são tipificados de maneira estanque, descontextualizada e a-histórica. O principal problema é que tais tipificações restringem multiplicidade e complexidade humanas, alienando o homem da possibilidade de existir fora dessas tipificações e classificações. Na linguagem de Foucault, a ideia da produção de corpos dóceis politicamente e úteis economicamente. Na linguagem da Teoria Crítica, sujeitos da adequação.

4.3. Efeitos do preconceito na manutenção da violência declarada

O efeito da aceitação e aderência àquilo que descrito como a figura do louco cria um ambiente propício para manutenção da violência, que no caso desta pesquisa, é declarada. Confessadamente os Psicólogos entrevistados afirmam isso nas respostas da sexta e sétima pergunta sobre a existência de violência contra o louco.

P₁: (...). Assim... a fragilidade da condição da pessoa com saúde mental às vezes favorece também, não é um problema fácil de lidar, às vezes a família fica com aquilo direto e acaba se estressando e desconta na pessoa, então, não tem como dizer assim... a violência, a agressão... eu... eu não sei estabelecer assim um porquê sabe? Eu compreendo que até certos casos até dá pra compreender (...)

P₄: Demais. Eu acho que as maiores violências, são as mais sutis. (...) Tem duas coisas que eu percebo muito. Uma é a presunção da culpa, e a outra é que o discurso da pessoa com transtorno mental é anulado sempre né.

P₅: Eu nunca cheguei a presenciar né! Algumas questões assim... Lá os profissionais eu percebo que tratam bem, tem pessoas que tem transtornos mentais mais severos, mas são pessoas bem acolhidas né! O que os profissionais relatam muito pra mim é essa insegurança né! Por desconhecer... essa insegurança de como é que eu vo [sic] acolher? Como é que eu vo [sic] conversar? Tem muita essa insegurança né!

P₆: Sim! Violência física não, mas psicológica... Violência dos profissionais, com os usuários. (...) Vê essa violência na escola, quando quer porque quer que dê um diagnóstico, pra [sic] poder ser avaliada pelo Município. (...) A própria escola, é algo que a gente tem conversado internamente, tá [sic] fazendo por conta própria, acionando um Dr. X (Neuropediatra) aí já dá um diagnóstico às vezes com o olhar.

P₇: Violência... Violência! Não. Acho que talvez há uma negligencia, às vezes até dos profissionais. De às vezes taxarem a pessoa... ou não darem [sic] tanta... o suporte às vezes necessário (...) E até essa questão que eu citei do grupo de mulheres né, não falar que é um grupo de saúde mental, a gente tem que dizer que é um encontro de mulheres.

Os psicólogos também se autodenunciam que praticam violência quando no Grupo de Discussão apontam que também às vezes, mesmo sem sentir, elaboram uma fala preconceituosa.

P₈: até nós mesmo [sic] profissionais de saúde às vezes a gente... Fala né! “Fulano... assim, não atendi nenhum doido, doido mermo [sic] hoje não né” [risos]

P₆: Por mais que tenha realmente uma preocupação de não tá reproduzindo estereótipos,

nem preconceitos, mas a até a gente fica “Vixe! [sic] Hoje eu to tão tranquila”, né? [alguns psicólogos concordam com o discurso] “Hoje não apareceu nada demais”.

Percebemos que embora as legislações apontem a necessidade de aprender a conviver com a diferença, isso se contradiz com o que existe na prática, pois o Outro incomoda, principalmente o louco, pois este diz muito de cada um, ainda que não reconheçamos.

A incapacidade do ser humano de suportar a diferença do outro, é chamado em Psicanálise de narcisismo das pequenas diferenças, o qual também está na base do preconceito. Trata-se de uma hostilidade e aversão contra aquele que difere e não faz parte do mesmo grupo. Segundo Freud (2011, p. 57):

Nas antipatias e as aversões não disfarçadas para com estranhos que se acham próximos, podemos reconhecer a expressão de um amor a si próprio, um narcisismo que se empenha na afirmação de si, e se comporta como se a ocorrência de um desvio em relação a seus desenvolvimentos individuais acarretasse uma crítica deles e uma exortação a modifica-los.

O narcisismo das pequenas diferenças trata da questão de como cada um de nós lida com o outro, à medida que há uma relação constitutiva subjetiva de amor e ódio. O outro é um lugar de identificação e diferenciação. Na atualidade se divulga o contrário, a ideia de que precisamos ser iguais, ter um padrão. Isso não diminui a violência, mas a produz, pois devemos ser “semelhantes”, criando isolamento e hostilidade a quem não o é.

Todas as respostas identificaram a presença das relações de violência, e quando ressaltamos no título dessa categoria discursiva, ser declarada, é porque mesmo os Psicólogos que tentam ameniza-la, mostram contradições. No P₁, além de afirmar a existência da violência, até compreende em certos casos. O P₄ discorre sobre uma suposta violência sutil, embora anular a fala do outro não tenha nada de sutil.

No caso de P₅ sua fala entra em contradição, pois há um desconhecimento de situações em seu ambiente de trabalho, em que relata que as pessoas são “*bem acolhidas né!*”, na sequência afirma a insegurança de acolher “*essa insegurança de como é que eu vou acolher? Como é que eu vou conversar? Tem muita essa insegurança né!*”, além disso, no final da resposta dessa mesma pergunta na entrevista, é relatado um caso de violência que ocorreu em seu CSF.

O P₆ aponta de forma escancarada a violência e expressa a barbárie que estamos submetendo as pessoas, e ainda é mais agravante porque se trata de crianças, ao invés de educa-las, despertando para sua emancipação, produzimos anormalidades através da compra de diagnósticos. Adorno foi muito coerente em seu texto “Educação após Auschwitz”, ao considerar que as causas que geraram a barbárie continuam existindo. Ele alerta que todo caráter, inclusive daqueles que praticam crimes, forma-se na primeira infância e, por isso, a educação que tem por objetivo evitar a repetição de Auschwitz deve se concentrar na primeira infância. Parece que não estamos ouvindo esse alerta.

Já o P₇ não consegue atentar que “negligência” é violência, mas percebe a violência que

prática, quando expõe “*essa questão que eu citei do grupo de mulheres né, não falar que é um grupo de saúde mental, a gente tem que dizer que é um encontro de mulheres*”. Há sua autodenúncia. Como também ocorre com P₈ e P₆ na discussão do grupo.

Adorno e Horkheimer (1985, p. 119) alertam que “A violência na sociedade industrial instalou-se nos homens de uma vez por todas”. Os referidos autores presenciaram como o ódio à diferença é capaz de levar o ser humano a cometer as maiores atrocidades. Por meio de uma adesão rígida a valores convencionais é possível a configuração de uma personalidade preconceituosa e a agressão ao outro. Não obstante, o Convencionalismo, que é a adesão a esses valores, é discutido no livro *A Personalidade Autoritária*, como um traço característico da mentalidade preconceituosa.

(...) Quando descobrimos que o indivíduo antissemita baseia sua oposição ao judeus na suposta violação, por parte deste, de valores morais convencionais, adiantamos, como provável interpretação desta atitude, que esse tipo de pessoa adere com particular força e rigidez aos valores convencionais. Afirmávamos, além disso, que tal disposição geral de sua personalidade provê parte das modificações em que se funda o anti-semitismo, ao mesmo tempo que emprega outras vias de expressão, tais como a tendência geral a depreciar e castigar aqueles a quem se acusa de violar os valores convencionais (p. 225).

Há outros aspectos que corroboram para a construção da personalidade do indivíduo preconceituoso, como a submissão autoritária, que seria a submissão incondicional às autoridades morais do grupo a que se pertence. A agressividade autoritária, consequência do convencionalismo, representa uma tendência a rechaçar e castigar indivíduos que violam valores convencionais. Entre outras, que não serão enfatizadas aqui, visto que não será discutido as tipificações psicológicas descritas no livro.

Esses aspectos possibilitaram aos autores a construção de uma escala, denominada escala F, cuja função era identificar os tipos de personalidade predisposta ao preconceito. Acontece que a personalidade não está apartada de uma ideologia, neste caso, a ideologia da racionalidade tecnológica, baseada na opressão, adaptação e reprodução de valores. O sujeito que não se adéqua as peças dessa engrenagem será alvo da violência, a não ser que se mudem as relações sociais. Como apresentada na conclusão da *A Personalidade Autoritária*, só a transformação social que elimine ou, ao menos, minimize a necessidade de competição e fortaleça a cooperação é capaz de eliminar o preconceito (CROCHIK, 2000).

Analisando pela ótica de Foucault, a questão do saber e poder no campo da saúde mental e suas elaborações discursivas continuam existindo. A existência da Psicologia como um saber que detém um poder sobre a loucura está vinculada a razões sociais, econômicas e políticas. O sujeito desregrado, que ameaça a imagem tradicional da família burguesa, é objeto de estudo das ciências psicológicas.

Esta, ao invés de evitar discursos que cristalizam a experiência da loucura vinculada à violência, prende o sujeito a enunciados que o escravizam, como a produção de diagnóstico na escola, ou a definição de como deve acolher um possível louco. Como não há essa reflexão, os próprios Psicólogos encontram dificuldade de pensar uma saída para a transformação das situações de violência. Como apresentado nas falas abaixo:

P₂: (...) são situações em que a gente precisa tá [sic] atento porque realmente elas acontecem, e, são situações que nos convidam mais ainda, digamos assim, pensar formas de como lidar com essas situações, de como acolher esses usuários, que muitas vezes eles não chegam até a gente, é a gente que tem que ir até eles, e muitas vezes nos chegam situações como essas ou semelhantes e a gente acaba que não sabe como agir, porque são questões muito novas.

P₇: Não tenho ideia... Como desconstruir? Talvez, primeiro formando, treinando, capacitando os profissionais né, dando conhecimento através das EPs, educação permanente... sobre o que é a saúde mental, o que é um paciente assim, como a gente pode acolher, como a gente pode lidar...

P₉: Mulher, é assim uma coisa lamentável... Aí eu tento conversar com a pessoa, tento esclarecer, tento mostrar o outro lado da história, mas é uma coisa que continua acontecendo sabe?! E é uma coisa que a gente tem que tá combatendo todo dia, acho que é nosso papel enquanto psicóloga né?! É lutar né?!... tá [sic] lá na Política.

Como menciona o P₉, “*tá lá na Política*”, a necessidade de combater a violência contra os loucos, esse foi o mote para pensar a pesquisa que está sendo desenvolvida aqui. A partir do tópico na política do NASF que propõe “A difusão de uma cultura solidária e inclusiva, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura”. Aliás, que fique claro que não é só porque está na política que a luta contra o preconceito é importante.

Dessa forma, a presença dos psicólogos nas políticas públicas não deve se restringir a uma tecnologia biopolítica de controle e gestão de condutas, ou em uma questão de abertura de mercado de trabalho para a profissão, mas, sobretudo a combater a violência existente, voltando-se para os aspectos subjetivos e objetivos do problema e a educação é uma grande aliada nesse processo, como sugerido por Adorno (1995), em seu texto *Educação após Auschwitz*, onde a formação do indivíduo, de sua subjetividade, se volta para sua emancipação.

4.4. Uma proposta de respeito à diferença

A necessidade da sobrevivência parece que nos leva a ser cruéis com as demais pessoas. Até mesmo a Ciência, criada em seus fundamentos iniciais para retirar o homem de sua minoridade social, perdeu seu fundamento, incorporando-o como objeto de suas relações sociais e não como sujeito das mesmas, o que facilita ainda mais a disseminação, adaptação e banalização do preconceito. Sendo assim, a própria Psicologia não está necessariamente isenta de preconceito.

Como apresentado nas concepções sobre a loucura descrita pelos Psicólogos, há características preconceituosas que compõem as descrições, mesmo que cotidianamente os

entrevistados tenham contato com essas pessoas, não são suficientes para modificar suas concepções. Análogo ao antissemitismo, a experiência cede lugar ao estereótipo, apresentando uma mentalidade de ticket.

Para a superação dessa mentalidade e o combate verdadeiramente a discursos preconceituosos que distorcem a realidade, minando a resistência a barbárie, Adorno defende o princípio da autonomia, da autorreflexão e da experiência autêntica, o que envolve, segundo Alves Jr. (2003), um fortalecimento do momento subjetivo e do eu como órgão da consciência, tendo a educação um valor fundamental. Citando Adorno (1995, p.110), “A única força verdadeira contra o princípio de Auschwitz seria a autonomia, se me for permitido empregar a expressão kantiana”.

A educação deve ser a aliada nesse despertar da autonomia, através da promoção de uma pensar crítico e conseqüentemente, ser possível assim, um respeito à diferença, que a nosso ver, envolveria uma alteração cultural no sentido anti-convencional e anti-estereótipo, ou seja, no sentido de oferecer resistência às regras convencionalmente dadas que ferem a imagem do outro, como violento, incapaz e doente. Desconstruções possíveis através da formação, mas não de uma formação que seja simplesmente técnica ou para o trabalho. Mas um sentido mais amplo, como aquela que realiza uma abertura à experiência à experimentação do mundo, à ruminação do que é visto, lido, estudado, e a transformação disso em um olhar bastante único sobre o mundo.

Como exposto na descrição da Tabela 2 de resultados, o tempo de formação dos profissionais dessa pesquisa é relativamente curto, o que pode estar relacionado à preparação apenas técnica para o mercado de trabalho. Dessa forma, a formação em Psicologia precisa ser questionada. Afinal, como nos instiga Crochik (2006), a formação do preconceito se dá como resultado do processo de formação do indivíduo, onde a educação assume um papel crucial, se a educação visar apenas a introjeção de valores e conhecimentos sem que esses possam ser refletidos pelos sujeitos, então, estará favorecendo muito mais a constituição de mecanismos psíquicos, os quais mantém o indivíduo num estágio infantil, ou de minoridade social, “(...) e assim favorecer o desenvolvimento do preconceito” (p. 34). Muito mais que combatê-lo.

Dessa forma, a ausência de uma formação voltada para reflexão crítica, possibilita ouvir discursos como de P₆, em que a escola é a responsável por produzir a anormalidade das crianças, pela compra do diagnóstico, ou mesmo a seleção e as temáticas trabalhadas dos grupos do CSF pelos Psicólogos. Como mencionado abaixo:

P₃: (...) O grupo de mulheres é formado por mulheres que... tinham, que referiam alguma queixa de ansiedade ou depressão (...) as participantes, como eu falei, inicialmente foi elencadas esses critérios né, as mulheres que estavam sempre nos postos, que vinham essas... dificuldades. E aí a gente deixou... teve um momento com as equipes, pra tá identificando essas mulheres e convidando para o grupo. Foi por interesse mesmo.

P₄: Acho que outra ação é uma que a gente tem começado, nos territórios também, um grupo de mulheres (...) eu tava [sic] recebendo muitas mulheres, ansiedade, depressão e

tava [sic] num nível assim de atendimento individual que nunca consegui dá conta (...) a gente tá [sic] tentando reforçar mais a ideia do grupo pra tentar amenizar mais a agenda.

P7: (...) a seleção dos participantes é assim, no de mulheres, era mulheres que a gente tinha atendido individualmente, tanto eu e a outra psicóloga da residência e que tinham queixas de... depressão, às vezes alguma outra condição né, bipolar... dificuldade de relacionamento com o marido... enfim, são várias questões. Aí a gente junto né, selecionou as mulheres e convidou elas pro [sic] grupo de mulheres né! foi dessa forma.

P9: (...) esse grupo de práticas é meio que o lugar que dá vazão sabe?! Da vazão esses casos que chega pra fazer acompanhamento no território... não tem como fazer né?!

A loucura além de produzida, como no caso da escola, é ressaltada, como no caso na seleção das participantes dos grupos e com o agravante que o objetivo da existência dos grupos é para “*tentar amenizar mais a agenda*”, “*Da vazão esses casos que chega pra fazer acompanhamento no território*” e “*por interesse mesmo*” das equipes, claro!. Não há um interesse pelo sujeito que procura atendimento.

E, ainda que os Psicólogos apontem que a Atenção Primária tem um papel fundamental na desconstrução do preconceito, não o faz, assim como eles também não, já que também fazem parte da atenção primária.

P2: É um dos papéis mais básicos né! Porque como a gente lida, mais especificamente a equipe mínima, eles lidam diariamente com as questões de saúde do território né! (...) De tá [sic] realmente, fazendo a comunidade perceber que esses usuários não podem ser vistos como vítimas do preconceito.

P3: Eu acho que a atenção primária ela exerce, é pra exercer um papel fundamental nesse processo né, porque... atenção primária é a referência pra [sic] tudo mundo, Que é fácil, que eu chego até lá, então... desconstruir é... essa questão da loucura, era algo que era pra [sic] ser intrínseco ao papel de qualquer profissional da atenção primária

P6: (...) Na grande maioria das vezes a gente trabalha na medicalização sabe?, que é o que a gente vê, a gente trabalha com princípio, mas de fato é a medicalização que toma conta... dizer que os grupos são a solução? Não acho que seja 100%... porque é um processo, às vezes as pessoas não a... não se... não se prontificam a estar nos grupos. Mas eu acho que o papel da atenção é esse. É ter esse olhar geral mesmo né.

P7: O papel da atenção primária? Talvez não esteja acontecendo, mas tentar desconstruir isso, acolher, esse usuário, às vezes que... que é taxado né!, muitas vezes pelas as pessoas ali que convive. Acolher, fazer os encaminhamentos, dar esse suporte né! Num [sic] sei, acho que é assim.

P9: (...) A atenção primária tem um papel muito importante sobre isso, mas cabe a gente pensar em estratégias de como é que a gente vai fazer. Porque é muito difícil, eles têm prioridades. Eles são cobrados da gestão por dá conta das gestantes, eles são cobrados da gestão por dá conta de todos os hipertensos, todos os diabéticos, se morrer uma criança então... pronto ninguém mais faz nada, mas não existe um indicador de saúde mental, não existe um indicador porque eles são cobrados.

Parece que a própria formação em Psicologia precisa ser questionada, pois é preciso abandonar esse ideal normatizador do outro, ou continuaremos patinando em ações que são pouco significativas para as pessoas que nos atravessam. A loucura não é uma doença, no sentido convencional, que têm começo, meio e fim. Mas para sustentar esse discurso, é necessário administrar rótulos e classificações nas pessoas baseados em fatores biologizantes, como a ênfase dada aos neurotransmissores e sua relação com a indústria farmacêutica.

Portanto, há uma legitimação da doença, inclusive por parte dos psicólogos e o discurso da pessoa é pormenorizado, embora diga dele. É bem mais suportável, por exemplo, dizer o que é uma alimentação saudável, o que é um exercício físico, do que escutar seu delírio, como relata o P9 na última pergunta do grupo de discussão:

P₉: (...) Meu papel enquanto unidade de saúde é o que? Cessar esse delírio, essa alucinação. E aí, assim, o que eu tenho que fazer? Eu tenho que fazer aquele viés bem policalesco... eu tenho que fazer com que isso acabe e pronto. Não me importo o jeito que você vai ficar, mas se você fala que acabou a alucinação, eu fiz meu papel enquanto técnica de saúde.

A racionalidade instrumental e a própria forma como o conhecimento científico está estruturado cria uma sociedade que produz e reproduz relações preconceituosas e indivíduos pouco críticos, que facilmente aceitam e reproduzem seus dogmas. A falta de questionamentos e a construção de discursos como este apresentado acima, justificam o próprio preconceito e são produtos da “*má consciência*”. Segundo Martins (1998). A “*má consciência*” é a consciência deformada por um saber aleatório e deturpado diante do outro, da realidade e de si próprio.

É preciso pensar em uma formação que proporcione uma abertura ao experimentar autêntico, e não só a mera aceitação e reprodução de conceitos, mas problematizar, pensar sobre os próprios conceitos que são passados, para assim pensar na finalidade de cada intervenção e atuação de cada profissional.

Quando se diz abertura a um experimentar autêntico, está se relacionando, sobretudo, ao acolhimento e reconhecimento da diferença, que é a condição de possibilidade de convivermos entre nós, abdicando do ideal de normatizar o outro e aceitá-lo na sua diferença.

É preciso também abandonar essa submissão à razão instrumental e a tudo que é considerado dado e repetitivo, por um pensamento permeado pelo espírito crítico. Isso somente pode ser conseguido através da educação que favoreça a emancipação. Como cita Adorno (1995a, p. 141), que levem a uma consciência verdadeira, livrando os sujeitos da dependência das amarras e modelos sociais, tornando as pessoas conscientes dos mecanismos que provocam nelas o preconceito.

Contudo, é possível perceber que os Psicólogos entrevistados até percebem quando exibem atitudes preconceituosas, mas acreditamos que isto está em um nível pré-crítica, pois é difícil pensar que continuam perpetuando atitudes preconceituosas porque gostam, a não ser que todos tivessem uma estrutura perversa, como parece não ser o caso. Sustentamos que o processo formativo que os fez serem quem são não os levaram ao desenvolvimento de uma autoconsciência crítica sobre si e sobre o mundo, capaz de trazer à luz as incongruências, contradições e barbáries presentes em nossa era, e que provoca neles e com eles também o preconceito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história da organização da sociedade ocidental não descreve muitas situações acolhedoras para os nomeados loucos, aliás, foi exatamente a partir do século XVII, com a constituição da sociedade moderna mercantilista requerendo um novo tipo de homem, que essa figura passou a incomodar. Aos indivíduos socialmente marginalizados, os quais não se adequavam ao padrão produtivo e racional, se volta à agressividade, denominada aqui de preconceito.

Hoje, a loucura, reconhecida pelo nome de transtornos mentais, é um fenômeno justificado por supostos processos orgânicos e bioquímicos, embasados em um desenvolvimento científico classificatório, repetitivo e pouco crítico, conservando o estado atual da sociedade, produzindo sujeitos “bem” adaptados capazes de reproduzi-la.

A ciência esqueceu seu papel inicial de promover o Bem comum, impondo a dominação daquele que a produziu. Em nome do progresso, foi capaz lançar a sociedade para a barbárie. Uma sociedade que nos incita a competir para sobreviver, selecionando quem é o “melhor”; e o preconceito, enquanto mecanismo psíquico, ocorre como resultado dessa competição.

Essa pesquisa procurou realizar uma análise sobre o preconceito relacionado à loucura através da fala de Psicólogos que trabalham na ESF e como realizam intervenções para supera-lo, visto que essa deve ser uma das funções do fazer desse profissional, como descrito no Caderno de diretrizes do NASF (Brasil, 2009) e representa também um dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, que embasa atualmente a Política de Saúde Mental.

Utilizamos conceitos advindos da Teoria Crítica e de Foucault, por acreditar que são essenciais para pensar a constituição histórica e social em torno da figura do louco e refletir sobre a predisposição do preconceito na sociedade moderna, esta que é atravessada pelo conhecimento científico. No primeiro caso, há uma denúncia das relações de dominação advindas da sociedade administrada e no segundo caso, uma denúncia do adestramento dos corpos para uma biopolítica das populações.

Percebemos que o preconceito continua existindo, mesmo entre aqueles que esperávamos uma postura diferente, os Psicólogos, mas não do mesmo jeito em todos, pois como sustenta Crochik (2006), o preconceito também responde a conflitos individuais. Encontramos discursos e práticas que mais corroboram para a manutenção do preconceito do que para seu combate.

Com as respostas das entrevistas foi possível conhecer suas concepções sobre a loucura, as quais estão vinculadas a uma série de estereótipos que deflagram o preconceito, fixado em classificações diagnósticas e associam o fenômeno da loucura ao indivíduo que não se adapta à norma e regras sociais, ao invés de questioná-las.

As atividades identificadas são bastante semelhantes e não há uma crítica dos impactos

dessas ações realizadas, apenas uma reprodução e portanto uma inércia . Corroboram para um controle dos corpos e uma adaptação a um modelo de sociedade, onde não há espaço, nem tempo para atividades que versam sobre a questão do preconceito, afinal os grupos são para aliviar a agenda. Também se percebeu, ao longo deste estudo, o quanto os psicólogos têm dificuldades de pensar sobre o seu fazer de uma forma crítica, pois as políticas e diretrizes enunciadas pedem que o indivíduo apenas siga as instruções.

Por outro lado, praticamente todos os psicólogos “denunciaram” ao final de cada entrevista as dificuldades que enfrentam em seu cotidiano, as fragilidades quanto às condições de trabalho, por exemplo, a falta de material e estrutura (material lúdico e sala de atendimento), além da quantidade significativa de pessoas para atendimento, desproporcional ao número de profissionais. É possível que afete o comprometimento com as ações desenvolvidas na Saúde Mental.

A crítica às ações desenvolvidas pelos psicólogos neste estudo, não visa retirar a sua importância, mas mostrar os seus limites; sem a percepção desses limites, correm o risco de fortalecer o que estão combatendo. Acreditamos que a formação é uma importante aliada no despertar dessa reflexão crítica sobre as ações e, sobretudo na desconstrução do preconceito. Afinal, somente através dela é possível a promoção de uma consciência crítica sobre o mundo e a sociedade que estamos construindo, assim, talvez, possamos evitar a reprodução cotidiana da barbárie na civilização.

Sugerimos continuidade desse estudo com Psicólogos em outros contextos que não apenas a ESF, e a realização também com os próprios usuários da saúde mental interrogando esses sujeitos que tantas vezes foram calados. Finalizo ressaltando que enquanto houver relações opressoras, impondo formas de se comportar, possivelmente o preconceito continuará existindo.

REFERÊNCIAS

- ADORNO T. W. **Educação e Emancipação**. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1995.
- _____. **Epistemología y ciencias sociales**. Madrid: Fronesis Cátedra, 2001.
- ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. **Temas básicos de sociologia**. São Paulo: Cultrix, 1973.
- _____. **Dialética do Esclarecimento**: fragmentos filosóficos. Tradução Guido Antônio de Almeida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- _____. **Acerca de la Relación entre Sociología y Psicología**. In: Jensen, H. Teoría Crítica del Sujeto. Buenos Aires: Siglo XXI, 1986. p. 36-83.
- _____. **Sobre sujeito e objeto**. In: Palavras e sinais. Rio de Janeiro: Vozes, 1995a.
- _____. **Educação após Auschwitz**. In: Palavras e Sinais. Petrópolis, Vozes, 104-123, 1995b.
- _____. **Dialética negativa**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V**: The Future Manual. Disponível em: <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV.aspx> Acesso em 12 mar 2017.
- ALVES JR, D. R. **Depois de Auschwitz. A questão do anti-semitismo em Theodor W. Adorno**. São Paulo/ Belo Horizonte: Annablume/Fumec, 2003.
- ANTUNES, D. C. **Bullying: razão instrumental e preconceito**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- AURÉLIO. O mini dicionário da língua portuguesa. 8. ed. Rio de Janeiro: Positivo, 2010.
- BARROS, D. Preconceito contra doenças psicossomáticas, causas pela mente. **Programa Bem Estar**, 04 fev 2017. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/psiquiatra-daniel-barros-fala-do-preconceito-contra-doencas-psicossomaticas-causadas-pela-mente.ghtml>>. Acesso em 15 abr 2017.
- BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BEZERRA Jr., B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BEZERRA Jr., B. *et al.*(Org) **Psiquiatria sem hospício – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 114-124.
- BUENO, S. F. Do Pós-estruturalismo à Dialética negativa: Uma breve confrontação entre Foucault e Teoria Crítica. In: PUCCI, B. et al. (Org). **Atualidade da Teoria Crítica na Era Global**. São Paulo: Nankim, 2016. p. 238-251 (Coleção Teoria Crítica).

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Lei n.º 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 6 de abr., 2001. In, BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 5ª. Edição ampliada.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.– Brasília: MS, 2009. 96 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 27).

_____. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 24 out. 2011. Seção I, n.204, p.55.

_____. Portaria n.º 3.124 de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude./2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em 15 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 34).

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COMTE, A., **O curso de filosofia positiva**. Trad. José Arthur Giannotti e Miguel Lemos. São Paulo: Abril Cultural, 1978 (Coleção Os Pensadores).

CROCHÍCK, J. L. Preconceito, indivíduo e sociedade. **Temas Básicos em Psicologia**. São Paulo, 1996.

_____. **Preconceito, indivíduo e cultura**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

_____. Teoria Crítica da Sociedade e Estudos sobre o preconceito. **Rev. Psicologia Política**, 2000. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/psicopol/pdfv1r1/Leon.pdf>> Acesso em 12 mar 2017.

DUNKER, C. I. L. Questões entre a psicanálise e o DSM. **Jornal de Psicanálise**. v. 47, nº 87, p. 79-107, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-8352014000200006>. Acesso em 10 fev 2017.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Rio de Janeiro: Vozes. 1987.

_____. **A História da Loucura na Idade**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

_____. **Os Anormais**. Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **O nascimento da biopolítica**. Curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREUD S. **O ego e o id**. Rio de Janeiro: Imago; 1976.

_____. **Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos (1937-1939)**. In: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996a, v. XXI.

_____. **O mal-estar na civilização (1930)**. In: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996b, v. XXIII.

_____. **Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923)**. São Paulo: Companhia das letras, 2011.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan 2017.

GOMIDE, A.; O engodo das psicoterapias; In: **Práticas psicológicas na clínica: uma leitura crítica da desistência das populações pobres às psicoterapias**. São Paulo: PUC, 2000.

HORKHEIMER, M. **Eclipse da razão**. São Paulo: Centauro, 2002.

IBGE. Cidades@. 2017. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=231290>>. Acesso em 20 jan. 2017.

INCLUSÃO. **Programa Encontro com Fátima Bernardes**. Rio de Janeiro: 23 fev 2017.

Disponível em: <<http://gshow.globo.com/programas/encontro-com-fatima-bernardes/episodio/2017/03/23/antonio-fagundes-alexandra-martins-bruno-fagundes-mara-carvalho-e-biquini-cavadao-participam-do-encontro.html#video-5746653>>. Acesso em 15 abr 2017.

JAHODA, M.; ACKERMAN, N. W. **Distúrbios emocionais e antissemitismo**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1969.

LIMA, A. F. **Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica**. São Paulo: EDUC, 2010.

KANT, I. Resposta a pergunta: Que é esclarecimento? Textos Seletos. Trad. Floriano de Sousa Fernandes. 3. ed. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2005.

- MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Modos de Inserção dos Psicólogos na Saúde Mental e suas Implicações no Comprometimento com a Reforma Psiquiátrica?. Rev. **Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza. Vol. XII, nº 1-2 , p. 419 – 456, mar/jun 2012.
- MARTINS, M. M. M. Reflexões sobre preconceito – em busca de relações mais humanas. Rev. **InterAÇÃO**. Curitiba, v. 02. p. 09-27. jan/dez 1998. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewFile/7646/5451>>. Acesso 20 mar 2017.
- MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto comunista**. São Paulo: Boitempo, 1998
- OPAS/OMS. **Relatório sobre saúde no mundo 2001 – Saúde Mental**: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>>. Acesso 16 abr 2016.
- PESSOTTI, I. A doutrina demonista. In I. Pessotti. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro, 1994. p. 53-120.
- PETRI, A. O que é ser normal?. **VEJA**. Ed. Abril, edição 2244, nº 47, nov, 2011.
- PIRES, A. C. T.; BRAGA, T. M. S. O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. Rev **Temas em Psicologia**. Vol. 17, nº 1, p. 151-162, 2009.
- PRECONCEITO. **Programa Como Será?**. Rio de Janeiro: Rede Globo, 01 mai 2017. Programa de TV. Disponível em: <<http://g1.globo.com/como-sera/noticia/2017/04/o-tema-e-preconceito.html>>. Acesso em 10 mai 2017.
- SAGGESE, E., Psicanálise e clínica da psicose: O que não tem sossego, nem nunca terá. In: FIGUEIREDO, A. C. (Org) **Corpo, sintoma e psicose**: leituras do contemporâneo. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, p. 73 - 80, 2006.
- SAMPAIO, A. A. S. **Skinner: sobre ciência e comportamento humano**. Psicologia Ciência e Profissão, Brasília. v. 25, nº 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000300004>. Acesso em 01 mar 2017.
- SAMPAIO, J; CARNEIRO, F. Rede de atenção integral à saúde mental de Sobral-CE: planejamento, supervisão e reflexões críticas. **SANARE**, Sobral. v.6, nº 2, p. 7-25, jul./dez. 2007.
- SEVERIANO, M. F. V. **Narcisismo e publicidade: uma análise psicossocial dos ideais de consumo na contemporaneidade**. São Paulo: Annablume, 2001.
- SILVA, P. F. Psicologia Social de Adorno: resistência à violência do mundo administrado. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo. v. 27, nº 1, p. 35-46. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/seerpsicoc/ojs2/index.php/seerpsicoc/article/view/3847/2473>>. Acesso em 01 mar 2017.
- SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**. Brasília: Ed. UnB/ FUNBEC, (1953), 1970.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- TILIO, R. de. “A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e

sofrimentos mentais. Universidade de São Paulo. Disponível em: <www.scielo.br/paideia>. Acesso em 08 set 2016.

TÓFOLI, L. F. Desinstitucionalização e integralidade no Sertão Cearense. In PINHEIRO, R.; GULJOR, A.P.; SILVA JR., A. G.; MATTOS, R. A. (Org.) **Desinstitucionalização na saúde mental:** contribuições para estudos avaliativos. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, 225-238.

VASCONCELOS, M. G.; JORGE, M. S. B.; GUIMARÃES, J. M. X.; PINTO, A. G. A. Saúde Mental no contexto do Programa Saúde da Família: Representações sociais de usuários e familiares. **Rev. Rene.** v. 9, n. 3, p. 9-18, Fortaleza, 2008.

WELZER-LANG, D. **A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia.** *Rev. Estudos Feministas* Florianópolis, 2001, vol.9, n.2, p.460-482. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2001000200008>>. Acesso em 20 de fev 2017.

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA AOS PROFISSIONAIS

DATA DA APLICAÇÃO: ____/____/____

1. Caracterização do participante

Nome:

Idade:

Ano de formação:

Local de formação:

Abordagem teórica:

2. Há quanto tempo você trabalha nesse serviço/trabalho?
3. Como é trabalhar com Saúde Mental?
4. Conta-me que atividades/ações você executa no seu cotidiano de trabalho?
5. O que você entende por loucura?
6. Baseado em sua experiência de trabalho, existe relação de violências para com o doente mental? Cite exemplos de seu cotidiano
7. Embasado no(s) exemplo(s) citado(s), o que você pensa dessa(s) situação (ões) de violência?
8. Qual o papel da Atenção Primária em relação ao preconceito que recai sobre as pessoas que são atendidas nesse nível de atenção?
9. Essa temática faz parte de projeto(s) terapêutico(s) individualizados?
10. Sobre os grupos terapêuticos que demandas são trabalhadas?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por Ana Mara Farias de Melo, mestranda em Saúde da Família, pela Universidade Federal do Ceará/Campus de Sobral, para participar como voluntário de uma pesquisa que visa compreender melhor as intervenções realizadas pelos psicólogos que trabalham vinculados a Estratégia de Saúde da Família em relação a desconstrução da loucura. A metodologia será desenvolvida através de entrevista semiestruturada individual, gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise, e um grupo de discussão, em dia e horário marcado previamente com os participantes. A participação é voluntária, os dados serão apresentados respeitando o caráter confidencial dos participantes e se por qualquer motivo resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar seu consentimento. Sua participação não lhe trará riscos à saúde e tudo ocorrerá em sigilo. Durante o andamento da pesquisa, se por qualquer motivo resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar seu consentimento.

Reforçamos que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento de uma ciência comprometida com sua finalidade e poderão contribuir para reflexão de como se tem constato as ações no campo da saúde mental.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora Ana Mara Farias de Melo, residente na Rua Luiz Gonzaga Prado, 40 – Centro – Sobral/CE. Fone: (88) 99648-0817 – e-mail: anamarapsi@gmail.com. Ou mesmo pode procurar o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, situado na Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, nº 150, Bairro Derby, CEP: 62041040. Sobral-Ceará. Telefone: (88)3677-4255.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, declaro que estou ciente do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordo em participar como voluntário da pesquisa, li cuidadosamente este termo e após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Autorizo que a entrevista e o grupo sejam gravados, com a garantia do anonimato e sigilo das informações coletadas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Data ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE C - RESPOSTAS DAS ENTREVISTAS

Nome: P1 **Duração da entrevista:** 17min e 17seg

Idade: 25

Ano de formação: 2015

Local de formação: UFC SOBRAL

Abordagem teórica: GESTALT TERAPIA, mas estudo outras coisas também, assim alguns teóricos da saúde mental, alguns pós-estruturalistas, teoria crítica, como Adorno e Bejamin.

E: Há quanto tempo você trabalha nesse serviço/trabalho?

P1: Desde março, tem 8 meses.

E: Como é trabalhar com Saúde Mental?

P1: É desafiador... bastante desafiador. Primeiro entender a saúde mental, o cotidiano daquele usuário, depois você conseguir desenvolver um plano terapêutico, assim... tudo é muito desafiador. Até a rede de saúde mental que a gente tem é pouco organizada, até de ti dar um certo suporte. Mas existem certos entraves, certos descuidos no fluxo, mas assim, dá pra fazer muitas coisas, só que a realidade vai além daquilo, aí você precisa de muita coisa... Conhecer o fluxo, conhecer a fundo a história da pessoa, conhecer outros contatos para você conseguir dá viabilidade ao plano de cuidado.

E: Conta-me que atividades/ações você executa no seu cotidiano de trabalho?

P1: Eu executo atendimento individual, atendimento grupal, visita domiciliar, matriciamento em saúde mental... Uma série de grupos. Grupos operativos, aí não só com pacientes de saúde mental, mas promoção de saúde mental, com pacientes que ainda não tem essa condição elevada como o grupo de mulheres.

E: Mas como é isso? São potenciais?

P1: São... São sim! Eu procuro encaminhar as pessoas que estão passando por um transtorno mais leves, pessoas que estão em sofrimento psíquico sem nenhum transtorno mental pra esse grupo. Aí a gente faz grupo de saúde mental infantil. Grupo de saúde mental adulto. As vezes eu participo do grupo de práticas corporais também, pra desenvolver algumas terapias interativas e complementares... Os grupos têm todo público, crianças, adolescentes e adultos, e dependendo do território aparece mais. E as pessoas que participam não necessariamente tem diagnóstico, por exemplo, no grupo de crianças, ou tem hipótese ou diagnóstico fechado, mas elas fazem uso de medicação especial. No grupo de saúde mental é o mesmo critério, mas no grupo de mulheres não... Tanto vão mulheres com diagnóstico e tomam medicação controlada, como também vão mulheres que não tem nenhuma condição, às vezes passam por uma condição de sofrimento ou nem sofrimento, às vezes não tem muita oportunidade de ocupação na comunidade aí o grupo aparece como uma ocupação.

E: O que você entende por loucura?

P1: Eu acho que loucura é uma palavra que abriga muitos sentidos, normalmente, assim, entende-se que são pessoas que estão fora daquela faixa da normalidade é isso. Já eu, não sei se eu acredito na loucura, se ela existe de fato, sabe? Eu acho que eu desconstruí muito isso, o louco, eu não consigo vê mais ninguém louco, quando eu vou escutar a pessoa e to lá junto com ela, cuidando do problema dela, eu não consigo vê mais um louco, eu vejo uma pessoa, que tá passando por certos problemas e tá enfrentando isso de outras formas que não é a esperada pela sociedade. Mas sendo bem honesta, assim, aquele louco estereotipado assim, depois que você começa a vê a figura assim, isso se rompe, não tem como mais você vê.

E: E baseado em sua experiência de trabalho, existe relação de violências para com o doente mental? Cite exemplos de seu cotidiano

P1: Com certeza... O preconceito é o primeiro e a exclusão, o isolamento, às vezes a própria pessoa tem preconceito com ela mesma, de não aceitar que está passando por aquilo... e às vezes existe violência mesmo assim... às vezes existe violência doméstica, violência sexual... agressão verbal, todo tipo de violência acontece, principalmente porque às vezes é um pouco mais fragilizado, requer um cuidado com a família, às vezes a família perde a paciência, acaba descontando na pessoa. Já chegou pra mim, caso de uma menina com deficiência intelectual que tava sendo abusada pelo pai.

E: Mas você acha que pelo fato de ter deficiência mental que aconteceu o abuso, ou iria acontecer mesmo que não houvesse isso.

P1: Ah! Isso eu não sei ti dizer, não tem como saber se ela não tivesse deficiência ele também faria isso, mas com certeza ele se aproveitou dessa fragilidade dela.

E: E Embasado nos exemplos que você citou, o que você pensa dessas situações de violência?

P1: Eu acho que é uma condição mais ampla, a violência, eu... eu não consigo estabelecer um nexos causal assim, sabe? Eu acho que existe muitas níveis do problema, o machismo, porque muita dessa violência é causada por homens adultos. Assim... a fragilidade da condição da pessoa com saúde mental às vezes favorece também, não é um problema

fácil de lidar, às vezes a família fica com aquilo direto e acaba se estressando e desconta na pessoa, então, não tem como dizer assim... a violência, a agressão... eu... eu não sei estabelecer assim um porquê sabe?! Eu compreendo que até certos casos até dá pra compreender, quando a pessoa... uma criança de 6 anos que não grita, briga e bota de castigo porque a criança não para quieta e você vê o desespero da mãe de não saber lidar com aquilo e ela acaba sendo agressiva com a criança e certas condições foi vê um nível de elaboração maquiavélica maior, que você vê a pessoa se aproveitando dessa condição para um abuso sexual, então existem níveis de violência e assim... é difícil se estabelecer um porquê no caso, Até mesmo uma compreensão, porque existem níveis e tantas dimensões que a compreensão fica muito complicada, não sei se eu tenho elementos para pensar sabe?

E: Qual o papel da Atenção Primária em relação ao preconceito que recai sobre as pessoas que são atendidas nesse nível de atenção?

P1: Só um olhar já muda tudo. Então, se a gente conseguir, a gente que é atenção primária, e os demais profissionais olhar diferente para isso, uma compreensão diferente daquela pessoa, eu acho que... só esse olhar já vai desvencilhar outros processos. E a gente tentado fazer isso, com as educações permanentes, mas é muito difícil, às vezes a gente tem tipo isso muito enraizado sabe? E às vezes assim... você fala, tenta sensibilizar, as pessoas saem sensibilizadas, mas um tempo depois elas acabam esquecendo aí voltam a repetir certos comportamentos que a gente nota inclusive na equipe né?

E: Então não só as pessoas que fazem uso do serviço, mas a equipe também?

P1: A equipe o próprio usuário às vezes, eles também tem preconceito com eles, não quer aceitar a condição, às vezes não aderem o tratamento medicamentoso por exemplo porque não querem ter nenhum problema, nem quer ter aquela doença, às vezes chamam de doença né?! pensa que é uma doença, “eu não quero ser louco, eu não vou para o CAPS”, às vezes quando a gente encaminha. “CAPS é lugar pro louco, eu não vou pro CAPS, eu não sou louco”.

E: Como é essa temática é trabalhada nos projetos terapêuticos individualizados?

P1: Quer dizer assim... Quando chega um situação dessa como é que eu trabalho isso né?! Eu tento esclarecer a situação pra pessoa... se ela chega já com um diagnóstico, por exemplo, de certo transtorno, esclarecer o papel do CAPS, o papel do psicólogo, às vezes é questão de informação que a pessoa não tem, então eu tento informar e esclarecer a situação o máximo que eu puder, qual o problema que ela tá passando... que serviço ela pode utilizar pra ajudar ela, como aquele serviço pode ser utilizado... que profissionais vão está lá pra fazer isso por ela, e aí depois desse esclarecimento, conversa com a pessoa, com a família, com a equipe, tenta esclarecer o máximo possível e faz algumas orientações para a pessoa também. Se for um caso de violência, a gente precisa notificar, pro SINAN, Vigilância Sanitária e dependendo do caso, a gente aciona outros dispositivos da rede de assistência o CREAS, o CRAS, o Trevo, entendeu?!

E: E sobre os grupos, que demandas são trabalhadas nos grupos?

P1: Por exemplo, no grupo de saúde mental infantil, a gente trabalhou a questão do vínculo entre a família, Às vezes vai mãe, vai pai, irmão e a criança, a gente costuma realizar atividade que trabalha o vínculo porque às vezes fica muito fragilizado, tem mãe que apanha dos filhos, o filho tem um transtorno e ele bate na mãe, é uma criança, um menino, mas ele já tem muita força e a mãe não consegue impedir, então é ele o violento na história né? Então a gente trabalha o vínculo, pra mãe entender que ele passa por uma situação, um problema de saúde e aí a gente trabalha isso. Aí a gente trabalha a questão medicamentosa, faz orientações de como aquela medicação está sendo ingerida, como ela pode ser melhor trabalhada, articula avaliações com o médico pra saber de aquela medicação já pode ser diminuída. Aí a gente trabalha isso, às vezes faz atividade separada, a gente trabalha com as mães, grupos, rodas de conversa pra elas conversarem, a gente leva um tema ou então elas mesmos levam, das dificuldades que elas passam, assim... as vezes elas tem um certo luto por o filho que elas sonharam... e a gente trabalha com as mães e paralelo com os filhos a gente trabalha jogos, a questão da atenção, cognição, pra estimular essas coisas né?! Já com o grupo de saúde mental adulto, a gente trabalha mais lazer e ocupação e também faz todo cuidado com medicação do plano terapêutico, mas a gente trabalha mais lazer e educação. Faz passeios, faz atividade de ocupação... Escuta também... leva outros recursos.

E: E tem mais alguma coisa que você que falar da sua prática que tem haver com a desconstrução da loucura ou com preconceito que não tenha sido contemplado na entrevista?

P1: Eu acho assim... tem haver com o fazer do Psicólogo na atenção básica em relação a saúde mental... porque a gente.. Assim... Existem certos teóricos que baseiam o trabalho, mas é difícil, assim... a gente sai da academia com ideia de abordagem, de onde eu vou trabalhar, de onde eu vou me inserir e quando você chega na prática, você precisa voltar, pegar outros livros, estudar, aí você não sabe muito bem o que tá fazendo, não é um saber definido, é um saber que tá se consolidando agora, então as vezes essa ausência de... não vou dizer suporte teórico... que é teórico também né?!... Às vezes você tá num lugar que tá sendo inventado e às vezes assim é meio desafiador. Você ir construindo aquilo passo a passo, pode dar a sensação às vezes que a gente á meio perdido. Mas aí chega o caso e você pensa, nossa e aí como é que eu vou resolver?, aí você começa aos pouquinhos... vai compartilhando o caso com outros profissionais, aos poucos você vai dando encaminhamento aquilo, mas começo assim... dá um susto assim... Mas vai dando certo, por isso que é desafiador, não tem muita folga, a gente vai fazendo e vai descobrindo. O difícil é material pra trabalhar. Meu Deus... eu carregue meu material dentro da mochila, porque tem lugares que nem dispõe e a gente vai dando um jeito.

Nome: P2 **Duração da entrevista:** 36min e 03seg

Idade: 26

Ano de formação: 2014

Local de formação: UFC Sobral

Abordagem teórica: Análise do comportamento

E: Há quanto tempo você trabalha nesse serviço/trabalho?

P2: No serviço? Há um ano e seis meses

E: Como é trabalhar com Saúde Mental?

P2: É desafiador... a gente se depara todo dia com algo novo né! Então... me parece que a gente trabalha muito no sentido de desconstruir práticas, que são praticamente assim... instituídas, é realmente você tentar sensibilizar quanto a importância da temática... É a gente fazer a equipe, aqui no caso no CSF, fazer a equipe mínima entender, digamos assim, que as questões de saúde mental são questões inerentes, não são assim separadas, digamos assim... porque tem pessoa que toma de forma separada. Eu faço um trabalho X e faço em trabalho em saúde mental separado né! E não, são questões que são assim de todo dia, do dia a dia do posto, das demandas que chegam. A gente percebe muito que a equipe tem muita dificuldade de lidar com casos assim e muitas dessas dificuldades se devem a isso... ao fato de que eles não conseguem enxergar a saúde mental como uma coisa que tá presente no cotidiano, ali, parece que fica uma coisa muita reservada aos especialistas... só ao Psicólogo, só ao terapeuta ocupacional e por aí vai né! Então assim... se eu for classificar o trabalho em saúde mental, eu acho que a palavra é desafiador né! E a partir dela a gente vê outras coisas também. Não existe um modelo pronto, por mais que a gente aprenda teoricamente o que é que tem que ser feito né, geralmente pra demanda tal... para encaminhamento tal... pra sintoma tal... da mesma forma, a saúde mental nem sempre é assim, porque cada pessoa é única, então acaba que a gente tem que tá... eu diria literalmente inventando... no sentido assim... novas posturas... novas posturas inventivas, frente a situações de dificuldades que a gente tem, então é muito desafiador, a gente tem que desconstruir muitas coisas né! E em cima dessas nossas desconstruções a gente tem que construir novas coisas né! Novas ações que... possam assim digamos englobar né! O cotidiano, a integralidade do sujeito, então eu acho que é desafiador assim... pra mim.

E: E quais são essas desconstruções? que práticas são essas do seu cotidiano que você percebe que devem ser desconstruídas?

P2: Por exemplo... É... uma das grandes dificuldades que a gente tem aqui, aí eu vou falar mesmo do cotidiano do serviço, de forma bem interna, é... a gente tem bastante dificuldade de trabalhar o matriciamento de saúde mental, que é quando o pessoal do CASP vem, vem discutir os casos e muitas vezes ele não acontece, porque a equipe não se envolve, a gente percebe que não existe uma implicação. Em termos práticos, o matriciamento tá marcado pro dia tal... aí eu não sei se é por conta dos horários ou da burocracia mesmo como um todo, mas muitas vezes eles não separam a agenda, pra tá aqui presente, aí o CAPS vem, e aí acaba que fica só o CAPS e os residentes e nós enquanto residentes somos apoio né! Não somos uma equipe fixa do posto né. Então a gente tenta desconstruir, no sentido de que o matriciamento não é só... como eu falei agora pouco... Não é só pra quem é Psicólogo... Não é só pra quem é terapeuta, até porque a Política prega muito isso né? É... os usuários são de responsabilidade da equipe mínima, volto a dizer... a gente tá aqui como um apoio, a gente passa aqui só uns dois anos no serviço né. Então eles é que deveriam ser os atores principais desse negócio, digamos assim. E não a gente que tá como apoio, e a gente vem fazendo um trabalho diário, de tentar sensibilizar, de tentar realmente desconstruir essa noção de que é só os residentes que fazem... de que só o Psicólogo que sabe, e não... É muita coisa como um todo. E outra coisa que gente tenta desconstruir... É... muitas vezes na imagem né! Que... entre aspas... que o doente mental tem no território, muitas vezes... é... acontece de que... às vezes se acha que o doente mental, digamos assim, é uma pessoa que não tem capacidade, uma pessoa que não pode tá envolvida nos grupos da comunidade, uma pessoa que não pode fazer nada, então fica aquela... aquela coisa muito desmitificada né, ah! o paciente de doença mental, então fica como estranho da história... então a gente tenta desconstruir também em relação a isso, no sentido de fazer entender... não ele também é um cidadão como toda e qualquer pessoa, embora ele tenha essa... esse... assim... essa condição de doença que ele esteja vivenciando, mas isso não diferencia ele de qualquer outra pessoa. Aí a gente tenta inserir, esses usuários nos grupos, nos atendimentos, vamos dizer assim, particularmente, como eu faço, é algo que a gente não diferencia de ninguém, então assim... é a mesma abordagem, mesma forma de trabalhar os problemas da vida, mesmas dificuldades e tentar inserir cada vez mais junto da equipe, também. Então são muitas desconstruções, mas acho que essas são as principais né! De realmente no matriciamento tentar sensibilizar a equipe e na forma como o usuário é visto no território, não... não que exista, digamos assim, o preconceito, é... direto, mas acho que é até forte essa palavra preconceito né!, que a equipe sabe, que tem que ter responsabilidade por esse usuário, mas eu diria que não existe uma implicação, um envolvimento, com essas questões, com o usuário, com a saúde mental.

E: Você acabou entrando na próxima pergunta de certa forma, que sobre suas atividades. Conta-me que práticas e ações que você desenvolve no seu cotidiano de trabalho?

P2: Bom, a principal delas é atendimento individual... é a coisa que eu mais faço aqui, tanto aqui como no outro território. E... depois do atendimento individual, eu me insiro muito nos grupos que existe nos territórios, eu não sou

responsável por um grupo, mas eu procuro me inserir, que a gente faz uma escala, faz uma divisaozinha de profissionais, por semana... semanal tal vai o enfermeiro, depois vai o terapeuta e eu procuro me inserir nessas programações, e aí geralmente nessas programações eu levo, um tema afim da psicologia tá! Ou não... pode ser assim... digamos assim... transversal de uma categoria pra outra, as vezes a gente faz juntos assim, eu faço junto com o terapeuta ocupacional... a gente trabalha um tema semelhante, por exemplo, memória... Afetividade... e por aí vai. Como temas também de forma geral né, do cotidiano do posto, como diabetes, hipertensão, saúde do homem. E além dos grupos também... É... eu faço essa atividade do matriciamento, que é uma vez por mês e a gente faz essas discussões com o pessoal do CAPS e a gente procura sempre que dentro do possível, tá fazendo algumas ações, junto com a equipe ou para a equipe do posto, chamada saúde do trabalhador né! E as vezes a gente identifica algumas demandas. De cada equipe. Por exemplo, relacionamento, dificuldades no trabalho, processos grupais né! E a gente faz algumas intervenções... muitas vezes nas rodas de quinta-feira, a gente faz uma oficina, a gente faz alguma sensibilização... eu mesmo... já... pude acompanhar algumas pessoas aqui do serviço, que muitas vezes, acaba que é inevitável né. Sabe que tem o profissional psicólogo ali então... acabam trazendo um pouco de si, das dificuldades, tanto do trabalho, quanto de casa, uma questão de estresse, questões emocionais, então acaba que vez por outra a gente auxilia né, tem essas ações também. E creio que só... acho que essas são as principais que a gente desenvolve aqui.

E: O que você entende por loucura?

P2: Loucura?! A palavra que me vem na cabeça é expressão do ser... é uma expressão da pessoa, é um modo de ser, digamos assim, acho que essa é a palavra mais direta né! Um modo de ser... eu entendo a loucura dessa forma, é... eu explicaria isso assim... eu não... eu procuro sempre é... nas minhas ações, nas minhas abordagens... desconstruir essa noção de que a loucura é... como é que eu posso dizer, algo que ti impede ou ti diferencia de outras pessoas, mas eu procuro vê a loucura como uma forma própria de ser de cada pessoa. É claro que a gente sabe, que a gente acompanha alguns casos clínicos né, que necessitam de medicação, de pessoas de sintomas clínicos... mesmos... como por exemplo, tão em surto, ou tão com algum tipo de psicose... sintomas clínicos digamos assim, e que a gente precisa manejar clinicamente, fazer encaminhamento pro CAPS, acompanhar a questão medicamentosa, isso obviamente a gente faz né! Mas eu vejo a loucura de forma mais ampla, ela não é só aquela... entre aspas... aquela doença daquela pessoa, que faz com que ela seja... a louca da história né! Mas eu procuro vê como um modo de ser, um modo que aquela pessoa tem de ser... especificamente ela né! É uma coisa muito própria. Assim como todos nós temos nossa forma de ser, digamos assim né... eu vejo muito como um modo realmente... dá pessoa se expressar, da pessoa está no mundo né, me vem muito essa expressão quando eu penso em loucura.

E: Baseado em sua experiência de trabalho, você acha que existe violência em relação ao que é caracterizado como doente mental? Cite exemplos de seu cotidiano

P2: Eu creio que sim! hoje a gente já percebe muitos avanços, a gente tem, entre aspas, buscado acabar com essa lógica manicomial né, então... eu digo que antigamente a gente via... via uma violência mais explícita né!, era literalmente física a violência, hoje, pode sim acontecer, e a gente... eu ainda não presenciei, nesses quases dois anos de território, mas a gente sabe que tem, até mesmo no meu trabalho antigo... eu trabalhei no CREAS, a gente acompanhava situações de violência doméstica né, e muito desses casos, era violência contra doentes mentais. Então, por a pessoa ter aquela condição, digamos assim, clínica né, muitas vezes era violentada, em todos os sentidos. Existe sim esse tipo de violência física, eu imagino, a gente sabe que... sempre existe essas situações infelizmente. Mas o que mais existe é a violência que é velada né, digamos assim, uma violência que... eu diria, por conta desses preconceitos disfarçados, primeiro no sentido de que... a pessoa que tem...ou que vive essa situação de doença mental, digamos assim, ela precisa ser reconhecido como pessoa, e muitas vezes isso é... digamos assim, negado... a ela. Ela não é reconhecida como pessoa, como qualquer outra cidadã. Isso abre um leque de possibilidades... são direitos que são negados, é uma tratamento diferenciado nos lugares né! “Ah! Lá vai o doido passando no meio da rua”, digamos assim, isso já é uma forma de dizer que aquela pessoa é diferente, que por isso mesmo é segregada, como se ela não fizesse parte da comunidade, do território, mas é mais um diferente, digamos assim, que eu não tenho que me aproxima. Eu entendo isso como uma violência, também né! Quando ele não tem acesso a informação, que muitas vezes tem pessoas que... por não saberem lidar com esse tipo de caso, tem medo de se aproximar e não sabe como orientar... não sabem como fazer uma escuta... não sabem com o acolher, simplesmente, isso também é uma forma de violência, porque você acaba... não fazendo com que a pessoa tenha um acesso a informação de qualidade, a uma escuta, a um atendimento, algumas pessoas preferem se reservar: não... não vou atender porque não é da minha praia. E não... são pessoas comuns, como todos nós, digamos assim né! Então... eu entendo também como violência né, pra mim a principal forma de violência é essa né. É você realmente não vê-los como cidadãos e muitas vezes negar, muitas situações... muitos direitos... muitos acessos e informações. Os casos que eu mais consigo lembrar de violência que eu já atendi, são pessoas que, por exemplo, receberam diagnóstico de doença mental, deram entrada na aposentadoria junto ao INSS e mensalmente recebe aquele valor, só que... pelo fato deles terem essa condição, digamos assim, aí consequentemente existe um responsável por eles, que.. digamos assim, é o curador né! Então é essa pessoa que tira o dinheiro mensalmente... só que a gente sabe que... o dinheiro é da pessoa que tá aposentada, só que muitas vezes, ocorre violência patrimonial, é o que a gente mais presencia. A pessoa retira o dinheiro no papel de curador, só que não repassa, usufruir de todo e qualquer dinheiro, então isso é um roubo, também né! Então penalmente falando isso é um crime. A gente acompanha mais esse tipo de violência aqui no território.

E: E o que você pensa dessas situações de violência?

P2: Eu vejo muito no sentido de que... é... são situações que nós enquanto equipe... são situações em que a gente precisa tá atento porque realmente elas acontecem, e, são situações que nos convidam mais ainda, digamos assim, pensar formas de como lidar com essas situações, de como acolher esses usuários, que muitas vezes eles não chegam até a gente, é a gente que tem que ir até eles, e muitas vezes nos chegam situações como essas ou semelhantes e a gente acaba que não sabe como agir, porque são questões muito novas. Tem problemas que muitas vezes aparece pra gente aqui, que demanda intervenções que a gente nunca fez. Então que a gente se depara com desafio e aí, o quê que a gente vai fazer com essa situação? Aí senta toda a equipe junto e tenta pensar novas formas né! Então eu vejo muito isso nesse sentido... nesses dois sentidos... o primeiro é que são situações que a gente tem que tá atento, eu não posso me dá ao luxo, digamos assim, se eu não tenho uma formação voltada pra saúde mental, eu não posso me esconder disso, e achar que eu não vou intervir em questões de saúde mental, porque a gente corre muito esse risco, principalmente quem não é da área da psicologia. Os profissionais de outras áreas, correm muito... entre aspas... esse risco né! Bom, eu não tive uma formação em saúde mental então... eu vou deixar esses casos só pra Psicologia, só pra terapia ocupacional, e por aí vai né! E aqui não... a gente não pode se da esse luxo, claro que tem pessoas mais envolvidas outras menos, ninguém vai forçar, obviamente, a pessoa se envolver com algo que a pessoa não é tão implicado, mas é claro que a gente tem que se envolver... a gente não pode fechar os olhos pra essas situações... tentar buscar resolver. E o segundo sentido é muito esse também assim... são situações que nos pedem novas formas de intervir. A gente não pode... é... se escorar, vou usar essa expressão, rrsrrs ou relaxar num nível único de intervenção. A gente não tem como fazer isso, porque, como eu falei, cada problema é único, cada família é única. Então eu acho que essas situações assim... elas servem muito pra nos alertar nesse sentido, que a gente não pode muito se basear apenas somente em um tipo de ação, tem que pensar em outros tipos de ações.

E: Aí você acabou entrando em na próxima questão, sobre qual o papel da Atenção Primária em relação ao preconceito que recai sobre as pessoas que são atendidas nesse nível de atenção?

P2: É um dos papéis mais básicos né! Porque como a gente lida, mais especificamente a equipe mínima, eles lidam diariamente com as questões de saúde do território né! Todo dia tem muitas pessoas aqui, com “n” tipo de problemas, não só de saúde mental... mas muitos problemas de saúde, aí eu vo citar as ACS também, as agentes comunitárias que estão diariamente nas casas... então a equipe mínima da atenção primária, tem um papel muito próximo da comunidade né! E eu considero por eles terem... por a gente ter... esse papel próximo da comunidade, a gente tem, digamos assim, uma função muito própria né, que é poder introduzir essas questões de saúde mental no dia-a-dia dos usuários. Por aquilo que eu falava né! Não é porque você me trás um problema de diabetes, que aquilo não tenha relação com saúde mental do usuário né! Que às vezes as pessoas olham só a diabetes. Passam medicação pra diabetes, ponto final e vão embora. E não... geralmente nesses casos tem sempre uma demanda ali, muito específica de cada pessoa. É um problema na família... uma questão de sofrimento... psicológico... mental... que reflete muitas vezes na saúde e aí que aparece a questão da diabetes, então é toda uma gama de coisas. Então o papel da atenção primária é muito no sentido de... como eu dizia, a palavra, acolher primeiramente esses usuários né, é... um papel muito básico nosso, e segundo... eu não gosto de usar a palavra conscientizar... mas é uma palavra nesse sentido né! De tá realmente, fazendo a comunidade perceber que esses usuários não podem ser vistos como vítimas do preconceito... são usuários como qualquer outro usuário, fazem parte da comunidade e uma das funções mais básicas, que eu vejo que é papel da atenção primária é fazer a comunidade reconhecer que grande parte do tratamento quem faz é a própria comunidade, no sentido de inseri-los, nas atividades da comunidade, porque os usuários de saúde mental muitas vezes a comunidade vê que o tratamento é só no CAPS, é só no hospital, longe do território... vai pro CAPS, vai pro hospital... e o nosso desafio é fazer eles entenderem de que esses usuários precisam tá inseridos nas atividades da comunidade, isso é uma parte do tratamento, muito potente né! Que é os usuários participarem do grupo de práticas corporais, é... participarem da sala de espera, que todo dia a gente faz aqui no posto também... dos vários grupos que a gente tem, não só ligados ao posto, mas da própria comunidade mesmo. Então é um dos grandes desafios. Fazer eles entenderem que ... bom eles são usuários da comunidade e por isso mesmo que devem ser tratados na comunidade. Então a gente tentar sensibilizar sempre nesse sentido.

E: Então essa temática faz parte de projetos terapêuticos individualizados?

P2: Sim ela faz... de certa forma, digamos assim, a gente procura muito... a cada projeto que a gente faz individualizado né, a gente procura visualizar estes aspectos, de que forma a gente pode tá inseridos eles? Nas ações da comunidade, às vezes eles participam e às vezes não... é claro, tem usuários e usuários, tem usuários que são de fato mais envolvidos com a comunidade, realmente vão pros grupos são muito inseridos, são muito dados, digamos assim, com a comunidade toda. Tem que não são tão envolvidos, vão uma vez aqui e acolá, vão uma vez perdida, depois não vão mais e tem os que realmente não... não... não vão de jeito nenhum. Pelo seguinte fato, tem muitos usuários que se resguardo muito por essa questão medicamentosa, por exemplo, eu faço uso da medicação... sei lá, há 5 anos, então o tratamento gira em torno da medicação. As vezes a gente sensibiliza... olha vamo participar de um grupo, de alguma atividade da comunidade, mas a gente percebe uma certa resistência, porque o quê importa pra eles é a medicação. E a gente tem esse trabalho cotidiano... de que o tratamento não é só medicamentoso e tem aqueles que se apegam muito ao CAPS, por exemplo, chega com uma demanda não tão grave, é uma demanda corriqueira de saúde mental, como um

choro, uma angústia, uma preocupação, mas eles já tem na cabeça que querem ser mandados para o CAPS e isso também... é até engraçado... a gente tenta desmitificar deles mesmo... olha vamos tentar refletir sobre outros aspectos da sua vida? O que tá acontecendo na família, no trabalho, na escola... será que isso é realmente demanda de CAPS?... a gente vai tentando sensibilizar eles também, então... tem muito isso nos projetos individuais. A gente procura inseri-los.

E: Sobre os grupos terapêuticos que demandas são trabalhadas?

P2: aqui no território, a gente costuma falar grupo terapêutico, mas ele não tem uma roupagem específica, da psicologia né! Ou um grupo de saúde mental... não... só são grupos gerais. A gente tem aqui grupo de idosos, o outro grupo existente aqui é um grupo de prática corporal, que são os que mais tem aqui no CSF, tem um grupo de postura que é cuidado pela fisioterapia, e a gente tem algumas práticas de yoga e de auriculoterapia, que é uma prática integrativa complementar, que nosso educador físico fez uma formação e trouxe pra cá. Então não deixa de ser terapêutico. Mas enfim, o que a gente percebe que são as maiores demandas né, quais são as demandas que são mais trabalhadas... olha são demandas mais gerais... no sentido, das demandas do CSF mesmo né, isso é bom, mas ao mesmo tempo não. Eu tenho uma certa crítica quando a isso... é bom porque a gente trabalha muitos temas de saúde, que são os mais comuns né... diabetes, hipertensão, a saúde do homem, a saúde do idoso e tem os meses temático né. Maio por exemplo, a gente tem a semana do aleitamento, a gente trabalha aleitamento materno. Novembro azul, outubro rosa... câncer de mama, câncer de próstata. Enfim são temas bem gerais... vez ou outra é que a gente introduz um tema de saúde mental, por exemplo, setembro amarelo, mês de prevenção ao suicídio... a gente trabalhou muito nos grupos né! Isso é bom, porque a gente passa por muitos temas. E eu tenho uma certa crítica quanto a isso, porque muitas vezes, entre aspas, temas que já são batidos, que todo ano parece que tem o mesmo ciclo e os usuários já sabem mais ou menos o que vai ser trabalhado nesses ciclos de temas, já virão, o desafio é só a forma como a gente leva, que a gente tenta diferenciar, mas não existe um tema específico de saúde mental, é muito como eu falei pra você... vai muito do dia que o psicólogo vai... ou do dia que o terapeuta vai. Como a gente não é responsável pela semana que a gente vai, e vez por outra vai com outros profissionais, a gente tenta fazer nas mínimas ações um escuta... é... alguma pergunta mais sensibilizadora pra algumas questões, a gente começa muito com dinâmicas de acolhimento, e nessas a gente introduz ali... como é que eles tão naquele dia... algo acontecimento X da comunidade que trouxesse algum tipo de emoções pra eles... e eles vez por outra trazem um tema. Então os recursos terapêuticos que a gente utiliza é em cada ação dessa, mesmo de forma pontual, mesmo não sendo uma ação sistemática. A gente não tem um grupo de saúde mental, a gente tem um grupo, mas é de criança que é desenvolvido pela psicóloga do NASF, que um grupo de crianças, pra crianças que tem dificuldade de habilidade social. Mas fora isso a gente não tem outro grupo específico.

E: Tem mais alguma coisa que você queira colocar da sua prática, de ações que envolve preconceito e loucura, ou você acha que tá suficiente?

P2: Eu acho que eu já me senti contemplado com as coisas que foram colocadas né! Mas é realmente reforçar... que nosso cotidiano é muito desafiador, a gente tem que mudar muito as formas de intervenção... muito do que a gente aprende na universidade a gente vai vê na prática, a gente vai vê... ou não consegue aplicar tal e qual... a gente acaba tendo que adaptar... que pensar de outras formas também, porque todo dia é algo muito novo... a gente vem para o território mais... rrsrrs, literalmente a gente não sabe o que nos espera. Mas isso é bom né! Porque nos faz pensar outros jeitos, outras formas de atuar também. Que é um desafio sim, mas a gente não para nele. A gente tenta recriar prática, formas de agir... formas vê os usuários... forma de vê da... de como é que a gente compreende a doença... essa questão toda... saindo um pouco daquela questão biomédica... é doença, remédio... doença, remédio... não... a gente tenta ampliar as possibilidades de entendimento também da equipe, dos usuários. É um trabalho muito de sensibilização que a gente faz aqui, de convidar a reflexão sobre isso.

Nome: P3 **Duração da entrevista:** 23min e 08seg

Idade: 27

Ano de formação: 2013

Local de formação: UFPI (Universidade Federal do Piauí)

Abordagem teórica: Eu não tenho uma abordagem definida, eu me espelho bastante na terapia sistêmica, familiar... mas não é, definida, não diria que sou terapeuta familiar, então minha abordagem não é sistêmica em si... é uma leitura. Acredito que eu tenho uma ênfase, minha ênfase do curso é saúde coletiva, na saúde coletiva, sem querer eu acho que é um processo natural, eu acho que a gente não consegue identificar apenas uma abordagem clínica né, e não ser caracterizado por isso. Então a gente passa por algumas leituras, de algumas abordagens, e... acho que depende de cada um, cada profissional. A gente consegue muitas vezes, extrair o sumo de abordagem A, abordagem B né, e... eu acho que isso complementa. Não desconsidera nenhuma, assim como a gente não se limita a nenhuma abordagem.

E: Há quanto tempo você trabalha nesse serviço/trabalho?

P3: Na atenção primária desde a minha formação, faz três anos, eu trabalho desde de junho de 2013. Trabalhei em NASF e depois na Residência.

E: E como é pra você trabalhar com saúde mental?

P3: Trabalhar como profissional de referência em saúde mental não é algo muito fácil né, principalmente na atenção primária, em que o psicólogo ele é tido como o único profissional de referência em saúde mental. Então é uma responsabilidade muito grande né, e por mais que a gente tente desconstruir isso né, inserir outras categorias que existem na atenção primária, é... na área da saúde mental não é fácil. É algo bem complexo e a gente consegue evoluir muito pouco, nesse sentido... Fazer os outros profissionais entenderem que eles também são referência em saúde mental. É uma dificuldade que a gente tem.

E: Quais são... me conte as atividades e ações que você executa no seu cotidiano de trabalho?

P3: É... Isso é muito relativo né... faço desde os atendimentos individuais né! consultas compartilhadas, discussão de caso, projeto terapêutico singular, visita domiciliar, que a gente faz às vezes individual, ou compartilhada com outro profissional de outra categoria. É... a gente trabalha com educação permanente em saúde que a gente oferece esse apoio mais pedagógico as equipes né, da atenção primária. A gente trabalha com atividades educativas também, com grupos no território. Então a gente tem um grupo de mulheres, um grupo de práticas corporais, que eu enquanto psicólogo presto um apoio. Uma boa parte das mulheres que passam pelo grupo, eu tenho um conhecimento né, que, previamente já foram encaminhadas pra mim... Eu já fiz alguma escuta, um acolhimento, um atendimento mesmo. A gente tem sido muito bom com os grupos de práticas corporais que existem nos territórios. É... e, apoio né, aos grupos de pré-natais, grupo do hiperdia, puericultura, sempre que possível. Além desses, a gente tem também tem um diálogo muito bom, com as escolas que existem no bairro e particularmente nós da residência, a gente consegue desenvolver algumas ações em parceria com as escolas. A dificuldade que a gente tem nesse processo... de incluir as equipes de referência nisso, então é um trabalho mais da residência. A gente tem dificuldade de está inserindo as equipes... a gente tá mobilizando, inserindo elas, tanto no planejamento quanto na execução das intervenções, e com isso né... o que inviabiliza a questão da avaliação, o que não existe. A gente termina, executando, intervindo e avaliando sozinho... Enquanto equipe multiprofissional.

E: já que você fala dessa intervenção na escola, o que vocês trabalham nesse espaço?

P3: Hurrum... a gente tem uma dificuldade ainda de se implementar a questão do PSE, programa saúde na escola né, por que... porque é um programa que ele é... ele funciona a nível interministerial, que tanto do Ministério da Saúde quanto da Educação, e quando vem pra cá né, é de responsabilidade tanto dos profissionais da saúde, quanto da educação. E ainda fica aquele olhar que ainda é muito utilitarista, de que tem, por exemplo, agora o componente dois, que são componentes das ações educativas que a gente tá desenvolvendo... ele vem, para a gente executar e a escola manda a relação das atividades e dos profissionais que eles querem para desenvolver aquelas atividades, na escola, né. E aí, algo que a gente fez, a quem foi delegado essa função, revendo essas atividades né! aí a gente disse que não ia fazer dessa forma. A gente não ia fazer palestra, a gente não ia apenas executar as atividades. A gente queria uma parceria. Com isso a gente tentou mobilizar as equipes de saúde, as enfermeiras, agentes de saúde e alguns professores, que são os articuladores né, do PSE nas escolas, pra poder a gente conseguir fazer essa atividade. A gente sentou com eles né, no caso os enfermeiros não participaram, os agentes de saúde também não tiveram no momento... A gente sentou com alguns professores e agente pactuou como seria realizada essas atividades né, a escola também dando a contrapartida, com relação ao apoio que elas ia dá, nós planejamos algumas atividades e estamos executando, por meio de oficinas. Os temas que foram elencados, como a gente não tinha como desenvolver todas as áreas temáticas, a gente pego temas gerais, que pudesse, de certa forma, é responder as necessidades deles lá do que eles visualizavam né. Nós escolhemos a questão da saúde mental, especificamente voltada pra questão da prevenção do uso de álcool e outras drogas, a sexualidade e alimentação saudável. Foi os temas que a gente fez essa escuta aos professores e que eles elencaram como prioridade para o momento, pra gente tá trabalhando.

E: E falando de saúde mental né, o que você entende por loucura?

P3: É assim, se me perguntasse isso quando eu estava na faculdade antes eu tinha um conceito de loucura, hoje em dia eu não tenho. A loucura, é algo tão relativo... né! acho que do meu entendimento é, é uma coisa que eu desconstruí assim, eu não sei dizer em palavras o que é loucura pra você. Entendeu? Porque antes tinha, tinha assim muita à visão do louco, loucura era aquilo que assustava né, algo de certa forma até perverso, mas hoje não, hoje é algo... algo... natural, algo comum. Eu não consigo especificar, dizer um conceito de loucura.

E: Baseado em sua experiência de trabalho, existe relação de violência para com aqueles chamados de louco, doente mental? Cite exemplo do seu cotidiano.

P3: É... sim, na realidade ainda observamos muito isso. Violência com relação a segregação, ao medo né, a questão do preconceito, do estereótipo, por exemplo, ainda existe muito isso e eu questiono muito com os profissionais que trabalham comigo né, porque quando dizem, “ah! Vou encaminhar pro psicólogo”, primeira que o usuário diz é, “ah! Mais eu não sou louco”né! Então, essa fala dele dizer que ah! não sou louco, ainda respalda, ainda é respingada de muito preconceito, um estigma muito grande a cerca do louco e também do trabalho do psicólogo. Tem exemplos assim, inclusive de profissionais... de agentes de saúde que trabalham comigo, de enfermeiros, por exemplo, outro dia, uma agente de saúde me procurou, me pediu pra fazer uma visita, aí eu fui com ela essa visita, porque era um adolescente que estava sendo acompanhado, tinha sido encaminhado e estava em acompanhamento no CAPS, e ela queria que eu fosse lá, dizer pra família que não era pra levar mais o adolescente pro CAPS porque lá era lugar de doído né. E que ia piorar a situação dele. Aí eu vou problematizar com essa agente de saúde o que ela entendia por doído, por loucura, o que é... e

como ela via... ela... qual era o conhecimento que ela tinha a cerca do CAPS em si e da saúde mental. E ela tinha uma imagem muito estereotipada ainda... do CAPS, achando que o CAPS era um serviço... digamos manicomial, pelo que ela dizia, pela descrição dela. E aí, eu convidei ela pra ir conhecer o CAPS. Pra fazer uma vivência e pra desconstruir aquilo. Que eu acho que é preocupante, um profissional da saúde né! que tem esse envolvimento, de certa forma, com a saúde mental e não entender. Não conhecer a rede e não saber qual o papel do CAPS, que o CAPS assume hoje né. Tem... é costume... é algo de forma bem frequente que existe, elas... elas... chega alguém, alguma demanda, só de fala mesmo, precisa só de uma escuta, que quando a gente faz uma escuta, eu acredito que todo profissional, ele pode sim, parar um pouco e escutar, a gente trabalha é... cotidianamente isso com eles, na minha função de apoiador matricial, de dizer que cada um pode escutar o outro quando chegar... seja numa visita domiciliar para o cadastro do ESUS, seja numa consulta, num acolhimento né... de escutar o outro. Pra escutar ela num precisa emitir nenhum juízo de valor né, só escutar. E muitas vezes, quando chega alguém assim, querendo chorar ou triste por algum motivo, os profissionais não escutam. Eles encaminham, porque tem um psicólogo na comunidade, depois eles querem saber... “o quê que ela tem?, ela tá ficando é doida é?”. Então assim, é uma fala muito preconceituosa e que se o profissional fala isso pra mim, que sou profissional, isso transparece em mim pro usuário, de certa forma está exposto a uma situação de violência.

E: E que você pensa dessa situação de violência?

P3: Eu acho isso... assim, de uma forma geral, triste e preocupante viu, e acredito que por isso... a gente... ainda não tem conseguido despertar os outros profissionais pra está ofertando né, esse cuidado integral aos usuários né, os pacientes de saúde mental no território, ainda é muito fragilizado que, esbarra nisso, essa questão de violência, de preconceito, negligência dá nisso. Pra tu ter ideia no nosso território a gente tem casos que citam, configuram, ainda hoje como cárcere privado. Acho que esse é o exemplo máximo! De violência, é a questão de cárcere privado.

E: E na sua visão, qual é o papel da atenção primária em relação ao preconceito, que recai sobre essas por você e nesse nível de atenção.

P3: EU acho que a atenção primária ela exerce, é pra exercer um papel fundamental nesse processo né, porque... atenção primária é a referência pra tudo mundo, é a porta de entrada, são os serviços da atenção primária, são os serviços que tão inseridos no contexto do dia das pessoas. Entende? Que é fácil, que eu chego até lá, então... desconstruir é... essa questão da loucura, era algo que era pra ser intrínseco ao papel de qualquer profissional da atenção primária. Mas acredito que pra isso, esses profissionais tem que conhecer, melhor. Mas muitas vezes, antes de entra tem que conhecer, mas muitos conhecem e aí? Que que a gente faz? A gente fala muito de sensibilizar... temos que sensibiliza-los para isso né?! sensibiliza tanto os profissionais quanto os usuários, mas são coisas que não é... tão simples, sensibilizar o outro. Muitas vezes eles entendem. Mas não querem. Compreender. Aquilo né. E é algo que, incisivamente a gente vem tentando construir, e uma coisa que eu sempre coloco né, a gente tá em roda né, porque... e nos momentos de matriciamento de saúde mental né... vocês tem alguma dificuldade hoje pra acompanhar os usuários com hipertensão e diabetes? Não. Vocês tem dificuldade de acompanhar... os, isso, de ficar preocupado com a organização né, e seguimento, as consultas agendadas e essas coisas né, desse cuidado contínuo. Tem dificuldade de acompanhar gestantes? Não. Puericultura? Não. Então é um processo que intrínseco ao fazer deles. E a saúde mental? A gente não consegue, paciente de saúde mental não vem. Que estratégia a gente tá adotando pra ir atrás desse paciente? Pra está mobilizando eles pra vir? Pra está cuidando deles? Né! aí fica várias interrogações e as respostas não tem né! Uma dificuldade muito grande que tem também, é... do território, dos profissionais da atenção primária, acolher, novamente os usuários, que tem alta, digamos do CAPS. Dá esse acompanhamento dele na atenção primária. Porque? porque a gente não tem serviços, que sejam efetivos, para dá continuidade, acompanhamento parecido com que eles tem lá, que são grupos... a gente não tem isso na atenção primária. Os grupos que tem são os grupos de mulheres, os grupos de práticas corporais, que são grupos, muitas vezes, desenvolvidos por profissionais da equipe multiprofissional, mas que não existe uma colaboração dos profissionais da equipe referência que tem maior vínculo com esses usuários. Então isso dificulta muito né, reconhecer esses grupos como espaços terapêuticos né, que alguns reconhecem, mas são muito poucos, é algo muito difícil. E eu acho que... através desses grupos mesmos, de atividade e educação em saúde e que pode está contribuindo mais ainda pra o acompanhamento desses usuários na atenção primária. Pra isso a gente tem que sensibilizar os profissionais e sensibilizar não é fácil.

E: E essa temática, do preconceito, faz parte dos projetos terapêuticos individuais?

P3: Faz... mas acredito que a gente poderia explorar mais isso. A gente poderia está... Discutindo mais isso. Até esses projetos tera... quando a gente faz o matriciamento, em saúde mental, que é uma consulta compartilhada, uma discussão de caso, muitas vezes a gente tem a... vai profissionais da RAISM lá, até pra gente conseguir organizar essa questão do matriciamento, foi algo... que... bem difícil, está sendo, é um processo, então ele é um processo. E que a gente vem construindo isso aos pouquinhos. Ainda existe uma cisão, um fosso que separa esses serviços (atenção primária e CAPS), acho que, muitas vezes, dependendo do tamanho da equipe, de relutar em receber esse paciente, que é tido como difícil de ser... acompanhado, de certa forma, oferece um risco a si mesmo e é um risco que muitas vezes, as equipes não sabem como cuidar né, e... de querer aceitar mesmo, convidar os usuários do território.

E: E sobre os grupos... já que você falou que uma das saídas que você considera seria os grupos. Que temáticas são trabalhadas?

P3: O grupo de práticas corporais, o que é desenvolvido a priori são práticas corporais, como por exemplo, a ginástica, dança. Mas aos poucos, a gente consegue inserir, algumas temáticas e a gente prioriza desenvolver temáticas pra ser trabalhadas durante aquele mês... outubro rosa, novembro azul, setembro amarelo. A gente tem disparar isso minimamente nos grupos, porque... como o grupo é bem variado, e existe um público que frequenta o grupo, que é basicamente devido as práticas corporais, a ginástica em si, né! muitas vezes é difícil inserir outras temáticas. Porque quando a gente começa a inserir algo diferente, há um esvaziamento no grupo. Pelo desinteresse em discutir outros processo. Mas a gente consegue minimamente, muitas vezes a gente programa levar algo diferente, por exemplo, foi solicitado por eles, algo de trabalhar a memória, mas pra isso a gente tem que associar as práticas corporais. Então a gente faz tipo um circuito! né, em que elas possam se movimentar e ao mesmo tempo a gente vai abordando minimamente. Com todo cuidado de zelo. De forma que seja produtivo também pra elas. O grupo de mulheres é formado por mulheres que... tinham, que referiam alguma queixa de ansiedade ou depressão, foi identificado pelas equipes né, ou que viviam sob algum conflito familiar, e a gente notava que essas mulheres estavam cotidianamente nas unidades né, a gente começou a convidar, chamar elas pra participar de um grupo, e elas aceitaram. Hoje o grupo é... ele não tem um... eles... geralmente são 5, 6 mulheres que participam do grupo de mulheres, mas é um grupo que ficou bastante coeso e que a preocupação delas é que a gente vai sair agora no início do próximo ano e elas já disseram, que vão se organizar pro grupo não se acabar. Esperar novos profissionais pra dá continuidade. Então assim... são temáticas elencadas por elas, a gente nunca leva nada imposto, “ah! hoje a gente vi trabalhar isso”. Parte delas. As participantes, como eu falei, inicialmente foi elencadas esses critérios né, as mulheres que estavam sempre nos postos, que vinham essas... dificuldades. E aí a gente deixou... teve um momento com as equipes, pra tá identificando essas mulheres e convidando para o grupo. Foi por interesse mesmo. As que estão foi por interesse. É um grupo da comunidade.

E: Há mais algo que queira colocar sobre seu cotidiano de trabalho, ações que executam que não foi contemplado nas perguntas?

P3: Eu acho que o principal problema também do trabalho do Psicólogo na atenção primária é que nem espaço a gente tem para trabalhar, quando você vai fazer um atendimento e médico chega você tem que sair da sala, porque o local é dele, ele tem prioridade. Essa semana mesmo eu ia atender numa sala, a enfermeira mandou eu sair, aí que questionei que o mesmo direito que o médico e ela tinham, eu também tenho, mas não teve jeito eu tive que parar o atendimento do dia. E esse é só um dos problemas, material de trabalho, brinquedos a gente não tem A gente não é valorizado, nos cobram um desempenho profissional excelente, mas não nos dão condições de possibilidades para trabalhar.

Nome: P4 **Duração da entrevista:** 28min e 07seg **Idade:** 25

Idade: 25

Ano de formação: 2016.1

Local de formação: Faculdade Nordeste FANOR

Abordagem teórica: eu sigo a linha Humanista

E: Há quanto tempo você trabalha nesse serviço/trabalho?

P4: Vai fazer 9 meses de residência. E no campo da saúde mental, assim... no meu estagio curricular né, foi no CAPS AD, porque a gente tinha... A nossa formação lá a grade ela é dividida em duas ênfases, uma instituições e culturas, que é o pessoal que trabalha na clinica, e outro de direitos humanos, que é o pessoal que trabalha em equipamentos públicos. Ai eu optei por trabalhar em direitos humanos, e ai, justamente, pelo meu interesse na saúde mental. Ai meu estagio foi durante um ano em CAPS AD em Fortaleza... Na regional e na regional 2. Mas não era trabalho né, era uma espécie de estagiário, e... dai me formei e direto para residência. E aí a experiência que tenho são esses meses enquanto residente e o do estágio.

E: Como é trabalhar com Saúde Mental?

P4: É... não sei... Eu sempre. Assim, me interessei pela área sabe? na graduação o que mais me chamava atenção era o campo da saúde mental. Tanto que eu participava das reuniões do fórum da luta antimanicomial... das discussões da redução de danos, da área de saúde mental em geral, tanto... da parte mais de transtornos mentais e tal, como do uso de drogas.

E: Quais são as atividades e ações que você executa no seu cotidiano de trabalho?

P4: As ações em geral a gente faz atendimento individual, é... tem visita, faz abordagem familiar, interconsulta, intervisita... Tem também, num dos territórios, um momento que a gente chama de acolhimento de saúde mental, que é um acolhimento multi né, só das demandas de saúde mental, e também o momento do matriciamento, e... educação permanente. Fora as ações comunitárias né, que é fora do posto, voltadas pras demandas que a gente encontra no território. Também assim, geralmente a gente identifica alguma demanda né, que pode ser trabalhada, a gente... pensa, avalia e planeja alguma ação, por exemplo, no mês passado, a gente notou que a gente tava muito distantes de um dos equipamentos de um dos territórios né, que era a estação da juventude. E, é um equipamento que ele sempre, acabava, encaminhando jovens de lá né, pro posto, por questão de violência, de... de violação de direitos e tal, e a gente começou

a se aproximar mais deste equipamento. Durante uma das visitas a coordenadora de lá, falou que uma das demandas dos jovens é que eles tão terminado o ensino médio e muitos não sabem o que fazer. E aí a gente pensou num momento lá de... tipo uma mini feira das profissões. Que cada um da equipe da residência, iria falar um pouco sobre o núcleo de atuação, onde podia trabalhar, falar um pouco sobre mitos e verdades né, por exemplo, a menina do serviço social falou que não é necessariamente caridade, eu falei, por exemplo, ah! a gente não ler mentes... são essas coisas que, no geral o pessoal tem, sei lá, uma construção social a cerca da profissão, então a gente foi lá, desmistificar assim.

E: E o acolhimento na saúde mental, existe uma demanda pra chegar lá? Ou é quem chegar é atendido?

P4: o acolhimento assim, ele funciona com dois objetivos. Tanto no objetivo da resolubilidade, quanto na organização do fluxo né. Porque por exemplo, a gente percebe que muitos casos que são encaminhados para o atendimento individual, não é caso de, sei lá, psicoterapia ou algo do tipo. Pode ser facilmente revolido com outras ações, às vezes com um grupo de praticas corporais. Às vezes, é uma questão mais de assistência social que da psicologia em si. E aí assim, quando o agente da saúde, ou então enfermeiro, ou médico, ou ate alguém da equipe multi, identifica um caso aí assim se a pessoa pode ir até o posto, aí encaminha para o acolhimento de saúde mental, caso não possa ir até o posto, aí a gente faz a visita domiciliar. E aí no acolhimento de saúde mental tem uma equipe multi né, tanto da residência quanto da equipe mínima. Aí a pessoa vem, se ela se sentir a vontade com a equipe lá ela fala, se não se sentir a vontade fica só eu geralmente, aí ela diz a queixa a demanda dela, aí a gente discuti um pouco o caso dela e aí tenta fazer alguns encaminhamentos né. E aí alguns a gente encaminha para o matriciamento, que aí a equipe de referência do CAPS vai até lá... o Psiquiatra, às vezes os residentes de psiquiatria, ou então, às vezes, eu agendo atendimento individual comigo mesmo. É mais assim, pra organização do serviço, como pra ser resolutivo. Porque por exemplo, a gente percebe que... que quando a marcação vem direto do enfermeiro, o enfermeiro identifica e ah! vou marcar pro psicólogo, o índice assim, de falta é muito grande, eles faltam bastante assim, mas quando passa pelo acolhimento, quando tem um certo filtro, a gente percebe que é muito difícil eles faltarem, os usuários. O acolhimento... é porque assim, uma coisa que eu tento desconstruir bastante lá, é a ideia de que a saúde mental é propriedade do psicólogo né, que aí tudo que acontecia encaminhava pra mim... tudo que acontecia encaminhava pra mim, aí eu fui dizer, olha saúde mental não é propriedade do psicólogo nem do psiquiatra, é, de todo e qualquer profissional da saúde. E aí a gente tem trabalhado muito nesse sentindo assim, de que a equipe toda ela si, implique né na questão da saúde mental. (Entrevista foi atrapalhada pela gerente do posto)

E: Levando em consideração essa ideia que você fala da saúde mental, de que é uma responsabilidade coletiva, o que você entende por loucura?

P4: Loucura... Eu acho assim, eu tava pensando sobre isso, eu acho que... inclusive por parte da minha abordagem teórica, não que a gente desconsidere a psicopatologia né, mas é uma coisa em segundo plano, pelo menos por Rogers era um jeito de ser. E aí a gente vê como um jeito de está no mundo diferente, sei lá... uma linguagem diferente, uma forma diferente de está no mundo, que infelizmente, pela própria questão da diferença sempre foi relegada pra um lugar estranho ou então trancafiada né. Um lugar separado da sociedade. Mas assim na... pela minha visão, sei lá, até porque também a minha abordagem também me proporciona essa lente, sei lá, eu vejo como um jeito de ser.

E: E baseado na sua experiência de trabalho, existe relações de violência para com aquelas pessoas que são chamadas de loucas ou doentes mentais? Você tem exemplo?

P4: Demais. Eu acho que as maiores violências, são as mais sutis. Pelo menos, por exemplo, no posto de saúde, é muito dá pessoa... Tem duas coisas que eu percebo muito. Uma é a presunção da culpa, e a outra é que o discurso da pessoa com transtorno mental é anulado sempre né. Tudo que ele fala, nada é levado a sério. E, ninguém para pra escutar e ninguém dá muita atenção pra pessoa, em sofrimento psíquico, principalmente com diagnóstico e tal. E outra, que eu tava até comentando um dia desse com a minha preceptora, que é a presunção da culpa, sempre quando chega alguém com transtorno mental, a primeira ideia que se tem é que ela tá mentindo... tá mentindo, aí fica... invés de procurar uma maneira de cuidar da pessoa, procura, faz quase uma investigação, de onde é que a pessoa tá inventando história, de que aquele problema dela não é real, onde é que ela tá inventando. Eu acho que assim, essas são as formas de violência mais subjetivas presentes que eu consigo perceber, no território. Não são né, nada assim escancarado, de agressão e tal, mas é uma coisa assim de... de direito básico. Num dos territórios, tem uma jovem que ela tem, que ela é diagnosticada com esquizofrenia e ela muitas vezes solicita avaliação do médico né, e aí o pessoal nunca deixa ela ir pro médico porque diz “não, ah! é a doida e tal”, é um direito dela, que ela tem, e não é permitido. Aí a gente foi até discutir isso durante uma das rodas né, do CSF, dizer que independente de transtorno ou não ela tem direito a consulta médica no posto de saúde do território dela, o pessoal tava privando ela ficava dizendo, “ah! o médico é muito ocupado ele não tem tempo pra ficar vendo isso, ficar vendo besteira”, aí depois descobrimos que ela tinha um... policista, sei lá como é o nome. E aí, ou seja, ela não tava errada, e a equipe ficou meio assim...

E: Então, embasado nesse exemplo que você trouxe, o que você pensa dessa violência?

P4: Eu penso que é quase um braço do manicômio sabe? Lá no C...sei lá, diz assim, os manicômios mentais né, infelizmente o manicômio ainda tá muito na cabeça dos profissionais da saúde. A gente tenta criar uma rede substitutiva, a gente tenta criar outro modelo de atenção, na saúde mental. Mas, ainda tá aquela coisa manicomial mesmo, ninguém leva muito a sério e vê primeiro a doença, pra depois talvez vê a pessoa, mas a doença vem em primeiro lugar. E aí, o que eu percebo né, pelo menos nos territórios que eu atuo, quando a pessoa vê primeiro a doença,

ela esqueci que ali é uma pessoa. E aí, sei lá, esquece que ela sofre, que ela ama, que ela tem desejo, sonha... sei lá, não sei se eu fugi da pergunta, mas é que eu fiquei viajando aqui.

E: Acho que você acabou entrando na próxima pergunta. Qual o papel da atenção primária em relação ao preconceito, violência que recai sobre as pessoas que são atendidas nesse nível de atenção?

P4: Eu vejo a atenção primária... Assim, na rede de atenção a saúde ela tem importância muito grande né, primeiro porque ela tá mais próxima da vida das pessoas, segundo que ela é a porta de entrada por usuários na rede, mas eu também enxergo ela como um dos dispositivos da reforma psiquiátrica sabe? Eu acho que não é só o CAPS, não é só o CAPS AD, não é só Unidade de acolhimento, sei lá, essas mais clássicas da saúde mental. Eu consigo enxergar na Unidade básica de saúde, como um dispositivo da reforma psiquiátrica né. Eu acho que ela deveria ter essa função mais forte, que eu acho que falta muito ainda sabe? A saúde mental na atenção básica ainda é muito precária, é uma coisa quase de militante você levar a saúde mental pra atenção primária, não é levada muito a sério.

E: Você na condição de psicólogo, que trabalha na atenção primária, o que tem feito?

P4: Pois é... o que eu tenho feito, basicamente, é... nos momentos de encontro dos profissionais, sei lá, a gente tenta meio que, que mostrar outra forma de enxergar a pessoa com sofrimento psíquico né, tem também as EPs que a gente faz, por exemplo, mês que vem agora a gente vai levar uma EP sobre saúde mental na atenção básica, justamente, que aí eu vou levar, porque num dos territórios tá mais estruturada né, a linha de cuidado e tal. No outro, ainda tá muito caótico assim, e aí nesse outro principalmente tudo que é de saúde mental, é pra mim. No outro já tá mais desenhado, a equipe já se implica mais, e aí eu vou levar, junto com a equipe né, uma educação permanente sobre saúde mental na atenção básica e uma proposta de organização do fluxo. Já pra organizar mais e tentar reforçar né, a ideia de que, a equipe mínima a equipe de saúde da família no geral, tem também que trabalhar saúde mental, não é só pré-natal, não hipertenso, não é só diabético, saúde mental é uma competência nossa também né, aí eu vou tentar reforçar mais isso. Num dos territórios também a gente planejou uma reunião essa semana, só que acabou não tendo, com os agentes de saúde, pra vê se na área de cada um tinha, usuários com transtornos mentais graves e severos, que a gente tá planejando fazer um grupo de saúde mental. Nos territórios, trabalhar essa parte de terapia e tal, o que acontece é que, por mais que tenha usuários no território, sei lá, o local ideal era o CAPS né, mas é muito distante e acaba não indo. Então a gente começou a pensar, “não, então vamos pensar numa coisa pra cá né”. Que não precisa se destacar até o CAPS pra... ter esse tipo de cuidado. Porque acontece que muito abandonam o tratamento por muito distante e nem sempre tem carro e mototáxi é muito caro, né todo mundo que pode pagar, a gente começou a pensar nesses grupos pra... pra lá. E acho que outra ação é uma que a gente tem começado, nos territórios também, um grupo de mulheres, que o que a gente percebia muito era que a violência de gênero lá era uma coisa muito, muito, muito forte. Violência doméstica, sei lá, é um território muito machista. É como... a sociedade em geral, só que aí a gente começou a pensar... e assim, eu tava recebendo muitas mulheres, ansiedade, depressão e tava num nível assim de atendimento individual que nunca consegui dá conta, então não... então vamos fazer um grupo. Vamos fazer um grupo que aí, acho que, sei lá, vai ser mais resolutivo que mil atendimentos individuais. Se a gente for tentar dá conta dessa demanda que é muito grande... um grupo. A gente tá tentando assim, encaminhar. A estruturação desse grupo lá. Nem sei se vai favorecer mais do que o atendimento individualizado, mas de todo modo não teria como dá conta. Até porque, como residente, só to nos dois territórios três turnos. A gente não tem apoio do NASF, então o que acontece, eu tava... por exemplo, teve turnos que, turno inteiro tava preenchido com retornos né, e aí acontece que de uma pessoa no território dá uma crise, e aí eu tenho que sair, mas a minha agenda tava lotada, e aí não tem como dá conta de tudo com atendimento individual, eu ainda disponibilizo um turno pra atendimento individual na semana né, só que a gente tá tentando reforçar mais a ideia do grupo pra tentar amenizar mais a agenda.

E: E quais são as demandas que são trabalhadas no grupo?

P4: A gente tá ainda no começo, mas pro exemplo, na primeira semana a gente trabalhou mais com apresentação mesmo né, apresentamos a proposta do grupo e aí teve um segundo encontro que só foi uma pessoa rsrsrs, aí, bom, não veio todo mundo, aí na terceira semana a gente começou com uma mobilização né, e aí no próximo encontro, a gente vai fazer uma ação de promoção da saúde. O tema vai ser, receitas pra uma vida saudável né, aí a gente vai trazer delas o que elas fazem pra ter qualidade de vida, bem estar, e tal. Mas nesse sentido assim, de promoção da saúde. Qualquer mulher do território pode ir, aí assim, acontece que, por exemplo, uma mulher passa por uma enfermeira aí ela identifica que seria interessante, então ela encaminha. Mas não tem critério.

E: E quem pensa as temas dos grupos?

P4: A residência. Assim... por exemplo, na primeira vez a gente teve que pensar, porque não tinha como trazer delas né. Aí não teve os outros encontros. Aí a gente vai refazer... assim, tipo recomeçar né, com esse próximo encontro, aí a gente vai pedir delas, o que elas querem como temática. Aí tem os grupos mais estratégicos como grupo de idosos né, aí trabalha temas gerais, por exemplo, é... no último encontro foi trabalhado a questão da alimentação. No de gestante, é muito trabalhado a questão de direitos e tal, trabalha planejamento familiar e aí baseado também em algum tema assim do mês né, por exemplo, outubro rosa, foi trabalhado muito saúde da mulher. Agora novembro azul, a gente vai trabalhar saúde do homem. A gente tenta trazer as temáticas para os grupos.

E: E a temática do preconceito ela faz parte dos projetos terapêuticos individualizados?

P4: Pois é... a gente fez um PTS de uma pessoa com transtorno... Assim, a gente faz vários planos terapêuticos, mas

projeto terapêutico singular mesmo, que envolve outros setores e tudo mais, a gente faz pouco, até porque pra ter um acompanhamento é mais difícil né. Mas sim, um desses que a gente trabalho, foi justamente aquela moça que eu falei que queria avaliação médica e tal, e aí muito do que foi trabalhado foi a questão do preconceito mesmo assim, durante as reuniões de PTS a gente abordava que... que a equipe não dava muita atenção a ela, de que se tinha que mudar e acabava que nem em casa o pessoal entendia o problema dela. Porque tem duas questões né, uma é que pensam que ela tá fingindo e outra que é senvergonhice dela e aí por um lado ou por outro, sei lá, eu penso assim, não legitimada sabe? A fala dela é não legitimada, ninguém leva muito a sério o que ela diz. A ideia da atenção básica é que nosso acompanhamento seja algo contínuo, que seja de forma longitudinal, só que é muito difícil, a demanda engole a gente. Quando tinha a presença dos NASFs, nos territórios, dava assim pra respirar um pouco. Agora é só a residência, só a residência, e aí fica muito difícil porque quando a gente pensa em... vamo fazer uma visita pra reavaliar tão caso, a gente vai vê já tem 30 e outras demandas aparecendo. E aí a gente é engolido, a gente tem que fazer um esforço assim... é quase uma logística pra tentar acompanhar os casos a longo prazo. Porque se não a gente vê uma vez pontualmente e nunca mais vê e não é pra ser assim, mas acaba sendo, um por realidade mesmo do território.

E: Tem mais alguma coisa que você queira colocar do seu trabalho, das suas ações, do seu cotidiano que você acha que pode engrandecer que não foi contemplado nas perguntas.

P4: Eu num sei... não, eu penso assim, sei lá, em drogas, pensando na saúde mental em geral, o tema das drogas é muito pouco... ainda é um tabu muito grande na atenção primária, por incrível que pareça a loucura ainda é mais fácil de trabalhar do que as drogas, porque... por várias questões, criminalização e tal, mas assim, eu penso que na atenção primária deveria se trabalhar mais o olhar pro usuário de drogas... pensando em saúde mental em geral, mas acho que não tem muito haver com tua pesquisa não. Eu lembre porque eu tava lendo um artigo esses dias, que falava que o usuário de droga é o novo louco né, e aí falava das internações compulsórias, fazendo uma analogia com... aí eu pensei que isso é muito verdade, que assim, o usuário de droga é atualmente o novo louco... uma questão social, que ninguém quer vê e acaba trancafiando, achando que é a melhor solução é a higienização.

Nome: P5 **Duração da entrevista:** 32min e 22seg

Idade: 29

Ano de formação: 2013.2

Local de formação: UFC SOBRAL

Abordagem teórica: Análise do Comportamento

E: Há quanto tempo você trabalha nesse serviço?

P5: Aqui em Sobral tá mais ou menos com 8 meses né! Por conta da residência que eu passei e acabei sendo inserida no serviço, 1 mês a gente ficou só aqui mesmo na escola, com algumas atividades né! Vieram alguns convidados mesmo do sistema, pra tá apresentando esse sistema pra gente... a gente passou 1 mês só aqui na escola e só depois a gente foi inserido nos territórios. E de forma geral em outros municípios vai fazer uns três anos que trabalho, assim que eu me formei, eu comecei a trabalhar na atenção básica também, aí passei uns 2 anos, aí quando tava rescindindo meu contrato foi quando eu consegui passar na residência, então já tenho três anos de experiência na atenção básica.

E: E como é trabalhar com a saúde mental?

P5: Eu acho assim... a partir do momento que você se identifica com sua profissão né! Eu acho que é tranquilo... pra você e você se sente bem, se sente realizada e trabalhar na atenção básica, eu sempre tive essa vontade, desde a faculdade, das disciplinas que eu sempre tive essa afinidade com as disciplinas de saúde pública... fiz disciplina optativa de saúde coletiva né! Meu TCC também foi muito voltado a essas práticas de cuidado, não na atenção básica, mas eu fiz na atenção secundária, mas assim... como eu me identifico com minha profissão... gosto de trabalhar... gosto das atividades que eu desenvolvo... então pra mim é muito bom, me sinto realizada em relação a isso.

E: Então pensando um pouco sobre as atividades que você desenvolve, me conta um pouco quais são as atividades, as ações que você desenvolve em saúde mental?

P5: Pois é... nos territórios, nós realizamos vários tipos de atividade. É... tem lógico os atendimentos individuais né! Que a gente realiza, temos também as visitas domiciliares, a gente realiza também muito interconsultas, então é muito comum a gente realizar interconsultas com os profissionais da residência... às vezes eu realizo interconsulta com enfermeiro, com médico né! A gente agenda com antecedência ou então no momento mesmo, quando o profissional não tá conseguindo lhe dá com alguma situação, se eu tiver disponível na hora eu participo dessa interconsulta... a gente é... tem uma preocupação muito grande com o fortalecimento dos espaços grupais né! Porque a gente percebe ainda muitas práticas voltadas pra esse modelo biomédico. E aí... a gente... a nossa equipe da residência tenta muito trabalhar esta questão da promoção da saúde... tanto é que a gente tá tentando formar, formou alguns grupos no território que tavam inativados né! Então hoje a gente tem grupo de idosos que foi a residência que iniciou, temos grupo... dois grupos de mulheres mastectomizadas que é a gente que tá né! Iniciado... temos o grupo de gestantes que a gente apoia, grupo de mulheres... então a gente tenta trabalhar sempre nessa questão da promoção da saúde, além dos grupos, eu participo muito dos matriciamentos né! Tem o pré-matriciamto, que os profissionais falam né! Que é o espaço em que a equipe

de referência... do CAPS que lá é uma psicóloga e uma psicopedagoga, uma vez por mês elas vão lá na unidade e a gente separa, juntamente com uma enfermeira ou então com os médicos, alguns casos pra gente tá discutindo neste espaço, e aí a gente discute com ela... sempre eu to presente, às vezes não é no dia que eu tenho que tá lá na unidade de saúde, mas eu tento modificar porque eu gosto de tá participando desses espaços né! Além disso, a gente também realiza muita educação permanente, essas educações permanentes acontecem um vez por mês nas unidades de saúde... então a equipe da residência se divide... na nossa equipe são cinco profissionais mais a nossa tutora, então a gente sempre se divide, três fica em uma unidade, três ficam em outra, e aí a gente faz a educação permanente de acordo com a demanda da equipe, a gente propõe esses espaços né! E aí eles colocam os temas que eles querem que a gente discuta, então a gente já trabalhou várias questões, ontem a gente tava lá... e teve educação permanente de ética, mas já teve sobre saúde mental né! Saúde do trabalhador, então sempre, a gente realiza essas educações permanentes, mas de acordo com a demanda da equipe... das equipes né! Então seria isso, seria os grupos, atendimentos individuais, visitas domiciliares, o matriciamento. É... xô vê mais... acho que seria mais isso mesmo. As interconsultas que a gente faz bastante com enfermeiro, com nutricionista, tem muitos casos né! De pessoas acima do peso, obesos que a gente identifica alguma ansiedade, algum transtorno de ansiedade, compulsiva né! Em que a pessoa não consegue para de comer, tem essa dificuldade e aí a nutricionista chama pra gente tá realizando uma interconsulta... então são essas as atividades... Geralmente fica na função da enfermeira a organização do matriciamento, infelizmente a gente vê que esse espaço está muito centrado na enfermeira, agora tá até modificando isso... porque quando a gente entro, quem ficava responsável pelo matriciamento lá na unidade era somente uma enfermeira. E a gente via muito essa centralização nessa profissional. E aí depois ela levou pra roda, pra alguns momentos essa dificuldade que ela tava tendo, porque ela ficava muito sobrecarregada e também acontecia que assim... lá no território X são quatro equipes, então ela apoia somente uma equipe, somente uma área, então às vezes vinha casos de usuários das outras áreas, então até mesmo ela fica desconfortável porque ela não sabia o que falar, por ela não conhecer o usuário, não ter um vínculo, então o quê que ela iria falar ali naquele momento né?! Aí foi que foi pensando nesse rodízio das enfermeiras, cada uma ficava responsável por organizar esse momento, mas a enfermeira que tivesse o usuário que pudesse participar desse matriciamento, tivesse o caso a ser discutido, aí a enfermeira tinha que tá lá no momento, presente, ou então a agente de saúde pra tá participando dessa discussão, mas infelizmente a gente ainda vê um espaço muito centrado, ou na residência ou na enfermagem, é muito difícil a gente vê médico participando, outros profissionais, da equipe multi, do NASF né! ACSs também... que seria muito bom por elas terem esse contato mais próximo, no território, com a comunidade, mas muitas vezes eles não participam.

E: Então pensado que os casos que você mais atende são transtornos, o que você entende sobre loucura?

P5: Sobre loucura... É... Assim... A loucura eu entendo como algo que é... que foi construído socialmente, então assim... como eu vi muito nas disciplinas de psicopatologia, que traziam muitos textos do Foucault, em que ele trazia muito essa história né! De como foi muito construída essa concepção de loucura. E aí trazia muito essa questão que no século XVII, século XVI, século XVII, se tinha muito essa questão se formar uma sociedade controlada, uma sociedade idealizada... então as pessoas que não estavam ali incluídas naquele modelo de normal, que não seguisse um padrão do que era esperado naquela sociedade, era tida como loucura né! E geralmente é... essa concepção é muito vinculada a algo pejorativo, ainda é vinculada né! Foi construída socialmente e ainda é muito vinculada com essa questão pejorativa. Da exclusão, de que a pessoa é incapaz né! Então muito vinculada a essas coisas pejorativas, que aí a gente tem que procurar desconstruir na nossa prática do dia-a-dia né! Até essa questão da desinstitucionalização, que não é você tá só abolindo os manicômios né! Diminuindo os leitos psiquiátricos... reduzindo as internações desses pacientes, mas e aí? Será que esses discursos manicômios, essas práticas manicômios, será se elas ainda permanecem? Permanecem e muito! E aí a gente pode perceber isso nos serviços substitutivos, nos CAPS a gente percebe muito, nos territórios por parte de alguns profissionais, na própria comunidade, a questão do preconceito né! Esse medo da loucura... esse medo de ser louco... que eu consigo identificar muito esses discursos no meu dia-a-dia né! Pacientes que tem a resistência de tá procurando um tratamento psicológico porque ah! Eu não sou louco... aquele medo né! Da loucura... o familiar que não deixa, às vezes interrompe o tratamento medicamentoso, porque ah! Não... minha mãe não vai tomar esse remédio porque ela não tá louca né! Então assim... esses pequenos discursos a gente ainda consegue identificar. Essa questão da hospitalização também que é muito frequente... às vezes a família vem até a gente ou até mesmo nos CAPS quando a gente tá fazendo as vivências, a família já vem com essa intenção: não eu quero hospitalizar... eu quero que ele fique um tempo lá no hospital... isso são práticas né!... a gente percebe que são práticas manicomialis.

E: E como você lida com o caso assim... que a pessoa já chega pedindo a internação?

P5: Eu acho que a melhor forma é a informação... da gente tá conversando, dá gente tá explicando e aí nesses espaços a gente pode tá desconstruindo isso, é lógico que é processo gradual, é complexo, é... a reforma psiquiátrica ainda é muito recente né! Então assim... é um processo gradual e que é difícil, eu acredito que seja até um trabalho de formiguinha, que cada profissional ali no seu dia-a-dia, no seu trabalho tem que tá desconstruindo isso. Então assim... pelo menos o que eu que tento nos atendimentos individuais, é espaço muito bom pra tá desconstruindo, todas essas concepções, esses preconceitos, tanto com o usuário, como orientação com a família, nas visitas domiciliares né! Às vezes o agente de saúde vem pra gente relatando algum caso de uma pessoa que tá precisando mesmo de um atendimento, só que essa pessoa tem a resistência, não que ir na Unidade porque não quer falar com o psicólogo, porque tem medo do que as pessoas vão falar, até mesmo ela né! Esse medo... ah! Será se eu to louca... ou então por não saber a função do

Psicólogo, até porque é uma profissão recente né! Então existe um imaginário muito forte de algumas questões... do que é ser psicólogo... qual a função do Psicólogo. E aí quando acontece uma situação dessa, sempre eu tento ir fazer uma visita, pra tá conhecendo essa pessoa né! Às vezes a pessoa não quer... Ah! Eu não quero vê psicólogo de jeito nenhum... Mas aí a gente chega de outra forma né! Dizendo que tá realizando atividades, dizendo que tá realizando visitas domiciliares pra tá conhecendo as pessoas que tão se utilizando de algum tipo de medicamento, mas pra gente tá conversando... e aí aos pouco eu vo... né! Tentando informar, tentando esclarecer um pouco do papel do Psicólogo, vendo se ela pode ir tá indo lá na Unidade pra gente tá conversando né! Então assim... eu acredito que... que são nesses espaços, atendimento individual, visitas domiciliares... Os espaços grupais são importantíssimos né! A gente tem um grupo de mulheres que já faz muito tempo esse grupo, e aí sempre que a gente tá com elas a gente pergunta muito pro grupo... pras participantes, o quê que elas querem que a gente traga pra elas também tarem construindo esses momentos né! E aí um dos momentos que eu achei muito interessante foi quando elas trouxeram a vontade de se falar sobre a função do Psicólogo. Elas trouxeram isso né!... Mas o que é o Psicólogo? Como é a função? O que é que vocês fazem?... E aí teve um momento que a gente organizou só pra falar sobre isso. E assim... foi muito bom porque a gente pode desmistificar algumas coisas né! Aí no grupo tinha até uma participante que teve um tempo que ela precisou muito de um acompanhamento, chegou até a tomar medicação, mas ela não ia, porque ela tinha medo né! Porque ela tinha medo do que é o Psicólogo, tinha medo de ser acompanhada, até porque ela teve um parente que foi internado na casa de repouso Guararapes e tinha todo esse preconceito. Então ela tinha muito esse medo né! E achava que o Psicólogo atendia só pessoas realmente...né! Com... com questões mais sérias, transtorno mental e esse preconceito mesmo, esses discursos preconceituosos que a gente vê.

E: Você acabou entrando na próxima pergunta mesmo. Baseado na sua experiência de trabalho, você acha que existem relações de violência para com as pessoas consideradas doentes mentais? Cite exemplos de seu cotidiano.

P5: Violência que você diz assim, por parte dos profissionais algumas vezes? A forma de ser tratado?

E: Toda forma de violência. Se você acha que tem formas de violência e preconceito.

P5: Eu nunca chegue a presenciar né! Algumas questões assim... Lá os profissionais eu percebo que tratam bem, tem pessoas que tem transtornos mentais mais severos, mas são pessoas bem acolhidas né!... O que os profissionais relatam muito pra mim é essa insegurança né! Por desconhecer... essa insegurança de como é que eu vo acolher? Como é que eu vo conversar? Tem muita essa insegurança né! Mas eles tratam bem, tem um acolhimento bom, sempre quando tem alguma dúvida eles chamam... É... A equipe Multi ou psicóloga do NASF ou eu pra tá dando esse apoio né! Na comunidade o que eu identifico muito é essa questão do preconceito mesmo! Às vezes alguns preconceitos... alguns comentários... tanto é que as pessoas ficam com medo... os usuários de saúde mental né!... fica às vezes com medo, com receio de ir a Unidade por conta de alguns comentários que com certeza já chegou a existir. Teve um exemplo... a pouco tempo... foi até essa semana, que relatou que tava na Unidade de saúde, uma pessoa que eu já acompanho, que tava na Unidade de saúde. Ele é um paciente muito tímido né! Mas aí nesse dia ele tava conversando, com uma usuária também né! Conversando sobre o serviço, questões de atendimento, e aí ele percebeu que a funcionária, ele também não citou nem função nem nada, mas que tinha uma funcionária atrás dele e que pego e falou assim: não conversa não (fez gesto de louco), desse jeito! Eu não sei se mesmo aconteceu isso, porque às vezes pode ser que... né! Não sei... Aí ele percebeu que a mulher mudou logo com ele né! Que é um tipo de violência, pode se considera um tipo de violência né! Um preconceito muito grande, da própria equipe.

E: E que você pensa sobre uma situação como essa, de violência?

P5: É...é complicado né! Principalmente quando vem de profissionais... é complicado, porque assim, acaba distanciado esse usuário do serviço, o vínculo fica fragilizado né! O usuário pode vir a piorar, pode se sentir né... muito pior depois, o vínculo com a equipe tem essa fragilidade e principalmente por vim de um profissional da saúde. Aí o que pode acontecer, o que pode a gente fazer pra tentar melhorar isso, alguns preconceitos que ainda existe, é investir nas educações permanentes, nesses espaços, que a gente busca que os profissionais tenham um olhar mais crítico sobre diversos assuntos e com esse olhar crítico, tente transformar algumas práticas né... nos seus processos de trabalho. Aí nas educações permanentes é assim... a gente sempre procura também saber o que a equipe tá precisando, tá querendo né! Aí a gente passa uns papéis, umas tarjetas que cada um alguns temas que acha que precisa melhorar ou que tem desconhecimento, que falar um pouquinho sobre isso... E aí uma dessas educações permanentes foi sobre saúde mental, que eles trouxeram né! Aí nessa educação permanente a gente organizou com a equipe de residência pra gente não tá levando muito essas questões históricas, muitos conceitos históricos, mas de ser um espaço mais de problematizar essas questões. Aí a gente fez essa educação permanente levando a questão do que é normal, anormal, do que é a loucura. A gente levou algumas palavras-chaves, iniciamos com vídeo... pra gente tá problematizando e fazendo com que as pessoas também pudesse tá contribuindo nesse espaço e vendo realmente o que ela entendiam por loucura, o que é ser normal... e aí foi um momento muito... muito... assim de aprendizagem, tanto pra gente quanto pras pessoas que participaram. O vídeo que a gente levou foi daquele manicômio, que é em Minas Gerais, como é o nome? Que eu não to me lembrando... que é o maior manicômio que teve casos de violências, de mortes e aí a gente levou esse vídeo pra tá iniciando a discussão.

E: E na sua visão, qual é o papel da atenção primária em relação a superação do preconceito que recai sobre as pessoas que são atendidas nesse nível de atenção?

P5: Eu acho que o principal papel seria esse acolhimento né! inicialmente, tá fortalecendo esse vínculo com o usuário, tá sabendo acolher né! Essa prática de cuidado que tem que ser continua, por mais o que o usuário vá para outros serviços, da mesma rede, da rede de saúde mental... vá pro CAPS, pro CAPS AD... mas a equipe de referência tem que ter esse cuidado continuado. E desse usuário também tá participando dos grupos, não só ir pro CAPS, mas tá participando dos grupos, porque às vezes ele nem vai pro CAPS por ser longe do território, então fortalecendo esse vínculo com a equipe mínima... com a equipe básica... a gente também poderia tá fazendo com que esse usuário pudesse tá participando desses espaços grupais mesmo no território. E aí ele participando desses espaços ele poderia também ter contato com outros moradores né! com a própria comunidade... e aí com isso desmistificando algumas coisas. Alguns participam... Eu sempre faço o convite... alguns vão um dia, depois não vão mais, já tem outros que continuam... Algumas senhoras que eu faço atendimento eu encaminho pro grupo de mulheres, muitas já tão 4 ou 5 encontros, já tão permanecendo né! Mas sempre a gente tá encaminhando. Às vezes quando eu vejo que não tem nem demanda, por exemplo, a gente tem um grupo de reeducação alimentar, e aí tem um paciente que eu acompanho, que eu vejo que ele não é um paciente pra psicoterapia porque ele tem mais dificuldade de concentração... os processos cognitivos, tem essa dificuldade de tá entendendo algumas coisas, e eu percebo que ele é muito comunicativo, então assim... Ah! Na psicoterapia não tem perfil, mas eu to acompanhando ele por uma vulnerabilidade que ele tá passando, um caso de violência sexual, então eu to fazendo esse acompanhamento inicialmente, mas aí eu vejo que pra ele seria muito bom se ele se inserir nesses espaços, e aí eu encaminhei ele pra esse grupo de reeducação alimentar porque ele já conhecia alguns participantes... eram pessoas que moravam mais próximos da casa dele... tanto é que ele tá participando de três encontros e tá gostando, então assim não só ficar na psicoterapia, mas também fortalecer esse vínculo dele com a comunidade. Por esse um paciente que passa muito tempo em casa... a mãe é idosa... ele passa muito tempo com a mãe, então assim, ele é um pouquinho mais isolado né! A única atividade que ele participa é da igreja, mas é no final de semana, tão assim também é uma forma de tá aproximando da comunidade, com isso tentar desmistificar algumas coisas... tentar diminuir esses preconceitos.

E: Quem seleciona os participantes dos grupos?

P5: É dependo do grupo né! Então de reeducação alimentar... Aí sempre a gente tem a nutricionista que dá essa orientação, quem vai participar... uma pessoa acima do peso... um obeso né... Grupo de mulheres... é livre, a gente deixa livre, uma pessoa que tá querendo participar, lá na Unidade X a gente encontra muitas mulheres com tempo muito ocioso, com casos de violência, de abusos mesmo por parte dos esposos, então sempre quando a gente encontra esses casos... mulheres que tão passando por quadros depressivos, de ansiedade... então sempre a gente tá encaminhado. Grupo de idosos também a gente deixa livre, tavam querendo iniciar na equipe, um grupo de hipertensos e diabéticos, só que a gente viu que seria muito reduzido, então assim, porquê não um grupo de idosos que é muito mais amplo? Que a gente poderia tá encaminhando vários tipos de pessoas não só diabéticos e hipertensos, então assim, sempre a gente deixa um espaço até bem livre, até pra não tá rotulando, deixa um espaço mais livre pra que outras pessoas estejam participando. As temáticas desses grupos vai depender também do que eles procuram né! nesse grupo de idosos a gente fez um contrato com eles do horário, o melhor dia que eles preferem e a questão dos temas, aí surgiu vários tipos de tema né! Aids, câncer, câncer de próstata, é... sobre o direito do idoso, então sempre eles traziam as dúvidas, o quê que eles queriam que a gente trabalhasse. No grupo de mulheres, elas queriam saber dessa questão da função do psicólogo, trouxeram muitas dúvidas com relação a mioma, cisto no ovário, a gente procura também fazer trabalhos manuais, atividades que trabalham a questão da autoestima, esse grupo é muito interessante porque quem toma conta dele são duas agentes de saúde, tanto é que já tá mais ou menos com 8 anos que esse grupo existe, que é bem difícil né! porque geralmente esses grupos são mais conduzidos pela equipe multi ou pelo NASF ou pela residência, e aí o quê que acontece, quando o NASF ou a residência saem, esses grupos eles se perdem, a equipe não tem tempo de ir, e acaba que desaparece o grupo, e esse já tem 8 anos porque tem duas agentes de saúde que são muito boas, que participam e aí elas dividiram, na primeira semana é educação em saúde, na segunda semana a gente trabalha alguma atividade sobre autoestima, na terceira semana são trabalhos manuais e na quarta semana são as conquistas do mês e depois a gente faz um lanche, mas nem sempre a gente utiliza essa ordem, mas sempre a gente tenta seguir a ordem

E: E a respeito da segregação e preconceito, eles são trabalhados no projetos terapêuticos individuais?

P5: A gente tenta assim... não são muito os projetos que a gente tá realizando, por conta dessa demanda... da demanda que tá muito intensa mesmo, muito grande... como eu falei, a educação permanente fica só pra residência, aí tem os atendimentos individuais, então a demanda é muito grande, mas a gente já realizou esse ano... foi pouco, mas a gente já realizou uns 3 projetos terapêuticos, e aí a gente encontra dificuldade né! pra família ir ao posto ou pra algum familiar ir, quando a gente tenta fazer articulação com outros setores... com CRAS, com CREAS, também é muito complicado porque os profissionais de lá tem as agendas deles, e aí pra gente bater também o horário fica muito complicado. Então a gente realizou esses projetos, mas foi mais a equipe da residência e a equipe mínima que a gente tentou tá realizando. Aí a gente tenta sempre tá incluindo essas atividades mesmo né! tá encaminhando pro grupo... lá tem a academia da saúde, encaminha pra academia da saúde... fala com o coordenador, chama o coordenador pra tá participando desses espaços... sempre tenta trabalhar isso, o fortalecimento com a família, com as pessoas mais próximas, sempre trabalhando essas questões.

E: Tem mais alguma coisa que você queira falar, que você acha que não foi contemplada aqui nestas perguntas, que

você queira colocar sobre as ações que você desenvolve no trabalho sobre preconceito e loucura ou já foi suficiente?

P5: Não... sobre preconceito não... assim, uma das dificuldades que a gente encontra, né nem com relação a essa temática, mas uma coisa que a gente encontra, é essa dificuldade de realizar os atendimentos, que a acaba também sendo prejudicial ao usuário, então na (Unidade X), é uma unidade grande, só que não comporta mais o número de profissionais. A estrutura é grande, mas o número de profissionais também é grande, são 4 equipes e aí muitas vezes eu tenho que realizar os atendimentos ou quando os médicos tão fazendo visitas ou quando tão de folga ou então eu faço atendimento na sala de observação, que não é um local apropriado, ou na sala do aerossol, e aí acontece o quê? Eu to fazendo um atendimento, aí chega uma idosa que tá precisando, aí eu tenho que sair da sala, aí tem todo esse constrangimento né! eu tenho que sair da sala com paciente, às vezes ele tá num momento... tá relatando uma coisa muito íntima, alguma dificuldade, aí ter que sair da sala, interrompe o atendimento pra ir pra outra sala. No (Unidade Y) também, há muito essa contradição, porque o Município... o Ministério da Saúde...o Município também foca muito nessa questão da promoção de saúde né! então tem que ter a promoção de saúde... tem que ter os grupos... mas aí a gente percebe que os postos eles não são feitos, de acordo pra gente tá realizando essas atividades. Lá no Posto X, ele foi construído só pra equipe mínima, tanto é que agora parece que vem outra enfermeira pra tá dando um apoio mas não tem sala nem pra essa enfermeira, só tem 4 salas, pros dois enfermeiros, pros dois médicos e a sala da gerente. Então assim, é um posto que foi feito, sem pensar no NASF e na residência, então assim quando a gente chega lá o quê que acontece, muitos ficam atendendo na sala grande... então o quê que a gente vê, nutricionista, atendendo de uma lado, fisioterapeuta fazendo atendimento do outro lado, é...assistente social fazendo atendimento do outro lado né! então assim, cadê o sigilo desse paciente? Eu o quê que eu posso fazer? Também não posso mandar o paciente pra casa né? porque aí eu só vou agendar depois de 2 meses, aí a pessoa com um sofrimento, querendo ser atendida logo, u vou agendar depois de 2 meses? Aí tenta encontrar uma sala, que eu possa tá fazendo o atendimento, quando eu não encontro, eu vo pra debaixo de uma árvore que tem lá... é o jeito... que aí é complicado, é complicado porque tem essa questão do sigilo né! que é direito do usuário, mas aí a gente também encontra situações difíceis, porque a gente sabe que os profissionais do NASF não podem questionar essa situação, porque a gente sabe que o vínculo empregatício é precário né! são contratos de seis em seis meses, então será se eles podem tá questionando isso? Não, então acabam aceitando. A residência também que é um processo educativo, que a gente é avaliado o tempo todo no território, se a gente for se negar a fazer esses atendimentos né? como é que vai ser? Às vezes... muitas vezes a gente pode ser taxado pela equipe mínima, ah! Quer fazer corpo mole, ah! É chato... então é complicado a gente tá modificando isso, eu sei que não é o correto, mas a gente acaba reproduzindo isso por conta de um sistema que impõe, que a gente vê esses comentário e que as pessoas não vão tá entendendo, e aí acaba também prejudicando essa questão do sigilo do paciente, que de certa forma, eu acredito que seja uma violência também né! você tá numa sala com três pessoas pessoas se consultando com profissionais diferentes. E aí fica a menina fazendo o ESUS, aí é complicado, aí é um tipo de violência, porque tá violando um direito dele, a ter um sigilo, ater um lugar mais reservado, em que ele possa tá falando essa dificuldade que ele tá tendo... É complicado.

Nome: P6 **Duração da entrevista:** 44min e 15seg

Idade: 27

Ano de formação: 2014.2

Local de formação: UFC SOBRAL

Abordagem teórica: Eu me comporto como analista do comportamento né, mas eu to enveredando por outras abordagens, conhecendo outras abordagens.

E: Há quanto tempo você trabalha nesse serviço/trabalho?

P6: Assim na área da saúde já faz 8 meses com a residência né! mas já trabalhei no CREAS e no CRAS, é... indiretamente não deixa de trata da abordagem de saúde mental, com atividades, com grupos, com adolescentes... mas mais especificamente na área da saúde, há 8 meses, com a residência.

E: Como é trabalhar com Saúde Mental?

P6: Pra mim é trabalhar na área da saúde, não tem essa divisão de saúde e saúde mental, a gente faz essa divisão pra ficar mais fácil das outras pessoas compreenderem, mas é... eu acho... assim, o tempo que estou na residência eu acho muito, bom, assim, o trabalho executado, tanto de trabalho grupais, principalmente porque o foco da residência é mais de atividades grupais, e de atendimentos né! mas é interessante... os momentos de matriciamento são momentos muitos ricos, pra gente tá discutindo os casos, às vezes as abordagens que a gente faz que pode ser melhorada ou então a compreensão que o sujeito teve de vida e de morte né! aqui no CSF a gente trabalha com muita gente com tentativa de suicídio, era algo que eu nunca tinha trabalho né, aí me encantei... pra estudar, pra me aprofundar, inclusive hoje eu já atendi um adolescente né! como tentativa de suicídio e é algo que não é muito trabalhado né, porque tem esse místico, este estereótipo, essa ideia... de que a pessoa que tem esse sofrimento psíquico, mas eu acho que é extremamente rico, eu acho que é um desafio, pras outras categorias, não tanto pra psicologia, mas pra outras categorias mesmo como algo rotineiro... quando chega um caso ninguém pergunta né... quando chega um caso, um pouco mais crítico, as enfermeira atendem mas não fazem uma escuta qualificada... um aprofundamento. Também pela questão de tempo, a gente sabe que tem... mas também por desconhecimento, de medo de fazer algum tipo de abordagem, saber mais ou menos como é

que pode conduzir, geralmente não fica muito com as enfermeiras, passa logo pro psicólogo né! pro psicólogo conduzir... ah! Não! chama logo o psicólogo... o psicólogo entende dessa área. Do mesmo jeito o matriciamento né! a forma correta é passar pela a equipe, discutir a equipe, depois passa para equipe de matriciadores e a gente vai discutir aquilo que a gente não conseguiu entrar num consenso, vê o que era melhor. E aí a gente vê que a maioria das pessoas que participam não são da equipe mínima né!... É da equipe multi, ou NASF ou residente, então tem essa barreira né, essa dificuldade. Mas eu acho bastante interessante, aqui no CSF II é mais fácil implantar essa abordagem de saúde mental, do que no CSF I, porque... lá já tem um hábito de se trabalhar, criaram um própria rotina né, de trabalhar a questão da saúde mental. Já aqui a gente construiu, tá aqui uns 8 meses, então assim, já vai se treinando as EPs, já foi falado sobre suicídio, educação em saúde com os profissionais e com a comunidade, na questão do SAME né! porque tem a questão dos prontuários, fazer o exercício de diferenciação dos prontuários, do mesmo jeito que faz, por exemplo, pra diabético e TB, já é uma forma de preconceito também né! Mas eu acho maravilhoso... esse campo, na... especificamente na estratégia de saúde da família, especificamente na residência.

E: Você acabou adentrando na próxima pergunta... Conta-me que atividades/ações você desenvolve no seu cotidiano de trabalho?

P6: No posto? Os atendimento né... psicológicos, os atendimentos, os acompanhamentos, participação em atividades grupais, tipo grupo de gestantes, aí grupo de mulheres, grupo de hipertensos e diabéticos. A gente sempre conduz, os residentes estão conduzindo junto com a equipe mínima, mas normalmente quem está mais a frente são os residentes. E no grupo de gestantes, era não muito da minha categoria, mas, mais da enfermagem, um exemplo, questão da amamentação, alimentação da criança, nas atividades de puericultura né, que tem que vir, medir, vê a altura peso, como é que tá o desenvolvimento infantil. Essa é uma das partes que eu mais gostava de fazer, porque no momento não tá tendo grupo de puericultura, só individual. A interconsulta né, que eu reservo sempre um turno pra tá fazendo interconsulta com enfermeiro e tento alguns casos com os médicos né, com os médicos nem sempre dá certo, porque já tem duas residentes com ele, então fica muita gente em uma sala pequena, então eu não acho muito interessante. Mas pra aqueles casos que são acompanhados pelo médico e passa pelo psicólogo, a gente dá a devolutiva pro médico. A maior... Ah! Tá! e atividades na comunidade né, ronda do quarteirão, que leva um tema e discuti nas calçadas mesmo, com as próprias mulheres, pra discutir saúde né, o próximo tema que a gente vai levar é sobre violência contra a mulher né! E no grupo de gestantes já levei uma atividade sobre prevenção né, no grupo de planejamento familiar, o uso de anticoncepcional, de preservativo, a corresponsabilização do parceiro que faz também a questão do instrumental pra fazer vasectomia, laqueadura né, que a gente conseguiu sensibilizar uma grande quantidade de homem né, que antes quem só fazia operação era a mulher, então a gente foi conversando aos poucos e a gente melhora tipo de 1 pra quase 7, esse é um número! bem elevado pra realidade do território. A gente conduziu, a equipe multi né, não só o psicólogo, atividade no núcleo de menores né, a gente levou um filme e foi discutir a realidade, expectativa de vida com eles, o quê que eles achavam. E temos aqui também o grupo de práticas corporais, a esse grupo de práticas corporais a gente ficou de conduzir pelo menos uma vez por semana uma atividade né, aí como são muitas mulheres, algumas mais de idade, 40, 45 anos, a gente começou a pensar uma possível detecção de uma possível alzheimer né, muitas tem um esquecimento... repentino assim, e também muitas tem sofrimento por violência doméstica, então por isso que surgiu o grupo de mulheres né, porque essa realidade era muito forte né, aqui no território. Quando é na ronda do quarteirão a gente sensibiliza algumas mulheres, a gente não vai direto no assunto, a gente sensibiliza e vê o que elas acham interessante, às vezes também depende muito do planejamento do posto, novembro... setembro... tá entendendo? Dessas possíveis temáticas. Aí a gente tenta levar esses outros temas né, e aí já teve um momento de... um momento complicado que é quando tem soropositivo, HIV né, dá um dia... é... dizer né, como é que vai ser o tratamento, isso já em interconsultas. Então são grupo de mulheres, grupo de práticas corporais, grupo de hipertensão, são hipertensos e diabéticos, grupo de planejamento familiar, que tem esse nome, mas é mais pra métodos... é... métodos, é mais no sentido de... fazer mesmo os procedimentos pra quem quer fazer laqueadura e vasectomia, e a gente tá tentando mudar né, claro, esse conceito. E atividades externas, ronda do quarteirão, observação na escola, que às vezes a escola pede pra dá uma observada na escola, que vem muita criança, muita criança com diagnóstico com 2 ou 3 anos, com diagnóstico de autismo, que já tá tomando medicação, e aí a gente tenta fazer, a abordagem pra vê se é realmente necessário né! Na escola a gente já conduziu outro grupo, uma atividade de detecção de abuso infantil né, aí a gente tem que ter muito cuidado, porque a escola se mostrou fechada pra isso né, não que a gente fosse levar um pênis, uma vagina, como se fosse colocar, como relação sexual mas, mais a necessidade do cuidado, da escola também está observando quem acompanha essa criança, possíveis maus-tratos né. Mais ou menos assim. A maioria das atividades, que até tá nas prerrogativas da estratégia de saúde da família, são na tentativa da integração multidisciplinar, então não é bem Ah! Psicóloga! É a equipe que... que vai e conduz. Algumas vezes são puxadas por mim né, pelo próprio campo teórico né, ser mais próximo, mas a grande maioria mesmo a gente faz, juntando mesmo os saberes dos outros profissionais.

E: O que você entende como loucura?

P6: É tão complicado dizer né! rrsrrs, É acho que um termo que foi utilizado, cunhado há muito tempo atrás pra colocar essas relações que estavam muito fora da realidade, do padrão, que é aceitado na sociedade né, hoje esse termo, carrega muito... a questão pejorativa, então até dizer que loucura, ah! Você é um louco, ou fazer simbolismos né, mostrando... é comprometedor. Mas é mais nesse sentido mesmo, são comportamentos que a sociedade ainda não... percebeu como... que pode ser... não são naturalizados, comportamentos que podem ser naturalizados, às vezes tem um estereótipo, já tem

um jeito de falar, um jeito de agir. Às vezes por uso de substância, ou às vezes porque tentou suicídio né, quando pensa em loucura mesmo, quando vem falar no posto... ah! Esse aí é louco mesmo, louco de pedra... aí o que é?, vem os casos mais complicados mesmo que são discutidos no matriciamento, mas pra mim enquanto psicóloga são aqueles comportamentos que aiiinda não estão no padrão, se a gente pode colocar pra se estudar né, assim, observar. Não são aceitos pela sociedade ou são comportamentos de violência, de autoviolência ou de negligencia, bem... né, extrema assim. Eu acho que é mais nesse sentido.

E: Mas essa violência, negligencia vem da pessoa considerada louca ou dos demais?

P6: Dos dois... dos dois, às vezes a própria pessoa que tá em sofrimento psíquico... às vezes muito forte... às vezes uma depressão muito profunda né, ela deixa assim de... é... a própria aparência se você observar, é uma aparência de descuido, na grande maioria das vezes, tem gente que claro que tá, tá em sofrimento profundo mas tá maquiada, tá arrumada, isso não quer dizer muita coisa, mas na grande maioria a gente vê um certo descuido e vê também uma negligencia da família, não porque... em alguns casos é negligencia, em outros casos é não saber lidar com a situação né, não compreender, não entender, algumas pessoas, principalmente familiares tem uma resistência muito grande de ir ao CAPS, a gente aqui tem que sensibilizar muito os profissionais pra receber, pra acolher, por isso eu acho que eu faço muito atendimento individual, porque a maioria é conversando mesmo e tirando essa ideia de o CAPS, é né os antigos manicômios que a gente tinha, que a pessoa ficava aprisionada, amarrada numa maca, não é bem assim né, a gente tem situações assim? Tem. Mas não... não se enquadra mais assim né, não é esse tipo de loucura. Hoje uma pessoa que tem um transtorno né, ela trabalha, ela estuda, apesar de toda dificuldade né... tem uma resistência a medicação, a gente não impõe a medicação como a única possibilidade, mas a gente vê caso, que a medicação é extremamente importante pra dá um equilíbrio né, pra começar um atendimento psicoterapêutico. Mas é mais nesse sentido, tem uma resistência muito grande. E se essa resistência tiver associada a criança, eu observo que é mais complicado, porque a criança sofre um processo de... bullying na escola né e a família não sabe lidar, diz: ah! Esse menino é doido mesmo, ele faz isso, faz aquilo... e aí tem "N" exemplos né que eles vem relatando e que a gente tenta desconstruir, ah! será que esse realmente é um comportamento infantil né? porque a criança passa por fases né, e a gente fica estudando as fases e observa: ah! Às vezes isso pode ser gerado por isso... Às vezes tem uma família muito resistente, depende também da criação da família né. Fora a questão dos grupos, aqui a gente não conseguiu fazer um grupo infantil, que é uma das maiores frustrações que eu acho que eu tenho, porque a demanda é alta mas, o comprometimento familiar ainda tá muito pequeno, de marcar uma reunião e vir uma mãe e uma criança, e aí fica... a gente vai trabalhar. Aqui a gente tá com cinco agentes comunitários de saúde, quando a demanda deveria ser pelo menos nove. Fica impossível... fica impossível fazer um acompanhamento adequado de muitos usuários no bairro X, porque não tem agente de saúde disponível, a distância é realmente grande pra ir pra lá, então a gente pensa assim: se pra gente profissional tá complicado, avalie, imagine aí pra família... tá se deslocando. E aí não tá. Pelo menos por enquanto a gente não tá tento essas condições, a gente pensa em janeiro tentar colocar... pra diminuir essa... esses diagnósticos de 2 anos com... com... ah! Com tanta coisa que a gente fica... e tomando medicação forte né, a gente já fica meio assustada às vezes, mas eu acho que é nesse sentido mesmo... são esses comportamentos às vezes que... que a criança e o adulto esboça... são traços... ou então são impulsos que a gente não consegue ser contornados, ser conversado né, assim muito nessa situação.

E: E baseado na sua experiência você acha que existe relações de violência para com essas pessoas? Você tem exemplos?

P6: Sim! Violência física não, mas psicológica... violência dos profissionais, com os usuários, dá um exemplo, atendi uma adolescente né, que ela tinha comportamento de automutilação, então ela se cortava bastante, então a gente trouxe pro posto né, a gente conversou e articulou com a equipe, traçamos um plano de cuidado pra ela né, um acompanhamento com a família, teve alguns dias que eu não vim né, porque não era o dia de atendimento dela e vieram me procurar, e aí outra pessoa não acolheu né, isso é uma situação de violência, ela veio, ela estava necessitando e não tinha outro profissional que acolhesse. E aí eu fico pensando aqui, da necessidade mesmo... bom, não é só o psicólogo que tem essa escuta sensível, essa escuta sensível eu acredito que sejam de todos. Escuta qualificada, estudada, aprofundada é sim de fato do psicólogo, mas essa escuta que pode acolher, se vê, sentar... num tá aqui mas vamo vê, vamo liga pra psicóloga pra saber o que pode ser feito... isso não foi feito. E outra coisa, são gestos, os profissionais fazem (gestos de corte), ah! Aquela... aquela menina lá que fazia isso... (gestos de corte), aquela que se machucou. Então é uma violência né, que é até constrangedor, você fazer inclusive né... na frente da própria usuária, isso dos profissionais. Violência familiar... como é que eu poderia dizer pra ti... ah! Os pais é... é... não sei nem se cabe como violência, mas os pais não... não estarem tão receptivos com o tratamento, medicação. Quando a gente fala que vem o psiquiatra no caso, diz: não, não vou não que não so doido. E a gente vai tentar desconstruir... aí! porque eu vou ter que tomar medicamento? Eu não preciso de medicamento não sei que... aí até conseguir... muitas pessoas a gente ainda não consegue, porque, às vezes a orientação religiosa influencia um pouco nessa situação... depende de muitas características. Mas a gente vê... vê essa violência na escola, quando quer porque quer que dê um diagnóstico, pra poder ser avaliada pelo Município, quando a gente vê que aqui é referência né! na questão da educação, mas a gente sabe que tem muita coisa por trás dessa... dessa situação. A própria escola, é algo que a gente tem conversado internamente, tá fazendo por conta própria, acionando um Dr. X (Neuropediatra) aí já dá um diagnóstico às vezes com o olhar. E aí a gente fica muito preocupada... muito... às vezes é uma criança muito pequena dois, três anos. E pra gente conseguir encaminhar pro especialista como ele, é muito difícil e a escola tem uma abertura... consegue tão fácil, então a gente acha complicado... como é que acontece isso tão fácil? E recebe a medicação, uma vez eu fiz um atendimento de uma

mulher que me disse que a filha dela tinha um diagnóstico, aí eu disse, como? Quem deu o diagnóstico?... Não tá na escola... Mas a senhora tem esse papel pra mim poder vê? Aí ela disse... não, não tenho esse papel tá na escola, até a própria professora disse que não era pra eu dizer pra ninguém. Eu disse (psicóloga), não... se é respeito a seu filho você tem total direito né! E aí nem ela tinha esse papel e a escola tinha. Como é que pode essas coisas né?! E aí é sensibilizar a escola né, quando chega esse período, mais ou menos o mês da avaliação externa, fica impossível da gente se aproximar, porque entra no ritmo de avaliação mesmo. E aí eu já recebo crianças com sobrecarga de estresse... isso tudo é adoecimento psicológico. Quando chega esse período a criança fica sufocada... tem que ler, tem que, tem que ler, daquele jeito e nenhuma semana é igual a outra e até dizer isso aos professores é complicado. Mas pra eles também é né? porque eles tem que passar por um sistema de avaliação... os problemas são mais macro do que a gente imagina. Violência tem, descaso tem, da família... tem família que só tem interesse no benefício. Quando eu faço os atendimentos, sempre tento fazer com assistente social, porque às vezes ela enxerga outras... visões que eu como psicóloga não... não consigo vê.

E: E qual a sua opinião sobre estes tipos de violência?

P6: Fazer julgamento de valor é uma coisa que eu sempre tento não fazer. Quando a gente vai observar a família, a gente vê que é uma família que... né nem a palavra correta... desestruturada, é uma família que já passou por sofrimentos excessivos, então... aí a criança ou adolescente né, só tá sendo o estopim de uma série de problemas sociais, série de vulnerabilidades. Desde de falta de alimento até agressão do companheiro, que a criança não se reclama... é a criança surtada, que dava ataque epilético. Eu vejo que é um problema de ordem social. Muito. De falta de muita coisa, de ausência de muita coisa. Eu sempre tento olhar... ter um olhar mais abrangente possível. Mas é tão complicado... tão complicado, porque às vezes o problema é ali, a mãe... é difícil de... é uma usuária do sistema, difícil de entender né, e também não tem um déficit cognitivo... uma dificuldade de entender as coisas. Eu acho que... não é uma vez, é um atendimento que renova, às vezes é um acompanhamento. Quando eu cheguei eu fui ler o prontuário de alguns usuários né, vi um prontuário de um adolescente. A forma de atuação do profissional era... tipo de... o... como vou falar? Era... era tipo sair com o usuário, dá uma volta, o usuário era preso 24 horas. E aí eu fui sensibilizar pra mãe né. Que eu cheguei, me apresentei como psicóloga, se queria continuar o atendimento né, foi até que o antigo psicólogo me passou na mão, o caso, então eu tinha que ter um cuidado maior. Que é eu disse: olha... pela situação, pela minha abordagem, pela a minha forma de atuar, eu não tenho condições de sair andando com ele, como a mãe gostaria de fazer. Aí eu fui trabalhar a questão da corresponsabilidade familiar, que não tinha, sabe? E o adolescente fica preso 24 horas em casa. Como eu vi que eu não ia dá conta, porque o que ela queria, o que ela entendia que o psicólogo fazia era dá uma volta e conversar. Só que o rapaz é de 2 metros de altura rrsrs, deste tamanho (aponta a largura do usuário), Rá pensou? Se eu vo dá uma caminhada... ele passa mal, ele agride alguém, porque qualquer pessoa pode intimidar com ele, ele tem um limiar de frustração baixíssimo, acho que também pela situação familiar... não tinha condição... então até dizer pra mãe, que eu não ia fazer esse tipo de conduta né, até acionar o CAPS, pro CAPS começar a fazer esse tipo de atividade com ele, de levar pros grupos do CAPS né, onde ele poderia ter espaço, se expressa, pra sair. Mas assim... a mãe fez né, ele continua indo pro CAPS, se eu não me engano pelo menos uma vez por semana. E aí fica complicado... só o profissional tendo responsabilidade e família não tendo a corresponsabilidade de continuar o cuidado.

E: E qual o papel da Atenção Primária em relação ao preconceito que recai sobre as pessoas que são atendidas nesse nível de atenção

P6: O trabalhar os princípios da promoção né... os princípios da promoção e a prevenção. Na grande maioria das vezes a gente trabalha na medicalização sabe?, que é o que a gente vê, a gente trabalha com princípio, mas de fato é a medicalização que toma conta... dizer que os grupos são a solução? Não acho que seja 100%... porque é um processo, às vezes as pessoas não a... não se... não se prontificam a está nos grupos. Mas eu acho que o papel da atenção é esse. É ter esse olhar geral mesmo né... então de cuidar da saúde da mulher, da saúde do idoso, da saúde do homem, porque todos são saúde e também envolve questões mentais que não... como ti falei, não dá pra fazer essa divisão. E em relação ao preconceito... tentar minimizar, pelo menos com a equipe né, porque às vezes não dá pra tá em casa observando né... ah! Faz isso, faz aquilo... não é bem assim, mas pelo menos com a equipe, a conduta de pelo menos vai tentar receber, o medo que a equipe tem, medo de que aconteça alguma coisa, que o usuário agrida né. Acho que nem os próprios funcionários recebem uma capacitação, pra atuar no campo da saúde mental, como deveria ser, com a profundidade que deveria ser... E eles dizem mesmo, “ah! Eu não sei fazer isso não. Bota a enfermeira” E a enfermeira tem uma demanda tem uma demanda gigante! “ah! “Manda pro psicóloga”, aí se a psicóloga tiver no posto resolve, se não, chama o CAPS, aciona o matriciador, conversa com médico, ainda tá muito... às pessoas não veem que é uma corresponsabilidade de todos. Vê que é só! A psicóloga, só! E aí nem sempre a psicóloga resolve tudo porque... não resolve tudo, a gente não resolve tudo. A gente não tem essa... né?... na manga pra todo tipo de coisa, é um processo, só que na metade desse processo a família desiste, né que a família desiste, mas eu acho que de tanto já tentar, já tá num adoecimento inclusive familiar, cuidar desses cuidadores, é uma coisa que a gente já tá tão habituado, e a gente não faz. E a gente tem que tentar. Mas eu acho que o objetivo da atenção é esse olhar amplo. Esse olhar... que investiga, com a ajuda das agentes comunitárias da saúde, que elas às vezes sabem mais da saúde do usuário, porque a gente com uma visita, a gente não consegue detectar tudo, impossível, e elas vão lá, fazem visitas, moram na própria comunidade, então um surto que deu no final de semana... ou então um situação de violência que aconteceu, um estupro, qualquer coisa do tipo, elas tão sabendo né! Às vezes... E a gente pelos olhos delas, que a gente muitas vezes vai aprendendo, vai

observando: “ah! Ela sempre surto”, mas não é normal. Sempre surto e tá tomando medicação, não é bom investigar?. Tá há nove anos renovando receita, não é bom dá uma olhada? São essas coisas também de... de violência que a gente tem que fazer. E uma comunicação melhor. Um sistema especializado, a gente ainda tem uma comunicação muito falha, muito de... de... encaminhar. Encaminhar mesmo no papel né, da onde for, e não tem esse retorno. O encaminhamento vem faltando informação, o encaminhamento vai, que acontece, faltando informação e não se liga, não se pergunta, não... não tem esse momento. Acho que pelo tempo, é muita coisa.

E: E essa temática, em relação ao preconceito, ela é trabalhada nos projetos terapêuticos individualizados?

P6: Pra construção do PTS né, a gente escolhe diversas situações, de contexto clínico e contexto socioeconômico né. É trabalhado? Sim. Mas não é aprofundado. Por exemplo, tem as gestantes, gente tem um número de usuárias gestantes relativamente grande, e nos grupos de mulheres é tratado, é clínico “ah! o bebê é isso, amamentar é isso né, tamanho, o parto”, é isso. Mas não são trabalhadas as questões muito psicológicas. Tanto é que a minha possível intervenção, seja mais nessa questão dessa abordagem. Porque não é perguntado pra mãe se ela tá bem... o bem dela é se o bebê está bem, e ela? O corpo dela? Assim, o que é pra ela essa gravidez? E aí a quantidade de mulheres que... “não é depressão pós-parto, depressão associada ao puerpério”, e a gente não... não tem... assim, investigar a fundo, porque nos grupos é pouco trabalhado, porque já tá tudo batido, é daquele jeito, é o curso e no final recebe certificado, primeiro mês é assim... segundo mês é assim, e a gente vai entrando aos poucos nos grupos pra ir colocando a questão da saúde mental da mulher. Tanto é que a gente não tem prevenção pra diagnóstico de... por exemplo, Alzheimer, a gente vê essas mulheres esquecendo e a gente pensa: “essa mulher tá muito nova, já tá esquecendo essas coisas”... por isso que eu acho bom ficar nas interconsultas, porque ela pergunta uma coisa e eu pergunto outra. Eu tenho a sensação que fica mais completo né! E pra usuária fica. Tanto é que os casos que a gente diagnóstico com depressão associada ao puerpério, comportamentos depressivos, foi na própria interconsulta.

E: E os grupos terapêuticos, como é que é montado e a demandas que são trabalhadas?

P6: O grupo de práticas corporais ele é montado pra comunidade né, então ele é aberto... não é uma grupo fechado... então tem dias que vem muito, tem dias que vem pouco. As temáticas trabalhada tem haver às vezes com o mês ou com a necessidade que eu observo, que a equipe observa, “ah! Hoje vamos fazer um teste lá de glicemia, diabetes, HIV sífilis... aí outro dia vamos falar de alimentação...” coisas bem, gerais. Depende muito... não é bemmm pensado... “hoje a gente vai fazer isso, tal, tal, tal”, é pensado mais na equipe multi e feito. E só repassado pra gerente né, pra ela saber, de como é que fica com os grupos. Grupo de mulheres, hoje a gente não tá tendo no posto grupo de mulheres, pela demanda altíssima né, o grupo de mulheres é um grupo semi-fechado, é um grupo operativo semi-fechado, porquê? Porque começou com a ideia de... eu tava fazendo muitos atendimentos de mulheres, era mulheres ansiosas, com comportamentos depressivos, de violência familiar, de... de questão de vulnerabilidade muito alta... mais ou menos nesse perfil. Então tinha que ser um grupo né... fechado, pra que o grupo caminhasse junto. No próximo ano né, vamos começar de novo pra ter um grupo realmente operativo. Realmente um grupo de... autoajuda, implicação, relacionamento entre elas. Tanto é que no primeiro encontro elas mesmas se apoiavam, a gente tava lá só de coadjuvante. Os temas era pensado por elas... o primeiro tema foi sobre câncer de mama... o outro grupo foi uma mulher que contou uma história de violência que sofreu do companheiro e elas mesmas se apoiaram. Depois ia ter um momento de educação em saúde, e aí depois ia ter uma atividade, podia ser uma atividade de artes né, pintar... bordar, podia ser um filme engraçado, uma atividade de massagem terapêutica, podia ser uma oficina de sensações, que a gente fez e elas adoraram assim. Então a gente vai construindo aos poucos assim. Mas a gente ao final pergunta uma devolutiva... vocês querem na próxima o quê? Tanto é que a nossa confraternização de final de ano elas quiseram sair, então vamos sair... isso no grupo de mulheres. No grupo de hiperdia, começou com algo bem clínico... O que é hipertensão? O que diabetes? Qual a importância de uma alimentação saudável? Aí teve uma oficina de sensações, que a gente viu que tinha necessidade de ter, até mesmo pra ter um acolhimento melhor e vincular o grupo, ter uma identidade, porque se não a gente tinha perdido todo mundo. No grupo de planejamento familiar, era essa questão de métodos contraceptivos, a vida familiar do planejamento, a gente tentou levar teste de sífilis, algumas não quiseram fazer, aí a gente foi tentar conversar, pelo medo né, do companheiro ter, então ela preferiu não saber... é muita coisa... é um universo assim... depende do grupo, depende do meio, depende de como é que tá os indicadores que a gerente passa pra gente... A gente tenta. Então é... muita coisa.

E: Tem mais alguma coisa que você queira colocar que não foi contemplado aqui nessa entrevista? Que tem relação com a temática do preconceito.

P6: Eu falo muito rrsrs... Não sei, eu acho que um dos desafios é integrar os profissionais que saúde mental é saúde primeiramente, ah! É doido... não é um ser humano em sofrimento psicológico, é um ser humano que tá passando por essa e essa situações. Eu acho que integrar a equipe... a dificuldade da equipe pensar, que a maioria dos comportamentos que a gente vai colocando, são adquiridos né, é claro, a gente vai trabalhando aos poucos... Mas a maior mesmo é integrar a equipe, não é O Psicólogo! Que vai trabalhar no campo da saúde mental, é os profissionais que vão tá no matriciamento, que vão participar das interconsultas, são os ACS que vão ter o olhar também, de trazer o que eles acham, não que a gente vai aceitar de tudo isso, que a gente vai ter um olhar balizador sobre as coisas, mas a maior dificuldade é nesse sentido da equipe, de parar a concepção de quem vai pro CAPS é louco, de quem toma medicação é louco, toda hora tem que tá vigiando, tem que tá em cima se não vai fazer alguma coisa.

Nome: P7 **Duração da entrevista:** 24min e 15seg

Idade: 28

Ano de formação: 2014.1

Local de formação: UFPR

Abordagem teórica: Estou fazendo formação em Análise do Comportamento e adoto ela.

E: Há quanto tempo você trabalha nesse serviço?

P7: Aqui do NASF? Tá recente, desde julho... recente, foi a minha primeira experiência assim né, na atenção primária. Já trabalhei clínica, trabalhei em centro especializado em neuropediatria e... só, nas clínicas.

E: Como é pra você, trabalhar em saúde mental?

P7: Ah! Agora tá sendo bem diferente rsrsrs, você diz no contexto da atenção primária né? porque... Na verdade, saúde mental a gente pega também no contexto da clínica né, querendo ou não. Mas tá sendo uma experiência diferente, pelo trabalho multi né! pelo trabalho multi, pela... Acho que essa é a grande diferença. É uma outra visão né, no contexto da atenção primária pra uma clínica... A diferença é isso, é o trabalho com outros profissionais, esse vínculo que a gente tem com o paciente... até de você fazer uma visita né, domiciliar assim. De vê o sujeito ali no seu contexto do... do dia-a-dia, enfim, coisa que a clínica às vezes não permite né. A gente tem contato com a família, com a escola, mas é... dentro do consultório, às vezes né. Agora, como é pra mim, trabalhar com saúde mental?... essa pergunta... rsrsrs, É desafiador né, porque às vezes você tem, o conhecimento teórico, mas você tá ali com aquele sujeito, às vezes em crise, com um sofrimento muito grande né. E... e muitas vezes, você tem que esquecer o que tá nos livros e tá ali disponível pra uma escuta né, acolhedora... por posicionamento que não tá no livro né. É como pessoa, como profissional, na sua ética, no seus valores, enfim. Acho que envolve isso também. Não é só você seguir aquilo né... “ah! Você tá sentindo isso, tá sentindo aquilo, então vou mandar pra... né!”, não é essa coisa tão rígida.

E: Como é seu trabalho, me conte um pouco que atividades e ações você executa no seu cotidiano?

P7: Então, tem os atendimentos individuais, que não é o foco né, mas tem. Aí atendimento compartilhado com outros profissionais, às vezes, no caso do... No NASF da nossa equipe tem nutri, assistente social, fisioterapeuta e educador físico. Aí eu já realizei atendimento compartilhado com o fisio, com assistente social... com a nutri eu acompanhei uma vez, é uma vez. E aí tem esses atendimentos que pode ser feito também com enfermeiros ou médicos, mas esse eu não cheguei a fazer né, até o momento. Aí tem os atendimentos em grupos. Os grupos né, do próprio centro de saúde, é o hiperdia, de gestante, tem o... o grupo de mulheres, que seria o grupo de saúde mental, mas a gente denominou como grupo de mulheres até pra não taxar né, “ah! Vim pro grupo de saúde mental... ah! Você é meio fora da casinha, então vai lá pro grupo”então a gente...grupo de mulheres. Aí tem o grupo... o grupo que o educador físico ele conduz de práticas corporais né! aí a gente participa junto e tem o de convivência que é com os idosos, que a gente participa também desses. Aí tem atendimentos domiciliares, visitas né... domiciliar. Aí tem o contato com outros setores né, escola... a gente já fez visita em escola, pra discutir casos de paciente que a gente tá acompanhando... CRAS também... a gente tem esse... tem que ter esse contato né! CREAS e aí o CAPS também que tem os matriciamentos, uma vez ao mês. Aí as discussões de caso, de quem vai pro matriciamento com o psiquiatra né. E basicamente é isso... acho que eu não esqueci nada não... Os atendimentos compartilhados é na mesma sala, por exemplo, às vezes eu to atendendo um caso lá, um jovem adolescente, que aí eu vi que necessitava de um fisioterapeuta, aí eu fui lá chamei e ele já veio, tava disponível né, aí a gente fez a consulta junto e já fez o encaminhamento que era necessário, enfim. E tem também a educação em saúde, por exemplo, do mês de setembro... setembro amarelo, novembro azul... às vezes a gente faz alguma ação, ali na sala de espera ou nos próprios grupos. O pessoal fez o novembro azul uma ação, o terço dos homens lá na paróquia da comunidade. Aí eles foram até lá... Basicamente assim né, é isso. Teve uma mobilização social da escola que a gente participo, contra o abuso infantil, eles fizeram uma passeata, ali no bairro, e a gente foi junto né. Acho que ações são essa né! Tentar tá inserido né... é uma equipe de apoio e não é referência. Tanto é que agora os grupos não mais acontecendo em uma Unidade lá, porque as enfermeira que tem que puxar né, tá a frente, não tão fazendo isso. E aí a gente como equipe de apoio. Nos primeiros a gente tava junto, mas a gente viu que ninguém foi atrás aí... aí não tá acontecendo, só o de mulheres que tava acontecendo. E mesmo assim, acontecendo o grupo de mulheres, a gente vê a dificuldade com o serviço de saúde. A gente avisa e aí só foi uma senhora, teve outra que foi no outro dia, então... a gente não sabe onde tá a dificuldade né. Parece que a coisa não continua.

E: O que você entende por loucura?

P7: Loucura? É um estado fora do... Não sei, é um desequilíbrio, talvez. Um desequilíbrio emocional, psíquico... Acho que é isso.

E: Baseado em sua experiência de trabalho, existe violência em relação ao que a gente chama de doente mental? Cite exemplos

P7: Violência... Violência! Não. Acho que talvez há uma negligencia, às vezes até dos profissionais. De às vezes taxarem a pessoa... ou não darem tanta... o suporte às vezes necessário, “Ah! Ele é assim mesmo... pra que... sempre tá aí né, sempre tá...” Bom, eu já vi isso lá, lá no centro de saúde. Então... talvez negligencia né, envolve também o

preconceito, porque se você já taxa de louco já uma... uma... ah! Esse aí é meio louco. Acho que já é um preconceito, com certeza. E até essa questão que eu citei do grupo de mulheres né, não falar que é um grupo de saúde mental, a gente que dizer que é um encontro de mulheres, mas o objetivo antes era de formar... eram queixas né, mesmas queixas que as mulheres tinham, de questões de saúde mental né, só que a gente não queria taxar esse grupo como grupo de saúde mental... “ah! Eu vim pro grupo de saúde mental” porque as pessoas olham de outra forma né, ela não se sentem às vezes bem, aí pros outros, os outros escutam, tem isso... não só nos profissionais, mas nos próprios usuários ali né. E aí não sei se deu pra entender rsrsrs.

E: E o quê que você acha sobre essa construção da saúde mental? Dessa negligência citada por você.

P7: É eles tem até vergonha de ser encaminhado pra o CAPS, “ah! Não vou lá não, porque lá só tem louco”, até eles mesmos falam isso. É algo que tá construído, permeado de muito preconceito né. “Eu sou paciente de saúde mental!” Então eu acho que algo que precisa ser desconstruído.

E: E seria como essa desconstrução?

P7: Ah! Aí é rsrsrs, como? Não tenho ideia... Como desconstruir? Talvez, primeiro formando, treinando, capacitando os profissionais né, dando conhecimento através das EPs, educação permanente... sobre o que é a saúde mental, o que é um paciente assim, como a gente pode acolher, como a gente pode lidar... Se os profissionais viessem perguntar sobre o que é a loucura pra mim... talvez responderia dessa forma que eu ti disse, que é um momento da vida da pessoa que ela está em um desequilíbrio, que ela precisa de um auxílio né, que todos nós passamos por isso né, de diversas formas na nossa vida, nem sempre a gente tá num... talvez dessa forma, não sei se é uma desconstrução sobre a loucura, que eu não seja preconceituosa... não sei... tenho que refletir sobre isso rsrsrs.

E: Qual o papel da atenção primária então, em relação ao preconceito que recai sobre as pessoas que são atendidas nesse nível de atenção?

P7: O papel da atenção primária? Talvez não esteja acontecendo, mas tentar desconstruir isso, acolher, esse usuário, às vezes que... que é taxado né!, muitas vezes pelas as pessoas ali que convive.

Acolher, fazer os encaminhamentos, dar esse suporte né! Num sei, acho que é assim.

E: Essa temática, da desconstrução do preconceito em relação a loucura é algo que é abordado nos projetos terapêuticos individualizados?

P7: Pois é, eu só participei de um, pra falar a verdade, do plano de cuidado, desses projetos do plano de atenção. Mas era outro viés, então não tenho muito conhecimento pra falar a verdade sobre isso. Mas que deveria acontecer, com certeza.

E: E nos grupos é abordado? Que demandas são trabalhadas?

P7: Abordar isso nos grupos? Nos que eu participei, eu não vi. Na verdade no de mulheres né, a gente trabalhou algumas questões. No primeiro encontro o que é ser mulher... e aí no segundo a gente entro no tema do que elas vivem enfim... mas como eu disse, só foi uma mulher e não deu pra gente né, dá uma continuidade. Já participei de outros grupos, aí a temática depende, do hiperdia, a gente já trabalhou sobre alimentação saudável, sobre atividades físicas. O de gestantes foi o primeiro grupo, que a gente se apresentou, fez uma dinâmica né, sobre mitos e verdades, sobre a gestação, foi mais esses temas. Aí a educação em saúde é vinculada aos temas do mês... suicídio... outubro rosa, saúde da mulher. A própria equipe pensa a temática, a enfermeira dá uma sugestão e no próprio grupo também a gente pergunta sugestões e ideias pros próximos né. Até no hiperdia eles que sugeriram a atividade física, que eles queriam saber mais. Então a gente tem o momento da escuta né. Fala “ow o quê que vocês querem...”, em termos de sugestões né. Mas por exemplo, no grupo de mulheres não veio nenhum tema assim, que elas gostariam de abordar. Aí a gente que elabora né, alguma atividade. Mas é basicamente assim. E a seleção dos participantes é assim, no de mulheres, era mulheres que a gente tinha atendido individualmente, tanto eu e a outra psicóloga da residência e que tinham queixas de... depressão, às vezes alguma outra condição né, bipolar... dificuldade de relacionamento com o marido... que tem muito, que o marido é grosso, às vezes sofre violência né, fica cuidando dos filhos, enfim, são várias questões. Aí a gente junto né, selecionou as mulheres e convidou elas pro grupo de mulheres né! foi dessa forma. Aí dos outros é hiperdia, pra quem tem hipertensão né, diabetes... de gestantes... aí tem também o de convivência que são os idosos, mas tem também gente que ainda meia idade que participa. E tem também de práticas corporais que é bem grande, aí vai quem quer participar. Mas aí até nos atendimentos individuais tem mulheres que a gente encaminha pra esses grupos né, teve uma até que falo, que ela não foi pro grupo de práticas, mas ela se matriculo na academia e tava fazendo bem pra ela. A gente tenta encaminhar pra esses dispositivos que a gente tem né que serve como auxílio, usa como suporte pra encaminhar esses pacientes.

E: Você quer colocar mais alguma coisa, sobre os seu desafios do NASF e relação a temática do preconceito.

P7: Ah! É trabalhar assim, com... com as outras equipes né... é da conta daquela pessoa que às vezes vem pedir o auxílio e ajuda enfim, a gente... por ter muita demanda e dá conta de três territórios né, isso é uma preocupação. Porque o pessoal vai lá uma vez, duas vezes, aí as vezes... a gente tem que avisar a pessoa, ter o contato através da agente de saúde, aí a agente de saúde entra de férias e aí o que a gente faz... entendeu? É muita coisa... acho que esse é o desafio do dia a dia de dá conta de tudo isso. Isso de trabalhar com as equipes, que às vezes não... não dá muito certo, tem

equipe que a gente consegue né, fazer um trabalho, num é o ideal, mas flui um pouco. Tem outras que é difícil, porque lhe dá com pessoas né... E aí é bem truncado mesmo. Tem território que num... num vai. Acho que é isso. Agora eu lembrei até dum paciente que ele vai no grupo de práticas, em relação essa questão do preconceito... e mesmo você não sabendo, você sabe que ele é um paciente que requer um outro cuidado, enfim... os próprios usuários às vezes excluem a pessoa né, e a gente tenta conversar, inserir, enfim, mas é algo difícil, que tá meio que... permeado assim né, nas pessoas que a gente não consegue... é... entrar no outro e tentar né... colocar na cabeça, enfim, tentar colocar essa ideia de acolher, de que ali também é um sujeito, que tem seus direitos, que pode tá ali com a gente, enfim. Acho que é isso.

Nome: P8 **Duração da entrevista:** 36min e 25seg

Idade: 28

Ano de formação: 2013.2

Local de formação: UFC SOBRAL

Abordagem teórica: Análise do Comportamento

E: Há quanto tempo você trabalha nesse serviço/trabalho?

P8: Seis meses. Já trabalhei seis meses em outro NASF e um ano e meio na educação, com desenvolvimento de pessoas e um ano no CREAS.

E: Como é pra você trabalhar com a Saúde Mental?

P8: É uma área desafiadora. Uma área que pra nós da atenção básica ela também aparece né. Ela não é somente. A gente acaba até vendo, bem menos que em outras áreas. A gente acaba atendendo pacientes mais de... do... da rotina dos programas né! Gestantes hipertensos, e quando chega né, o paciente da saúde mental, o quê que a gente encontra? Uma dificuldade pela baixa capacitação dos ou... né nem incapacitação, é como se fosse a baixa habilidade dos outros profissionais. Aí às vezes já vem pra nós da psicologia, como se nada tivesse sido feito até chegar na psicologia né. Como se o médico, o enfermeiro, o agente de saúde, o nutricionista, os outros da nossa equipe, até de NASF né. Quem até colabora, nessa participação às vezes é o assistente social, que tem essa visão também um pouco de saúde mental, que facilita né? aí assim, é bacana né, a gente gosta porque é a nossa área de atuação que a gente passa a formação toda trabalhando a saúde mental, mas que aí acaba, não tem às vezes aquele amparo nas outras áreas. Caso precise, do auxílio de um enfermeiro, ele não tá disponível pra trabalhar. A gente tem que tá trabalhando com, é...encaminhamento intersetoriais, é CAPS, é hospital ou clínicas né, porque a gente pra cuidar a saúde mental no NASF é bem mais reduzida, principalmente nós do serviço. Quem tá no... na residência, tem menos territórios, no caso a minha equipe, a gente tem seis territórios. E aí a gente passa... em dois territórios, então eu vo um turno por semana praquele território. E todos os outros é um dia por semana, então é um dia por semana por cada território, então a gente não consegue às vezes ter a continuidade, toda semana atender a mesma pessoa. Quinzenalmente às vezes, se eu não tiver lá no pé delas, pra elas remarcarem a pessoa de novo né, elas não remarcam, elas acham que... “ah! mais você já atendeu a pessoa”, eu já tive um problema com a enfermeira que é responsável pela remarcação que eu disse... ela disse “ah! mas sua fila de espera tá muito grande, eu num sei, mas você tá só remarcando gente” eu disse, eu sei né! eu tenho que remarcar, eu tenho que vê de novo. “E o da espera?”, o da espera, espera eu dá alta a um pra poder chamar o dá espera né. Então assim, eles não tem a... a, prática do cuidado continuado porque eles visam mais o atendimento... atende todo mundo de primeira vez, depois atende de novo todo mundo de primeira vez. E aí é isso que é desafiador e a gente acaba tendo que usar dos encaminhamentos intersetoriais, mandar pra um canto pra outro, porque a gente sabe que nesse outro canto ele vai ter né! Aí a gente acaba ficando no NASF achando que a gente não quer fazer nada, porque a gente acaba ficando com os mais simples, porque os mais simples eu posso fazer atendimento a cada um mês. E até assim, a própria equipe, critica, porque acha que a gente tá querendo fazer clínica. A equipe é a equipe no NASF no caso. É porque a proposta do saúde da família não é clínica é preventiva, a gente sabe, eu sei de toda a teoria, mas a gente que dá uma ajudinha, porque a gente sabe se for pro CAPS ele vai voltar né, é um paciente que não tem dinheiro pra pagar uma passagem pra clínica das faculdades porque é de graça mas ele tem que pagar a passagem né. E assim, a gente tem fazer mas... eu tento atender, mesmo tendo gente da equipe dizendo “ah! isso não é papel do NASF, você tá fazendo clínica, você tem que fazer prevenção”mas é uma coisa que posso tá trabalhando ali, né, aqui, quando eu venho pra cá, são mais territórios a mais, além desse seis, tenho três territórios de referência, que não tem psicólogo atuando e quando é necessário eu venho. Aí eu venho uma vez no mês aqui. Quando a gerente me chama e minha gerente me libera, do território que eu tenho que tá. Vê a complexidade, a gente nem consegue fazer o que quer, quando tenta... quando tenta até consegue, mas não recebe o reconhecimento, a equipe vê. O gerente da unidade, o enfermeiro, adora quando eu to fazendo clínica, porque vê que eu to... trabalhando, porque as outras coisas eles não consideram bem... fundamental, mas aí a equipe, reclama. É complicada ainda. Mas eu to... to conseguindo seguir né. Com criança, aparece muito criança com problema comportamental né, que a gente chama. E aí pra não manda ele pra casa pra nada, eu pego faço um grupo, um grupo operativo que ele chama? Faço o grupo operativo, fico trabalhando habilidade social, faço 4 ou 5 encontros com aquelas crianças né, eu to trabalhando com proposta de NASF, faço orientação de pais e então, caminhando dando uma diminuída naquela demanda que vai vir, vai fica vindo, não importa eu dizer que não é demanda vai ficar vindo de novo. A questão de pacientes psiquiátricos mesmo, a gente tem o apoio do matriciador, e aí é onde a gente vê a evolução mesmo né, o matriciador chama a gente pra atender, compartilha o caso se a gente não tá atendendo junto, ele bota lá no prontuário continuar acompanhando, vai fazer visita e aí a gente consegue. No território que não tem matriciador aí é mais difícil, porque quem passa a medicação é o clínico geral né, e aí num bate né? o

próprio usuário não gosta, a família não quer... Aí manda pro CAPS, a gente não sabe o quê que ele tá recebendo lá no CAPS, porque não vem no prontuário né! Eu acho que era bacana o serviço unificar, tem Unidade que funciona bacana é assim... “Eu vo pro CAPS”, eu vo á no posto pego meu prontuário, o profissional do CAPS evolui no prontuário dele da Unidade e ele vem e devolve o prontuário. Aí a gente acompanha. Tem posto que não funciona assim, eu tem um paciente que eu to acompanhando, lá não se sabe nem qual é o remédio que ela tá tomando, qual a prescrição... e assim a gente não acompanhar né, a gente faz meio que dois trabalho separado. De certa forma alguns casos a gente vê melhora, outros casos a gente vê que é só um paliativo, é só... tá tendo atendimento? Tá tendo atendimento. Tá sendo atendido? Tá sendo atendido. Em seis meses eu tive dois casos bem bacanas, de esquizofrenia, que o rapaz já tá bem melhor, mas ele mora visim ao posto, aí isso facilita, porque ele sabe que nosso carro tá lá aí ele chega. Eu acho que facilita pra ele. Sei nem se respondeu rrsrs.

E: acabou entrando na próxima pergunta. Conta-me que atividades/ações você executa no seu cotidiano de trabalho?

P8: Pronto a gente faz atendimentos individuais, atendimentos domiciliares, todos os dois podem ser compartilhados, a gente faz grupos... é... atividade de grupo, como é que a gente chama? É... mas grupos que são contínuos que é hipertenso, diabético, gestante né, o de convivência, em relação a saúde mental... o grupo de convivência que alguns postos consegue manter, outros não, outros eles dão aquela responsabilidade para o NASF, quando não tem o NASF não tem o grupo de saúde mental. Quando a psicóloga não tá não tem o grupo, e a gente tenta capacitar as agentes de saúde que elas podem promover um grupo de convivência né, que a gente não chama de saúde mental chama de convivência, elas podem prover um grupo de convivência. A gente pode planejar a ideia... e elas executarem né. Faz grupo operativo, que em dois territórios consegui, tem um que tá seguindo e vai bem, é... ansiedade e depressão, só pacientes com ansiedade e depressão, são... são pacientes com queixas semelhantes né e dependendo da idade. E aí o que tá fixando, ele já tá desde que eu comecei, já tá com 4 meses, encontro de 15 em 15 dias. São de paciente s de idade adulta, de 25 a 40 anos porque realmente com essa... Aí chega aquele papelzão lá, “Psicólogo... ansiedade e depressão. Psicólogo... ansiedade e depressão”, aí não tinha como, se fosse pra eu atendo um... a gente criou esse grupo operativo... a gente tem a fisioterapeuta que dá técnicas de relaxamento... a nutricionista que falou sobre alimentações que podem melhorar o sono né. Tudo isso a gente vai incorporando. E... já quando é com idoso a gente não consegue, no grupo de idoso a gente trabalha saúde mental. Sempre tem uma parte de saúde mental e uma atividade. Aí faz educação com o adolescente né, relacionando a... violência na adolescência, já fez só isso... Bullying, suicídio... foi trabalhado em dois distritos o tema do suicídio na adolescência. São essas as atividades.

E: Já que foi trabalha com temas de saúde mental. O que você entende por loucura?

P8: Essa pergunta rrsrsrs olha as perguntas... É ... Na verdade é um estado né! eu entendo como um estado, até pro próprio pacientes quando eles tem uma... rejeição, resistência, quando eles tem resistência em tomar a medicação né, o próprio vir ao posto alguns não querem. Eu sempre associo, eu gosto de associar as doenças, a qualquer outra doença né. É um estado que você está agora, como o diabético, o diabético vai ter diabetes à vida toda, ele vai ter uma crise, em certos momentos, que ele vai precisar talvez de internação, de uma medicação mais forte na veia. E vai ter a época que ele vai tá estabilizado. Ele não vai deixar de ter a diabetes. É uma doença. É uma doença comum, aí eu tento associar essas doenças que são corriqueiras. Doenças que tem que tomar remédio a vida toda e ninguém tem a mesma crítica que tem contra o psicofármaco né. E aí eu acho que é assim, é um estado, é um estado que a pessoa tem que ter mais cuidado e que pode acontecer muitas coisas né, nesse momento, talvez ela saiba ou não. Um momento.

E: Baseado na Baseado na tua experiência de trabalho, existe relação de violências para com o essas pessoas que estão neste estado? Cite exemplos de seu cotidiano

P8: Hurrum. Existe sim. E às vezes até a gente não sabe como agir, eu lembrei de um caso, que quando veio pra gente, pra nossa visita domiciliar era... cárcere, tinha dizendo que tava em cárcere, quando a gente visitar realmente tinha uma grande né, na porta do quarto dele certo? E aí a gente conversando, eu e o assistente social, pra né..., pra gente conversa, aí a família, duas irmãs cuidam dele e a mãe. E aí a gente começou a tentar entender porque ele tá naquela condição... porque que não diminuía, porque que não deixava aberto... E aí elas foram, né, desabafar. Que ele tinha sido acompanhado desde de pequeno no CAPS, na época do hospital, foi internado, foi pro CAPS, já foi tomado toda a medicação, ele toma... esqueci até o nome agora, ele toma medicação que é pra paciente em UTI, ele dorme 3 horas por noite... É a medicação mais forte, ele dorme, 3 horas por noite. E aí agora a mãe dele tá com Alzheimer e ele fica perturbando, aí por isso botaram a grade. E aí assim até que ponto né... aí a gente fico, meu Deus, é violência né? Elas, às vezes até usam da força né. Mas... nesse caso específico vem a violência por ele tá preso né, na sala, mas a gente até não interpreto. Em outros casos, a gente também vê a violência maior, que a gente tem encontrado é negligência certo? Violência mesmo de agressão... de agressão a alguém que não tá sendo controlado, a gente nunca atuou. Vem mais a negligência e esse tipo de caso né, é pra proteger a vida, do outro. E aí a gente fica naquele meio termo né. Até que ponto... a gente tentou vê melhorias, nesse caso a gente tentou vê melhorias. “Ah! porque você não bota grade só até a medade? Só pra impedir que ele...”. Mas a gente vai tentando aos poucos. Já os funcionários dos postos tratam bem, até porque quem vai ao posto são os que estão bem. Então os funcionários tratam bem, conversam... Nunca presenciei nenhum caso não, eu vejo bem cuidado.

E: E o que você pensa dessas situações de violência, do preconceito aos chamados doentes mentais?

P8: É a gente que é dessa área a gente não concorda né! Eu acho que seria... o caso, uma maior explicação pra toooodo mundo, inclusive pro sujeito porque ele se intitula também muitas vezes né, que sou doente mental, que sou... não né nem... eles usam termos mesmos né, que eles mesmos escutam falar e eles repetem né, só que eu acho que é uma terminologia forte. É... é cultural também né, o preconceito. É a história de achar que é incapaz, que não consegue, que vai ser assim mesmo. O quê que a gente tem visto. É a questão do benefício do INSS que às vezes eles querem... hoje mesmo eu atendi um surto, que a mãe quer porque quer... já foi no CAPS, voltou que não tem. Né? E aí veio pra mim, porque queria uma coisa minha pra levar pro CAPS de novo, ele tem surdez, ele usa aparelho e é calado, tímido. E às vezes família... aí surge a desconfiança, que a família quer comprovar algum adoecimento mental, pra buscar o benefício. E aí são inúmeros né... O preconceito existe, de dizer “o doidim, o fulanim”, mas dentro mesmo do posto, os profissionais, eu não tenho visto isso não. Graças a Deus, eles acolhem quando chegam... tem que tá atento, tem que tá atendo e fica observando, “ow o fulano tá ali”, aí chega senta, conversa né. Mas o preconceito maior às vezes é... tem problema mental, e é usuário de drogas, e aí sim... o preconceito aumenta e aí não se sabe o quê que é o que né. Fica naquela se é doente mental porque usa droga, ou usa droga porque é, e aí o estereótipo é mais forte.

E: Qual o papel da Atenção Primária em relação ao preconceito que recai sobre as pessoas que são atendidas nesse nível de atenção?

P8: Eu... eu, a gente né, a gente procura informar, que é uma doença comum, uma doença como qualquer outra, não comum né, é uma doença... é um adoecimento que qualquer um pode tá sujeito. Então eu acho que a atenção primária tem a importância de informar, é de promover a inserção... não a inserção fora porque a gente não consegue fazer o que se propõe né, não consegue ir pra comunidade, realmente às vezes a comunidade que vem. Mas trazê-los né, trazê-los ao posto. Na escola... eu já fiz eventos... os nossos pacientes, do grupo de convivência a gente fez o grupo na escola e por mais que eles não tivesse na escola, eles tavam dentro de um contexto que não era... então eles acabam convivendo né, com crianças, com outras pessoas fora do meio. E eu acho que o papel é esse... informar, cuidar do... dos... dos cuidadores também, a gente tenta né, fortalecer o cuidado com os cuidadores, porque o cuidador se desgasta bastante, adoce, muita das vezes já faz uso de alguma medicação, pelo cuidado, que acaba adoecendo né. Os familiares, porque às vezes os familiares não entendem né, nem sempre o cuidador é o familiar, às vezes eles contratam alguém porque a família não... não se dispõe a entender aquele caso. Aí eu acho que o que a atenção básica consegue fazer é isso. Até porque a gente lidar com pessoas em alta... em alta, fora de crise, que ele pode ir prum grupo tranquilo, ele pode, ele vai, ele conversa, ele... ele interage. Ele não tá... correndo o risco de tá... de agredir alguém, ou colocar risco a vida né. E com os profissionais... desde que eu entrei não foi feito nenhum... tá proposto, mas desde que eu entrei não foi feito nenhuma EP, a gente fez de suicídio, mas que não é bem... a questão da saúde mental. Mas que é proposta, se a gente permanecer fazer EPs sobre a... a... o acolhimento, a triagem desses pacientes, porque, pelo fluxo comum, é pra vim pro psicólogo depois que tiver passado pelo enfermeiro, pelo médico, deles terem avaliado o paciente e ter dito né, se é perfil de CAPS, ou de NASF, de onde for... e não é isso que tá acontecendo, tá acontecendo assim, “eu quero, marca pro meu filho pro psicólogo por cauda disso”, aí tá lá, o carimbo da enfermeira, parece até que ela converso, mas se você for perguntar... o que foi? Tu sabe mais alguma coisa dessa pessoa?. “não, não sei não, chego aqui pedi e eu carimbei, e mandei”. Então assim, a gente quer fazer uma EP mais é mais quanto a isso, quanto... o quê que eu enquanto enfermeira ainda posso fazer? Até quanto eu espere a psicóloga... Eu to lá todo dia, porque que eu tenho que esperar até quinta-feira pela psicóloga? Pode fazer uma escuta né, uma triagem bem feita, porque às vezes ele vai esperar por mim e nem era eu que podia fazer alguma coisa.. Porque quando eu entrei, fico três meses em psicólogo, nas áreas que eu entrei, então esses três meses ele ficaram sem grupo, porque não tem o profissional. Se não tem nutricionista não faz grupo de hiperdia, se não tem um educador físico não faz... entendeu? Então assim eles tão muito fechados, a não promover, porque tem o NASF pra fazer. Mas tudo não é generalizado... tem profissionais que são maravilhosos, tem profissionais que não... tem lugar que tem a colaboração, tem lugar que não.

E: Essa temática da desconstrução do preconceito é trabalhada nos projetos terapêuticos individualizados?

P8: Ainda não... nunca foi, depois que eu entrei, mas faz pouco tempo, pelo menos os únicos que cheguei a fazer não foi de saúde mental.

E: E nos grupos?

P8: Sim. Pelo menos em dois grupos a gente trabalhou. Não é uma temática que a gente consegue uma constância. O que eu trabalho num território eu não consigo fazer em todos. Em dois grupos a gente conseguiu trabalhar isso aí, foi naquela que eu falei, que a gente trabalhou sobre medicações, sobre o preconceito sobre medicação. Não é pra ter preconceito nem pela medicação nem pelo estado, que é uma doença e tal, a gente trabalha. Foi justamente nesse grupo que tinha pessoas mais jovens, de 25 a 40 anos, que eram pessoas que a gente sabe que tem mais acesso a informação né. Tem um nível e estudo mais elevado, então uma população que a gente consegue dialogar quanto a isso né. Quanto aos mais idosos a gente não consegue entrar em temas muito reflexivos, preferem só atividade, a brincadeira, o entretenimento, eles não querem uma conversa que reflita. Eles não gostam muito. A gente acaba indo muito pelo perfil do grupo, cada grupo tem seu perfil. A gente não consegue fazer uma coisa só em todos. Os temas a gente pergunta no primeiro grupo né, a gente faz a pergunta “quais os temas que vocês gostariam de ter?” aí do mesmo jeito, como teve esse grupo de mais jovens que pediu pra entender sobre medicação, aí foi a farmacêutica explicar os processos ativos mesmo da medicação no cérebro e eles gostaram. Já no grupo que tem um perfil mais de idoso, que só é mais depressão,

que só é mais mulher. Quando é idoso é mulher e sintomas depressivos, a gente só faz mesmo atividade física, atividades manuais, pra estimular... porque elas reclamam muito de perda de memória, aí a gente trabalha memória, pela minha pós em neuropsicologia né, aí eu começo a trabalhar coisa mais relacionada a... a... a, ao envelhecimento do que a própria saúde mental. Porque a gente acaba compartilhando com os outros colegas, aí acaba... entende que não é bem um adoecimento mental, é um conjunto, da idade, do contexto social que não tem muito o que fazer no distrito, dos companheiros que... a maioria dos companheiros elas reclamam que são brutos, bebem, agredi né. E aí a gente nem chama de saúde mental, a gente chama de aqueles que tomam a medicação, que todo mundo que tem toma, que tem uma dispensação de clonazepam ou fluoxetina durante tempo, eles são os frequentadores desse grupo. Porque a gente sempre tenta prender pela medicação... quem vem receber tem que vir pro grupo né. E às vezes a temática desse grupo é outra... a gente fala de sexualidade, contação de histórias, depende do perfil. Com crianças a gente não conseguiu fazer, foi só com adultos e idosos.

E: E quem pensa do perfil dos participantes?

P8: O único que eu pensei foi esse que eu peguei a demanda e fiz uma triagem. Eu tinha que dá baixa naquela demanda porque tinha... 40 pessoas, se eu fosse atender por dia eu ia até o final do ano, atendendo todo dia e nunca ia repetir. E aí eu mesmo que separei essa demanda. Tem outro grupo em outro território que quem conduz é uma agente de saúde, que aí é único que a gente diz que mesmo um grupo de saúde mental. Porque tem esquizofrêncos, tem pessoas com transtornos obsessivos, tem bipolar, tem pessoas com depressões bem agravadas né, que tem momentos bons, mas que vão mesmo assim. Quando chega a hora não tá, ela vai lá, então esse a gente só faz mesmo atividades... lúdicas, a gente passa um filme engraçado, a gente faz atividade manual. Outra equipe, outra equipe fez um bolo... eu achei ótima essa proposta. O que era o grupo? era fazer um bolo... um mexeu a massa, outro mexeu isso. Realmente era só tarefas relacionadas ao perfil. É assim, o perfil quem cria é a comunidade, é o local. Outro território que nunca teve, como é a gente fez? Sento com as agentes de saúde e eu fui perguntando, elas tem uma lista da dispensação da medicação né, aí eu fui lá né... “essa aqui é o que?, não essa aqui eu vou atender individual... essa aqui é o que? Essa aqui dá pra ir pro grupo”, aí a gente foi montando. Só teve 2 encontro no território, porque a gente monto agora né, tomara que fique pra janeiro. Aí no dia, no dia, no dia, que a gente conversa mais ou menos e entende o perfil. Mas a gente não faz uma triagem só daquilo. A gente pega essas mulheres, que são poliqueixosas, que vão todo dia no posto... vai todo dia no posto, a gente acaba pegando né. É assim, depende do perfil do lugar.

E: Tem mais alguma coisa que você acha que não foi contemplado na entrevista, mas que você acha que é importante colocar da sua prática profissional que tem haver com essa questão da desconstrução da loucura e preconceito?

P8: É... assim, eu gosto muito de trabalhar com escolares né, com crianças, adultos e eu acho que a gente tá deixando de trabalhar esses temas na escola. A gente não consegue... a gente não tem fácil acesso... a gente até tenta por diversos temas, a gente até feliz quando é convidado, convidado pra falar de tema X que não é esse né. É dentro da escola que a gente consegue ouvir e às vezes a realidade... eles falam mesmo o que eles tão pensando... O adulto ele não fala, se a gente vai fazer um grupo de adulto, se a gente for... perguntar o que eles acham da loucura, eles vão falar um discurso bonito, que é o que a gente quer ouvir, e adolescente e criança não. Fala mesmo... a minha mãe fala isso... e a gente pode, é... crescer um pouquinho, porque quase todo mundo tem na família. Que tem algum problema relacionado à loucura né. Que quando fala mental, a gente pensa também no uso da substância, mas relacionado a loucura, às vezes alguém conhece alguém. Na escola também com essa inserção, eles sofrem preconceito. Eu atendo crianças que a mãe, reclama que ela só vai pra lá pra desenhar. Que até a própria professora não tem habilidade de... de... instigar. Que os coleguinhas insultam que ela não que mais ir pra escola que o coleguinha... Ela não tem o reconhecimento, do quadro dela, dentro da escola, ela não tem amigos. Ela tá lá na escola. Então eu acho que o melhor... eu acho que a gente conseguiria pegar mais gente dentro da escola, do que convidando adulto, porque adulto trabalha, adulto tem as coisas de casa, adulto não vem. Adulto só vem ao posto quando tá precisando mesmo. Quem vem ao posto? Idoso e gestante. Então a gente tem que pegar outros territórios. A gente faz muita coisa, a gente faz tudo que manda. Aqui ô minha mochila... eu ando com tudo, tudo porque eu não sei se eu vou atender criança, vou atender adulto. Um dia em cada distrito, e o distrito ainda tem a perda do tempo, porque a gente chega 8 horas e saí 4 né. Não fica até 5 porque tem o deslocamento. Aí tudo no distrito é mais difícil por isso, aí cada distrito tem localidade, aí as vezes atende fulano que tá numa que crise a enfermeira manda buscar. Aí a gente marca retorno, aí não vem... porque não manda o carro pegar? Não se ela quiser que ela venha, aí eles não tem carro, não tem moto, eu fico com dor no coração quando diz que pago pra vir. Mas a gente consegue né.

Nome: P9 **Duração da entrevista:** 25min

Idade: 24

Ano de formação: 2014

Local de formação: FACULDADE CATÓLICA RAINHA DO SERTÃO (Quixadá)

Abordagem teórica: Análise do Comportamento

E: Há quanto tempo você trabalha nesse serviço/trabalho?

P9: Eu me formei e vim para Residência, minha experiência, então meu trabalho na saúde mental é na atenção primária, está com quase dois anos, desde março de 2015. Primeiro eu fui trabalhar, mas foi em clínica, mas como serviço público

foi na Residência meu primeiro emprego.

E: Pra você como é trabalhar com Saúde Mental?

P9: Olha eu tava até conversando isso a pouco tempo... porque assim... quando eu vim pra Residência em Saúde da Família, eu vim porque minha formação toda foi voltada pra saúde pública. Eu me inquietava muito, quando a gente pegava os desafios... e dentro da residência, quando eu cheguei na residência, não tinha mais nenhuma psicóloga no território que eu estava atuando, nenhum dos dois, então assim foi jogado, toma que a saúde mental é tua né! Aí vem aquela atribuição de que a saúde mental é só responsabilidade do Psicólogo. E aí foi assim... foi aquele baque... eu disse, não então eu tenho que correr atrás desse negócio, eu tenho que vê pra onde é que vai e no começo, começou como meio que uma obrigação, mas eu acabei me descobrindo que eu amo tá naquele lugar, eu amo trabalhar com saúde mental, foi uma coisa... uma das coisas que a residência me despertou sabe?! O trabalhar com aquele usuário... porque quando eu cheguei, fui me aproximando e fui desenvolvendo várias coisas, mas aquilo despertou em mim, tanto que quando eu paro que tem algumas ações sistemáticas em saúde mental, quando é o dia de desenvolver aquelas atividades, eu sempre penso assim: hoje eu vou fazer uma coisa que eu gosto, que eu verdadeiramente gosto, então assim, e acabou que eu fui me descobrindo da saúde mental dentro da saúde da família.

E: E quais são as atividades/ações que você executa em seu cotidiano?

P9: Assim... como eu ti falei né?! Quando eu cheguei não tinha saúde mental seu zé ninguém, então toma que o filho é teu... E aí quando eu fui pegar esse filho eu quase que arranquei todos os cabelos da cabeça que eu tinha, porque... é muito... quando a gente tá lá no território da estratégia de saúde da família, é muito assim... eles querem que a gente tenha uma resolutividade prática! Toma! Vê saúde mental quando aparecer aquele caso de suicídio, vê saúde mental quando o vizim tá louco correndo na rua, vê saúde mental quando um vizim tá brigando com o outro, pronto! É isso que eles querem em saúde mental. Eles não veem saúde mental no dia-a-dia do nosso trabalho. E aí quando eu fui né?! Parar pra vê, eu disse não a gente tem que pensar em saúde mental, numa saúde mental de forma sistemática, não numa saúde mental que vai só apagar um incêndio quando um paciente surta. E aí eu fui parar, pra vê, como é que a gente podia tá inserindo essas ações dentro do território, e aí foi quando eu vi... que assim... de saúde mental nada! Rrsrs só o nome talvez, E aí eu fui tentar, fui começar né?! Isso demorou um dois ou três meses que foi o tempo que eu cheguei, pra assimilar o que é, e aí eu comecei a desenvolver algumas coisas. Primeiro eu fui atrás de fazer um levantamento, de saber que são essas pessoas, de quem são esses usuários, porque nem isso tem. Se perguntasse assim, quantas pessoas aqui no território fazem uso de psicofármacos, ninguém sabe. E aí primeiro eu fui atrás de encontrar essas pessoas, comecei a fazer os atendimentos de forma sistemática, quando ia aparecendo aqueles casos de mais urgência e fui fazendo o levando dessas pessoas, e quando eu terminei esse levantamento eu disse assim: o quê que eu faço com esse monte de gente? E aí eu conversei, enquanto residente, com outros apoiadores externos e meu primeiro passo foi desenvolver uma ficha de estratificação de risco em saúde mental num dos territórios que eu atuo. A gente construiu junto com a equipe e pediu o apoio da RAPS, uma ficha que era justamente pra nos ajudar no acompanhamento dessas pessoas, de quando elas chegarem fazer o acolhimento delas, conhecer elas, saber quais são as demandas, conhecer o grau de classificação, pra aí a gente tá pensando no cuidado para essas pessoas, e a proposta inicial é que essa ficha não fosse aplicada apenas pela psicóloga, seria algo pra tomar de conta da saúde mental pela a equipe. A gente conseguiu construir essa ficha, aí depois eu fui trabalhar com esses profissionais, só que tudo isso quando a gente para pra falar em estratégia de saúde da família demanda um bom tempo, porque saúde mental não é prioridade pra ninguém né?! Tem que dá conta do hiperdia, tem que dá conta da gestante, tem que dá conta da criança, mas dá saúde mental... Então esse foi um processo que demorou muito tempo. E aí eu fui trabalhar com os profissionais de nível superior essa ficha, pra vê se a gente conseguiu agrega eles nesse processo. Acabou que a gente conseguiu alguns, mas também pela rotatividade do serviço, acabou vindo novo e a gente vai fazendo esse trabalho de formiguinha. Aí a gente vai reforçando... Aí vamo lá, hoje tem paciente marcado, ou vamo preencher a ficha, vamo eu vou contigo. E aí esse foi o primeiro caminho que eu consegui pra trabalhar com ele. E aí ao mesmo tempo eu consegui desenvolver com a equipe, porque esse foi só alguns profissionais de nível superior. Porque a ficha é um pouco chata, um pouco de termos técnicos, então trabalhei com profissionais que fariam esse acolhimento. A proposta é a pessoa chega pra o acolhimento e aí a gente preenche, não é uma fiiicha, é no formato de entrevista como a gente tá fazendo aqui. A partir disso eu fui percebendo que não adianta eu trabalhar apenas com profissionais de nível superior, eu tenho que trabalhar é um com a pessoa que acolhe esse usuário e tal... Com toda a equipe...E aí eu comecei a desenvolver alguns momentos em roda de CSF de sensibilização mesmo enquanto a loucura. Como é como você tava falando assim... Não parece... Parece que faz tanto tempo de reforma psiquiátrica, com tanto tempo, mas ainda é sai da boca... sai muito das boas dos trabalhadores de saúde que o lugar daqueles usuários, daqueles loucos, é no CAPS... O lugar do louco é em outro lugar, não é ali no posto de saúde. Chega aquela pessoa que visivelmente a gente vê que tem algum comprometimento rá fica... eita que aquele ali vai é pra Amanda né?! Não reconhece aquele ali como espaço de cuidado, como um individuo como um todo, não é só porque ele tem um problema de saúde mental que ele só pode ir pra psicóloga não... ele pode tá com febre, ele pode tá com gripe, ele pode tá com qualquer outra coisa... E aí eu comecei a trabalhar alguns momentos de sensibilização em roda de CSF. Eu lembro que o primeiro deles, eu construí um manto que a gente instituiu como o manto da loucura, e aí a proposta era passar por todo mundo e assim que eles chegassem... a gente fez uma corozinha e quando eles chegavam pra roda, nessas corozinhas tinham tipo o estereótipos: o abestado... o louco... o que tem TOQ e a gente botava, rotulava eles mermo, botava pra entrar... e aí a gente ia trabalhar essa rotulação e quando a pessoa vestia

o manto ela tinha que falar uma loucura dela no dia-a-dia né?! Pra gente trabalhar o comum e eu lembro que foi interessante porque assim... na hora que eu perguntei sobre os rótulos todo mundo falo... tudo mundo falo que se sentiu incomodado por ter sido rotulado... num sei o que... num sei que... Mas na hora de falar ninguém queria, mas na hora de rotular é muito mais fácil, na hora de rótula quando chega né?! E aí a gente começou a puxar essas discussão... começou a vê essas discussões nesse viés. E agora meu projeto de intervenção, de final de residência é sobre saúde mental, que é um grupo operativo com os profissionais que tiverem interesse e a gente tem trabalhado diversas questões, começou pelos que eles tinham dúvida... a gente já trabalhou com eles transtornos mentais comuns... medicação né?! Sobre medicalização da vida... temática que eles vão trazendo, que eles acham que precisam conhecer de psicofármaco... trabalhou a rede e nosso objetivo final é construir um fluxo de saúde mental pro território. Tem aqueles profissionais que reconhece como parte contribuinte, mas tem aquele que trabalha no mesmo setor que ainda continua dizendo que saúde mental é coisa de doido, que um desafio diário da gente fazer todo dia né?!

E: E já que você entrou nesse assunto... O que você entende por loucura?

P9: Mulher se a gente por parar pra pensar em LO-CU-RA né?!, tem aquele estereótipo do louco né?! Porque a loucura passou por diversas épocas, às vezes a loucura era uma benção... às vezes não era... O que eu entendo por loucura, se eu for parar pra pensar loucura todo mundo é louco, pra mim a loucura é minha mania do dia-a-dia, a loucura é quando a gente foge a regra, se a gente tá fugindo a regra a gente é louco, como não tem um ser sã, que vai tá na regra o todo tempo então...É o que a sociedade impõe... loucura fugiu a regra... Então assim... loucura pra mim é o que foge a regra... fugiu a regra... E eu acho que a gente tem que trabalhar isso com a maior naturalidade porque não tem esse Ser... Acho que vai por aí.

E: Baseado na sua experiência de trabalho, você acha que existe ainda hoje relações de preconceito, de violência contra essas pessoas? E você tem algum exemplo que possa demonstrar isso?

P9: Existe! Por exemplo... deixa eu pensar aqui... tem uma senhoria que ela trabalha no SAME e aí ela é responsável pelas nossas agendas da residência, tem várias trabalhadoras, são três mulheres no SAME, e ela é uma. E aí teve um paciente que ele recebeu alta do CAPS e aí ele veio continuar o acompanhamento dele na atenção primária, e aí ele é bem comprometido assim... Ele tava estabilizado, esquizofrênico, estabilizado a muitos anos, mas ele ainda tem... ele tem aquele comportamento de impregnação, por conta dos medicamentos, bem travado e tal... que tem aqueles indícios bem visuais mesmo. Aí ele chegou no posto, acostumado ao acompanhamento toda semana, e aí ele chegou no posto querendo fazer psicoterapia semanal. Aí eu foi explicar ele que não dava... o que a gente podia fazer por ele... Convidei ele pra participar de grupos né?! E ele também tava sobrepeso e tal... porquê você não vem participar do grupo de práticas corporais? Foi começar de forma... ali no corredor... Aí depois ela chegou... “me diz aqui um coisa... tu chamou aquele homem pra ir pro grupo das mulherzinha, se esse homem for lá... se esse doido for lá ninguém vai querer ir mais não”. Aí eu fui tentar explicar... Fulaninha mas não é assim... não sei que... não sei que... É sim... não tá vendo que ele não tem condição... não sei que... não sei que... Aí eu fui trabalhar, não chega assim... ah! ela chegar e falar na cara do paciente, mas depois ela vem querendo tomar satisfação de porque fazer algumas coisas ou então a piadinha do corredor: Eita aquele teu paciente já chegou... Aquele que tentou se matar... Aquele não sei que... sabe?! Tem muita dessas coisas.

E: O que você pensa sobre essas relações de violência?

P9: Mulher é assim uma coisa lamentável... Aí eu tento conversar com a pessoa, tento esclarecer, tento mostrar o outro lado da história, mas é uma coisa que continua acontecendo sabe?! E é uma coisa que a gente tem que tá combatendo todo dia, acho que é nosso papel enquanto psicóloga né?! É lutar né?!... tá lá na Política.. se for vê na política tá lá que uma das atribuições com a instituição da RASP é tentar combater o estereótipo da loucura. Que é uma das nossas atribuições enquanto trabalhadores de saúde, mas às vezes a gente passa numa rotina tão grande que a gente só para pra fazer ações assim quando acontece né?! Mas eu acho que... é meio assim esse trabalho... A coisa tá lá acontecendo... a coisa do serviço de saúde é muito rápido... tá acontecendo, vamo lá vamo tentar conversar, vamo tentar vê o que a gente faz, porque infelizmente essas coisas ainda acontecem.

E: E qual sua opinião do papel da Atenção Primária na desconstrução em relação ao preconceito com as pessoas que são atendidas nesse nível?

P9: Pois é... quando a gente fala da atenção primária, eu acho que ela tem um papel fundamental em muita coisa, porque a atenção primária é esse serviço que abarca o maior número de pessoas né?! É lá a porta de entrada onde todo mundo vem, abarca muito mais gente que vai no CAPS, abarca muito mais gente que vai no serviço especializado e esse é o lugar, é onde a gente tá no dia-a-dia lá no território, tá mais próximo da população e era ali que a gente deveria está constantemente fazendo essas ações, porque eu tenho como chegar a um maior número de pessoas, eu tenho como ter uma maior abertura sobre isso. A atenção primária tem um papel muito importante sobre isso, mas cabe a gente pensar em estratégias de como é que a gente vai fazer. Porque é muito difícil, eu tiro pela minha experiência, é muito difícil para um trabalhador só tentar fazer... Mudança sabe?! Porque enquanto eles tão lá focado, porque é muita coisa acontecendo ao mesmo tempo, eles tem prioridades. Eles são cobrados da gestão por dá conta das gestantes, eles são cobrados da gestão por dá conta de todos os hipertensos, todos os diabéticos, se morrer uma criança então... pronto ninguém mais faz nada, mas não existe um indicador de saúde mental, não existe um indicador porque eles são cobrados, não existe... então assim... pra eles... eles vão fazendo a saúde mental do jeito que eles querem porque não

tem ninguém aqui que vai me cobrar. Qual é o serviço que eu to fazendo em saúde mental? Eu to fazendo alguma coisa? Porque se eu não tiver fazendo alguma coisa... tanto que tem território aqui que não tem um psicólogo e continua lá, então nesse território não existe saúde mental?... né?!... Então assim... eu acho que é assim... Ela teve um negócio muito amplo pra trabalhar, mas às vezes eu fico pensando assim... até que ponto, não ter uma normativa, algo que regulamente esse cuidado em saúde mental não tá desfavorecendo, porque talvez se tivesse mais gente ia correr atrás, porque infelizmente essas questões são assim, eles só vão correr atrás quando tem alguém cobrando. O que a gente tem é uma portaria do NASF que tem o que deve ser feito, que deve ter algumas ações em saúde mental, mas tipo, não tem no final do mês, que eles tem que prestar contas, de ações de saúde mental... não tem... no Município não tem... E aí como tem outras coisas, é mais cômodo pra eles ir atrás do que tem... e aí assim... a gente tenta, nesse processo que ti falei, de tentar fazer alguma coisa eu ficava lá, só que eu consegui com muita insistência e não consegui da forma que eu poderia ter feito, se eu tivesse um suporte, eu tive sorte em encontrar nesse caminho uma enfermeira que gostava de saúde mental, então ela foi minha grande apoiadora, aí eu fui encontrando pessoas que me ajudaram a construir isso. Mas fazer sozinha... mobilizar aquele monte de gente... mobilizar médico quando tem uma fila de gente pra atender, fica complicado. E aia acaba se passando.

E: A temática do preconceito é trabalhada nos projetos terapêuticos singulares?

P9: No PTS? Assim... sim... alguns casos a gente trabalha muito no PTS em saúde mental... tanto que o nosso primeiro PTS foi em saúde mental. Mas é assim... é aquele caso... aquele caso que é babado, confusão e gritaria, aquele caso que ti dá dor de cabeça... aquele caso que liga pra gerente e diz, olha tu vai ter que dá contam! Aí nesse caso... quando a gestão aponta, sinaliza, aí todo mundo se envolve, aí todo mundo, aí a gente consegue fazer o andamento do trabalho, tem essas peculiaridades né? No trabalho com a saúde. Mas aí assim... a gente consegue desenvolver alguns caso em PTS em saúde mental, mas é como eu falei né? Pela rotina, é só aqueles casos mais graves, mais pontuais.

E: mas a temática da desconstrução da loucura e preconceito é trabalhada?

P8: Não... no caso específico de saúde mental... não necessariamente... a gente chega a trabalhar algumas temáticas, como por exemplo, quando tem... vai do caso... por exemplo, teve um do suicídio que a gente foi trabalhando essa questão, mas trabalhar a temática... ah! A desconstrução da loucura... não... não.

E: E em grupos?

P9: Em grupo sim, a gente consegue... é... trabalhar, nesse grupo de práticas corporais como eu ti falei, que funciona a sistemática de 15 em 15 dias a gente tem a educação permanente com as mulheres, educação em saúde, e aí a gente consegue levar várias temáticas, levei esse mesmo manto pra elas, dentro desse grupo a gente tem algumas mulheres que são usuárias de saúde mental e aí um dia, uma delas pediu pra levar temática tal... do transtorno dela... e aí a gente leva, discute com as outras mulheres e aí é muito bonito vê o processo dela, porque ela chegava no grupo, ela mal falava porque ela tinha uma certa inibição e aí hoje ela já fala, já interage... esse grupo de práticas é meio que o lugar que dá vazão sabe?! Da vazão esses casos que chega pra fazer acompanhamento no território... não tem como fazer né?! A gente não tem como fazer psicoterapia a longo prazo... aquela pessoa estabiliza a gente encaminha pra esses grupos, e aí elas se dão super bem e aí a gente sempre tá trabalhando essas questões lá nos grupos.

E: E de quantos grupos você participa?

P9: Deixa eu vê... sete! Nos dois territórios a gente tem sete grupos que eu estou mais atuante, são três grupos de práticas corporais, aí tem mais um grupo de gestante em cada unidade de saúde, tem um grupo de hipertenso e diabético e a gente tem um grupo de mulheres, que a partir dessa ficha que eu ti falei, a gente detectou um perfil de muitas mulheres ansiosas e aí a gente tem um grupo de mulheres que a gente trabalha essa questão, só que a gente trabalha grupo de mulheres, que se a gente botar grupo de saúde mental, pronto! O pessoal do posto vai querer botar todo mundo que tem lá, não?... a gente trabalha com um grupo específico, e também pra não estereotipar, então é um grupo de mulheres. E aí nesse grupo de mulheres é o que a gente trabalha mais essas questões. As temáticas são elas que trazem, é o que elas querem. E aí às vezes tem atividades mais construtivas, também às vezes elas querem fazer algo ou não, Às vezes eu quero trabalhar... Não hoje a gente só quer conversar... a gente só quer conversar porque eu to sentindo uma coisa tal... fulaninha no grupo tá fazendo coisa tal... ou então... essa semana a gente quer saber sobre depressão... essas semana a gente quer saber da notícia lá do avião que caiu, a gente quer trabalhar o avião que caiu. E aí é o que elas vão trazendo.

E: Tem mais alguma coisa que você queira colocar dos seus desafios de trabalhar na saúde mental, principalmente com a questão do preconceito em saúde mental que você acha que não foi contemplado aqui?

P9: Então é o que eu acho que eu ti falei mesmo... E aí fica só a dificuldade, que pra mim por tá finalizando esse processo de residência... e aí fica muito pra mim essa dificuldade, essa dificuldade que a gente tem de desenvolver ações assim... porque parece muito fácil assim... ah! É de atribuição do psicólogo, sim eu estudei a loucura, sim, eu já atendi caso assim, mas é difícil a gente ser... a pessoa tentando soar no meio da multidão sozinha e tendo um monte de gente querendo resolver diversas coisas, então pra mim essa é a maior dificuldade de trabalhar isso, porque eu acho que é um trabalho de formiguinha, tá lá todo dia reforçando, apareceu uma coisa tal, vamos trabalhar novamente, fazendo sempre, porque os trabalhadores vão mudando, tudo vai mudando, e eu acho que esse é um dos maiores desafios pra gente trabalhar essa questão da loucura nesse percurso.

APÊNDICE D - RESPOSTAS DO GRUPO DE DISCUSSÃO

CENA 1

P9: Frase: É natural chamar as pessoas de doida, é o que elas são mesmo, qual o problema.

P9: É... Que é natural chamar as pessoas de doida não é natural... mas eu não conheço nenhuma pessoa sã. Todo mundo tem... tem um pouco que, que eu digo assim, na nossa sociedade pra mim, o quê que importa quando a gente coloca, alguém que é doido ou... é o que foge a norma social... o que não é padrão, que não tá naquele quadrado... é doido, é louco, e pra mim, em algum momento a gente vai sair do padrão, a gente vai sair do quadro. Então pra mim se a gente for enquadrar nisso do mundo é um pouco disfuncional e todo mundo em algum momento vai se enquadrar aquilo. Então não é natural. O problema é que as pessoas não veem isso como um problema.

P8: E o resto né... rrsrrs Acho que é mais assim, pela fala que a gente encontra sempre né! se alguém tiver chamando alguém de doido e eu for, no caso, tentar argumentar “ah! não chame assim”, aí seria a resposta da pessoa... “ah! porque ele né doido mermo?. E aí tem muito do... do, que a gente às vezes não se importa muito, a maioria das pessoas... a gente né. A gente não se importa muito com que a gente fala. A gente se importa depois que fala. Depois que fala é que a gente vê a reação da pessoa que ouviu, aí é que a gente faz... “Vixe! Eu não falei por mal, eu falei porque eu achei natural, é naturalizado na minha fala”, aí depois que a gente vê a resposta né, vai ter alguém que não vai ligar... que chamar de louco. E, vai ter o que vai se senti né, é... vai se sentir excluído... vai se sentir taxado, mas... a questão de ser natural ou não ser natural, já tá bem... debatido, bem difundido. Toda essa ideia de que todo mundo pode ser um dia... a gente debate, a gente consegue né... expandir, mas... que continuamos né, até nós mesmo profissionais de saúde às vezes a gente... Fala né! “Fulano... assim, não atendi nenhum doido, doido mermo hoje não né” rrsrrs. A gente fala... não atendi isso, atendi aquilo. Acho até que a gente categoriza, o louco como aquele que... que tá fora totalmente dos padrões... totalmente, não é só um pouquinho né! Mas é muito complicado mesmo. Eu mesmo vivo me punindo né, me... me... policiando, né nem me punino, policiando pra não falar. E às vezes naturalmente fala.

P6: Acho que é muito construído né, porque às vezes uma pessoa tem um... teve um problema familiar e aí soltou todas as verdades... “Vixe, mas ela parecia tão normal” Assim, ela é normal (todos os psicólogos riram). Sim, mas ela está normal, tanto é que está, fazendo isso né... Então não acho que é uma coisa que... Mas é uma coisa que... a cada dia, pelo menos pra mim, eu sinto, mais frequente assim, de uma forma das pessoas nem perceberem mais, que fazem isso. Em qualquer... em qualquer espaços né. Muito rotineiro, nem sei mais avaliar. Por mais que tenha realmente uma preocupação de não tá reproduzindo estereótipos, nem preconceitos, mas a até a gente fica “Vixe! Hoje eu to tão tranquila”, né? (alguns psicólogos concordam com o discurso) “Hoje não apareceu nada demais”, mas esse nada demais, eu acho que é exatamente... isso.

P7: É, acho que a necessidade de dá nome as coisas, de dizer “ah! você é assim né, você é assim...”, é nosso DSM V que tá lá tudo né, certinho. Acho que entra isso também né. Eu concordo com que você disse (Psicólogo 9 disse), a questão que todo mundo sai um pouco desse... desse padrão né, não tem alguém que seja totalmente normal rrsrrs enfim. Menos doido, do que os outros rrsrrs ou mais normal, enfim.

P4: Eu acho que ser natural ou não natural eu nem sei (outros psicólogos riram), nem to muito interessado em saber disso, agora que é naturalizado é (todos aprovam), já tá naturalizado. Se é natural ou não... Eu não quero saber a ontologia da natureza da questão, mas que tá naturalizado tá né, isso. Sei lá, a gente nossos... manicômios internos e a gente naturaliza essa exclusão. Essa exclusão ela tá naturalizada né? muito. Agora assim eu não consigo vê como natural né, essa diferença, pra mim ela muito mais uma questão construída do que natural, mas que se naturalizou socialmente.

P2: Essa questão que tá citada, eu acho que... se naturalizou muito, você chamar as pessoas de louco. Como se no mundo que a gente vive hoje, na sociedade digamos assim, achasse muitas formas de viver, digamos assim. Existe formas de viver que são normais, e formas de viver que são tidas como anormais, mas se a gente for investigar, são simplesmente formas de viver. A gente construiu hoje o que a gente chama de norma, e a gente tem as nossas normas, que a gente acredita que todos devem seguir, todos devem ter e as formas devem ser vividas né. E quando a gente se depara com alguém que escapa a essas normas, é que a gente fica quase um pouco doido né. Mas... volto a dizer são formas de viver. Essa é a forma que... que eu tenho de vê. É claro que, clinicamente falando existem sintomas, existem... certas, classificações que minimamente que a gente precisa ter uma noção, no trabalho né. Mas, mesmo sendo sintomas e classificações, volto a dizer... são formas, de você experienciar coisas né, de você viver. É... se eu vivencio ansiedade, não vai ser o mesmo jeito de viver do outro psicólogo por exemplo. A sociedade da diferença. Mas, a gente acaba taxando um grupo, e quem escapa desse grupo é chamado de louco. Na verdade se naturalizou chamar de louco, mas na verdade são expressões do viver.

P3: Eu entendo assim, que é algo que vai depender muito do contexto, e essa frase... essa afirmação, vai depender muito do meio onde a gente vai usar ela. Por exemplo, onde eu trabalho. Muitas vezes os profissionais se referem ao paciente que eu vo atender, “ah! ele é doido... ele tá aqui porque ele é doido né?” aí em outro momento... “ah! fulana é doida é? então assim é algo que a gente já muda o sentido, já muda o objetivo, mas encara como esse processo de naturalização mesmo né, a gente tende a categorizar, enquadra, a padronizar, e os sentidos que os sentidos que a saúde trazem né, e sentidos, tem tendo pouco, no sentido que a gente tem que categorizar mesmo, criar categorias, pra poder inserir né, e nessas categorias a gente também se insere. E nós temos que servir diversas outras categorias ao mesmo tempo.

P1: Eu concordo também assim, com tudo que foi falado rrsrrs, me sinto contemplada. Não mais certo assim, também acho que a vida tem sido uma grande adequação, assim, certas normas... e as pessoas vem se ajustando aqui e ali, e de

repende quando se desajustam, certos desajustes não mais valorizados que outros né. Ninguém consegue se ajustar a vida inteira a todas as normas e expectativas de outros. Aí existe um momento que você se desajusta, só que certos ajustes socialmente ele é mais bem aceito do que outros. Aí quando você, de repente, assim... acontece de haver um transtorno alguma coisa assim, é como se fosse mais... como se fosse mais... como se a pessoa fosse mais excluído do que por exemplo, se ela é deputado federal e tá roubando dinheiro público. É um desajuste também, mas... num parece ter o mesmo impacto assim pra pessoas.

P4: Pois é... tu falou aí e eu me lembrei, acho assim, que nem é tanto assim, a ideia da categoria em si né, mas é o que é que... qual a carga simbólica que essa categoria tem. Né nem essa falta de categorizar, que isso em si já é uma forma de violência né. Ser rotulado fecha a pessoa já é algum tipo de violência.

P1: Mas a gente faz isso o tempo inteiro.

P4: Pois é... A própria categoria já é violenta e quando, sei lá, você cria uma categoria do louco, do doido, e se historicamente já tem uma... sei lá, uma... uma simbologia tão pesada né, que aquela pessoa que não fala nada com nada, que não se deve levar a sério... que não é nem uma pessoa é uma doença, sei lá, é um esquizofrênico... a pessoa deixa de ser um ser humano pra ser uma doença. Aí acho que... triplica, sei lá, o peso do rótulo.

P8: Aí é o rótulo, o adjetivo que todo mundo usa, é a família, pessoas que nem conhecem... da rua, médico, enfermeiro, todo mundo né, profissionais de saúde. Todo mundo vai usar né, com ele. Esse... esse adjetivo, que talvez depois a gente sente, mas na hora a gente faz.

P1: É o que é mais interessante é que a gente começa a criar palavras né na tentativa de amenizar. Daqui uns anos a gente vai tá criando a pala... transtornos mentais... “ah! mais transtornos mentais...” já tem outra palavra que carrega menos preconceito, a gente vai sempre inventar novas palavras que carregam menos preconceitos, aí elas se enchem de preconceitos de novo e aí é preciso passar pra outra palavra.

P9: Aí assim... tu falou... aí eu lembrei, até ponto a gente tem que ir contra a palavra louco. Porque por exemplo, eu não sei se os meninos lembram, numa intervenção que eu fiz no território e trouxe pra residência. É... a gente criou o manto da loucura. Foi trabalhar justamente o que aconteceu no CSF com uma coisa que aconteceu com a palavra loucura lá, não sei que... foi uma coisa bem impactante e aí eu levei, eu levei o manto... primeiro eu comecei rotulando todo mundo... abestado... louco... TOQ... e depois eu botei pra eles refletir como se sentiam categorizados e depois a gente foi tentar descobrir as nossas loucuras do dia a dia. Né? porque todo mundo tem algo que sai da norma. Então assim, pra que ir contar a palavra louco, a gente tem que ir, tem que tá discutindo então o que ela faz. Eu sei que a palavra vai existir em todo lugar, então eu acho que cabe da gente fazer esse processo autorreflexivo, como a colega trouxe, Como é que eu to lidando com isso.

P4: Eu gosto bastante da palavra louco rrsrs.

P9: Eu também adoro...

P4: Na luta antimanicomial ela tem um símbolo assim... Hotel da loucura, museu da loucura, história da loucura...

P9: É um símbolo de resistência.

P1: É a mesma coisa na deficiência... portador de necessidades especiais, pessoa com deficiência. Mas antes o deficiente era uma palavra ruim, mas agora se usa... tem essa briga com a palavra em si.

P8: É mas é como tu falou mesmo (psicólogo 1 falou). O preconceito que carrega a palavra. A palavra vai existir sempre, mas o quê que a pessoa que tá por trás dessa fala... O quê que ela tá pensando né. Quando eu falo louco, eu posso pensar uma coisa mas... quando outra pessoa tá falando ela deve tá pensando outra né.

P4: Mas assim, eu entendo rrsrs, mas eu acho que tem sim, palavras que trás uma carga. Por exemplo, viciado, se fala a palavra vici... craqueiro... sei lá, não é só aquilo que a gente tá tentando explicar, não é só uma pessoa que faz uso de crack, é porque a palavra craqueiro, já trás uma gama de estereótipo, e aí... e aí assim, como tem uma tentativa de criar uma outra nomenclatura, é mais pra que você veja a coisa mais próximo possível do que ela é, nunca vai ser como ela é né. Sempre vai ter assim, uma coisa construída socialmente, alguma representação e tal, acho que quando a gente tenta, por exemplo, ontem né que a gente tava falando retardo mental, e a gente falo... não deficiência intelectual, acho que não é a ideia de... por exemplo, acho que você falar retardo eu vo entender o que você tá querendo dizer, aí porque a palavra ela tem um peso assim. É por isso que algumas coisas a gente tem que pensar algumas formas de se comunicar sabe?

P8: É.

CENA 2

P8: Frase: É difícil levar em consideração o que as pessoas que fazem tratamento em saúde mental falam, afinal às vezes eles falam coisas estranhas.

P8: Que até alguém já falo... ah! o que é louco?, ah! É alguém que ninguém deve ouvir muito bem o que ele falo, é alguém que ninguém pode dá... da cabimento, não pode confiar... é algo que é duvidoso... é algo que não é verdade né. E que... é outra fala também né, que a gente escuta muito. Eu acho que... que nós da categoria não, que a gente já vê na faculdade... a gente vê na teoria que o que paciente trás é verdade, nem que seja a verdade dela, mas a gente... até considera. Mas pessoas que não são da categoria chegam a perguntar... e aí? A gente às vezes faz atendimento compartilhado né... com farmacêutico, fisioterapeuta... que elas realmente não tem essa, essa, habilidade né. Elas realmente não desenvolveram essa habilidade e aí elas perguntam... “sim... e é verdade o que ele tá falando? Tu fica dando corta é?”. Eu não... não é a questão de dá corda, é tentar entender, aí a gente vai explicar,... tentar entender que pra ele aquilo é... em que momento ele tá pensando daquela forma pra tentar colaborar e ajudar né, da melhor forma da

convivência dele com as demais pessoas, com quem ele tá falando. Orientar a família também. Eu tive um paciente, que era demanda espontânea para a Unidade né, era pra enfermeira e a enfermeira na mesma hora mandou. Que tinha acabado... acabado de tirar a corda dele né. Levaram pro posto e aí... quando eu fechei a porta, ia ficar com alguém, mas ele já desesperado pra não fechar a porta e tem dizendo que tinha um voz... que tem alguém querendo que fosse lá, que era melhor do que aqui. A esposa que tava com ele ficou dizendo... “ele é doido, que voz... deixa de mentir, fala a verdade pra mulher” E eu querendo manobrar pra que ela saísse e ele não querendo que ela saísse por medo de ficar só e eu levar ele à força, dentro da ambulância. Mas a gente conseguiu contornar e eu conversei com ele, convenci né, realmente era um caso que ele precisaria de um médico... ele veio pro hospital e na espera, enquanto ele esperava o carro, eu tava conversando com a família né. Justamente pra isso, pra eles não ficarem é... dizendo que não é... que não é. Porque é nessa hora que ele fica agressivo. Era essa hora que ele saia pra beber. Que além do transtorno mental fazia uso de droga e álcool porque em casa ele era... ele não tinha... ele era sempre repreendido. E aí a gente escuta assim né... ninguém dá cabimento ao que ele fala e às vezes tem resposta né, nem tudo, pode ser dispensado. Muita coisa a família até conseguiria né.

P7: É e essa escuta, esse acolhimento que às vezes a gente tem, essa visão. É que a gente vê os profissionais muitas vezes... né no local que a gente trabalha é difícil isso. Até eles, às vezes negligencia o paciente... “ah! esse aí já é meio... assim, então...”, mas é alguém que você precisa ter uma escuta né, porque o que ele diz tem que ser levado em consideração. É a... é o mundo dele aí, então a gente precisa trabalhar né... em cima disso.

P2: Assim, eu vendo essa frase, aí eu me pergunto, será mesmo que são coisas estranhas? É estranho pra quem? É pra mim... é pra alguém, porque realmente exige um contexto assim. Embora a gente ache que são palavras assim, desconexas né, dizem coisa com coisa, mas realmente dizem, daquele sujeito, do contexto dele né. Se a gente for investigar, realmente aquelas palavras tem um por quê. É... a gente às vezes não consegue entender como né, da onde é que elas vem... mas sempre tem um porque. É muito do que ela (psicóloga 7) falo né, é o mundo dele, é a vivência dele. Então se é vivência dele a gente não pode desqualificar. E eu não sei se vocês trazem isso no cotidiano de vocês, mas eu uso muito isso como instrumento de trabalho. E aquilo diz do sujeito. Fala da história dele, das vivências dele. No caso da cena do vídeo né, o personagem cantou essa música aí... essa de alguma forma diz da história dele. Nem que ele tenha escutado de alguém, da relação que ele teve com alguém ou ele aprendeu, não existe nada desconexo né, cristalizado. Então é até uma forma de você entrar né, no mundo do usuário, do sujeito. Eu sempre lembro de uma situação engraçada até, do matriciador do nosso território, não sei se ele já conto pra vocês ou eu contei aqui, mas que onde ele trabalhava existia um usuário muito difícil de ser lidado, muito agressivo, todo vez que ele encontrava alguém ele falava assim, “eu vou ti matar”, quando chegava pra uma pessoa pra meter medo, digamos assim, ele perguntava assim, “tu tem medo de morrer?”, aí chego pra ele uma vez, pra intimidar e falo assim, “tu tem medo de morrer?” ele esperava que ele ficasse intimidado né? mas ele devolveu na mesma moeda, digamos assim, “não... mas também não tenho medo de matar” (todos riram). Aí o usuário olhou assim pra ele e ele percebeu né. Opa! Ou seja, ele construiu um diálogo ali né. Ele não deixou se intimidar, mas ele usou daquilo, daquela forma de comunicação dele, pra entrar no mundo dele também. Diz da pessoa.

P4: Assim que você começou a falar (psicólogo 2) me veio duas coisas, principalmente. Uma é que todo mundo fala coisas estranhas né, em vários momentos da vida, todas as pessoas falam coisas estranhas. Mas quando é um dito normal que fala coisa estranha, aí é só... “ah! ele não soube se expressar”, aí quando é uma pessoa que tem transtorno mental, Ave Maria! Ninguém dá 1% de audiência pra ela. E outra foi com relação ao filme, assim. É... se você for parar pra analisar a cena o cara não fala nada de estranho, ele fala, “olha aconteceu um mal entendido, num sei o que, num sei o que”, se fosse em algum outro lugar, fora do hospital, talvez fosse escutar ele e calmamente né. Mas como tava dentro do hospital, e aí presume-se que quem tá dentro do hospital é o louco que não se deve dá atenção, que você... tem que manter a distância.

P1: Só medica.

P4: É... só medica e deixa lá. Como tava dentro do hospital, dentro da instituição, a coisa já muda assim de figura, o contexto... já muda totalmente. A mesma frase dita fora poderia ser ouvida de uma forma. Dentro do hospital, ela assume, uma... uma... um outro aspecto assim. De que não se deve dá atenção... de que, você vai lá deixa o remédio e sai fora, deixa lá ele falando besteira.

P3: Eu... como ele comento esse exemplo (psicólogo 2), eu lembrei de algo que eu vivenciei esses dias no território né, de uma usuária que chego com ideação suicida, com discurso um pouco desconexo mesmo, irreal, e aí eu fui fazer uma interconsulta com a pessoa, outro profissional acompanhou ele no momento né. E aí eu precisei sair, pra compartilhar o caso com os matriciadores, deixei o usuário com esse outro profissional que estava lá no serviço, que tinha acolhido a demanda né. E aí ele construiu um diálogo né, os dois ficaram muito empolgados conversando um com outro, e quando a usuária saiu, ela olhou pra mim disse assim, “E é tudo mentira né o que ele disse?” E aí eu, eu não sei... e se for verdade? Aí ela “Mas eu acho muito difícil ele ter andado 28 país” (riram todos), “mas aí quando ele falo eu estava acreditando nele”. Aí eu falei, mas porque você acha difícil ele ter... “Não porque ele mora ali, no local tal que é periferia, acho que ele não teria essas condições, aí não sei. Mas quando ele estava falando eu achei que era real”. Aí depois problematizar com ela, com essa profissional, a importância de saber ouvir, naquele momento não negar a fala dele né. A gente não tem esse direito de negar o que o outro diz. A gente escuta. Se a gente vai concordar ou não com aquilo, achar que é mentira ou verdade, não cabe a gente emitir um juízo de valor no momento.

P1: Eu gostei muito da cena... eu já vi isso acontecendo algumas vezes assim, não da mesma forma, mas às vezes da pessoa tentar falar, aí o profissional barra a fala da pessoa com uma pergunta assim mais técnica sabe? “Você tá

tomando a medicação? Você fez o que lhe pedi? Você foi onde eu lhe mandei?” Aí assim, não é da mesma forma porque aí ele dá as costas e sai (no trecho do filme), mas é quase como se a demanda do profissional tivesse mais espaço do que a demanda do usuário. E aí assim, é o que ele espera que vai resolver... é o remédio, são as orientações... e não aquilo que o usuário trás... às vezes passa batido.

P6: E a ausência dessa expressividade né, às vezes a gente pessoas que são tão... é... passam por determinadas situações, precisam de determinados apoios e não tem nenhum espaço de expressividade, nenhum... nenhum, o próprio profissional de saúde, seja o enfermeiro... aí quando vem pro psicólogo né. Vem com uma demanda tão absurda que aí a gente... pra gente começa aaaa, é um processo longo e as pessoas não tem esse tempo. Tão imediato que tudo precisa ser respondido naquele tempo. É certo errado, medica ou não, tá tudo bem não tá. Aí metade desse tempo que a gente leva é meio desacreditado pela família. “ah! não melhorou, continua fazendo as mesmas coisas... continua mexendo do mesmo jeito, olhando pra parede, desenhando a mesma coisa, escuta as mesmas músicas”, e às vezes a própria família não estão nem... adaptadas a entender que talvez aquela seja a forma de expressão dele ou dessa pessoa. Aí não aceita. “Não mais eu queria que ele fosse parecido com a irmã dele”... Mas ele não é o irmão dele, e não é com a medicação que ele vai ser. E aí não tem esse espaço de expressividade e aí é muito difícil porque, a gente tá ali um tempo com ele, às vezes uma vez, no máximo duas por semana e aí a família também não tem esse espaço de escuta de certa maneira. É muito complicado. Às vezes a gente vai atender, aí a gente fala com o usuário depois fala com a família, aí a mãe e irmã diz “Não, não foi assim não, foi do jeito”. Mas esse jeito assim, como é que foi? “Não, mas não foi assim não, é tudo mentira”. Aí fala na frente dele. Gente essa é a pior coisa que... na frente, atrás, é... é a pior coisa, porque o vínculo não tem nenhum. Se ele tiver sentindo a mesma coisa ele não vai contar nunca pra eles. Então se ele não vai contar pra eles, aí nunca se trabalha essa expressividade, pelo menos não no ambiente familiar.

P9: Eu acho que eu vou tentar não me repetir muito, mas acaba que é meio o que todo mundo já falo né. Essa frase é bem comum, nas Unidades de saúde. Porque ninguém que escutar essa fala. “ah! eu enquanto enfermeiro não tenho tempo”. Se chega alguém com um discurso disfuncional o psicólogo tem que encontrar tempo pra escutar né, “Se não dá, eu é que vou ficar escutando essa besteira meu povo?... vou nada, manda pro psicólogo”. Porque é visto como besteira né, é visto como algo que ninguém...que não vai me acrescentar em nada, porque não tá aqui, na Unidade de saúde... tá vendo aquelas alucinações. Meu papel enquanto unidade de saúde é o que? Cessar esse delírio, essa alucinação. E aí, assim, o que eu tenho que fazer? Eu tenho que fazer aquele viés bem policalesco... eu tenho que fazer com que isso acabe e pronto. Não me importo o jeito que você vai ficar, mas se você fala que acabou a alucinação, eu fiz meu papel enquanto técnica de saúde. Não tem um o olhar pra esse sujeito ampliado... não, eu não olho esse sujeito, eu não olho essa fala, eu não olho esse discurso. É o que foi falado, é a realidade dele, isso em algum momento vai ser instrumento de trabalho, em algum momento aquela fala dele, o que trás vai servir pra... pra que ele né, leve a vida dele da forma que ele melhor se adapte. Então, não é valorizado. Eu acho que assim, tirando a categoria psicólogo... é muito difícil encontrar outros profissionais que valorizem esse discurso ou então que pare para pensar nesse discurso.

P8: Aconteceu comigo nessa semana isso aí né. Uma paciente que eu já tinha feito uns três atendimento... no início ela tava assim né, com uma... com uma crise bem agravada, foi feita revisão da medicação, tava tendo alucinações e choro né, desespero. E hoje ela tá bem, no último atendimento que já fazia uns 15 dias há um mês, eu nem remarquei, eu nem cheguei a pedir que ele viesse o retorno, aí ficou a critério da gerência. Aí ela veio de novo pro meu, porque a enfermeira falo que muito necessita e tal, e eu vixe será que ela pioro? E não, ela ótima. Eu... foi a senhora que pediu? Ela, não me marcaram, eu nem sabia que você tava aqui, me disseram eu vim. Bom, foi um momento bacana, aí quando eu fui conversar com a enfermeira... olha, a fulaninha a gente já tá acompanhado ela, ela tá bem. E ela “Ah! mas ela vem no posto uma três vezes por semana”, aí eu falei de supetão... eu acho que é porque é a terapia dela vir aqui... ela vem aqui, ela quer conversar com alguém. Ela disse, “a mais a gente não tem tempo, vamo vê um jeito de revezar, uma vez ela vem pra mim, outra vez eu mando ela pra você, outra vez eu mando ela pra farmacêutica, outra vez... Manda pra quem não tá fazendo nada por que só pra mim...”. Só que a queixa dela sempre é muito relacionada a saúde, ela é muito preocupada, porque ela fez uma cirurgia, sei lá, e ela é muito preocupada com a saúde. Agora fica sempre querendo a enfermeira porque ela é preocupada com saúde né, também. E aí eu achei o quadro real do teu exemplo né (exemplo do psicólogo 9). Ah! não tenho tempo, mas o local que ela gosta de ser acolhida é no posto né, ela gosta do posto e dá igreja, e ela vai continuar indo e eu vou continuar incentivando ela a vir aqui... vai continuar vindo aqui mesmo eu não estando. Pode vir. Pode conversar, mesmo ela ficando incomodada, eu achei lindo o revezar. A gente reveza, como se fosse um peso, um fardo. É tua vai.

E: tem mais alguma coisa que vocês queiram colocar?

Palmas.