

Universidade Federal da Integração Latino-Americana

Especialização em Educação Médica

Ana Paula Fernandez de Abreu

**Representação Social da Cura em Saúde Mental: as
representações dos estudantes e professores do curso de
medicina da Universidade Federal da Integração Latino-
Americana (UNILA)**

**Foz do Iguaçu - PR
Dezembro de 2014**

**Universidade Federal da Integração Latino-Americana
Especialização em Educação Médica**

Ana Paula Fernandez de Abreu

**Representação Social da Cura em Saúde Mental: as
representações dos estudantes e professores do curso de
medicina da Universidade Federal da Integração Latino-
Americana (UNILA)**

Trabalho de conclusão de curso para
obtenção do título de Especialista em
Educação Médica, obtida na
Universidade Federal da Integração
Latino Americana.

Orientadora: Profa Dra. Ively Guimarães Abdalla

**Foz do Iguaçu – PR
Dezembro de 2014**

SUMÁRIO

1. Introdução.....	01
2. Objetivos	05
3. Fundamentação Teórica	06
3.1 Representações Sociais	06
3.2 Saúde Mental	11
4. Metodologia	17
4.1 Procedimentos Técnicos	19
4.2 Análise dos dados	20
4.3 Universo da pesquisa	20
5. Cronograma	21
6. Referências Bibliográficas	22

1. INTRODUÇÃO

Os problemas relacionados à saúde mental trazem em si todas as questões relativas a qualquer patologia e, além disso, estão repletos de significados que atravessaram a História da “loucura”, perpetuando uma série de práticas discriminatórias ou de exclusão dos portadores de transtornos mentais, e de seus familiares. (VILLARES et. all, In, MATEUS, 201). É um campo ainda dividido, com muitos atores envolvidos e debates em andamento. Possui muitos aspectos a serem abordados, regulamentados e implantados.

As políticas de Saúde Mental brasileira foram elaboradas com a participação de vários grupos, através de lutas, debates, jogos de influências. Entre eles grupos organizados, ligados a entidades representativas de usuários e familiares, categorias de profissionais e grupos da comunidade acadêmica. Essa luta persiste na busca de melhorar as condições para todos que lidam com a “loucura”. (MATEUS, 2013).

Um dos marcos da História da Saúde Mental no Brasil é a promulgação da Lei 10.216 de 2001, que norteia a política nacional de saúde mental e “*Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.*” (BRASIL, 2001)

A Lei deixa claro que condena as instituições asilares, propõe a substituição dos leitos em Hospitais Psiquiátricos por leitos em Hospitais Gerais e prioriza o tratamento em comunidade. No artigo terceiro desta Lei lemos:

Art. 3 “É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais”. (BRASIL, 2001)

Outro aspecto muito debatido em torno da saúde mental é a questão da medicalização como forma de “normalização” ou talvez pudéssemos falar “normatização” dos portadores de transtornos mentais. Não questionamos os avanços que as medicações psicotrópicas trouxeram para a área de saúde mental. No entanto, há

um grupo de pessoas que defendem o uso de medicação para qualquer situação que se configure como sofrimento psíquico. Este ato contribui para uma cultura na qual o paciente só se sente atendido pelo médico se sair do consultório com uma receita e/ou encaminhamento para exames complementares (NETO, 2012). Gera, também, um pensamento de que o tratamento em saúde mental é de base apenas medicamentosa.

Essa prática gera uma cultura da doença, preconiza que existem determinados comportamentos, sentimentos e pensamentos que são normais e, alimenta a ideia de que tudo o que sai desta norma é patológico.

Dando sequência a esta linha de pensamentos, percebemos que os profissionais da medicina, principalmente os médicos recém-formados, sentem a pressão de prescrever alguma medicação para que se sinta realizando algo de concreto pelo seu paciente.

Com a Reforma Psiquiátrica, outro fenômeno ainda é observado: a dificuldade dos familiares de pessoas com transtornos mentais, e da própria equipe de profissionais que atuam nesta, área abrirem mão do pensamento asilar como solução para aqueles que sofrem com patologias mentais (MACIEL, 2007).

Encontramos múltiplas causas para que esta “cultura asilar” ainda se mantenha. A falta de uma boa estruturação da rede psicossocial de assistência, a dificuldade que os profissionais de saúde mental encontram em se manterem atualizados com as novas propostas terapêuticas, a falta de apoio e treinamento dado aos familiares de portadores de transtorno mental e a própria defesa desta forma de tratamento por um grupo de profissionais da saúde mental (MACIEL, 2007).

O Curso de Medicina da Universidade Federal de Integração Latino-Americana (UNILA) se propõe a implantar sua prática de ensino em consonância com as atuais mudanças propostas para esta área. Ou seja, o foco nos aspectos da biologia do ser humano, tem dado lugar à busca de compreensão da saúde e do adoecer, como decorrente de todo o contexto no qual ele está inserido - o social, o psicológico e o biológico. Se o enfoque das antigas escolas de Medicina era na técnica, hoje se busca a formação de um profissional ético, capaz de se relacionar com seus pacientes e outros membros da equipe, além de possuir todo o cabedal de conhecimentos específicos para exercer plenamente o seu futuro ofício (MEC, 2013).

As propostas atuais de atuação em saúde mental requerem que o profissional inserido nela trabalhe com a noção de que é um campo amplo de atuação interdisciplinar, cuja prática ultrapassa o diagnóstico e prescrição medicamentosa e se

insere na comunidade na qual o sujeito vive na busca de uma compreensão mais ampla do transtorno mental (ou da experiência de enlouquecer) e, ampliando o conceito de tratamento, entendendo-o para além da tentativa de normalizar o sujeito, mas sim buscar auxiliar na inserção deste indivíduo, com sua patologia, na comunidade (MATEUS, 2013).

No contexto vigente no campo da saúde mental, falar em cura com Psiquiatras é considerado um tabu. Em Psicologia, a questão da cura é um conceito mais flexível, na medida em que não está atrelado ao retorno de um estado de normalidade, e sim à possibilidade de realizar as mudanças que se fazem necessárias, aprendendo a se conciliar com suas faltas. (JUCÁ, 2005).

É possível entender esta divergência de pensamento considerando o fato e que, até a bem pouco tempo, todo o treinamento em medicina estava pautado em curar, e em um modelo puramente biológico de ser humano. (ROCCO, R. P.In, MELLO FILHO, 1992).

Apesar das mudanças vigentes no campo de ensino de medicina, e da complexidade, quando se trata de etiologia e tratamento em saúde mental, ainda hoje há aqueles que defendem a ideia de que os transtornos mentais são apenas orgânicos e que deve-se buscar a causa, e cura destas patologias, através de estudos fisiopatológicos. (INSEL e SCOLNICK, 2014)

Com base no exposto acima, a atividade de pesquisa que pretendemos desenvolver visa esclarecer a questão de como o acadêmico e o professor de medicina da UNILA representam a cura do transtorno mental. Essa proposta é decorrente do fato de considerarmos que a forma como um profissional percebe um transtorno, afeta diretamente suas condutas. Além disso, baseados em estudos realizados por autores como Mello-Filho, Rocco, Rios e Schraiber, dentre outros, verificamos o quanto o estudante de medicina acaba por absorver os valores e repetir os comportamentos de seus tutores.

Outras questões que irão nortear a futura pesquisa são:

1. A proposta de tratamento para os transtornos mentais que os professores e estudantes de medicina do curso da UNILA possuem está coerente com a representação social que possuem da cura em saúde mental?

2. Como é desenvolvido o conteúdo sobre o que é saúde e o que é doença no curso de medicina da UNILA?
3. As metodologias de ensino baseadas em problematização, adotadas pela UNILA afetam a visão de cura em saúde mental da equipe envolvida no curso?
4. Qual a representação social que os estudantes da UNILA possuem da cura em saúde mental ao entrarem no curso?
5. Qual a representação da cura em saúde mental que os estudantes de medicina da UNILA possuem ao finalizarem do curso?
6. As representações de cura em saúde mental dos professores da UNILA afetam as Representações de cura em saúde mental dos estudantes da UNILA?

A fim de alcançar o objetivo proposto, pretendemos lançar mão da teoria das Representações Sociais. Desejamos, portanto, a investigar qual a Representação Social que os acadêmicos e professores de medicina possuem da cura em saúde mental. A representação dos professores pode ser verificada junto com a dos alunos ao entrarem no curso, e a dos alunos ao entrarem e ao final do curso de medicina. Por fim, faremos uma comparação da representação social dos acadêmicos ao final do curso com a dos professores do curso.

O conceito de Representação Social foi proposto por Moscovici (1978), que define Representação Social como uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e da comunicação entre indivíduos. Os conhecimentos científicos passam a fazer parte da dimensão cotidiana a partir da reelaboração de cada indivíduo e, a partir daí, do seu grupo social. Elas afetam pensamentos, condutas, costumes, e conversação de todo o grupo.

De acordo com Moscovici (1978), as representações sociais fazem parte de uma cadeia de noções, percepções e opiniões. Referem-se a um conjunto de símbolos, imagens e modelos veiculados numa sociedade para caracterizar pessoas, opiniões, atitudes, situações e objetos que correspondem a mentalidades, imagens que podem exercer uma ação para alterar condutas e comportamentos, além de consentir questionamentos e transformações.

Ao representarmos um objeto, não reproduzimos o mesmo, mas o reconstruímos e o alteramos. Desta forma, as Representações Sociais são formas de conhecimento que devem ser entendidas a partir do seu contexto de produção. A representação do objeto é uma representação diferente do objeto concreto. Pode ser próxima ou distante da realidade. Mas confiamos no que representamos e utilizamos estas representações como guias para nossas ações. (MOSCOVICI, 1978)

O interesse nesta pesquisa advém da busca de compreender a forma como os novos profissionais de medicina irão compreender as questões referentes ao campo da saúde mental.

2. OBJETIVOS

1 Objetivo Geral

Investigar qual a Representação Social que os acadêmicos e professores de medicina da UNILA possuem sobre a cura em saúde mental, ao entrarem e ao final do do curso de medicina da UNILA

2 Objetivos Específicos

- a. Identificar a Representação Social que os acadêmicos de Medicina da UNILA possuem da cura em saúde mental ao entrar no curso de medicina da UNILA.
- b. Identificar a Representação Social que os professores de Medicina da UNILA possuem da cura em saúde mental.
- c. Identificar a representação Social que os acadêmicos de medicina da UNILA possuem da cura em saúde mental ao final do curso de medicina.
- d. Comparar a representação social que os alunos de medicina possuem da cura em saúde mental com a dos professores no início do curso.
- e. Comparar a representação social que os alunos de medicina possuem da cura em saúde mental com a dos professores no final do curso.
- f. Analisar a ocorrência de mudanças na concepção do acadêmico a respeito do que seja a cura em saúde mental ao final do curso.

- g. Verificar se há concordância, ou não com a concepção de cura em saúde mental que os acadêmicos de medicina possuem, com a dos professores ao final do curso.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Representações Sociais

Quando uma teoria é transposta para o domínio público, ela o transforma e é transformada por ele. Durante o processo de transmissão do conhecimento, inúmeros elementos irão interagir, influenciando na forma como o leigo captará as informações e passará a utilizá-las. Quando investigamos, junto ao público, o resultado final dessa captação, temos a representação social dessa teoria. Cabe dizer que nos baseamos em Moscovici (1978) para falar sobre as representações sociais.

Segundo Moscovici (*id.*), quando os conteúdos de uma ciência são transpostos para o domínio comum, eles são reelaborados e passam a fazer parte da dimensão do real de cada indivíduo e, subsequentemente, da dimensão do real do seu grupo social. Afeta, assim, os pensamentos, condutas, costumes e conversação de todo o grupo.

Podemos compreender, a partir do exposto, que conhecer a representação social dos acadêmicos e professores de medicina sobre a cura em saúde mental, pode auxiliar na aquisição de informações importantes para o aprimoramento do ensino de saúde mental e das práticas nesta área.

As representações sociais podem ser vistas como ativas ou passivas. No primeiro caso, elas são percebidas como um reflexo na consciência individual, ou coletiva, de algum objeto ou conjunto de ideias exteriores. No segundo, a ênfase é dada ao papel que desempenha, ou seja, o de dar forma (modelar) ao que se passa no exterior, levando em conta o fato de que, na atividade de apreender um dado externo à nossa consciência, introduzimos informações preexistentes que o complementam, dando-lhe uma forma específica.

Moscovici (*Id.* p.26) opta por esta segunda forma de encarar as representações sociais. Para ele, “*a representação social é uma modalidade de conhecimento que tem como função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos.*” Este autor acredita que, graças às representações sociais os homens tornam a realidade física

e social inteligível, inserem-se em um grupo ou ligação cotidiana de trocas e, liberam os poderes de sua imaginação.

Moscovici (*Id.* p. 42) diz que Durkheim foi o primeiro autor a propor a expressão “representação coletiva”, designando a especificidade do pensamento social em relação ao individual. Este autor afirma, ainda, que a concepção de representação social proposta por Durkheim, era diferente da que ele adota: “*Para Durkheim, as representações sociais constituíram uma classe muito genérica de fenômenos psíquicos e sociais, abrangendo o que designamos por ciência, filosofia e mito.*” Para Moscovici (*Id.*), a definição proposta por Durkheim é muito genérica, o que dificulta a distinção entre o conceito de representação social e outros semelhantes.

O processo de formação da representação social é dinâmico. Nele estão envolvidas a percepção e a cognição. Na formação da representação essas duas dimensões se interpenetram, e, ao mesmo tempo, formam e são formadas pela representação do objeto em questão. A percepção permite a visualização do objeto e a sua consequente conceitualização cognitiva; a conceitualização internalizada permite que este objeto seja evocado perceptualmente e que saibamos como ele foi classificado; passamos, assim, a obter um maior domínio sobre o mundo que nos rodeia. Assim, pela percepção, apreendemos um objeto, pela cognição o interpretamos, e, o internalizamos, ele passa, então, a fazer parte da nossa estrutura cognitiva. A percepção influenciou na forma como o conceitualizamos e, por sua vez, essa conceitualização influenciará na forma de percebê-lo. (Moscovici, *Id.*)

Na prática, o processo de formação da representação é como se segue: observamos, testemunhamos e recebemos informações sobre um objeto social qualquer. As informações nos são distantes, pois, pode ser difícil apreender a linguagem utilizada, reproduzir seu conteúdo, relacionar as informações com nosso ambiente imediato; mas, ao mesmo tempo, nos são próximas, pois, nos dizem respeito, interferem em nossas observações, fixam nossa atenção e nos suscitam questões. Não possuindo o cabedal de conhecimento necessário para interpretarmos a informação, nossos desejos e regras lógicas interferem na conclusão a que chegamos. Por fim, por meio de conversações, nós trocamos essas informações e as transmitimos já modificadas pela visão que foi formada.

A representação social é, portanto, signo e significado. É significado, na medida em que fornece uma informação sobre o mundo, permitindo ao sujeito se locomover nele. E é signo, na medida em que representa algo. Sua forma não é, necessariamente, lógica nem real. Ela preenche lacunas que surgem quando estamos diante de algo desconhecido. Esse processo se dá pela transposição de conhecimentos que temos, para uma área da qual não temos informações, ou que, as informações recebidas são ininteligíveis, logo, por vezes, fica difícil obter uma lógica. (MOSCOVICI, *Id.*).

A representação do objeto é, portanto, uma representação diferente do objeto. Moscovici (*Id.* p. 58) afirma que, “*De fato, representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, é reconstituí-lo, retocá-lo, modificar-lhe o texto.*” A representação do objeto, sendo diferente deste, pode ser mais ou menos próxima da realidade do mesmo. No entanto, ao criarmos a representação, nós a tornamos de tal forma real, que acabamos por acreditar que o objeto é o que representamos.

Moscovici (*Id.*) destaca três dimensões da representação social: a atitude, a informação e o campo de representação ou imagem. Para ele, essas três dimensões fornecem uma panorâmica no sentido da representação social do objeto. Dessas três dimensões, ele considera a atitude a mais frequente e a responsável pelo início do processo de representar. Pensa que, uma pessoa se informa sobre um objeto, e se representa um objeto, apenas depois de ter adotado uma posição diante deste, e em função da posição tomada. Assim, a partir da cognição e do afeto provocado por um objeto, passamos a ter uma atitude com relação a este, e começamos a formar uma representação; tomada a atitude, buscaremos ou não, informações complementares; por fim, com base nestas informações nossa representação se estabelece.

Mas, o que possibilita adjetivar uma representação como social? O fato de ser engendrada coletivamente? Para Moscovici (*Id.*), apesar deste aspecto ter que ser levado em consideração, ele é o mais superficial na caracterização da representação como social. Ele afirma que o que nos possibilita verificar o contexto do social das representações é a sua função, qual, seja a de formar condutas e orientar as comunicações sociais. Função esta, que este autor considera específica das representações sociais.

Cabe lembrar, que cada grupo ou cultura possui sua própria forma de comunicação. Moscovici (*Id.*) afirma que a conversação segue regras muito bem demarcadas, apesar de, muitas vezes, parecer que ocorre de maneira aleatória. Durante este processo de comunicação, as normas e valores do grupo atuam de maneira insidiosa, estabelecendo: como, sobre o que, com quem, quando se fala; podemos ainda ressaltar que a conversação segue normas de precedência, horas disponíveis, postura física, etc. Daí segue que, a forma como uma pessoa irá perceber uma ciência será influenciada pelo grupo ao qual pertence.

“Essa comunicação não específica, insidiosa, subliminar, é frequentemente decisiva para instaurar uma visão, remodelar um comportamento: A comunicação é o veículo mais importante de preservação da realidade.” (MOSCOVICI, Id. p.99)

Assim, existem regras para que o conhecimento seja inserido no grupo. O saber é sempre transmitido com certa finalidade. É pela conversação que, no grupo, serão selecionados os conteúdos intelectuais que virão a ser utilizados como símbolos ou ferramentas sociais. Afinal, não se pode esquecer que é o grupo que assegura a identidade social ou pessoal de um indivíduo, ele seguirá, portanto, as normas estabelecidas por este grupo.

No entanto, um indivíduo, normalmente, pertence a mais de um grupo social. Neste caso, suas decisões serão condizentes, em diferentes situações, com os diferentes grupos aos quais pertence. Da mesma forma, no que diz respeito às áreas de conhecimento, as pessoas esperam que cada esfera de conhecimento (religião, política, ciência), exerça influência apenas no que diz respeito ao seu âmbito específico. Assim, o que irá fazer valer a influência é a especialização da autoridade.

Moscovici (*Id.*) afirma que as ideias selecionadas pelo grupo, através da conversação, serão transformadas em uma representação social por meio de dois processos: a objetivação e a amarração. Estes processos são explicados da seguinte forma:

a) A objetivação torna um esquema conceitual real, fornece-lhe uma imagem, uma contrapartida material. O processo de objetivação ocorre através da naturalização e da classificação.

a.a) Pela naturalização, o símbolo se torna real através da transposição dos elementos objetivos das teorias de um grupo especializado, para o meio cognitivo individual ou coletivo. Algo é acrescentado à estrutura cognitiva. Os elementos objetivos, por esse meio, mudam de *status* e função, e o caráter intelectual do qual ele é parte perde a importância, o mesmo ocorre com o aspecto social de sua extensão. Assim, através da naturalização, as teorias abstratas de um grupo especializado são integradas nos elementos do meio ambiente geral.

a.b) Pela classificação, as partes do meio ambiente são organizadas. Isso ocorre através da seleção de atributos do objeto, que sejam adequados à economia geral do indivíduo ou coletividade, e da adição ao objeto de elementos preexistentes nessa economia. A classificação proporciona uma forma de orientação nas relações com outros e com o meio ambiente.

b) Pela amarração, o objeto é convertido em um instrumento do qual a sociedade pode dispor. A amarração determina, assim, qual o lugar que os conhecimentos de um grupo especializado irá ocupar na hierarquia de valores individuais e coletivos, em outras palavras, como este conhecimento vai se inserir nas operações realizadas na sociedade. O objeto social será transformado em instrumento utilizável, ocupando um lugar em uma escala de preferência (pode ser muito ou pouco utilizado). Passa a ser referencial e a possuir significados a ele ligados.

Abordamos a ciência (ou objeto), por julgarmos que seus conceitos refletem o meio e podem ser úteis. Quando se investe em um objeto, ele é rejeitado ou adotado. Caso adotado, passa a fazer parte da história do indivíduo ou da sociedade. O investimento acarreta um dispêndio de energia que integra o objeto no campo de produções do grupo ou indivíduo. Nesse processo, ele se torna uma fórmula capaz de resolver problemas ou de exprimi-los. O objeto deixa de ser algo “do que se fala” e passa a ser algo “através do que se fala”. (MOSCOVICI, *Id.*)

Desta forma, o objeto é utilizado como um sistema de interpretações que possui características particulares. Dizemos que as características desse sistema de

interpretação são particulares pelo fato de que as condições estritas de aplicação do conhecimento não são respeitadas. Além disso, seu emprego e suposta eficácia são balizados no consenso social, e não na verificação empírica.

“O sistema de interpretação é, desde logo, demasiado pobre, uma vez que afasta, por motivos intelectuais ou normativos, um bom número de noções necessárias e demasiado rico, porque extravasa por todos os lados do campo próprio à teoria original e aos fenômenos para os quais parece adequados.” (MOSCOVICI, Id. p. 184)

Por fim, Moscovici (*Id.*) ressalta que, ao estudarmos uma representação social, podemos perceber que a linguagem da teoria em questão, penetra no âmbito do cotidiano, difundindo-se espontaneamente. A linguagem media, assim, a ciência e sua representação; o mundo dos conceitos e o dos indivíduos ou coletividade. Este autor afirma, ainda, que, no processo de penetração da nova linguagem, a sociedade, com seu discurso próprio, inicialmente resiste a ela, mas, inconscientemente, acaba adotando-as. A linguagem corrente se diversifica com a inclusão de novos termos. Estes adquirem outros significados, sua definição deixa de ser designada pela ciência. Os termos vigentes também são influenciados em seu sentido. A sociedade, desta forma, passa a ter acesso a um mundo que, de outro modo, seria incompreensível.

3.2 Saúde Mental

Maciel (2007), estudando a representação social do transtorno mental e outras variáveis relativas à inclusão do paciente de saúde mental na sociedade, verificou naquele período e local, que a visão acerca da inclusão social dos portadores de transtorno mental ainda era vista com muita resistência. Dentre outros dados, a autora constatou que 80% dos profissionais de saúde mental que eram sujeitos de sua pesquisa, consideravam que a causa do transtorno mental era orgânica. Quando verificando a representação social que os profissionais possuíam dos pacientes, chegou à conclusão que 64% dos sujeitos pesquisados consideravam os portadores de transtorno mental pessoas sem juízo e fora da realidade, enquanto 48% os achavam agressivos e sem

controle. Com relação à família, 100% dos profissionais da pesquisa consideraram que havia abandono por parte dos familiares devido a diferentes motivos. Quanto ao tratamento, foram citados apoio, carinho, amor, medicação e hospitalização; apenas 12% considerou viável o tratamento extra-hospitalar. Por fim, ao buscar o posicionamento dos profissionais acerca dos Hospitais Psiquiátricos, seus resultados indicaram que 68% de sua amostra têm uma visão positiva dos mesmos e 16% uma visão negativa.

Pelo fato da pesquisa acima citada ter sido circunscrita a um determinado espaço geográfico e ter ocorrido sete anos atrás, não podemos tomar os dados como passíveis de generalização. Porém, eles trazem à tona uma série de questões sobre o campo da saúde mental: Em que ponto da reforma psiquiátrica/de saúde mental estamos? O que impede o tratamento no meio da comunidade? O que é a cura em saúde mental? O que os acadêmicos de medicina estão aprendendo no que tange a este tema?

A História da saúde mental, ou da loucura, já foi escrita e propagada por diversos autores. No entanto, cabe aqui retomarmos, mesmo que brevemente a este tema.

Os problemas de saúde mental não são atuais, remontam à antiguidade e já receberam muitas explicações e tratamentos ao longo dos tempos. Porém, não tinham o significado que atribuímos a eles atualmente. Na antiguidade acreditava-se que o comportamento que não estava de acordo com as normas culturais vigentes decorria de forças sobrenaturais. Utilizavam encantamentos, preces, poções, mas também sofrimentos físicos para livrar a pessoa da possessão. (BARLOW E DURAND, 2008)

Entre 460 a 377 AC, acreditava-se que o cérebro era o local da mente, portanto, a epilepsia estava vinculada ao cérebro. Neste período surge a Teoria dos Humores para explicar os temperamentos humano. Os humores eram classificados em Sanguíneo, Melancólico, Colérico, Fleumático. Além disso, o termo melancolia foi encontrado em uma obra escrita de Hipócrates. Verifica-se, assim, uma abordagem mais organicista das questões relacionadas aos transtornos mentais neste período. (BARLOW E DURAND, 2008)

Na idade média, conhecida como o período das trevas, os comportamentos diferenciados voltam a ser atribuídos aos demônios e bruxarias. Quem os praticasse estava condenado à intervenção da Santa Inquisição. (BARLOW E DURAND, 2008)

No Renascimento surge a “Nau dos Loucos”. Segundo Foucault (2010), é difícil definir o objetivo desta nau. Não é possível considerá-la um local de expurgo, pelo fato de que alguns “loucos” eram recebidos em hospitais. O autor afirma, ainda, que a maioria das cidades europeias possuía um local de detenção reservado para os insanos. Levanta a possibilidade de ser um espaço para esconder apenas os loucos estrangeiros ou, ainda, de serem locais de peregrinação, já que nesta época muitos hospitais organizavam peregrinações com os “loucos” e o percurso das naus era condizente com os locais destinados a este fim.

Segundo Torre e Amarante (2001), Pinel efetiva a doença mental com o conceito de alienismo. Através do conceito de alienação os comportamentos, pensamentos e emoções diferenciados da maioria da população passam a ser considerados uma patologia. É a partir de então, o modo de relacionamento da sociedade com a loucura passa a ser intermediado pela ciência.

Se a alienação é um distúrbio das paixões, o tratamento, neste período, torna-se a reeducação moral. Só após um processo pedagógico-disciplinar realizado no interior do hospício, o alienado poderia retomar a razão e se tornar sujeito de direito, cidadão. Esta, segundo Torre e Amarante (2001), era a forma de pensamento de Pinel.

A exclusão da cidadania não era caracterizada como uma violência ao direito do alienado, na medida em que seu internamento era terapêutico, não representava perda de direitos. O isolamento – estado *in vitro*, possibilita o conhecimento, a cura, e a não contaminação ao mesmo tempo. (TORRE E AMARANTE 2001).

Mateus (2013) afirma que, a partir do momento em que a psiquiatria nasce como ciência, nasce também o hospital psiquiátrico. Este autor chama a atenção para o fato destes hospitais terem surgido de movimentos articulados na área da saúde, com o intuito de oferecer cuidados aos portadores de transtorno mental. Porém, aos poucos, tornou-se política de governo, o que levou ao investimento de praticamente toda a verba da saúde mental nessas instituições.

Ao longo do século XX, tanto as atividades desenvolvidas nestas instituições, quanto o fato das políticas de saúde mental estarem centradas nelas, levou a uma série de críticas ao modelo de tratamento em saúde mental de base hospital às quais Mateus (2013) classificou como de ordem financeiras, clínicas e culturais (ou éticas):

- a) No campo financeiro, os gastos com internações em longo prazo eram cada vez maiores.
- b) No campo clínico, começa-se a questionar a validade do tipo de tratamento recebido pelos pacientes.
- c) Também começam a chamar a atenção para a desumanização à qual eram submetidos os pacientes.

Para Torre e Amarante (2001), com a contemporaneidade a razão e o paradigma científico clássico entram em crise. As novas formas de pensar em diversos campos da ciência atuam sobre o campo da psiquiatria também. Surge então a questão: será que o que a psiquiatria concebe como cronicidade da doença não seria efeito da institucionalização do paciente?

Surgiram então vários movimentos buscando alternativas de tratamento ao modelo vigente então. A psiquiatria comunitária, a antipsiquiatria, a reforma psiquiátrica italiana. Foi com a reforma italiana que se organiza uma vertente crítica que ganha prerrogativa de política de governo, alcançando influência internacional. (MATEUS, 2013)

Especificamente no Brasil, o primeiro Hospital Psiquiátrico foi inaugurado em 1852 – Era o Hospício D. Pedro II - localizado na cidade do Rio de Janeiro. Antes os doentes com transtornos mentais eram entregues às prisões ou mantidos em quartos fortes nos hospitais. (MATEUS, 2013)

Franco da Rocha e Teixeira Brandão, muito mais tarde, na busca de modernizar o atendimento psiquiátrico, criam as “colônias agrícolas”, com a proposta de laborterapia e busca de readaptação do indivíduo na sociedade, como forma de buscar a melhora dos acometidos por patologias de ordem mental. Essas iniciativas foram perdendo seu objetivo inicial e as colônias começaram a absorver uma população que nunca mais deixaria o hospital. (MATEUS, 2013)

Segundo Mateus (2013), a expansão dos hospitais psiquiátricos no Brasil se faz em dois momentos: um primeiro até o início de 1960, com a expansão de hospitais públicos; no momento seguinte ela ocorre através de leitos conveniados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Nacional (INAMPS), em hospitais particulares.

A rede de saúde mental no Brasil dos anos 70 era, portanto, constituída por macro-hospitais com características fortemente asilares e manicomiais. Os objetivos de tratamentos foram desvirtuados e esses espaços se tornaram verdadeiros depósitos humanos, locais nos quais os tratamentos, quando haviam, eram inadequados, ou, espaços desumanos. (Mateus, 2013)

A reforma no Brasil nasce nos anos 70 a partir do movimento dos trabalhadores em saúde mental, após denúncias de maus tratos aos pacientes. A consequência das denúncias foi a demissão de 260 trabalhadores da área. As demissões não arrefeceram o movimento e geraram a primeira greve no setor público do país, conhecida como “crise do DINSAN” (Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde). O movimento se expandiu por todo o país e a questão da loucura saiu do interior dos hospícios e passou para o domínio público. (AMARANTE, 1997)

O objetivo da reforma é transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo estas relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados. (AMARANTE, 1997)

As políticas de saúde mental vigentes no Brasil atualmente (data base, 2014) são pautadas na possibilidade da oferta de serviço de base comunitária. Recomenda-se que tenham a flexibilidade de se adequarem à necessidade do usuário e não o contrário. A atuação deve ocorrer em rede, aderindo à lógica de ação territorial.

A Reforma Psiquiátrica brasileira é efetivada (pelo menos em termos de política pública) com a promulgação da lei nº 8088, de 1991 (BRASIL, 1991), que estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre vários decretos e portarias, citaremos alguns que consideramos fundamentais para a realização da reforma no Brasil: O decreto nº

7.508/2011 (BRASIL, 2011), que regulamenta a Lei 8088 (BRASIL,1991), posicionando no seu art. 5º que “*uma das condições para a instituição de uma região de saúde é a de conter ações e serviços de atenção psicossocial.*” (BRASIL, 2011). Com a promulgação da Lei 10 210/2001 (BRASIL, 2001), se garante os direitos às pessoas portadoras de transtorno mentais e se redireciona o modelo de atenção em saúde mental. Esta Lei dá início ao fechamento dos Hospitais Psiquiátrico, incentiva a criação de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais e o tratamento na comunidade através da Rede de atenção Psicossocial. Por fim, em 23 de dezembro de 2011 é instituída a portaria nº 3088 (BRASIL, 2011), 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. A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelas seguintes áreas: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Estratégica; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e; Estratégias de reabilitação Psicossocial.

Atualmente, as políticas de saúde mental adotadas no Brasil são consideradas a forma mais efetiva de tratamento em saúde mental pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 2005). Apesar do país já ter iniciado algumas ações no sentido de adotar as novas práticas, ainda é possível perceber que ainda há muito que avançar para que a reforma psiquiátrica seja efetivada, saindo do papel e passando a ser prática na área de saúde mental.

Muitas pessoas ainda possuem uma maneira organicista de pensar a saúde mental, atrelando este pensamento a noção de cura como remissão total de sintomas. Jucá (2005) verificou que, no que se refere à saúde mental, a noção de cura para os psiquiatras está intimamente relacionada à patologia da qual se fala, às concepções etiológicas dos entrevistados e, às expectativas quanto ao futuro da psiquiatria.

Scolnick (2014) defende o estudo da cura das patologias em saúde mental através do mapeamento do DNA e investimento em estudos da fisiopatologia dos transtornos mentais.

A busca da remissão completa de sintomas em saúde mental seja através de medicamentos ou práticas interdisciplinares em si é algo positivo. A questão é que ela ainda não existe. Temos, no entanto, estratégias de trabalho que têm mostrado

resultados positivos ao longo do tempo. Justamente o trabalho em rede de atenção psicossocial. No entanto, ele exige que se trate o doente e não a doença. Para finalizar, cito as palavras de Torre e Amarante (2001, p. 78): *“Na doença, há uma construção de subjetividade radicalmente diversa, por isso, nunca se pode tratar o sintoma, é preciso tratar o sujeito.”*

4. METODOLOGIA

A pesquisa será pautada nas referências bibliográficas da Teoria das Representações Sociais. Tem como proposta estimular discussão a respeito da percepção que os acadêmicos e professores de medicina possuem da cura em Saúde Mental e verificar se, após passarem por todas as disciplinas do curso ocorre, ou não, uma mudança nestas representações.

Procuraremos, após sua realização, examinar, discutir, avaliar e analisar o problema proposto, chegando as possíveis compreensão e soluções, por meio de um trabalho pautado na razão e sistematização.

Esta pesquisa será uma pesquisa qualitativa, segundo (MINAYO 2007) o método corresponde a:

“Um método que se aplica nos estudos de história, das relações humanas, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.” (MINAYO, 2007, p.57).

Deste modo, o método qualitativo se enquadra perfeitamente dentro dos objetivos para a construção do saber proposto neste trabalho, uma vez que é um método que permite investigar as percepções dos sujeitos envolvidos considerando suas individualidades e os diferentes contextos em que estão inseridos.

Segundo (DESLANDES, 1991 p. 21-22) *“a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados e das relações humanas, lado este que não é percebido nem captado em outros métodos de pesquisa.”*

O estudo é de característica descritiva. Para Gil, (2009, p.42) *“pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população*

ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relação entre variáveis". O problema levantado por este trabalho consiste em verificar como determinadas representações sociais estão impressas nos acadêmicos de medicina antes e após concluírem o curso, e também como as mesmas representações se dão em seus professores.

Dentro da pesquisa descritiva, se utilizará a pesquisa de campo com o uso de entrevista semi-estruturada, na qual existe um roteiro de tópicos a ser seguido pelo entrevistador. Tópicos estes que versam sobre a temática de investigação, contudo, não há uma estruturação rígida e há liberdade para se fazer perguntas de acordo com o conteúdo trazido pelo respondente, esclarecimentos que servem para ampliar o entendimento do assunto. Segundo Gil (2009, pg.198), uma das vantagens da utilização de entrevistas é que *"ela oferece maior oportunidade pra avaliar atitudes [...] podendo ser observados e registrados reações, gestos, etc."*.

Assim, a pesquisa descritiva baseada nos dados obtidos em conjunto com o entrelaçamento teórico servirá de apoio para chegar à conclusão do problema proposto. Este tipo de pesquisa serve aos propósitos da pesquisadora, pois citando (CERVO, 2003)

"A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los...Busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política e econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas...os dados, por ocorrerem em seu habitat natural, precisam ser coletados e registrados para seu estudo." (CERVO, 2003, p.66).

4.1 Procedimentos Técnicos

Para discussão do problema, será utilizado o tipo de pesquisa bibliográfica. Segundo (LAKATOS, 2001, p.35) a pesquisa bibliográfica *"trata-se de um estudo para conhecer as contribuições científicas sobre determinado assunto. Tem como objetivo recolher, selecionar, analisar e interpretar as contribuições teóricas já existentes sobre determinado assunto"*.

Desse modo, a teoria que será pesquisa para o desenvolvimento do trabalho proposto, tornará possível a compreensão sobre o problema de pesquisa contemplado, dando base para o transcorrer deste trabalho.

O instrumento utilizado será o da entrevista, que é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizada no âmbito das ciências sociais, que tratam de problemas humanos.

Ainda que a mencionada técnica apresente algumas limitações como uma possível falta de motivação do entrevistado ou fornecimento de respostas falsas, ela apresenta também inúmeras vantagens como aponta (GIL, 1999)

“Possibilita obtenção de dados referentes aos aspectos da vida social, é eficiente para obter dados em profundidade acerca do comportamento humano, não exige que a pessoa saiba ler, oferece condições para se esclarecer termos e [...] Possibilita captar a expressão corporal” (GIL 1999, p.118)

Como citado acima, a entrevista dar-se-á de forma não padronizada, dando aos respondentes liberdade para desenvolver cada questão. As perguntas são abertas e o entrevistador tem liberdade para perguntar o que quiser na busca de *“sondar razões e motivos, dar esclarecimentos, não obedecendo, a rigor, uma estrutura formal. São necessárias habilidade e perspicácia por parte do entrevistador”*. (MARCONI, 2002, p.96)

As entrevistas face-a-face permitirão ao observador obter dados como o tom de voz, expressões faciais, que poderão contribuir para enriquecer a pesquisa, já que ela trata de um assunto que por muito tempo foi considerado tabu pela sociedade moderna e pode, ainda hoje, causar desconforto no trato do mesmo.

4.2 Análise dos dados

As entrevistas serão analisadas através da análise de conteúdo. Para a qual será utilizado o suporte teórico de Bardin. Segundo Minayo (2000) a análise de conteúdo pode ser definida como:

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (MINAYO, 2000, p. 199).

4.3 Universo da Pesquisa

O Universo da pesquisa será constituído por uma turma de acadêmicos de medicina da UNILA que esteja cursando o primeiro ano. Esta mesma turma será entrevistada novamente no momento em que tiverem cursando o último ano do curso. Também serão entrevistados os professores que, no momento, compõem o quadro de docentes do curso de medicina da UNILA.

5. CRONOGRAMA

Segue a proposta do cronograma de desenvolvimento do estudo por semestre de trabalho.

	1º	2º	1º	2º	1º	2º						
Revisão de literatura	X	X	X									
Entrevista			X		X							
Sistematização dos dados			X	X	X	X						
Análise e discussão				X		X						
Elaboração da conclusão da pesquisa					X	X						

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da reforma Psiquiátrica Brasileira**, em, FLEURY, S. (org.) **Saúde e Democracia: A luta da CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.

BARLOW, D. H. e DURAND, V. M. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. São Paulo: Canage Learning, 2008.

BRASIL; Lei nº 8088 de 19 de setembro de 1991

_____ ; Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001.

_____ ; Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011.

_____ ; Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011.

_____ ; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO: **Proposta da Comissão da Câmara de Educação Superior do CNE das DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**. Legislação ainda a ser votada. Disponível em: <http://www.crub.org.br/public/pdf/DiretrizesMedicinaAudienciaPublica.pdf>. acesso em 29 de março de 2014.

CERVO & BERVIAN; **Metodologia Científica** - 5 Ed. São Paulo; Prentice Hall, 2003.

DESLANDES, S. F; **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade** - 26ª ED. Rio de Janeiro; Vozes, 2007.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 9 Ed. São Paulo: Perspectiva. 2013.

GIL, A C; **Métodos e técnicas de pesquisa social**-5ª Ed. São Paulo; Atlas, 1999.

GIL, A C; **Como elaborar projetos de pesquisa**-4ª Ed. São Paulo; Atlas, 2009.

INSEL, T. R. e SCOLNICK, E. M. **Cure therapeutics and strategic prevention: Raising the bar for mental health research.** National Institute of Mental Health (NIMH). 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Ana%20Paula/Documents/Educa%C3%A7%C3%A3o%20M%C3%A9dica/NIMH>. Acesso em 28 de novembro de 2014.

JUCÁ, V. J. dos S. **A multivocalidade da cura na saúde mental: uma análise do discurso psiquiátrico.** Ciênc. saúde coletiva vol.10 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300033.
Data de acesso: 28 de novembro de 2014.

LAKATOS, E M; **Metodologia do Trabalho Científico** - São Paulo; Atlas, 2001.

MACIEL, S. C. **Exclusão/Inclusão do doente mental/louco: Representações e práticas no contexto da Reforma Psiquiátrica.** 2007. 301 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Arte – Departamento de Psicologia. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2007.

MARCONI, M de Andrade; **Técnicas de pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**-5ª Ed. São Paulo; Atlas, 2002.

MINAYO, M. C de Souza; **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde** - 10ª Ed. São Paulo; Hucitec, 2007.

MATEUS, M. D. (Org.) **Políticas de Saúde mental: baseado no curso Políticas Públicas de Saúde Mental, do CAPS Luiz R Cerqueira.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise.** Rio de Janeiro:Zahar, 1978.

NETO, J. E. A. **Psiquiatria sem alma: As contradições e os conflitos de uma ciência que está perdendo sua essência e tem se transformado em puro comércio.** Curitiba: Travessa dos Editores, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; **Livro de recursos humanos da Organização Mundial da Saúde sobre Saúde Mental e Direitos Humanos: Cuidar sim – Excluir não.** Organização Mundial da Saúde, 2005.

ROCCO, R. P. **Relação estudante de Medicina-paciente.** In, MELLO FILHO, J. **Psicossomática Hoje**, Porto Alegre: Artmed, 1992.

TORRE, E. H. G e AMARANTE, P. **Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da Saúde Mental.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol 6 no. 1 p 73 – 85. Rio de Janeiro, 2001.

VILLARES, C. C. et. all, **Associação de usuários e familiares e estratégias para defesa dos direitos dos portadores de transtorno mental.** In, MATEUS, M. D. (Org.) **Políticas de Saúde mental: baseado no curso Políticas Públicas de Saúde Mental, do CAPS Luiz R Cerqueira.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 76 – 91.