



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Moraes Salles, Mariana; Barros, Sônia

Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de
sua rede sobre doença mental e inclusão social

Saúde e Sociedade, vol. 22, núm. 4, outubro-diciembre, 2013, pp. 1059-1071

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263667009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social¹

Social representation of users of a Psychosocial Care Center and those in their social network on mental illness and social inclusion

Mariana Moraes Salles

Doutora em Cuidado em Saúde. Pós-doutoranda pela Universidade Federal de São Carlos.

Endereço: Rua Eng. Mario Pomponet, 314, Vila Beatriz, CEP 05448-010, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: marianamsalles@gmail.com.

Sônia Barros

Doutora em Enfermagem. Professora titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, CEP 05403-000, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: sobarros@usp.br

¹ Artigo baseado em parte da tese de doutorado de Mariana Moraes Salles: "Vida cotidiana de usuários de CAPS: a (in)visibilidade no território", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, em 2011.

Apoio Financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (Processo nº 141.940/2010-7) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES (Processo nº 3.974-08-1).

Resumo

Ao viver na comunidade, as pessoas com transtornos mentais enfrentam o desafio de construir a sua inclusão social. No presente estudo, buscou-se identificar e analisar as concepções expressas pelos entrevistados sobre inclusão social e doença mental. Utilizou-se a abordagem qualitativa como metodologia de pesquisa. Os sujeitos desta investigação foram pessoas com transtorno psíquico, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e pessoas da sua rede social. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas e, para apuração dos dados, foi utilizada a análise do discurso, que permite refletir sobre as condições de produção e apreensão de significado dos textos. A percepção sobre inclusão social dos entrevistados está alinhada com a literatura, valorizando aspectos como trabalho, educação, renda, poder contratual e ser aceito na sua diferença. Porém, a comunidade apresenta associações negativas em relação ao adoecimento mental, que são introjetadas pelas pessoas ao longo do tempo. O modelo manicomial ajudou a criar o imaginário de que a pessoa com transtorno mental é perigosa, incapaz e deve ser excluída. Assim, as pessoas com transtornos mentais enfrentam preconceitos e discriminações que dificultam seu processo de inclusão social. Neste contexto, é preciso lidar com a herança cultural que estabelece o conceito de que estas pessoas devem ser temidas e excluídas. Os avanços nas concepções sobre inclusão social são um forte aliado para transformar as concepções sobre a doença mental, já que a inclusão social pressupõe uma sociedade inclusiva para todos, sem exceções.

Palavras-chave: Saúde mental; Serviços de saúde mental; Estigma social; Preconceito e inclusão social.

Abstract

By living in the community, people with mental health problems face the challenge of building their social inclusion. This study aims to identify and analyze the conceptions expressed by the interviewees about social inclusion and mental illness. The research methodology used was the qualitative approach. The subjects in this investigation were people with mental health problems, users of a Psychosocial Care Center (CAPS) and people in their social network. For the data gathering, semi-structured interviews were conducted and discourse analysis was used for examining the data, allowing reflection on the conditions of production and for the meanings of the texts to be grasped. The interviewees' perception of social inclusion is in accordance with the literature, valuing aspects such as work, education, income, empowerment and being accepted in their differences. However, the community shows negative association in relation with mental illness, which are introjected by people over time. The asylum model helped to build the idea that the people with mental health problems are dangerous, incapable and must be excluded. Thus, people with mental health problems face prejudice and discrimination that makes the process of their social inclusion difficult. In this context, it is necessary to deal with the cultural inheritance that establishes the concept that they must be feared and excluded. Advances in conceptions of social inclusion are a strong ally in transforming conceptions of mental illness, since social inclusion assumes an inclusive society for all, without exceptions.

Keywords: Mental Health; Health Services; Social Stigma; Prejudice and Social Inclusion.

Introdução

Historicamente, o doente mental foi excluído da convivência em comunidade, sendo colocado à margem da vida social, seja por expulsão da vida nas cidades e confinamento em manicômios, seja através da discreta exclusão pelo estigma da doença, impossibilidade de trabalho e desvalorização do sujeito.

Como um tema para as políticas sociais, políticas de saúde em geral e políticas de saúde mental, a exclusão/inclusão social trazem em seu âmago as contradições sobre as diferentes abordagens na assistência psiquiátrica (Silva e col., 2002). Assim, conceituar exclusão/inclusão social é fundamental para a compreensão do processo de reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno psíquico e das diferenças entre os modelos de atenção à saúde mental.

O processo de exclusão/inclusão social é multidimensional e determinado por diversos fatores. É importante reconhecer que a inclusão social não é uma intervenção ou um tratamento, mas uma série de valores e princípios que orientam políticas, cultura, atitudes e prática (Friedli e Gale, 2002). A inclusão social é um processo de promover direitos, acessos, escolhas e participação. Para as pessoas com transtornos mentais, isso significa também acesso às melhores formas de tratamento possíveis. A inclusão social está relacionada à possibilidade de as pessoas encontrarem mais realização nas suas vidas e fazerem parte da comunidade (Greatley e Ford, 2002).

Além disso, a inclusão social se trata de dar poder à pessoa com transtorno psíquico, para que ela consiga definir e conduzir a sua própria vida. É preciso ter o foco na pessoa, com o objetivo de se articular as oportunidades da comunidade ao que é mais apropriado para este indivíduo em questão (Bates e Repper, 2001).

Todas as pessoas, inclusive as com transtornos mentais, deveriam ter boa condição de saúde, desenvolver suas habilidades, receber um salário e viver uma vida satisfatória na comunidade. É um direito de todos os cidadãos terem boa qualidade de vida, com o que a sociedade moderna pode oferecer (Bates e col., 2002).

Segundo Huxley e Thornicroft (2003), o conceito

de exclusão social apresenta duas vertentes; por um lado, a cidadania e, por outro, a comunidade que compartilha valores, identidade e pertencimento pela participação como membro em grupos ou em comunidades sociais.

Apesar de a integração na comunidade ser essencial, a construção da cidadania apresenta grande efetividade no processo de inclusão social. Alguns indicadores de cidadania são o seguro social, o emprego, a residência, a saúde, a educação e o acesso a serviços comunitários (Huxley e Thornicroft, 2003).

A inclusão social pode ser definida, também, em termos de um circuito que aumente o direito de acesso ao mundo econômico e social, às novas oportunidades, à recuperação do papel social e à redução do impacto de debilidades (Sayce, 2001).

Os direitos dos cidadãos e o acesso às oportunidades presentes na sociedade são indicadores da inclusão social e também objetivos da Reabilitação Psicossocial, uma questão a ser tratada no âmbito da atenção à saúde mental.

Neste contexto, os serviços de saúde mental devem prestar atenção não apenas aos sintomas, mas também às questões como residência, trabalho, educação, lazer e rede de relações com amigos, vizinhos e família (Bates e col., 2002).

Após o adoecimento mental, há uma ruptura na vida cotidiana; muitas vezes, as relações sociais e as atividades do dia a dia mudam, ou simplesmente deixam de existir. Assim, o transtorno mental pode ser entendido como impossibilidade e vazio, relacionado às perdas da vida cotidiana que se tinha antes. Os processos de reabilitação psicossocial e inclusão social procuram reencontrar, junto com a pessoa com transtorno mental, atividades e relações significativas, construindo uma vida cotidiana consciente e satisfatória.

Em todas as áreas da vida, a pessoa com transtorno mental precisa enfrentar os problemas que se apresentarem, mantendo controle sobre sua vida, sendo capaz de tomar decisões e perseguir seus interesses. É preciso lidar com as múltiplas perdas que a doença mental acarreta, enfrentar o processo de tristeza e o desafio da desesperança. Todas as pessoas precisam de um propósito na vida, precisam se sentir valorizadas e ter uma percepção positiva delas mesmas (Perkins e Repper, 2003).

Ao viver na comunidade, a pessoa com transtorno mental enfrenta o desafio de construir a sua inclusão social, processo complexo, que envolve diferentes esferas da cotidianidade.

Para resumir esquematicamente o conceito de exclusão/inclusão social, são apresentados abaixo os conceitos fundamentais que caracterizam o processo de exclusão/inclusão social. As “dimensões de inclusão social” são os principais eixos na identificação do processo de exclusão/inclusão social; o nível singular está relacionado a como este eixo influencia a vida cotidiana das pessoas; enquanto o nível coletivo se refere à relação deste eixo com a organização social, o sistema produtivo e o sistema jurídico.

Essa separação entre o nível singular e o nível coletivo não é estanque, mas ilustrativa, já que a vida cotidiana dos sujeitos está diretamente relacionada com a organização social, o sistema produtivo e o sistema jurídico legal. Além disso, as diferentes dimensões de inclusão social também estão relacionadas e articuladas entre si.

As representações sociais sobre inclusão social e sobre o adoecimento mental sinalizam os modos de pensar dos grupos sociais, que refletem na maneira na qual são estabelecidas as relações com as pessoas com transtornos mentais.

As representações sociais, enquanto ideias, concepções e visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade, são de fundamental importância para a compreensão e para a análise da realidade social, em que se produzem os processos de exclusão/inclusão social. O modo de pensar é uma forma de expressão da sociedade, que determina efeitos tanto positivos como negativos em sua cotidianidade.

A adesão ou não adesão das massas a uma ideologia é o modo pelo qual se verifica a historicidade dos modos de pensar. A filosofia de uma época representa a história dessa época, e história e filosofia são inseparáveis (Gramsci, 1978).

Todo homem desenvolve uma atividade intelectual, participa de uma concepção de mundo, possui uma linha de conduta moral, contribuindo para manter ou modificar as formas de se conceber o mundo, isto é, para promover novas maneiras de pensar. Cada grupo social que surge na história encontra

Quadro 1 - Dimensões de inclusão social nos níveis singular e coletivo

Dimensões de inclusão social	Nível singular	Nível coletivo
Possibilidades materiais	Qualidade de vida Alimentação Vestuário Pagar as contas do mês Autoestima	Residência Renda Assistência Social
Trabalho	Contato interpessoal Status e identidade social Forma estruturada de ocupar o tempo Sensação de realização pessoal Salário	Emprego formal Trabalho informal
Atividade significativa	Maternidade Esporte Ativismo ambiental Participação em igreja Artes Outros	Lazer Hobby Trabalho voluntário Escola
Rede de suporte social	Amigos Família Vizinhos Vida conjugal	Igreja ONG Comércio Instituições do território
Cidadania	Acesso a serviços Saúde Educação Seguro social Previdência Social Direito ao voto Liberdade de expressão Liberdade Religiosa Direito de ir e vir no território Direito a ser diferente	Direitos civis Direitos políticos Direitos sociais Residência Renda
Condução da vida	Reconstrução de uma vida significativa e satisfatória Ter propósito na vida Sentir-se valorizado Engajamento em papéis, relações e atividades que considera importantes Fazer escolhas pessoais Ser sujeito de sua própria história	Lidar com as limitações e fazer uso das oportunidades oferecidas pelo contexto social

categorias intelectuais pré-existentes, havendo continuidade histórica que não é interrompida nem pelas mais radicais mudanças das formas sociais existentes (Gramsci, 1989).

Assim, o presente artigo tem como objetivo identificar e analisar as concepções expressas por pessoas com transtorno mental e pessoas de sua rede social sobre inclusão social e o adoecimento mental, na perspectiva de como eles percebem as possibilidades de inclusão social das pessoas com transtornos mentais.

Metodologia

Utilizou-se a abordagem qualitativa como metodologia de pesquisa. Como referencial filosófico de suporte para o desenvolvimento da pesquisa, foi utilizada a teoria sobre o cotidiano, de Ágnes Heller. No mundo moderno, a condição humana reside na vida cotidiana, constituída por modelos constantes e variáveis. A regularidade, a uniformidade e a repetição oferecem ordem à vida e passam a se caracterizar como modelos de vínculos entre os seres vivos. Se os

modelos se transformam, a vida cotidiana também irá mudar (Heller, 1991).

Na vida cotidiana, as atividades com as quais formamos o mundo e as atividades com as quais formamos a nós mesmos coincidem. Para a maioria dos homens, a vida é a vida cotidiana (Heller, 2002).

Os sujeitos desta investigação foram pessoas com transtorno psíquico, usuários de um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) II na região oeste de São Paulo, que estavam vivendo na comunidade e enfrentando o desafio da inclusão social e de construir uma vida significativa.

Foi solicitado ao diretor do serviço que identificasse ações do CAPS que tenham como objetivo promover a inclusão social. Foram indicadas quatro oficinas que teriam propostas de inclusão social; as oficinas de Panificação, de Recicla Tudo, de Brechó e o grupo Criativa. No total, haviam 24 usuários que frequentavam essas oficinas.

Entre os usuários do CAPS que participavam dessas ações, foram selecionados aqueles que: estavam matriculados há pelo menos um ano na instituição; conscientes, orientados no espaço e tempo, sem déficit cognitivo moderado ou grave, capazes de compreender e responder a perguntas; que concordaram e se dispuseram a participar da pesquisa e estiveram presentes nos dias da coleta de dados. Assim, foram realizadas 17 entrevistas com os usuários do CAPS, com idade entre 29 e 71 anos.

Foi solicitado a cada usuário entrevistado que indicasse uma pessoa de sua rede social para participar da pesquisa, excluindo-se a equipe técnica do CAPS. Essas pessoas possibilitaram relatos sobre a inclusão social dos usuários na visão da comunidade.

Dentre os 17 usuários entrevistados no CAPS, dois não quiseram indicar pessoas para serem entrevistadas, dois relataram não ter ninguém com disponibilidade para realizar a entrevista e uma das pessoas indicadas não aceitou participar da pesquisa. Logo, foram realizadas 12 entrevistas com pessoas da rede de relações dos usuários, com idade entre 36 e 68 anos. Consequentemente, foram realizadas, no total, 29 entrevistas, 17 com usuários e 12 com pessoas de sua rede de relações sociais.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com usuários do CAPS

e pessoas que fazem parte da sua rede social. A entrevista busca obter informações contidas na fala dos atores sociais, enquanto sujeitos e objeto de pesquisa que vivenciaram uma determinada realidade que está sendo focalizada. É um meio de coleta de informação sobre um determinado tema científico (Cruz Neto, 2004).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, que autorizou o desenvolvimento do estudo. Os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a utilização dos dados coletados na referida pesquisa, e foi garantido sigilo sobre a identidade dos entrevistados.

Para apuração dos dados, foi utilizada a análise do discurso, que leva em conta a materialidade linguística; o que se diz, o como se diz e as circunstâncias em que é dito. A partir do material bruto, é construído um objeto discursivo, em que é analisado o que é dito neste discurso, em relação ao que é dito em outros discursos, em condições diferentes, influenciado por distintas memórias discursivas (Orlandi, 2007).

A análise do discurso foi utilizada para refletir sobre a forma de pensar e viver da pessoa com transtorno mental, desenvolvendo um trabalho que engloba o ser humano, sua história e seu contexto social. A partir da análise do discurso, buscou-se desvelar a essência das concepções sobre o processo de inclusão/exclusão social e sobre o adoecimento mental.

A análise é um processo que começa pelo próprio estabelecimento do *corpus*, que se constitui em face da natureza do material e da pergunta que o organiza. Na configuração do *corpus*, delineiam-se seus limites, fazendo recortes, na mesma medida em que se incide um primeiro trabalho de análise, revendo conceitos e noções (Orlandi, 2007).

Na metodologia de análise de discurso, é realizada a leitura repetida do discurso; é analisada a estrutura do texto; identificam-se valores, crenças e concepções dos sujeitos; identifica-se a argumentação presente no discurso, e é realizado o reconhecimento das categorias empíricas emergentes no estudo a partir dos temas apreendidos (Fiorin e Savioli, 1999). Foram identificadas as seguintes categorias empíricas neste estudo: processo de exclusão/inclusão social, redes sociais e cuidado em

saúde mental. O presente artigo trata da primeira categoria empírica: processos de exclusão/inclusão social.

Resultados e discussão

Representações sociais sobre inclusão social

Foi possível desvelar, nos discursos dos entrevistados, as suas concepções sobre o que é inclusão social. Foi relatado o quanto é difícil separar o limiar entre o estar incluído ou excluído, o que é coerente com o conceito de que a inclusão social é um processo, e que as pessoas vivenciam durante sua vida estar mais ou menos excluídas, ou parcialmente incluídas.

A inclusão social, além de multidimensional, é dinâmica e se transforma ao longo do tempo; é, ao mesmo tempo, objetiva e subjetiva (Huxley e col., 2008). A dialética “inclusão/exclusão social gesta subjetividades específicas que vão desde o sentir-se incluído até o sentir-se discriminado ou revoltado. Essas subjetividades não podem ser explicadas unicamente pela determinação econômica”, elas manifestam-se na cotidianidade como identidade, sociabilidade e afetividade (Sawaia, 2007, p. 9).

A frase a seguir exemplifica esta dinâmica, entre sentir-se incluído ou excluído, na vivência de um processo que não é linear:

U12 fr 15²: [Sobre se sentir incluído na sociedade] É tão difícil isso, é tão difícil ser incluído na sociedade, parece que a gente não tá, parece que a gente tá, entende. É difícil.

Ao tentarem conceituar a inclusão social, os usuários relataram que a participação no mercado de trabalho é um dos elementos centrais para a inclusão social. Segundo Xiberras (1996, p. 28), aqueles que se recusam ou são incapazes de participar do mercado de trabalho são logo percebidos como excluídos, “o desemprego sublinha a incapacidade para participar do mercado de produção”.

O trabalho é fundamental para a inclusão social e para a vida da maioria das pessoas. Para os excluídos devido ao transtorno mental, o trabalho é ainda mais importante na medida em que pode diminuir o isolamento, oferecendo propósito para

o dia e uma identidade para o trabalhador (Perkins e Repper, 2003).

U11 fr 16: [Sobre inclusão social] Um bom trabalho. Uma profissão.

U9 fr 87: É importante a pessoa ter um bom trabalho. Ela contribuir... Porque a sociedade... Se você trabalha, se você é um profissional, você está incluído nela.

Além do trabalho, o estudo também foi apontado como sendo importante para a inclusão social. Xiberras (1996) afirma que a educação estabelece um itinerário da normalidade; em cada etapa, se o nível requerido não for atingido, o mau êxito escolar conduzirá a classes especiais – e esta é a primeira categoria de exclusão. Assim, as oportunidades de estudo podem ser um foco da Reabilitação Psicossocial, procurando aumentar e fazer uso das possibilidades do contexto conforme o projeto terapêutico singular dos usuários.

U9 fr 80: [Sobre inclusão social] Não é inteligência, é se ele estudou, se cursou faculdade.

U13 fr 28: [Se estivesse incluído na sociedade] Eu estaria estudando, dando um fruto melhor.

Outro aspecto apreendido nos discursos sobre a inclusão foi a importância de se ter alguma renda, tendo em vista que nossa sociedade é considerada uma sociedade de consumo, e que a renda permite que se viva com dignidade, independência e acesso às possibilidades oferecidas pelo contexto. Bertram (2008) afirma que usuários de serviços de saúde mental consideram ter suas necessidades básicas atendidas como um dos critérios para a inclusão social.

A pobreza significa a incapacidade de participar do mercado de consumo, “a primeira forma de exclusão consiste, de fato, numa ruptura do laço econômico que liga fielmente, ou normativamente, os atores sociais ao modelo de sociedade” (Xiberras, 1996, p. 28). Além disso, a renda é um elemento que multiplica as oportunidades de participação do usuário; por ter uma renda, a pessoa passa a ter acesso a opções de lazer e outras atividades, havendo desdobramento das possibilidades de inclusão social.

2 A letra U é um símbolo de referência para usuário e a letra R para pessoas da rede social dos usuários. A sigla *fr* refere-se à frase e ao número da frase do entrevistado. Assim, ‘U12 fr 15’ significa usuário número 12, frase número 15.

U10 fr 26: Se eu tivesse uma remuneração grande, aí teria como eu sair pra me divertir, pra viajar, aí eu estaria incluso na sociedade. Mas sendo assim, eu acredito que não.

U16 fr 13: [Para ser incluído] A pessoa precisa ter no mínimo uma renda para sobreviver dignamente, para poder comprar as suas coisas e ser mais independente.

A renda também foi relatada como possibilidade de inclusão social, não só pelo acesso a bens materiais e atividades, mas pela possibilidade de autonomia, de não depender de outras pessoas para sobreviver. Segundo Rodrigues e colaboradores (2006, p. 243), é evidente que a autonomia está intrinsecamente ligada à fonte de renda, que o sujeito possa receber uma “quantidade considerada suficiente para se sentir investido de poder contratual que o permita participar das trocas sociais, nas quais o sujeito seja percebido como portador de características positivas”, que são indicativos de credibilidade.

A autonomia financeira é valorizada especialmente pelas pessoas da rede social dos usuários, que, pela idade avançada ou pelas mudanças na vida, em algum momento não poderão mais ajudar o usuário. Neste sentido, a possibilidade de profissionalização é um aspecto considerado relevante, que retira o usuário da condição de dependência financeira da família ou de pessoas da rede social.

R8 fr 114: Porque eu acho que ele consegue ter um ofício. Para o sustento dele, porque a gente [tia] está aqui hoje, mas não sei se amanhã vamos estar, né.

Também foi relatado que a possibilidade de frequentar diferentes espaços é algo que influencia positivamente o processo de inclusão social. Xiberras (1996, p. 22) afirma que o excluído seria aquele que é “rejeitado para fora de nossos espaços, dos mercados materiais ou simbólicos, para fora de nossos valores”.

U10 fr 28: Então, conhecer novas pessoas, sair, viajar. Eu gostaria era de conhecer lugares, viajar, conhecer um pouco o Brasil. Eu gostaria muito.

U11 fr 17: [Sobre inclusão social] Acho que só [trabalho]. E a vontade de sair, de se divertir, né. De ter uma vida ativa assim, na sociedade. Conhecer novos lugares, novas pessoas.

As redes sociais também foram descritas como aspectos importantes para construir a inclusão social. A possibilidade de ter amigos e conviver com os outros foi considerada pelos entrevistados como um fator que influencia positivamente para a inclusão social. Segundo Bertram (2008), um dos aspectos que define inclusão social para usuários em saúde mental é pertencer a uma rede social, poder contar com a ajuda de outros e, ao mesmo tempo, ser necessário aos outros.

No projeto da inclusão social, seria diminuída a distância social entre aqueles que se consideram “sadios” e aqueles que são considerados “loucos” ou “estranhos”. As pessoas aprenderiam que ter um transtorno mental não significa que a pessoa deixa de contribuir como amigo, colega, namorado ou pai (Sayce, 2000).

R4 fr 29: Inclusão é viver entre todos os outros; participar da vida, da sociedade, estar lá.

R15 fr 45:[Sobre inclusão social] Eu acho que é importante ele se sentir querido no seu meio.

Outra questão ressaltada como significativa para o processo de inclusão social foi a possibilidade de a pessoa se sentir importante, capaz, alguém que tem poder contratual nas relações de troca, que pode decidir sobre sua própria vida e usufruir as possibilidades oferecidas pelo contexto social. Na construção da inclusão social, é importante a participação social e a possibilidade de ter uma vida autônoma.

A genuína inclusão social só será alcançada ao se valorizar a contribuição que as pessoas fazem à sociedade, porque o fato de alguém apresentar um transtorno mental não significa que não possa contribuir (Stickley, 2005). Para o usuário se considerar verdadeiramente incluído, ele precisa acreditar no seu próprio valor perante a sociedade (Bertram, 2008).

As pessoas da rede social do usuário exemplificam que o pensamento hegemônico, de que toda pessoa com transtorno mental é incapaz, é contraditório ao conceito de inclusão social.

R16 fr 53: [Sobre inclusão social] É você pegar esse cidadão que não tem nada e mostrar pra ele que ele é capaz. Fazer ele acreditar nele, que ele tem um potencial que está adormecido.

R13 fr 59: Eu acho que a pessoa tem que ser consi-

derada como alguém que tem a sua importância dentro do contexto social, político, econômico; da comunidade onde ela está inserida, né.

Aceitar as diferenças entre as pessoas também foi relatado, pelos indivíduos da rede social do usuário, como um fator importante para promover a inclusão. Esta mudança social pode ocorrer como resultado da diminuição do estigma e do preconceito em relação à doença mental. Nesse sentido, deve ser trabalhada a forma de a sociedade lidar com a diferença, construindo um contexto social acolhedor, que permita e facilite a vida e a circulação de todos. Bertram (2008) encontrou, em seus estudos, que usuários acreditam que ter valor pelo o que se é, e a aceitação das diferenças, são temas importantes para a inclusão social.

R15 fr 60: Eu acho que depende da tolerância das outras pessoas. Na vida social, ele pode frequentar clubes...

R8 fr 110: Porque muitas pessoas não entendem isso ainda, né? Que uma pessoa que tem algum tipo de deficiência tem que ser inserida na sociedade como outra qualquer.

Os entrevistados, usuários e pessoas de sua rede social, demonstraram uma percepção sobre inclusão social, alinhada com a literatura, valorizando aspectos como trabalho, educação, renda, rede social, poder contratual e ser aceito na sua diferença. Existe a concepção de todas as pessoas poderiam participar da vida comunitária. Isto evidencia avanços na direção da inclusão social de todas as pessoas que vivem em sociedade.

Porém, vale lembrar a crítica de Spandler (2007) sobre se tomar cuidado para que o conceito de inclusão não seja o próximo regulador de comportamento para as pessoas com transtornos mentais. Segundo a autora, o senso comum sobre inclusão social pressupõe que as pessoas com transtornos mentais querem se envolver e participar da sociedade e que isso é inevitavelmente bom.

É preciso estar atento para não se focar em transformar escolhas individuais, ao invés de focar em transformar o contexto social que tem limitado as possibilidades de escolha. A inclusão social não pode impor escolhas que sejam mais desejáveis que outras; por exemplo, com a supervalorização

do trabalho como algo que deve ser aspirado por todos. É preciso não transformar a inclusão social em mais uma forma de tratamento que é imposta aos usuários para seu próprio bem; a inclusão social não pode ser uma nova forma de normalização (Spandler, 2007).

Representações sociais sobre o transtorno mental

Apesar do conhecimento em relação ao conceito de inclusão social, foi ressaltada pelos entrevistados, principalmente as pessoas da rede social dos usuários, a falta de conhecimento sobre o adoecimento mental, demonstrando que o assunto ainda é pouco discutido com qualidade pela sociedade. Outras pesquisas também encontraram estes dados, como Pereira (2003), que relatou que, para os familiares, existe uma incógnita em relação à doença mental; ninguém sabe bem o que ela é, e que esse desconhecimento resulta na ideia de um caminhar sem rumo, sem possibilidades de construção de uma vida melhor.

Assim, entrar em contato com a pessoa com transtorno mental, muitas vezes, significa entrar em contato com o desconhecido; o que pode gerar medo, apreensão, angústia e ansiedade.

As atitudes estigmatizadoras em relação às pessoas com transtornos mentais “são baseadas em estereótipos que crescem quando não existe conhecimento adequado” (Leff e Warner, 2006, p. 69), ou quando há pouco contato com pessoas portadoras de doenças mentais, de modo a corrigi-los.

Considerando que a maioria das pessoas com transtornos mentais vive, durante muito tempo, excluída da sociedade, internadas em manicômios, muitas das pessoas da rede social dos usuários não têm experiências passadas ou referências para lidar com a situação. Nesses casos, não há “precedentes”. Segundo Heller (2000), os precedentes são importantes para o conhecimento da situação, sendo um indicador para o nosso comportamento e atitude; é a utilização de exemplos e vivências que ocorreram no passado. Todavia, a falta de precedentes não é necessariamente negativa, pois abre espaço para o novo, para que se crie algo diferente do que vem ocorrendo.

R4 fr 16: A doença mental para mim sempre foi uma coisa muito longínqua. Porque eu nunca tinha tido

conhecimento de pessoas que tivessem esse problema. Era como se fosse uma ficção.

R5 fr 53: Nunca ouvi falar nada, não conheço nada [sobre tratamento para doença mental].

R9 fr 27: E quando ele teve a primeira crise e eu não sabia o que era, e a gente levava em médico e neuro; e ninguém sabia o que era, e uns falavam que era isso, era aquilo...

Foi revelado, pelos usuários, os preconceitos encontrados na sociedade em relação à doença mental. Assim, é possível que haja uma tendência para que a falta de precedentes e o desconhecimento sobre o adoecimento mental se tornem preconceito, ou que a referência em relação ao transtorno mental seja baseada no modelo manicomial. Segundo Heller (2002), o preconceito é uma categoria do pensamento e comportamento cotidiano, é uma ultrageneralização do tipo juízo provisório baseado na fé. Na ultrageneralização, assumimos estereótipos e esquemas já elaborados por outros, que nos são impingidos pelo meio em que crescemos. Toda ultrageneralização é um juízo provisório ou regra provisória de comportamento.

O juízo provisório antecipa a atividade possível e nem sempre encontra confirmação no processo da prática. Os juízos provisórios podem apresentar o afeto confiança, baseado no saber, que pode ser refutado pelo pensamento ou pela experiência, e não representa um preconceito. Por outro lado, os juízos provisórios podem apresentar o afeto fé, “a fé está em contraposição com o saber, ou seja, resiste sem abalos ao pensamento e à experiência que a controlam” (Heller, 2000, p. 48). Os homens assimilam os preconceitos do ambiente e os aplicam espontaneamente em casos concretos.

Na luta contra os preconceitos em relação às pessoas com transtornos mentais, Sayce (2000) afirma que devemos tomar cuidado com a palavra estigma, que deixa implícito que algo está errado com a pessoa, e preferir a palavra discriminação, que coloca o ônus na pessoa, ou no grupo de pessoas, que tem atitude discriminatória. A marca da “vergonha” não deveria permanecer com o usuário, mas com aqueles que apresentam um comportamento injusto com eles.

U14 fr 45: Porque assim, as pessoas não conhecem a

gente direito e julga mal. Acha que todo doido é mal educado, todo doido não é de confiança. E aí vai...

U11 fr 20: Chamam a gente de doente mental, de maluco, essas coisas. Ah, é chato, se deparar com uma situação dessas. Eu fico irritado, mas aí eu mantenho a calma, vou, contorno a situação.

Os preconceitos são provocados pelas interações sociais nas quais vivem os homens, servindo para consolidar e manter a estabilidade e a coesão da integração dada. “O desprezo pelo ‘outro’, a antipatia pelo diferente, são tão antigos quanto a própria humanidade”. O homem predisposto ao preconceito rotula o que tem diante de si e o enquadra em uma estereotipia de grupo, não sendo capaz de corrigir o juízo provisório que formulou baseando-se em uma experiência posterior (Heller, 2000, p. 55).

Todo preconceito diminui a liberdade diante do ato da escolha, na medida em que deforma e estreita a margem real de alternativa do indivíduo. Os preconceitos não podem ser totalmente eliminados do desenvolvimento social, “mas é possível, em troca, eliminar a rigidez e - o que é mais essencial - a discriminação efetiva dos preconceitos” (Heller, 2000, p. 59).

Como juízos provisórios do tipo preconceito, que não se baseiam na razão, encontramos a ideia de que o doente mental é perigoso e agressivo. Essa concepção tem sido amplamente divulgada na sociedade pelos meios de comunicação, instaurando-se no senso comum.

A imagem do assassino conturbado, “psicótico”, é repetidamente veiculada em jornais e filmes; sugerindo a associação entre loucura e perigo, formando um grupo de “outros” que devem ser temidos (Sayce, 2000). A informação que geralmente está presente no domínio público enfatiza o perigo da violência por parte das pessoas com transtornos mentais, praticamente excluindo qualquer outro aspecto dessas pessoas (Thornicroft, 2006).

R4 fr 22: Era um medo que nós tínhamos [a segregação do usuário]. Porque eu fui uma destas pessoas que tinha medo dessas pessoas [com transtornos mentais].

R16 fr 83: Para a comunidade ele é louco, psicopata, esturpador. É assim que eles veem.

R9 fr 32: Porque se faz o tratamento psiquiátrico já

acham que é louco, doido, que vai sair agredindo, vai sair brigando, sei lá. Então não ter discriminação é importante.

Apesar desta ultrageneralização instalada na sociedade, de que toda pessoa com transtorno mental é potencialmente perigosa, esta informação não encontra confirmação em estudos acadêmicos, ratificando que esta é uma ideia baseada na fé e não no saber, ou seja, apresenta as características de um preconceito. Segundo Leff e Warner (2006, p. 51), apenas “uma porção minúscula de doentes mentais comete crimes violentos, só uma pequena quantidade deles comete homicídios, e seus familiares e amigos correm muito mais risco de serem atacados” do que os estranhos.

Assim, a percepção do público de que as pessoas com transtornos mentais são perigosas é uma percepção fundamentada no senso comum, construída ao longo dos mais de duzentos anos de institucionalização e aprisionamento do louco. Durante séculos, a psiquiatria isolou os loucos por serem considerados “perigosos”, construindo-se a ideologia de que toda pessoa com transtorno mental é perigosa.

Na origem dos hospitais psiquiátricos, está o conceito de que a pessoa com transtorno mental é perigosa. Esse conceito, criado a partir da ideologia dominante, vem sendo reafirmado e divulgado na sociedade, instalando-se no senso comum. De acordo com Basaglia (2005, p. 47), a função da instituição psiquiátrica não é tratar o doente, mas “proteger os sãos dos excessos e da periculosidade do louco”, o doente mental é considerado perigoso para si e para os outros e as regras dos hospitais psiquiátricos se edificam em função desta periculosidade.

Entretanto, apesar da preocupação instalada na sociedade com a agressividade das pessoas com transtornos mentais, é muito mais provável que essas pessoas sejam vítimas de agressão do que agressores; há estudos demonstrando que eles são alvos de agressão física ou verbal com uma frequência maior do que a população em geral (Thornicroft, 2006).

R16 fr 89: Porque, normalmente, a pessoa que tem problema psiquiátrico, que toma muito remédio, eu nunca ouvi falar que pulou no pescoço de alguém, tentou matar, tentou estuprar. Eu desconheço essa informação.

Além disso, também foi relatada a concepção de que o transtorno mental leva à incapacidade e à incompetência. De acordo com Perkins e Repper (2003), a maioria da população possui imagens negativas da doença mental apresentadas pela mídia: as pessoas com transtornos mentais tendem a ser vistas como incompetentes, incapazes de participar da sociedade e tomar suas próprias decisões. Segundo Sayce (2000), nos últimos anos, foi possível transformar o lugar e a organização dos serviços de saúde mental; assim, se abriram oportunidades para as pessoas com transtornos mentais; porém, a noção de que estas pessoas são inferiores ainda não foi desafiada, impedindo o acesso para uma cidadania completa.

R9 fr 55: E tem muitos que não têm essa oportunidade, ou “Imagine, esse aí, não entra na cabeça”, entra sim, lento, mas entra. Devagar, mas eles chegam lá.

R12 fr 15: [Sobre poder contar com o usuário] Nas coisas que precisa na vida... Ah... É uma coisa que eu descobri muito recente, porque na verdade eu via assim... Como uma pessoa que eu tinha que cuidar, né.

A sociedade apresenta associações negativas em relação ao adoecimento mental, que foram introjetadas pelas pessoas ao longo do tempo, formando conceitos sobre o que é a doença mental. O modelo manicomial, que, durante longo período, foi prevalente na história da psiquiatria, incentivava esta forma de compreender a loucura como algo apenas negativo, ao separar as pessoas com transtornos mentais da sociedade e declará-los inaptos para a convivência social. Esta forma de tratamento ajudou a criar o imaginário da pessoa com transtorno mental, que deve ser temida e excluída.

Mesmo que o processo de diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos tenha avançado e, cada vez mais, as pessoas com transtornos mentais estejam vivendo na sociedade, a herança criada por anos de exclusão e preconceito em relação ao doente mental ainda persiste, tendo se estabelecido na sociedade uma visão negativa e desesperançosa em relação às pessoas com transtornos mentais.

As imagens da loucura na cultura ocidental tornam claro que a doença mental deve ser evitada ou negada, pois é difícil ver a pessoa com transtorno

mental ao mesmo tempo como “louco” e como pessoa que possui valor e tem um futuro que mereça ser vivido (Sayce, 2000). A pessoa que recebe o diagnóstico de transtorno mental espera sofrer discriminação, e esta expectativa em si pode causar desabilidades, evidenciando as consequências negativas dos rótulos recebidos pelo diagnóstico psiquiátrico (Thornicroft, 2006).

R4 fr 17: Desde criança... Eu morava no interior. E tinha um trem que passava uma vez por mês, e ele tinha um vagão com grades. E eu tinha um pavor de ver aquele trem. Porque as pessoas adultas falavam que era o trem dos loucos, o trem da morte. Esse trem ia para um hospício lá em Minas Gerais. E cada vez que o trem passava as pessoas falavam “Ah, esse vai e não volta”. E eu cresci, então, achando que a doença mental era alguma coisa em relação à morte. Até que apareceu na minha família, com o meu filho. E a primeira coisa que nós, meu marido e eu, nos preocupamos foi de não segregar o M. O pavor que nós tínhamos dele ser segregado. Para nós ele iria embarcar naquele trem da morte [chora]...

Cabe lembrar que, se as percepções de mundo são características de cada época, elas não são imutáveis, mas se transformam ao longo do tempo. Portanto, não se pode definir que estas concepções apresentadas sobre o adoecimento mental sejam fixas, sem possibilidades de serem transformadas; talvez a semente da mudança já tenha sido lançada.

Segundo Gramsci (1978, p. 40), o que cada indivíduo pode mudar é muito pouco em relação às suas forças; porém, “já que o indivíduo pode associar-se a todos os que querem a mesma modificação; e, se esta modificação é racional, o indivíduo pode multiplicar-se” por um elevado número de vezes, obtendo um resultado bem mais radical do que parecia possível.

Considerações finais

Para construir a inclusão social da pessoa com transtornos mentais na sociedade é preciso lidar com a herança cultural, que estabelece o conceito de que as pessoas com transtornos mentais devem ser temidas e excluídas, enfrentando preconceitos e criando novas possibilidades de se compreender o adoecimento mental.

Os avanços nas concepções sobre inclusão social,

que vêm sendo estabelecidos na sociedade, são um forte aliado para transformar as concepções sobre o adoecimento mental, já que a inclusão social pressupõe uma sociedade inclusiva para todos, sem exceções. Este avanço nas concepções sobre inclusão social deve ser usado para basear as políticas de saúde mental e construir uma prática, que aumente as possibilidades de inclusão social das pessoas com transtornos mentais, no contexto em que elas vivem, sempre levando em consideração suas escolhas e seu projeto de vida pessoal.

Além disso, outra forma de contribuir, para mudanças nas concepções sobre as possibilidades de inclusão social desta população, é ter como exemplo pessoas com transtornos mentais bem sucedidas, que, de alguma forma, tenham vivenciado processos de inclusão social, tornando evidente que são pessoas que podem estudar, trabalhar, ter amigos ou cuidar de seus filhos. Assim, é possível favorecer uma nova representação social sobre a loucura, criada a partir da racionalidade e da experiência vivida.

Esta é uma estratégia que pode ser utilizada também na formação dos profissionais dos CAPS. Segundo Leão e Barros (2008, p. 102), observam-se “dificuldades no cotidiano do serviço, devido à ausência de formação dos profissionais de saúde mental para a atuação na perspectiva da atenção psicossocial, necessitando de maiores conhecimentos”. Os profissionais e os usuários precisam acreditar que as pessoas com transtornos mentais são capazes de construir uma vida cotidiana significativa, para, de fato, traçar caminhos que os levem a percorrer a jornada da inclusão social.

Ao vivenciarem este processo de inclusão social, estas pessoas tornar-se-ão exemplos, que influenciarão as pessoas a sua volta a transformar suas representações sociais sobre a doença mental. Além disso, os profissionais estarão fortalecidos para multiplicar as ações que promovem a inclusão social das pessoas com transtornos mentais.

Referências

BASAGLIA, F. Um problema institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 35-60.

- BATES, P.; REPPER, J. Social inclusion: a framework for evaluation. *A Life in the Day*, London, v. 5, n. 2, p. 2-7, 2001.
- BATES, P.; MILLER, C.; TAYLOR, P. Defining inclusion. In: BATES, P. (Ed.). *Working for inclusion: making social inclusion a reality for people with severe mental health problems*. London: The Saintsbury Center for Mental Health, 2002. p. 11-14.
- BERTRAM, M. What does social inclusion means? *A Life in the Day*, London, v. 12, n. 2, p. 24-27, 2008.
- CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 51-66.
- FIORIN, J. L.; SAVIOLI, F. P. *Para entender o texto: leitura e redação*. 15. ed. São Paulo: Ática, 1999.
- FRIEDLI, L.; GALE, E. Mental health promotion. In: BATES, P. (Ed). *Working for inclusion: making social inclusion a reality for people with severe mental health problems*. London: Saintsbury Centre for Mental Health, 2002. p. 57-70.
- GRAMSCI, A. *Concepção dialética da história*. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.
- GRAMSCI, A. *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989.
- GREATLEY, A.; FORD, R. *Out of the maze: reaching and supporting Londoners with severe mental health problems*. London: King's Fund, 2002.
- HELLER, A. *Historia y futuro: ¿sobrevivirá la modernidad?* Barcelona: Península, 1991.
- HELLER, A. *O cotidiano e a história*. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- HELLER, A. *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península, 2002.
- HUXLEY, P.; THORNICROFT, G. Social inclusion, social quality and mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, London, v. 4, n. 182, p. 189-290, 2003.
- HUXLEY, P. et al. Scope for social inclusion. *A Life in the Day*, London, v. 12, n. 3, p. 33-35, 2008.
- LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 95-106, 2008.
- LEFF, J.; WARNER, R. *Inclusão social de pessoas com doenças mentais*. Coimbra: Almedina, 2006.
- ORLANDI, E. P. *Análise do discurso: princípios e procedimentos*. Campinas: Pontes, 2007.
- PEREIRA, M. A. D. Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 71-82, 2003.
- PERKINS, R.; REPPER, J. *Social inclusion and recovery: a model for mental health practice*. London: Baillière Tindall, 2003.
- RODRIGUES, J. et al. Associação de usuários em Centro de Atenção Psicossocial: desvelando sua significação. *Texto & Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 240-245, 2006.
- SAWAIA, B. B. Introdução: exclusão ou inclusão perversa? In: SAWAIA, B. B. *Artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 7-15.
- SAYCE, L. *From psychiatric patient to citizen: overcoming discrimination and social exclusion*. London: MacMillan, 2000.
- SAYCE, L. Social inclusion and mental health. *Psychiatric Bulletin*, London, v. 25, n. 4, p. 121-123, 2001.
- SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 4-9, 2002.
- SPANDLER, H. From social exclusion to inclusion?: a critique of the inclusion imperative in mental health. *Medical Sociology Online*, Liverpool, v. 2, n. 2, p. 3-16, 2007. Disponível em: <http://www.medicalsociologyonline.org/resources/MSo-&-MSN-Archive/MSo_v.2/MSoVolo2Issue2.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2009.

STICKLEY, T. Developing a social inclusion strategy for people with ongoing mental health problems. *Mental Health Practice*, London, v. 8, n. 62, p. 12-15, 2005.

THORNICROFT, G. *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University, 2006.

XIBERRAS, M. *As teorias da exclusão: para uma construção do imaginário do desvio*. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

Recebido em: 20/03/2012

Reapresentado em: 24/04/2013

Aprovado em: 07/06/2013