

PARADIGMAS DE ATENÇÃO E ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL NA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

César Augusto Trinta Weber (cesar.weber@simers.org.br)¹ & Mario Francisco Juruena
(mario.juruena@kcl.ac.uk)²

¹Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/Brasil; ²Depart Psychological Medicine, London/UK

RESUMO: O objetivo deste estudo é problematizar a questão do estigma das pessoas com transtornos mentais em sua relação com a política de saúde mental vigente no Brasil, na perspectiva de sua inclusão social. Método: Artigo teórico baseado na matriz normativa da Política Nacional de Saúde Mental publicada até dezembro de 2013 e nos estudos publicados entre 1986 e 2013, com destaque para as principais posições teóricas e políticas sobre o tema da inclusão social de pessoas portadoras de transtornos mentais, estigma da doença mental e modelos de intervenção em saúde mental, no contexto da reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. A mudança do modelo de atenção em saúde mental no Brasil que, por sua vez, questiona o paradigma biomédico como forma de intervenção terapêutica -, atende ao projeto da reforma da assistência psiquiátrica com a finalidade, entre outras, de reinserção social do paciente em seu meio. Os projetos que buscam a inclusão social de doentes mentais, possuem racionalidades operacionais heterogêneas e os seus efeitos estão intimamente condicionados as práticas culturais dos locais aonde eles são executados. Na atenção ao doente mental é fundamental o apoio da família e da comunidade. De um lado, as terapias de suporte à família para a compreensão do fenômeno do adoecimento, desmistificando a doença e as suas formas de tratamento e, de outro, os mecanismos de estímulo as redes de apoio social, como formas de amparo na perspectiva de um novo olhar sobre o cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: estigma social, política de saúde, psiquiatria, psiquiatria comunitária, saúde mental, serviços de saúde mental

PARADIGMS OF CARE AND STIGMA OF THE MENTAL DISORDER IN BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM

ABSTRACT: The objective of this study is to discuss the issue of stigma of people with mental disorders in their relationship with current mental health policy in Brazil with a view to their social inclusion. Theoretical Article based on normative matrix of the Mental Health National Policy published by December 2013 and in studies published between 1986-2013, highlighting the main theoretical and political positions on the issue of social inclusion of people with mental disorders, stigma of mental illness and intervention models in mental health, in the context of the psychiatric care reform in

¹ Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Av. Tenente Catão Roxo, 2650: CEP14051-140. Ribeirão Preto-SP/Brasil, e-mail: cesar.weber@simers.org.br

Brazil. The change in the mental health care model in Brazil that, in turn, questions the biomedical paradigm as a form of therapeutic intervention - attends the psychiatric care reform project for the purpose, among others, social reintegration of the patient in their midst. Projects that seek social inclusion of mentally ill, have heterogeneous operating rationales and effects are closely conditioned cultural practices of places where they run. In attention to the mentally ill is essential to support the family and the community. On the one hand, the family-support therapies to understanding the phenomenon of illness, demystifying the disease and its forms of treatment and on the other, stimulation mechanisms of social support networks, as forms of support in the perspective of a new look at the mental health care.

Keywords: community psychiatry, health policy, mental health, mental health services, psychiatry, social stigma

Recebido em 24 de Maio de 2015 / Aceite em 15 de Outubro de 2017

Desde a segunda metade do século XX, as discussões em torno da assistência as pessoas com transtorno mental revelam o debate, ainda inacabado, entre dois paradigmas de atenção à saúde: o paradigma biomédico e o paradigma psicossocial. (Weber, 2012). As opiniões sistematizadas em torno da dicotomia biológico/psicossocial nas políticas públicas de saúde e, aqui, em especial, para a saúde mental, vêm se mostrando conflituosas e marcadamente ideológicas (Weber & Juruena, 2016).

A luta pela hegemonia sobre as formas do cuidado, sobre o como lidar da melhor maneira com a experiência do adoecimento – o que significa dizer, as intervenções sobre o portador de transtorno mental e sobre todos aqueles que se vêem envolvidos com a doença, especialmente a família -, subjaz a uma intencionalidade de reorganização dos saberes sobre o binômio saúde/doença que se reflete nos modelos propostos para execução das ações e serviços de promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde humana (Weber & Juruena, 2016).

Nessa direção, a mudança do modelo de atenção em saúde mental no Brasil - amparado no movimento antimanicomial que, por sua vez, questiona o paradigma biomédico como forma de intervenção terapêutica -, atende ao projeto da reforma da assistência psiquiátrica com a finalidade, entre outras, de reinserção social do paciente em seu meio (Brasil, 1992; 2001; 2001a).

Assim, a Política Nacional de Saúde Mental – PNSM (Brasil, 2001) protagonizou o fechamento de leitos psiquiátricos e idealizou a criação de uma rede de atenção psicossocial predominantemente ambulatorial e de base comunitária (Brasil, 2001a). Quando devidamente implantada essa rede assistencial seria capaz de responder as necessidades de tratamento do doente mental em ambiente extra-hospitalar (Brasil, 1992; Weber & Juruena, 2014).

No propósito de inclusão social das pessoas com transtornos mentais é importante não se perder de vista o fato de que cada sociedade, mediada pela sua cultura, define categorias a cerca dos atributos aceitos como naturais, normais e comuns de seus integrantes. Nessa perspectiva, o estigma resultante de um comportamento considerado desviante, porque anormal para um determinado *ethos*, é o indicativo de que o integrante estigmatizado possui um atributo que frustra as expectativas de normalidade naquela cultura (Martin, 2012).

Com efeito, a política pública que visa à inclusão das pessoas com transtornos mentais deve ter presente o fato de que as alternativas terapêuticas de cuidado e reabilitação precisam observar como é simbolizado o fenômeno do adoecimento pelo meio social objeto da intervenção, de modo a não reforçar o estigma da doença e de seu portador (Martin, 2012).

PARADIGMAS DE ATENÇÃO E ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL

Não se pode desconsiderar que mesmo sendo a doença mental extremamente comum hoje em dia, esta ainda carrega um sentido pejorativo, por ignorância e sentimento de ameaça e vulnerabilidade das pessoas. A opinião sobre a doença mental e a imagem dela construída ainda permanecem associados a pessoas violentas, agressivas, incapazes, “loucas”, sem contar nas tantas vezes em que é confundida com a quebra de normas ou funcionamentos sociais, de sentimentos, de crenças ou valores religiosos ou morais de cada cultura (Weber, 2012).

Este texto tem o objetivo de problematizar a questão do estigma das pessoas com transtornos mentais em sua relação com a política de saúde mental vigente no Brasil, na perspectiva de sua inclusão social.

MÉTODO

Artigo teórico baseado na matriz normativa da Política Nacional de Saúde Mental do Brasil, publicada até dezembro de 2013, tendo sido revisados os seguintes dispositivos legais: Portaria nº 224/92, que estabelece as diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental; Portaria nº 3.088/01, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde; Documento Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular /2008, todos editados pelo Ministério da Saúde do Brasil. Lei n.º10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Foi realizada uma revisão bibliográfica complementar, não sistemática, nos bancos de dados *LILACS* - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e *SciELO* - Scientific Electronic Library Online, entre 1986 e 2011, com destaque para as principais posições acadêmicas e políticas sobre o tema da inclusão social de pessoas portadoras de transtornos mentais, estigma da doença mental e modelos de intervenção em saúde mental, todas no contexto da reforma da assistência psiquiátrica brasileira.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As principais posições encontradas na literatura sobre Aspectos Antropológicos em Saúde Mental, Inclusão Social, Estigma e Modelo de Atenção em Saúde Mental, no contexto da Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil, estão reunidas em quatro seções homônimas aos temas investigados, sendo cada uma dessas seções apresentada e discutida separadamente.

Aspectos Antropológicos em Saúde Mental

As questões ligadas à saúde, especialmente, a doença e a cura, compreendidas enquanto resultantes de fenômenos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, são explicadas diferentemente pelos paradigmas das Ciências Biomédicas e das Ciências Sociais (Weber, 2012).

De um lado, observa-se uma dissonância entre esses dois paradigmas tanto na clínica quanto reabilitação na prestação do cuidado, dando a impressão da existência de um permanente desencontro na compreensão dos fenômenos que envolvem o adoecimento, quando agem de maneira individualizada. De outro, percebe-se que o paradigma biomédico tem se mostrado insuficiente para abordar toda a problemática dos transtornos mentais, e muito mais ainda para as formas de assisti-los, fato que tem levado muitos profissionais de saúde a interessarem-se pelas

dimensões sociais, culturais e, em alguns casos, até mesmo espirituais implicadas na saúde, na doença e nos próprios processos de cura (Juruena, Marques, Mello & Mello, 2007; Weber, 2012).

Em “Abordagem Antropológica em Saúde Mental: Deslocamentos Conceituais para Ampliar o Debate”, Martin (2012) contribui para a compreensão de como a Antropologia aplicada à saúde concebe a experiência do adoecimento.

Assim, quando a Antropologia se insere no debate de questões da área da saúde, necessariamente faz um deslocamento da compreensão biomédica, buscando compreender o ser humano em sua totalidade, como vários autores chamaram a atenção, sejam eles clássicos ou contemporâneos (Duarte, 1998, 2003).

Sem descuido, ainda é necessário trazer a lembrança outra importante característica que é o relativismo cultural afirmando ser necessário romper com o nosso etnocentrismo e buscar a lógica que orienta o comportamento do outro (Martin, 2012).

O conceito de saúde mental com um olhar antropológico se revela também como uma construção cultural e histórica (Tenório, 2002). O olhar subjetivo sobre o indivíduo é historicamente uma construção recente, fortemente influenciada pelas teorias psicológicas e psiquiátricas do século passado (Duarte, 1998, 2003).

A psicologia e a psiquiatria possuem categorizações e explicações sobre o sofrimento psíquico e a doença mental. Entretanto, fica a advertência de que não devemos considerar este modelo explicativo como o único. Embora a especialidade médica da psiquiatria possua certa hegemonia em sociedades complexas como a nossa, não devemos esquecer que ela é também produtora de categorias sociais e está inserida na sociedade (Herzlich, 1994). Sua valorização social não pode excluir outros modelos de explicação sobre o comportamento das pessoas, sejam eles considerados normais ou desviantes (Martin, 2012).

Tentativas integradoras para entender questões complexas de saúde podem transcender as fronteiras das disciplinas e do conhecimento e fornecer oportunidades para observar os fenômenos a partir de perspectivas diversas. (Juruena, Marques, Mello & Mello, 2007).

Inclusão Social

A inclusão social de doentes mentais em serviços substitutivos a internação em hospital psiquiátrico é tema reconhecidamente tensionado tanto pelas noções que envolvem quanto pela natureza do seu funcionamento.

O imbricado cruzamento de conceitos complexos como inclusão social, cidadania, liberdade e ética, todos aqui relacionados ao doente mental e às políticas públicas destinadas a sua assistência, é um dos fatores que contribuem para esta situação. Outros fatores tais como as condições gerais de funcionamento (infra-estrutura e capacidade instalada, financiamento, qualificação dos trabalhadores em saúde, grau de comprometimento da doença mental, como exemplos) e a singularidade cultural de cada comunidade onde estão instalados esses serviços, auxiliam na composição desse o quadro.

Os doentes mentais, a exemplo de outros doentes, apresentam um grau maior ou menor de incapacidade para determinadas atividades de vida diária. Pela hiposuficiência que exibem são classificados, para fins da construção e usufruto das políticas públicas afirmativas, como pessoas deficientes e, portanto, com necessidades especiais.

Até bem pouco tempo, uma pessoa que sofria de deficiência era entendida como sendo aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho das atividades dentro do padrão considerado normal para o indivíduo (Weber, 2012).

PARADIGMAS DE ATENÇÃO E ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL

Atualmente, este conceito vem sendo repensado à luz da estreita relação existente entre as limitações que experimentam as pessoas deficientes, a concepção e a estrutura do meio ambiente e a atitude da população em geral com relação à questão.

Na raiz dessa nova abordagem está à perspectiva da inclusão social, entendida como o processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos.

Uma discussão de natureza ética que envolve os portadores de doenças mentais e a sua inserção nos serviços substitutivos traz à tona a questão sobre a capacidade de agir desses doentes na sua relação com a sociedade.

A hipótese de compreensão de que os doentes mentais não seriam livres para escolherem o caminho e o comportamento em uma determinada situação, porque o seu cérebro não funcionaria normalmente pode ser sustentada com base em princípios de natureza Bioética, tais como a autonomia e a liberdade.

Para Rodrigues de Almeida (2010) autonomia e liberdade são conceitos solidários, mas não coincidentes. Se entendermos que a tomada de decisão é uma espécie de autodeterminação, estabelecemos então uma vinculação a um dos princípios éticos mais fundamentais da sociedade contemporânea, nomeadamente o da autonomia e respeito à pessoa. O decidir parte do pressuposto de que o indivíduo, e no caso o doente mental, tenha a capacidade de tomar decisões, de compreender a natureza e implicações das opções que lhe são apresentadas e fazer escolhas livres.

Eike-Henner (2008) contribui com essa discussão ao destacar que os processos mentais por trás do comportamento decorrem da capacidade cognitiva. Nessa direção, Rodrigues de Almeida (2010) chama a atenção ao fato de que a capacidade cognitiva é o processo de conhecer, que envolve atenção, percepção, memória, raciocínio, juízo, imaginação, pensamento e linguagem, exatamente os recursos de processamento de informações que são afetados nos distúrbios mentais.

Na esteira das limitações impostas pela doença mental ou dos tratamentos instituídos, poderíamos também em função da medicação utilizada, ter a noção de que a maioria dos doentes mentais para alcançar uma medida moderada de estabilidade teria o seu funcionamento cerebral afetado. Isso faria com que eles percebessem as coisas de uma forma distorcida estando, portanto, prejudicados para fazerem julgamentos normais e, assim, agirem livremente.

Entretanto, mesmo respeitando a prerrogativa de serem todas as pessoas iguais em direitos, nem todas têm a capacidade de se autodeterminar na mesma medida. Em geral, esta capacidade amadurece durante a vida do indivíduo e algumas pessoas perdem-na total ou parcialmente devido a doenças, distúrbios mentais ou circunstâncias que severamente restrinjam a liberdade (Rodrigues de Almeida, 2010).

Nessa perspectiva, Wasow (1986) ao defender a necessidade de instituições asilares para a proteção de doentes mentais crônicos por entender que os programas de apoio à comunidade não garantem atendimento a todas as pessoas com doença mental crônica, recebeu duras críticas de Schroeder (1987), para quem as noções de liberdade e responsabilidade não podem ser entendidas separadamente, pois estão filosoficamente interligadas.

Schroeder (1987) entende que nenhuma pessoa ao agir livremente poderá eximir-se da responsabilidade de seu comportamento. Todavia, de um lado a pessoa ao poder escolher entre dois ou mais cursos de ação, ela ou ele será responsável pelo resultado da sua escolha, pressupondo-se que as pessoas fazem escolhas devidamente informadas, não podendo, então, desculparem-se por qualquer falta de informação. De outro, não se pode responsabilizar pelo seu comportamento

qualquer pessoa que não disponha de liberdade de escolha. O suposto paradoxo existente na relação entre liberdade e responsabilidade poderia fazer crer que as pessoas que se comportam irresponsavelmente em estruturas restritivas, atuariam, em condições de liberdade, de maneira irresponsável.

Em um debate nacional, Chamme (2002) problematizou o tema inclusão e exclusão social nas políticas públicas, a partir da concepção de corpo, considerado como um veículo portador de saúde ou de doença em distintos momentos do tempo e de estágios do desenvolvimento civilizatório. Conclui que incluído eficazmente, ou não, nos mecanismos das Políticas Públicas destinadas à promoção de saúde, o corpo traduz, a partir dos sintomas de estado de saúde ou estado de doença, o maior ou menor grau de inclusão ou de exclusão social, representado pela inserção e ressonância participativa do usuário dos serviços de saúde - portador de um corpo adoecido -, na desigual realidade em que vive enquanto um sujeito considerado sem saber e sem poder.

Todavia, os riscos da manutenção da segregação em um processo de reabilitação social do doente mental, mediante determinadas condições, foi observado por Viganó (1999) para quem “a abertura dos manicômios não exclui a segregação”.

As práticas de inclusão social realizadas pelos serviços substitutivos em saúde mental no âmbito do SUS foram estudadas por Leão (2006). Com os objetivos de identificar as ações desenvolvidas no CAPS da cidade de São Carlos/SP voltadas para inclusão social das pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes, analisar a concepção de inclusão social expressa na representação social dos trabalhadores para fomentar a inclusão social de usuários em serviços de saúde mental e compreender a fundamentação teórico-prática que sustentam as ações de inclusão, concluiu a autora entre outros aspectos que a concepção de inclusão está também atrelada à ideologia da normalidade social.

Moreira, Felipe, Goldstein, Brito & Costa (2008) realizaram uma revisão bibliográfica da inclusão social do doente mental com a Reforma da Assistência Psiquiátrica brasileira. Analisaram as experiências em residências terapêuticas - RTs, centros de atenção psicossocial, cooperativas sociais e outros incentivos para fazer valer os direitos dos doentes mentais e concluíram pela necessidade de inclusão do doente mental na sociedade, entendendo que a reforma começa em nosso próprio contexto, no nosso imaginário, na forma como vemos e percebemos o mundo interno e externo.

Guerra e Generoso (2009) em um estudo multicêntrico (Santo André, Goiânia e Belo Horizonte) e multidisciplinar (Antropologia, Arquitetura, Psicanálise e Saúde Coletiva), avaliaram como os portadores de sofrimento mental grave constituem suas habitação (*habitus*) e inserção social a partir dos elementos estruturais da moradia (abrigo, privacidade, segurança e conforto) e de suporte social (rede social e de serviços), independentemente de estarem ou não inseridos em Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs. Analisaram as repercussões das diferentes formas de moradias e dos modos de habitar na inserção dos portadores de sofrimento mental grave, a partir da superação da centralidade do hospital psiquiátrico e do direcionamento da atenção em saúde mental para o espaço comunitário. Articulando um diálogo entre a Psicanálise e a Antropologia, os autores discutem o habitar e a inserção social concluindo que o habitar uma moradia, assim como habitar o mundo, exige suportarmos as exceções e as diferenças irreduzíveis, no sentido da introdução de novas variáveis ao lado da ideia de integração social, em cuja base encontra-se a “comunicação e o consenso sobre o sentido do mundo social e que a inserção social deve incluir a noção de laço social, bem como com a concepção de sujeito do inconsciente, singular, único e irreduzível, cujos desdobramentos apontam para modos de estar no mundo, bem como para a aposta na implicação do sujeito nas respostas que constrói, seja por quais vias for.

PARADIGMAS DE ATENÇÃO E ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL

A experiência de implantação e seus determinantes locais e nacionais, na sua relação com o movimento de Reforma da Assistência Psiquiátrica foi o objetivo de um estudo documental, realizado por Oliveira e Conciani (2008) partir de documentos oficiais dos três níveis de gestão, informações da mídia local e trabalhos acadêmicos, no período 2000 a 2005, em Cuiabá-MT. A análise do isolamento para a reintegração social, como mudança de paradigma, enfatiza a transformação da função de “expurgo” social realizada pelos hospícios/manicômios ao longo dos tempos, à situação atual no campo da saúde mental que afirma a necessidade de “reinserção social” dos “doentes crônicos” e de criação dos SRTs. As autoras debatem importante ponto nessa discussão ao refletirem sobre as potencialidades do SRT para a desinstitucionalização ou a transinstitucionalização. No sentido da desinstitucionalização torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações e acima de tudo um processo ético – estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. Na transinstitucionalização ocorre o “deslocamento da clientela psiquiátrica [internada] para instituições similares de outro tipo, tais como delegacias, penitenciárias, asilos de idosos, casas de enfermagem, o que resultaria em transferência dos pacientes de uma instituição para outra, sem que se fizesse a crítica do paradigma psiquiátrico. Entre as conclusões da investigação realizada, as autoras consideram que a superação dos “manicômios” requer, além de descentralização dos serviços de atenção e criação de rede de cuidados, a desconcentração de poder político-decisório (participação). Ainda que a criação de SRT pode representar, por um lado, um importante passo em direção à Reforma da Assistência Psiquiátrica, e por outro, em regiões onde os movimentos e demandas sociais são rara e fragilmente constituídos, e sob a imposição de políticas neoliberais, pode ser “aprisionada” como instrumento de gestão centralizada e reduzida à transinstitucionalização e racionalização financeira.

Hirdes (2009) realizou uma revisão na base eletrônica de dados *SciELO* e nos documentos oficiais do Ministério da Saúde do Brasil sobre o tema da Reforma da Assistência Psiquiátrica brasileira no período de 1997-2007. Evidenciou avanços e desafios da reforma destacando a necessidade de investimento na instrumentalização dos profissionais para alavancar a inclusão do cuidado à saúde mental no Sistema Único de Saúde, com vistas à reversão do modelo assistencial. A inserção das ações de saúde mental no PSF, por exemplo, perpassa fundamentalmente a capacitação e apropriação de conceitos de clínica ampliada dos profissionais para a mudança do paradigma. A Reforma da Assistência Psiquiátrica brasileira, através da criação dos novos dispositivos em saúde mental, assim como através da inserção das ações de saúde mental na saúde pública, possibilita novas abordagens, novos princípios, valores e olhares às pessoas em situação de sofrimento psíquico, impulsionando formas mais adequadas de cuidado à loucura no seu âmbito familiar, social e cultural. Concluiu que os projetos de reforma não são homogêneos, as práticas são executadas conforme a concepção teórica dos trabalhadores de saúde mental e que existem princípios orientadores gerais, mas que, em última análise, estão subordinados aos *settings* específicos onde ocorrem as práticas.

Trinta Weber e Juruena (2014) com o objetivo de conhecerem as estratégias terapêuticas de inclusão social de usuários de hospital-dia em saúde mental, as medidas de apoio e o grau de satisfação da família com o serviço de saúde mental revisaram os estudos sobre hospital-dia em saúde mental no Brasil, nas bases de dados eletrônicas (*Lilacs e SciELO*), em artigos nacionais publicados entre janeiro de 2001 e dezembro de 2012 onde o assunto principal indicado em cada artigo tenha sido: ajuste social, apoio social, centro de reabilitação, centros comunitários de saúde mental, desinstitucionalização, família, hospital-dia, inclusão social, pessoas mentalmente doentes, psiquiatria, reforma de serviços de saúde, saúde mental, serviços comunitários de saúde mental, serviços de saúde mental, transtorno mental. Concluíram que os estudos brasileiros sobre o

funcionamento dos hospitais-dia em saúde mental mostraram-se insuficientes levando-se em conta à importância da internação parcial em hospital-dia para o projeto de desospitalização em curso e o alcance do objetivo de reinserção social de seus usuários. As pesquisas correlacionando as abordagens terapêuticas para pacientes de hospital-dia e as estratégias de manejo com a família e/ou comunidade, ou as investigações que se ocuparam em estudar a inclusão social de usuários do hospital-dia - a partir da perspectiva da família e/ou do responsável -, apresentam-se ainda mais reduzidas no cenário científico nacional.

Estudos internacionais também investigaram, sob diversos enfoques, o tema da inclusão social do doente mental. A superação do manicômio e a sua substituição por serviços ambulatoriais e comunitários tem o propósito de atender a desospitalização e a desinstitucionalização. O resgate da cidadania, a recuperação da autonomia, a reinserção social e a qualidade dos serviços oferecidos aos doentes mentais são parte dos objetivos permanentemente perseguidos pelas novas práticas assistenciais em saúde mental.

Esses fenômenos vêm sendo estudados e alguns pesquisadores apresentam resultados que identificam que a saúde mental está fortemente subfinanciada em muitos países europeus (McDaid, 2005). Apenas um quarto das pessoas com perturbações mentais recorrem aos serviços profissionais de saúde, sugerindo um grau considerável de necessidades não satisfeitas por toda a Europa (Wittchen & Jacobi, 2005). O processo de reinstitucionalização assume uma configuração muito parecida no Continente Europeu, prejudicando o alcance da inclusão social e dos demais objetivos pretendidos pela Reforma da Assistência Psiquiátrica.

Drake, McHugo, Bebout, Becker, Harris, Bond, Quimby, (1999) sugeriram em seu estudo que mesmo alguns doentes crônicos incluídos em dispositivos de cuidados sociais, preconizados pela Reforma da Assistência Psiquiátrica, se tornavam tão dependentes da instituição como o eram anteriormente.

Um estudo multicêntrico (Inglaterra, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha e Suécia) foi realizado por Priebe et al. (2005) com o propósito de investigar os resultados da experiência de desinstitucionalização, a partir dos anos 70, tendo em vista as diferentes tradições de organização de cuidados de saúde mental desses países. Constataram que o número de leitos forense e vagas em moradias assistidas, aumentaram em todos esses países, ao mesmo tempo em que o número de leitos em hospitais psiquiátricos reduziram em 5 dos 6 países. Concluíram que a reinstitucionalização está em curso em países europeus. As razões para esse fenômeno ainda não estão claras. É possível que medidas que visem a redução de risco social, como o aumento da população carcerária, podem ser mais importantes do que outras tentativas de redução da morbidade e de desenvolvimento de novos métodos de prestação de cuidados de saúde mental.

A Organização Mundial da Saúde e a União Européia reconhecem, em suas publicações desde 2001, que a doença mental é uma das questões mais urgentes da saúde pública. Um aspecto que merece destaque, pelo caráter endêmico, é a exclusão social das doenças mentais, especialmente, as graves. O estigma em torno da saúde mental está espalhado por toda a sociedade européia. (WHO, 2001; EUFAMI, 2004).

A institucionalização desnecessária e o abuso fundamental dos direitos humanos ainda se verificam em muitos países europeus (McDaid, 2005). Nos países em que a desinstitucionalização foi implementada, pode-se observar que os níveis de investimento em serviços comunitários raramente acompanham os patamares necessários.

Aproximadamente 25% dos países da União Européia continuam a não fornecer cuidados comunitários para as perturbações mentais. No entanto, estes serviços são parte importante do processo de inclusão social e do tratamento eficaz de pessoas com doença mental grave.

PARADIGMAS DE ATENÇÃO E ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL

Os resultados desses estudos demonstram que apesar do reconhecimento da importância dos serviços substitutivos no processo de inclusão social de doentes mentais, o alcance desse objetivo ainda encontra várias barreiras.

Para superação dos obstáculos verificados são necessárias algumas medidas, entre as quais: número adequado de serviços; qualificação dos trabalhadores; financiamento minimamente suficiente; cuidado tecnicamente adequado dos doentes mentais; e, principalmente, mecanismos para evitar a dependência excessiva ou o deslocamento desses doentes mentais para outros lugares (instituições), reproduzindo a lógica anterior, movimento denominado re-institucionalização ou transinstitucionalização (Oliveira & Conciani, 2008; Priebe & Turner, 2003).

Nessa perspectiva, é importante destacar que os projetos que buscam a inclusão social de doentes mentais possuem racionalidades operacionais heterogêneas e os seus efeitos estão intimamente condicionados às práticas culturais dos locais aonde eles são executados (Weber, 2012).

Estigma

Para além da nosografia biomédica e das condições de classificação das doenças entre o definido como normal ou anormal (patológico), o senso comum não dispensa em sua noção subjetiva de anormalidade dos transtornos mentais a associação ao estereótipo do seu portador como o de um pedinte, de um morador de rua, de um indivíduo que fala sozinho, caminha descalço e mal penteado ou ainda de um indivíduo que possui comportamentos estranhos e diferentes dos demais integrantes do grupo social. Entre outros aspectos, este fato decorre das crenças e do imaginário coletivo construído pelas significações dadas aos comportamentos julgados desviantes e/ou anormais por determinado meio social.

O estigma conduz ao preconceito e a discriminação produzindo um impacto na vida das pessoas, idêntico aos efeitos deletérios da doença (Corrigan & Penn, 1999), uma vez que reduz oportunidades e interfere na auto-estima. Essas autoras mostram que é comum achar que doentes mentais são rebeldes e que devem ser temidos e serem mantidos fora das comunidades.

Corrigan, Edwards, Green, Diwan e Penn (2001) referem à existência uma forte correlação entre os sentimentos de medo revelados e o nível de distância social do público em relação à doença mental, devido à pouca frequência do convívio. Postulam, em decorrência, que a abordagem à mudança social implica intensificar a familiaridade do público com as pessoas com experiência de doença mental e dessa forma combater o estigma e a discriminação.

O olhar da antropologia sobre a experiência de pessoas com doenças mentais necessariamente sai da discussão clínica e psicológica e remete ao contexto cultural das perturbações. Esse olhar não desconsidera a importância e relevância da pesquisa biomédica, tão pouco a abordagem do sofrimento psíquico por estarem ambos fortemente presentes na experiência da doença (Martin, 2012).

Todavia, de um lado a falta de conhecimento e informações a cerca da doença e, de outro o universo cultural em que o fenômeno do adoecimento acontece, poderiam ser indicativos de que uma determinada sociedade ainda manteria uma visão preconceituosa da doença mental. Nessas condições, tal sociedade não estaria preparada para a compreensão desta ocorrência pelo fato de que este tipo de adoecimento seria revelador de pessoas consideradas “anormais” e significadas nesse suposto contexto cultural como inabilitadas para aceitação social plena, o que contribuiria com todo um processo de marginalização afetiva e social reforçador do estigma, da discriminação e da segregação daqueles portadores de transtornos psiquiátricos.

É possível distanciar-se dessa negatividade do patológico, através do exercício de relativização que mostra ser tanto o conhecimento biomédico contemporâneo quanto o próprio sofrimento

psíquico, construções culturais e históricas. Em outras palavras, significa dizer que comportamentos patológicos podem ser reconhecidos ou não como negativos em uma dada sociedade o que leva à reflexão sobre o estigma sobre a doença mental. Ser portador de um transtorno psicótico grave, em um dado momento, num certo contexto sociocultural, pode significar estigmatização e conseqüentemente exclusão social (Martin, 2012).

Porém, é importante salientar que as generalizações são sempre perigosas, especialmente quando se trata do desafio da compreensão de um assunto tão complexo como o das doenças mentais. Estar inserido socialmente, como no caso de pessoas ligadas à área artística, pode significar menor estigmatização ou nenhuma, pois há a associação positiva com a criatividade e a liberdade.

O louco pode exibir sua idiossincrasia por algum canal socialmente aceito da cultura e ser incorporado 'produtivamente', como autor de alguma elaboração mental valorizada em sua cultura. (Quirino, Miranda, Scatino & Pereira, 1992)

É necessário considerar os diferentes graus de comprometimento relacionado aos sintomas e expectativas sociais em um dado momento histórico (Martin, 2012) e, como sugerem Quirino, Miranda, Scatino, Pereira (1992), a loucura, ou aqueles casos localmente considerados como tal, em cada diferente cultura que se tome por objeto, pode se apresentar, correspondentemente, como integradora, produtiva, criativa ou, alternativamente, como disruptiva, atrapalhadora, ou pode desempenhar ambos os papéis.

O estigma é uma construção social que desvaloriza as pessoas como resultado de uma característica que as marca, tornando-as distintas das demais. O estigma da doença mental é reconhecidamente uma barreira para a inclusão social.

A Organização Mundial de Saúde e a Associação Mundial de Psiquiatria reconhecem que a estigmatização e a discriminação ligadas aos transtornos mentais estão fortemente associadas com deficiência, sofrimento e pobreza (Corrigan & Watson, 2002).

As questões que envolvem o estigma e a discriminação associados à doença mental despertam, cada vez mais, o interesse e a atenção de pesquisadores no desenvolvimento de instrumentos científicos para conhecer, medir e melhor compreender tais fenômenos comportamentais em suas mais diversas dimensões. Muitos desses estudos tem o propósito de subsidiar políticas públicas para alterar e reduzir essas atitudes que desafiam o objetivo, entre outros, de inclusão social dos serviços substitutivos em saúde mental.

Estroff, Perm e Toporek (2004) realizaram uma pesquisa nacional nos EUA com o objetivo de identificar os programas e atividades inovadoras (não tradicionais) de serviços comunitários para reduzir as conseqüências negativas do estigma associado aos transtornos psiquiátricos. As partes envolvidas concordavam que essa era uma questão pessoalmente dolorosa para o doente mental, socialmente injusta e moralmente imperdoável. Foram selecionados 32 programas entre 102 candidaturas que apresentaram experiências antidiscriminação e antiestigma a partir de uma base de dados nacional desenvolvida para o projeto. Concluíram os autores que os esforços predominantemente para redução do estigma da doença mental podem ser assim resumidos: a) ajuda humanitária, direitos humanos e direitos civis, b) educação, c) proximidade pelo aumento do convívio e o fechamento dos hospitais psiquiátricos com adoção de tratamento de base comunitária, d) legislação que garanta assistência especializada e a possibilidade de tratamento compulsório, e) arsenal medicamentoso capaz de corrigir os desequilíbrios químicos das doenças cerebrais, f) empoderamento, reconhecimento e auto-defesa dos portadores de doença mental. Reconhecem que os programas estudados empregam muito desses esforços. Em geral, observaram uma mudança de ênfase do estigma à discriminação, do foco do estigma associado ao significado simbólico da doença as perspectivas de redução da discriminação, incluindo uma nova ênfase em direitos humanos, civis, capacitação e auto-defesa. Para os pesquisadores ainda são muitos os desafios para

PARADIGMAS DE ATENÇÃO E ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL

o progresso dessas mudanças, mas aparentemente já existem esforços locais reconhecidos e valorizados em toda a nação americana. A aprendizagem e a construção desses fundamentos, com a colaboração da comunidade, deve melhorar a prática na redução do estigma e da discriminação.

Outros estudos reforçam a atualidade e a importância desse tema em seus mais diversos aspectos. Kobau, Diiorio, Chapman, Delvecchio e Samhsa/cdcd (2010) validaram um instrumento desenhado para medir as atitudes em relação às pessoas com transtorno psiquiátrico. Encomendado pelo governo norte-americano, o desenvolvimento do instrumento que possibilita a mensuração do estigma frente à doença mental foi testado inicialmente em uma amostra representativa (n = 5.251) da população americana que responderam o questionário. 4% dos entrevistados acreditam que uma pessoa com transtorno mental tem em si a culpa pela sua condição. 30% acham que uma pessoa com transtorno mental não pode se recuperar. O questionário elaborado pode ser desenvolvido em até duas categorias: os estereótipos negativos e os resultados de reabilitação. A análise fatorial confirmou a validade convergente das duas subescalas. Concluíram que as pessoas com transtorno mental que mantêm contato social parecem estigmatizadas em menor escala se comparadas com aquelas que não mantêm qualquer socialização.

Lam et al. (2010) exploraram a relação entre o estigma, a acessibilidade dos serviços de saúde mental e a sobrecarga familiar com o propósito de compreender o “peso” e as perspectivas para os doentes mentais e suas famílias através de entrevistas com parentes desses doentes. A análise dos dados mostrou que grande parte do “peso” foi relacionada ao estigma e à falta de serviços de reabilitação em saúde mental. Concluíram que o isolamento social das famílias, as dificuldades sentidas pelos doentes mentais ao tentar obter emprego competitivo e dificuldades financeiras, são um “peso” resultante do estigma social, incluindo-se a frustração, ansiedade, baixa auto-estima e desamparo. Foram discutidas as implicações dos achados para a política social e o desenvolvimento dos serviços de saúde mental.

Marcussen, Ritter e Munetz (2010) examinaram a relação entre os cuidados de saúde mental, a auto-estima, o estigma e a qualidade de vida percebida entre os indivíduos com graves e persistentes doenças mentais. Foram avaliados os dados de 188 indivíduos diagnosticados com transtornos mentais graves avaliados em duas etapas (início e após 6 meses). O aconselhamento (ambulatorial) fez aumentar a qualidade de vida, enquanto que o tratamento hospitalar teve um impacto negativo na qualidade de vida percebida. Não foi encontrada associação entre estigma e mudanças na qualidade de vida. Auto-estima e autocontrole influenciaram a associação entre estigma e qualidade de vida, mas não influenciaram a relação entre os serviços e a qualidade de vida. Concluíram que os serviços de saúde mental influenciam na qualidade de vida em função do tipo e da qualidade do serviço prestado. Sugerem os autores um acesso maior a determinados tipos serviços de saúde mental, como os de aconselhamento, para redução das percepções negativas do estigma que corroem a auto-imagem dos doentes mentais graves.

Glover, Corrigan e Wilkniss (2010) em estudo realizado nos EUA, mediram as grandes diferenças na discriminação percebidas por mulheres brancas e homens negros com doença mental grave aplicando o questionário de discriminação (DQ). Do grupo total, 47% se sentiram discriminados. Existem grandes diferenças na discriminação percebida, sobretudo as mulheres brancas se sentem mais discriminadas por seu transtorno mental. Comparado com os homens negros e mulheres brancas os homens negros sentem mais discriminação por questões de gênero. Mais da metade dos participantes sofreram discriminação no local de trabalho, fato que aumenta a tensão e pode ser uma barreira para o trabalho. Em particular, os homens negros são vítimas de discriminação nas instituições de educação e formação. Quanto maior for o nível de educação formal obtido menor é a discriminação no ambiente de treinamento.

Rusch, Corrigan, Todd e Bodenausen (2010) pesquisaram o auto-estigma nas pessoas portadoras de transtorno psiquiátrico grave como fator predizente para má qualidade de vida. Para os autores as pessoas com doença mental muitas vezes internalizam estereótipos negativos, resultando em auto-estigma e baixa auto-estima. Apesar das fortes evidências do impacto negativo do auto-estigma, não está claro se auto-estigma funciona de uma maneira automática, potencialmente fora da consciência e do controle. Foram avaliadas as atitudes negativas em relação à doença mental e a baixa auto-estima. Os resultados sugerem que o auto-estigma é uma construção mensurável e está associado a resultados negativos estando associado a uma menor qualidade de vida.

Peluso e Blay (2011) desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar o estigma público em relação a pessoas com esquizofrenia e possíveis fatores associados a este fenômeno. O inquérito domiciliar realizado com uma amostra probabilística de 500 indivíduos residentes na cidade de São Paulo, com idade entre 18 e 65 anos, apresentou como resultados que as pessoas com esquizofrenia foram percebidas como potencialmente perigosas por 74,2% dos entrevistados. Além disso, 59,0% da amostra acreditam que estas pessoas podem gerar reações negativas, enquanto 57,2% acreditam que podem provocar discriminação na sociedade. No entanto, reações emocionais relatadas pelos próprios entrevistados foram principalmente de natureza positiva. Os fatores mais importantes associados a estas respostas foram atribuição de causas "biológicas" e percepção de risco de violência. Concluíram que o estudo indica que crenças relacionadas ao estigma público em relação a pessoas com esquizofrenia são encontradas com frequência entre a população da cidade de São Paulo. Os autores chamam a atenção para um importante foco para futuros estudos que é o de investigar o impacto do estigma público nas experiências diárias de pessoas com esquizofrenia no contexto brasileiro.

A possibilidade da ocorrência de um transtorno mental durante o percurso de vida já foi estimado e reforça a realidade bastante comum da doença mental em nosso meio. Todavia, o tema da doença mental é um assunto sobre o qual a discussão ainda é circunscrita e, com frequência, associada a fatores ou episódios de caráter negativo.

A convergência da atenção da opinião pública para os episódios negativos ou focalizados somente na descrição das características e dos sintomas das doenças mentais, não contextualizando os acontecimentos nem as situações vividas, tende a acentuar os sentimentos de insegurança por parte da sociedade em geral e a contribuir para a criação de categorias e estereótipos que, por sua vez, estão na origem dos processos de estigmatização e de discriminação social (Spadini & Souza, 2006). Esses autores ressaltam ainda a necessidade de esclarecimento da população sobre a doença para que os preconceitos e estigmas diminuam.

As conclusões dos trabalhos abordados nos parágrafos anteriores dessa seção revelam que algumas questões sobre estigma e discriminação associados a doença mental ainda permanecem obscuras.

Em que pese os estudos da WHO (2001) e EUFAMI (2004) que afirmam que o estigma associado à doença mental está espalhado por toda a Europa, de fato, as razões pelas quais esses doentes são estigmatizados ou se em todo lugar se estigmatiza não estão esclarecidas e reforçam a necessidade de novas investigações.

Para a superação do estigma são necessários programas permanentes de conscientização da população a fim de permitir uma outra possibilidade de convívio onde a aceitação do "modo diferente" de algumas pessoas se torne naturalizado (Weber, 2012).

Modelo de Atenção em Saúde Mental

PARADIGMAS DE ATENÇÃO E ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL

A Política Nacional de Saúde Mental - PNSM instituída no país após a promulgação da Lei nº 10.216/01, (Brasil, 2001) busca, em suas linhas gerais, a reversão do modelo assistencial através de estratégias de incremento da qualidade da assistência, desenvolvendo e estimulando práticas terapêuticas alternativas para garantir uma atenção integral à saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial.

Para dar forma a esse “novo modelo” de atenção à saúde mental o Ministério da Saúde - MS adotou medidas que privilegiaram a formação de uma Rede de Atenção Psicossocial, notadamente de serviços ambulatoriais e comunitários, em detrimento da internação em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2001a).

O equipamento de saúde propulsor dessa outra forma de cuidado é o Centro de Atenção Psicossocial que desempenha o papel de regulador da “porta de entrada” assistencial no âmbito do seu território, classificados por diferentes modalidades definidas de acordo com o porte/complexidade/abrangência populacional e que se imagina levar em conta a singularidade cultural de cada comunidade onde estão instalados.

Ao cuidar de um grupo de pessoas com comportamentos e atitudes - significadas como desajustadas pelo meio social em que vivem -, é possível que se carregue e reproduza o estigma secundário a forma com que tais condutas são simbolizadas pelos seus integrantes.

Em oposição, a ideia de se tratar doentes mentais em Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral, onde a racionalidade é demonstrar para a sociedade, que o manejo da “loucura” em meio à idêntica instituição de saúde que trata outras doenças, se constitui em um fato que neutraliza, em grande parte, o estigma existente quando comparado a serviços especializados.

A reforma da assistência psiquiátrica brasileira ao propor a construção de um novo olhar sobre a loucura, sobre o sofrimento psíquico, apontou para a construção de novos saberes e de novas práticas sociais, em um processo semelhante à produção de conhecimento a partir de novos paradigmas sobre a verdade científica, (Yausi, 2007) como se pode observar entre outras diretrizes aquela que promove a diversidade de métodos e técnicas nos vários níveis de complexidade assistencial em saúde mental (Brasil, 1992).

É importante recordar que a opção pela internação de um paciente para tratamento, do ponto de vista médico, responde diretamente a necessidade requerida pela gravidade imposta pela doença e os riscos dela decorrentes. A intervenção psiquiátrica em um serviço de maior complexidade, no caso o ambiente hospitalar busca, em última análise, estabilizar o quadro clínico apresentado garantindo ao doente e aos demais a integridade física, moral, entre outros aspectos. Nesses casos a assistência exigida não poderia ser realizada em um serviço ambulatorial dessa natureza pelo fato de que este não dispõe de uma capacidade instalada e resolutive compatíveis, mostrando-se como um nível de atendimento insuficiente para o manejo de casos graves, por exemplo.

A diferença entre um hospital de regime de internação integral e qualquer outro dispositivo de hospitalização parcial, ou estrutura intermediária de reabilitação e reinserção social (lares abrigados, centros-dia, hospitais-noite, oficinas abrigadas, entre outros), reside no fato de ser um recurso que dispõe de um programa terapêutico que dá ênfase às manifestações clínicas e terapêuticas sem prejuízo ao comprometimento do paciente e sua família numa relação terapêutica contratual com a equipe terapêutica.

O CAPS, como intermediário entre o hospital e o ambulatório de saúde mental, tem a vocação para o atendimento de doentes mentais crônicos, psicóticos, na maioria das vezes, egressos de hospital psiquiátrico e que necessitam de uma assistência extra-hospitalar intensiva. Atende uma clientela restrita de pacientes por turno de funcionamento, configurando-se em um tipo de unidade de saúde que oferece cuidados extra-hospitais, integrada a uma rede descentralizada de assistência em saúde mental.

Neste tipo de serviço o cuidado ao paciente visa à reabilitação psicossocial (reintegração à família, trabalho, escola, igreja e outros segmentos da comunidade), com destaque para o trabalho em equipe multiprofissional e ações inter e transdisciplinares.

O termo Reabilitação Psicossocial tem sido amplamente utilizado para definir um determinado modelo de práticas empregadas nos novos serviços substitutivos em saúde mental surgidos no Brasil. A International Association of Psychosocial Rehabilitation Services contribui ao trazer a definição clássica do termo que seria o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados a demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado (Pitta, 1996).

O tratamento da doença mental, mesmo que na presença de um quadro clínico que requeira a internação hospitalar - seja ela em hospitais gerais ou psiquiátricos -, constitui-se em um tema cuja discussão encontra-se aberta (Weber, 2012). Frente a essa questão, merece destaque o fato de que tal polêmica tem sido marcada por posturas políticas e doutrinárias conflitantes, o que torna o debate mais complexo do que uma simples adesão a opções técnicas diferentes.

O Ministério da Saúde do Brasil tem reafirmado o HumanizaSUS como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, englobando os diferentes níveis e dimensões da Atenção e da Gestão. Operando com o princípio da transversalidade, a Política Nacional de Humanização (PNH) lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a co-responsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada (Brasil, 2008).

Como contribuição ao embate teórico que vem sendo travado entre a aplicabilidade de um ou outro paradigma de atenção para o cuidado em saúde mental, pode-se inferir que em face da escassa publicação, tanto oficial normativa quanto científica acadêmica sobre a clínica ampliada, projeto terapêutico e as suas respectivas atividades, a visibilidade, a troca de ideias e de experiências ficam prejudicadas, porque limitadas, fato que contribui para manutenção do status discursivo de contornos estéreis sobre o tema.

O campo da saúde mental, especialmente a partir do final dos anos 70, vem sendo marcado pelos debates em torno das mudanças do modelo de atenção ao doente mental onde as discussões sobre qual a melhor maneira para assistir e reabilitar esses pacientes ganhou destaque sendo orientadas para a reformulação das práticas de intervenção psiquiátrica (Weber, 2012).

Com efeito, as críticas ao paradigma biomédico, entre outros aspectos, aquelas relacionadas ao diagnóstico psiquiátrico são reconhecidas como pertinentes tanto que as contribuições especialmente das ciências sociais aplicadas, sobretudo da Antropologia Médica, ou se preferirem da Antropologia da Saúde, tem sido bem aceitas e incorporadas.

Não é desconhecido que um problema-chave do diagnóstico é o fato de que os elaborados sistemas de classificação hoje existentes baseiam-se somente em descrições subjetivas dos sintomas. Tal fenomenologia detalhada inclui a descrição de múltiplos subtipos clínicos; no entanto, não há uma característica biológica que diferencie um subtipo do outro. Além disso, reconhece-se que uma variedade de transtornos pode exibir sintomas clínicos semelhantes, e que um mesmo transtorno pode se manifestar de forma distinta em pessoas diferentes (Juruena, Marques, Mello & Mello, 2007).

Ainda assim, as discussões em torno do melhor modelo de atenção em saúde mental, polarizadas entre os paradigmas biomédico e psicossocial, refletem a hegemonia do segundo sobre o primeiro

PARADIGMAS DE ATENÇÃO E ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL

no discurso político-ideológico que circunscreve a reforma da assistência psiquiátrica, deixando em um plano inferior os aspectos médicos psiquiátricos relacionados a um melhor desfecho clínico para o paciente e todos aqueles que se vem envolvido com a doença mental.

Na atenção ao doente mental é fundamental o apoio da família e da comunidade. De um lado, as terapias de suporte à família para a compreensão do fenômeno do adoecimento, desmistificando a doença e as suas formas de tratamento e, de outro, os mecanismos de estímulo as redes de apoio social, como formas de amparo na perspectiva de um novo olhar sobre o cuidado em saúde mental (Weber & Juruena, 2016).

REFERÊNCIAS

- Brasil, Lei n.º10.216/01. (2001). *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Brasil, M.S. (2008). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf
- Brasil, M.S. Portaria n° 224/92. (1992). *Estabelece as diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental*. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/portaria%20sas-ms%20n%C2%BA%20224-92%20-%20diretrizes%20e%20normas%20saude%20mental.pdf>
- Brasil, M.S. Portaria n° 3.088/01. (2001a). *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Chamme, S.J. (2002). Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. *Saúde e Sociedade [online]*, 11, 3-17. doi.org/10.1590/S0104-12902002000200002
- Corrigan, P.W., Edwards, A.B., Green, A., Diwan, S.L., Penn, D.L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 219–25. Disponível em <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/27/2/219.long>
- Corrigan, P.W., Penn, D.L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, 765-76. doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765
- Corrigan, P.W., Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1, 16-9. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/pdf/wpa010016.pdf>
- Drake, R.E., McHugo, G.J., Bebout, R.R., Becker, D.R., Harris, M., Bond, G.R., Quimby, E. (1999). A Randomized Clinical Trial of Supported Employment for Inner-city Patients With Severe Mental Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 627-33. doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.627
- Duarte, L.F.D. (1998). *Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução*. In: Duarte, L.F.D, (org.) Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em <http://static.scielo.org/scielobooks/yw42p/pdf/duarte-9788575412572.pdf>
- Duarte, L.F.D. (2003). Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciências & Saúde Coletiva*, 8, 1. doi.org/10.1590/S1413-81232003000100013

- Eike-Henner, W. (2008). Incompetent patient, substitute decision making and quality of life: some ethical considerations. *Medscape Journal of Medicine*, 2008, 10, 237. Disponível em http://www.medscape.com/viewarticle/579043_1
- Estroff, S.E., Perm, D.L., Toporek, J.R. (2004). From Stigma To Discrimination: An Analysis of Community Efforts To Reduce the Negative Consequences of Having a Psychiatric Disorder and Label. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 493-509. doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007097
- EUFAMI. (2004) 'Zerostigma' briefing paper. Disponível em www.eufami.org
- Glover, C.M., Corrigan, P.W., Wilkniss, S. (2010). The effects of multiple categorization on perceptions of discrimination, life domains, and stress for individuals with severe mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 33, 113-21. Disponível em <https://library.macewan.ca/library-search/detailed-view/rzh/2010731911?query=%28Wilkniss+S%29>
- Guerra, A.M.C., Generoso, C.M. (2009). Inserção social e habitação: modos dos portadores de transtornos mentais habitarem a vida na perspectiva psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [online]*, 2009, 12, 714-30. doi.org/10.1590/S1415-47142009000400007
- Herzlich, C. (1994). *Medicine moderne e quête de sens: la maladie signifiant social*. In: Augé, M. e Herzlich, C. (org.) *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, (4ª ed.).
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, 14, 297-305. doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036
- Juruena MF, Marques AH, Mello AF, Mello MF (2007). A paradigm for understanding and treating psychiatric illness. *Revista Brasileira de Psiquiatria [online]*, 29, s1-s2. doi.org/10.1590/S1516-44462007000500001
- Kobau, R., Diiorio, C., Hapman, D., Delvecchio, P., Samhsa/cdc, M.I.S.P.M. (2010). Attitudes about mental illness and its treatment: Validation of a generic scale for public health surveillance of mental illness associated stigma. *Community Mental Health Journal*, 46, 164-76. doi.org/10.1007/s10597-009-9191-x
- Lam, C.S., Tsang, H.W.H., Cprigan, P.W., Lee, Y., Angell, B., Shi, K., Jin, S., Larson, J. (2010). Chinese Lay Theory and mental illness stigma: Implications for research and practices, *The Journal of Rehabilitation*: 76(1), 35-40. Disponível em <https://library.macewan.ca/library-search/detailed-view/rzh/2010581645?query=%28Angell+B%29>
- Marcussen, K., Ritter, C., Munetz, M.R. (2010). The Effect of Services stigma and quality of life for people with severe mental illness. *Psychiatry Service*, 61, 489-94. doi.org/10.1176/ps.2010.61.5.489
- Martin, D. (2012). *Abordagem Antropológica em Saúde Mental: Deslocamentos Conceituais para Ampliar o Debate*. In: Weber, C.A.T. *Residenciais Terapêuticos, o dilema da inclusão social de doentes mentais*. Porto Alegre: EdiPUCRS, p.18-36.
- Moreira, L.H.O., Felipe, I.C.V., Goldstein, E.A., Brito, A.B., Costa, L.M.C. (2007). A inclusão social do doente mental: contribuições para a enfermagem psiquiátrica. *Inclusão Social*, 3, 35-42. Disponível em http://www.abp.org.br/download/revista_debates_jan_fev_2013.pdf
- Oliveira, A.G.B., Conciani, M.E. (2008). Serviços residenciais terapêuticos: novos desafios para a organização das práticas de saúde mental em Cuiabá-MT. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]*, 10, 167-78. Disponível em https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a15.pdf
- Pitta, A.M. (1996). Qualidade de Serviços de Saúde Mental: desafios para a epidemiologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45, 313-321.

PARADIGMAS DE ATENÇÃO E ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL

- Priebe, S., Badesconvi, A., Fiorriti, A., Hansson, L., Kilioan, R., Torres-Gonzales, F., Turnet, T., Wiersma, D. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal*, 330, 123–26.
doi.org/10.1136/bmj.38296.611215.AE disponível em
<http://www.bmj.com/content/early/2003/12/31/bmj.38296.611215.AE.full.pdf+html>
- Priebe, S., Turner, T. (2003). Reinstitutionalisation - a new era in mental health care. *British Medical Journal*, 326, 175-76. Disponível em
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1125048/?report=classic>
- Quirino, J.F., Miranda, C., Scatino, A.L., Pereira, M.F.A. (1992). Perturbações da normalidade sociocultural. *São Paulo em Perspectiva*, 6, 85-91. Disponível em
http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v06n04/v06n04_12.pdf
- Rodrigues de Almeida, E.H. (2010). Dignidade, autonomia do paciente e doente mental. *Revista de Bioética*, 18, 381-95.
Disponível em
http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/571/543
- Schroeder, M.R. (1987). Escape From Asylum-Response to Wasow. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 547-50. Disponível em <http://psycnet.apa.org/journals/szb/13/4/547/>
- Spadini, L.S., Souza, M.C.B.M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40, 123-27.
doi.org/10.1590/S0080-62342006000100018
- Tenório, F. (2002). A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 80 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências e Saúde*, 1, 25. Disponível em
<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>
- Trinta Weber, C.A., Juruena, M.F. (2014). Inclusão de usuários de hospital-dia em saúde mental: uma revisão. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15, 790-99.
doi.org/10.15309/14psd150318
- Vinagó, C. (1999). A construção do caso clínico em Saúde Mental. *Curinga- Psicanálise e Saúde Mental*, 13, 50-9. Disponível em
<https://scholar.google.com.br/scholar?q=A%20constru%C3%A7%C3%A3o%20do%20caso%20clinico%20em%20Sa%C3%BAde%20Mental%20>
- Wason, M. (1986). The need for asylum for the chronically mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 162-67.
Disponível em <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/12/2/162.long>
- Weber, C.A.T., Juruena, M.F. (2016). Day hospital and psychosocial care center: Expanding the discussion of partial hospitalization in mental health. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 62, 361-67, doi.org/10.1590/1806-9282.62.04.361.
- Weber, C.A.T. (2012). *Residenciais Terapêuticos, o dilema da inclusão social de doentes mentais*. Porto Alegre: EdiPUCRS.
- Wittchen, H., Jacobi, B. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 Studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-76.
doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012
- World Health Organization. (2001). *Mental Health in Europe, Stop Exclusion, Dare to Care*. Geneva. Disponível em http://www.who.int/mental_health/media/en/389.pdf
- Yausi, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. (Dissertação de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro.
Disponível em <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf>