

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E  
SOCIEDADE**

**SANDRA GREICE BECKER**

**O COTIDIANO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL:  
MEMÓRIAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE  
TRABALHADORES**

**FLORIANÓPOLIS  
2012**



**SANDRA GREICE BECKER**

**O COTIDIANO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL:  
MEMÓRIAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE  
TRABALHADORES**

Tese de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Jussara Gue Martini  
Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Andrea Barbará da Silva Bousfild

Linha de Pesquisa: O cotidiano e o imaginário no processo saúde e doença.

**FLORIANÓPOLIS  
2012**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária  
da  
Universidade Federal de Santa Catarina

B396c Becker, Sandra Greice

O cotidiano do cuidado em saúde mental [tese] : memórias e representações sociais de trabalhadores / Sandra Greice Becker ; orientadora, Jussara Gue Martini. - Florianópolis, SC, 2011.

163 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Saúde mental. 3. Psiquiatria. 4. Enfermagem psiquiátrica. 5. Memória. 6. Representações sociais. I. Martini, Jussara Gue. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

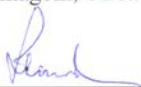
**SANDRA GREICE BECKER**

**O COTIDIANO DO CUIDADO EM SAUDE MENTAL:  
MEMÓRIAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE  
TRABALHADORES**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**DOCTOR EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 15 de fevereiro de 2012, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



\_\_\_\_\_  
Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora do Programa

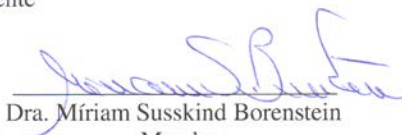
**Banca Examinadora:**



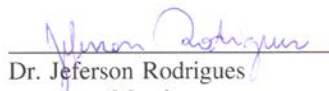
\_\_\_\_\_  
Dra. Jussara Gue Martini  
Presidente



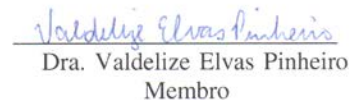
\_\_\_\_\_  
Dra. Rosane Gonçalves Nitschke  
Membro




\_\_\_\_\_  
Dra. Míriam Susskind Borenstein  
Membro



\_\_\_\_\_  
Dr. Jeferson Rodrigues  
Membro



\_\_\_\_\_  
Dra. Valdelize Elvas Pinheiro  
Membro



\_\_\_\_\_  
Dr. Silvio Éder Dias da Silva  
Membro



## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta tese a minha mãe, Jurema Ruffino de Souza, a todas as pessoas que utilizam os Serviço de Saúde Pública, e, aos que enfrentam o desafio de trabalhar em um: aos meus queridos colegas trabalhadores. Com o amor de quem acredita e deseja que o sistema de saúde brasileiro se concretize em um exemplo de melhores práticas de saúde, é que hoje dedico-lhes este estudo.





## AGRADECIMENTOS

Depois da conspiração feita para nossa chegada nesse mundo, tantas são as pessoas que nos acolhem, nos protegem, nos amam, nos cuidam, nos desafiam, que é arriscado esquecer de citar o nome de alguém.

Obrigada a minha família: meus pais, meus irmãos, minha cunhada, meu cunhado e sobrinhos, meus tios, avós e grande família que, mesmo a distância, tem o dom de me fortalecer e sustentar afetivamente. Obrigada pelas raízes e pertença a esse núcleo; por serem estas pessoas queridas a quem sei que posso me reportar a qualquer momento, aprendendo sempre. Saibam que mesmo com meu gosto pelo cupuaçu não deixo de gostar do chimarrão. Como não sou tão boa em matemática, somo tudo.

Obrigada ao meu filho, Vinícius Guilherme Becker Nascimento Silva, que me motiva, fazendo-me cuidar com mais elementos cada passo da vida, pela responsabilidade e gratidão em ser sua mãe. Agradeço também ao seu pai, Prof. Dr. Edson Nascimento Silva Júnior por contribuir para o alcance de meus objetivos profissionais.

Minha orientadora teve que desempenhar quantos papéis? Teve que enfrentar quantos desafios comigo? As palavras são insuficientes para manifestar minha gratidão pelo seu respeito aos meus existenciais.

Minhas terapeutas, a presença e o trabalho lindo e amoroso que experimentei de vocês tornaram minha caminhada muito mais saudável. Meu muito obrigada a Sinara Jacques, Ieda Maria Copetti, Vanessa Mascarenhas, minha advogada/terapeuta, Zulêica Strogulski e em especial minha mestre Dra. Ângela da Rosa Ghiorzi.

Colegas de jornada e doutorado, Luciana Martins, Gisele Manfrini, Claudinete Vasconcelos, Luciane da Rosa, Marli e Dirce Backs, Francisca Georgina M. de Sousa, todas vocês são ótimas, mas tem uma que foi como um anjo da guarda na minha chegada a essa Florianópolis então desconhecida, que me indicou o supermercado e os caminhos que facilitariam minha vida cotidiana, muito obrigada, Ana Maria Farias e sua família. A Ana Paula Ravelli foi mais que uma amiga, num dos momentos mais difíceis que passei; minha reverência aos teus gestos de cuidado, obrigada! Rosane Rodrigues, minha companheira na carreira de DIVA-gar! E Maria Angélica Arzuaga, Calixto Evers e Fernanda Ax

Wilhelm, obrigada por me ofertarem a alegria de aprender novos contextos e culturas.

Agradeço à professora Rosane Nitschke, líder do NUPEQUIS/SC, grupo que me abrigou durante o doutorado e com o qual aprendi, dentre muitas coisas, que o re-conhecimento deve ser construído todos os dias, pois a cada dia temos a chance de fazer diferente. Obrigada, professora Rosane, pela maneira sensível, cuidadosa e amorosa com que cuida de todos nós, nupequianos. Aprendi muito com todos vocês!

Ao Programa de pós-graduação da UFSC, por oportunizar os aprendizados e as participações em representações acadêmicas, por tudo que aprendi com todo corpo docente, convivendo ainda com aquelas professoras que juram a Enfermagem para sempre, como as professoras Maria de Lourdes de Souza e Cleusa Rios. Obrigada!

Agradeço a oportunidade de aprendizados no LACCOS/UFSC. Obrigada ao prof. Brígido Vizeu Camargo pela chance de aprender sobre Representações Sociais (dentro dos meus limites), pela oportunidade de conhecer a maneira elegante e séria – sem perder a proximidade com seus interlocutores – com que conduz um laboratório, faz ciência e ensina. Isso impacta positivamente seus parceiros; professoras Andréa Barbará, Annie Brito, Giovana Stuhler, Ana Justus e João Wachelke, aos quais também agradeço.

À UFAM, agradeço a honra de fazer parte do quadro docente da Universidade mais antiga do nosso País; obrigada pelo investimento no meu crescimento profissional. À Escola de Enfermagem de Manaus, aos colegas de departamento que “seguram” as atividades quando tem um professor fora da casa, especialmente às professoras Alaidistânia Ferreira, Auxiliadora Cruz e Margarete Barros, além de todos os setores de suporte que sempre acolheram prontamente minhas solicitações.

À FAPEAM, pelo apoio financeiro, que viabilizou meu deslocamento para viver e conviver em outro centro formador.

À ABEn Amazonas e as(aos) minhas(meus) parceiras(os) Tereza Neumam, Lucília Jardim, Francilene Xavier, Nazaré de Souza Ribeiro, Darlisom Ferreira, Miriam Rocha, com quem aprendi muito e quero continuar aprendendo as estratégias para o exercício profissional da Enfermagem digno, capaz de impactar positivamente a sociedade. Obrigada!

Aos meus ex-bolsistas e orientandos da EEM/UFAM que hoje são

meus amigos e continuam possibilitando que crescamos juntos. Bons alunos formam bons professores. Obrigada a Gardene Cunha, Maria Luíza Carvalho, Anderson Paz, Marluce Pereira, Carla Benvenuto, Zeivânia Benevides, Rousemayre Pereira, Zenilda e Gisélia Vasconcelos, por meio dos quais agradeço a todos que já cruzaram meu caminho. Vocês ajudaram a concretizar o NIPES/EEM/UFAM. Agradeço também aos integrantes dos projetos ASMAM, especialmente Adenilda Arruda, Hildes Delduque, Joelma Vilela, Gibson Santos e Dr. David Lopes Neto; também a todos os integrantes, participantes e parceiros do Chá com Ciência no Amazonas.

Aos amigos sempre presentes em meu coração, Alessandra, Jhon e família Dias Montenegro, Setemberg Rabelo, Jaques Oliveira, Jandira Oliveira, Sirlene Konig, Danisa Guggi, Maribel Brito, Andrea Montemuro, Elsa Luísa Baldissera, Andréia e família Carabajal da Silva e Maria Selma da Costa Ribeiro.

À Enfermeira Graça Martins, coordenadora do Serviço de Enfermagem do CPER, por toda atenção durante os meus primeiros contatos para iniciar a coleta de dados no CPER, e ao Dr. Assis Almeida, pelas orientações em direção às formalizações necessárias à melhor entrada em campo de pesquisa. E ao conforto do reencontro com as minha colegas de especialização, psicóloga Zaíra Aquino e as assistentes sociais Luciana e Maria Edilza.

A todos os participantes deste estudo, a quem admiro e acredito na importância dos seus trabalhos para oferecermos cada vez mais e melhores práticas de saúde para a população amazonense.

À minha professora de Português, Lúcia Locatelli Flôres; aos meus professores de Francês, Janine Périe, Michel Guy Abes, Telma Duarte da Silva e Nelly Petit Jean; a meu professor de Inglês, Narcizo Martins, pelas importantes contribuições na formação do meu “ser doutora”.

À SEOVE e SERTE, e a todos os seus trabalhadores, pela oportunidade do cuidado espiritual.

Agradeço a Deus e à espiritualidade que me acompanhou e acompanha, com a crença de que existe um propósito maior em nossas ações e uma “proteção/intuição” que nos conduz em nossa caminhada. Obrigada! Obrigada! Obrigada!



*“Creia na possibilidade de fazer. Quando você acredita que algo pode ser feito, sua mente [coração] encontrará os meios para fazê-lo.”*

(SCHWARTZ, 1994)



BECKER, Sandra Greice. **O cotidiano do cuidado em saúde mental: memórias e representações sociais de trabalhadores.** 2012. 163p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Orientadora: Dra. Jussara Gue Martini

Co-orientador: Dra. Andréa Barbará S. Bousfield

Linha de Pesquisa: O cotidiano e o Imaginário no processo Saúde-Doença

## **RESUMO**

Por muito tempo, os portadores de doenças mentais foram considerados alienados. Eram vistos como pessoas que viviam fora da realidade, sem capacidade para entender e exercer seus direitos. Hoje essa história mudou e a luta diária é para que os usuários dos serviços de Saúde Mental possam ter um tratamento qualificado e humanizado. Contudo, apesar dos avanços do modelo assistencial e da proposta de humanização do cuidado, o processo de reforma psiquiátrica apresenta heterogeneidade em relação à velocidade da implementação das políticas propostas, e Manaus aparece neste contexto como uma das últimas capitais brasileiras a implementar os serviços substitutivos do manicômio. Vivenciando esta realidade e buscando compreender essas questões, desenvolveu-se a tese de que existem elementos nas Representações Sociais dos trabalhadores em Saúde Mental do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro - CPER que guiam a forma e a organização do cuidado em Saúde Mental e que podem influenciar na implementação dos dispositivos substitutivos do Manicômio. Para validá-la, delinearíamos como objetivo geral desta pesquisa compreender as representações sociais e memórias sobre o cuidado dos Trabalhadores de Saúde Mental do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro em Manaus/AM. O estudo foi qualitativo, na modalidade do estudo de caso único sobre as representações sociais dos trabalhadores sobre o cuidado. Os participantes foram 24 trabalhadores, tendo como critérios de inclusão: trabalhar diretamente com o paciente e possuir tempo médio de vínculo institucional de 20 anos. As informações foram obtidas através de entrevistas semi-estruturadas, que se desenvolveram no primeiro semestre do ano de 2010, em Manaus. A exploração do conteúdo das entrevistas foi realizada com base na análise de conteúdo

categorial temática. Nos resultados obtidos destacam-se as lembranças dos trabalhadores, marcadas por um primeiro momento, nomeadas como “era muita gente”, caracterizado pelo grande número de pacientes, pela falta de infraestrutura para abrigá-los, pela precariedade dos equipamentos e pelo reduzido número de profissionais com formação para atuarem na atenção em saúde mental. As memórias sobre o momento que nomeamos como “a primeira reforma” apontaram as mudanças na estrutura da instituição, com a construção de novos pavilhões, redistribuição dos internos de acordo com as necessidades de atenção, abertura de concursos públicos para ingresso de profissionais que integraram a equipe multiprofissional e implementação de projetos terapêuticos e laborais. As representações dos trabalhadores sobre o cuidado foram organizadas como cuidado (des)humano, cuidado como escuta e como estar-junto. Os trabalhadores em saúde mental do CPER expressaram, em seus depoimentos, transformações significativas nos modos de cuidar ao longo do tempo, destacando aspectos relacionados, principalmente, à proximidade dos profissionais com a gestão e à capacidade de escuta e de relacionamento interpessoal entre profissionais, pacientes e familiares como importantes estratégias de mudanças na atenção à saúde mental. O presente estudo foi encaminhado à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina – CEP/UFSC, aprovado pelo Parecer n 315/2009.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Psiquiatria. Enfermagem Psiquiátrica. Memória. Representação Social.



BECKER, Sandra Greice. **Daily Care in Mental Health:** workers' memories and social representations. 2012. 163p. Dissertation (Doctorate in Nursing) – Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Brazil, 2012.

Advisor: Dra. Jussara Gue Martini

Co-advisor: Dra. Andréa Barbará S. Bousfield

Line of Research: Everyday and Imaginary in Health/Disease Process

### **ABSTRACT**

For a long time, the mentally ill were considered alienated. They were seen as people living outside reality, unable to understand and exercise their rights. Nowadays the story has changed and there is a daily struggle for users of mental health service receiving a skilled and humane treatment. However, despite advances in caregiving model and the proposal of caregiving humanization, the psychiatric reform process presents heterogeneity relative to the implementation speed of the proposed policies, and Manaus appears in this context as one of the last Brazilian capital to implement caregiving services substituting those of insane asylums. Experiencing this reality and trying to understand these issues, it was developed a thesis that there are elements in the social representations of mental health workers in Eduardo Ribeiro Psychiatric Center - ERCP guiding the shape and organization of mental health care that may influence the implementation of substitute devices to the insane asylum. To validate it, the general objective outlined to this research is understanding the social representations and memories on caregiving of mental health workers in Eduardo Ribeiro Psychiatric Center in Manaus / AM. The study was qualitative, as single case study on the staff representations about social care. 24 workers participated, with the following inclusion criteria: working directly with patients and having an average institutional affiliation of 20 years. Information was obtained through semi-structured interviews, developed in the first semester of 2010, in Manaus. The exploitation of the interviews content was based on the thematic category analysis. In the results obtained the workers memories were remarkable, marked by a first time, named as "there were many people" characterized by a large number of patients, lack of infrastructure to house them, precariousness of equipment and few professionals trained to work in mental healthcare. The memories of

the time we have named as the "first reformation" showed changes in the institution structure, with the construction of new pavilions, patient redistribution according to care needs, opening of public selection for the entry of professionals to integrate the multidisciplinary team and implementation of therapeutic and labour projects. Workers' caregiving representations were carefully organized as (un) human care, care as listening and care as being-together. Mental health workers of ERCP expressed, in their statements, significant changes in care modes over time, detaching related aspects, mainly, to the proximity of professionals with management, and listening skills and interpersonal relationships among professionals, patients and family members as important tactics for change in mental healthcare. The present study was referred to the evaluation of the Ethics in Human Research Committee, of Universidade Federal de Santa Catarina - CEP / UFSC approved by Opinion No. 315/2009.

**Keywords:** Mental Health, Social Representations, Nursing.

BECKER, Sandra Greice. **El cotidiano del cuidado en salud mental: memorias y representaciones sociales de trabajadores.** 2012. 163p. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Posgraduación en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Orientadora: Dra. Jussara Gue Martini

Co-orientador: Dra. Andréa Barbará S. Bousfield

Línea de Investigación: El cotidiano y el Imaginario en el proceso Salud-Enfermedad

## RESUMEN

Por mucho tiempo, los portadores de enfermedades mentales fueron considerados alienados. Eran vistos como personas que vivían fuera de la realidad, sin capacidad para entender y ejercer sus derechos. Hoy esa historia mudó y la lucha diaria es para que los usuarios de los servicios de Salud Mental puedan tener un tratamiento cualificado y humanizado. Con todo, a pesar de los avances del modelo asistencial y de la propuesta de humanización del cuidado, el proceso de reforma psiquiátrica presenta heterogeneidad en relación a la velocidad de la implementación de las políticas propuestas, y Manaus aparece en este contexto como una de las últimas capitales brasileñas en implementar los servicios substitutivos del manicomio. Vivenciando esta realidad y buscando comprender esas preguntas, se desarrolló la tesis de que existen elementos Representaciones Sociales de los trabajadores en Salud Mental del Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro - CPER que guían la forma y la organización del cuidado en Salud Mental y que pueden influenciar en la implementación de los dispositivos substitutivos del Manicomio. Para validarla, delineamos como objetivo de esta Investigación comprender las representaciones sociales y memorias sobre el cuidado de los Trabajadores de Salud Mental del Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro en Manaus/AM. El estudio fue cualitativo, en la modalidad de estudio de caso único sobre las representaciones sociales de los trabajadores sobre el cuidado. Los participantes fueron 24 trabajadores, teniendo como criterios de inclusión: trabajar directamente con el paciente y poseer tiempo medio de vínculo institucional de 20 años. Las informaciones fueron obtenidas a través de entrevistas semiestructuradas, que se desarrollaron en el

primer semestre del año de 2010, en Manaus. La exploración del contenido de las entrevistas fue realizada con base en el análisis de contenido categorial temático. En los resultados obtenidos se destacan los recuerdos de los trabajadores, marcados por un primer momento, nominadas como “era mucha gente”, caracterizado por el gran número de pacientes, por la falta de infraestructura para abrigo, por la precariedad de los equipos y por el reducido número de profesionales con formación para atender en la atención en salud mental. Las memorias sobre el momento que nominamos como “la primera reforma” apuntaron los cambios en la estructura de la institución, con la construcción de nuevos pabellones, redistribución de los internos de acuerdo con las necesidades de atención, apertura de concursos públicos para ingreso de profesionales que integraron el equipo multiprofesional e implementación de proyectos terapéuticos y laborales. Las representaciones de los trabajadores sobre el cuidado fueron organizadas como cuidado (des)humanos, cuidados como escucha y como estar-junto. Los trabajadores en salud mental del CPER expresaron, en sus entrevistas, transformaciones significativas en los modos de cuidar a lo largo del tiempo, destacando aspectos relacionados, principalmente, a la proximidad de los profesionales con la gestión y la capacidad de escucha y de relacionamiento interpersonal entre profesionales, pacientes y familiares como importantes estrategias de cambios en la atención a la salud mental. El presente estudio fue encaminado para evaluación del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos, de la Universidade Federal de Santa Catarina – CEP/UFSC, aprobado por el Parecer n 315/2009.

**Palabras-clave:** Salud Mental. Psiquiatría. Enfermería Psiquiátrica. Memoria. Representación Social.

## LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPER	Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro
CMS/MAO	Conselho Municipal de Saúde de Manaus
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
EEM	Escola de Enfermagem de Manaus
FAPEAM	Fundação de Amparo à Pesquisa no Amazonas
HEMOAM	Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
RT	Residência Terapêutica
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde de Manaus
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSAM	Secretaria do Estado de Saúde do Amazonas
TO	Terapia ocupacional
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** – Distribuição dos estudos, segundo o ano de publicação e o Estado brasileiro de atuação profissional. Brasil. 2003-2008. .... **53**





## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição do número de artigos sobre o tema da pesquisa, produzidos no Brasil e publicados pelas revistas científicas entre 2003 e 2008.....	<b>55</b>
---	-----------



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	<b>21</b>
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	<b>23</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	<b>25</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>29</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>33</b>
2.1 GERAL .....	33
2.2 ESPECÍFICOS .....	33
<b>3 CONTEXTUALIZANDO O REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>35</b>
3.1 COMPREENDENDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO REFERENCIAL TEÓRICO .....	35
3.2 PESQUISAS EM ENFERMAGEM, SAÚDE MENTAL E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS .....	43
3.3 MANUSCRITO 1: MAPEAMENTO DO USO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM ESTUDOS BRASILEIROS DE SAÚDE MENTAL.....	47
<b>4 METODOLOGIA DA TESE</b> .....	<b>61</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	61
4.2 LOCAL DO ESTUDO .....	62
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	64
4.4 PRODUÇÃO DAS INFORMAÇÕES .....	66
4.5 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA E PRODUÇÃO DAS INFORMAÇÕES .....	68
4.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES .....	69
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	70
4.8 APOIO FINANCEIRO .....	71
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>73</b>
5.1 MANUSCRITO 2: O COTIDIANO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: REPRESENTAÇÕES DE TRABALHADORES NO AMAZONAS .....	73
5.2 MANUSCRITO 3: CENTRO PSIQUIÁTRICO EDUARDO RIBEIRO: RE-VISITANDO A HISTÓRIA E COMPARTILHANDO MEMÓRIAS .....	100
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A TESE</b> .....	<b>125</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>129</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>141</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>155</b>

## 1 INTRODUÇÃO

*Os objetivos de uma ciência são o conhecimento através da ação, juntamente com uma ação através do conhecimento (MOSCOVICI, 2004).*

Por muito tempo, os portadores de doenças mentais foram considerados alienados. Eram vistos como pessoas que viviam fora da realidade, sem capacidade para entender e exercer seus direitos. Hoje essa história já mudou bastante, e a luta diária é para que os usuários dos serviços de Saúde Mental possam ter um tratamento qualificado e humanizado; para que a sociedade os respeite como seres humanos e valorize suas potencialidades. Contudo, apesar dos avanços no modelo assistencial e na proposta de humanização do cuidado, a história mostra que as atitudes em relação aos portadores de transtornos mentais nem sempre foram as mais adequadas.

A maneira como a sociedade se relacionava com os ditos loucos e as representações que estes assumiam no imaginário coletivo variavam segundo as culturas. Na Grécia Antiga, por exemplo, eram vistos como possuidores de poderes divinos. Já na Idade Média, os loucos passaram a ser considerados entes possuídos por poderes malignos, ligados ao demônio e, por vezes, eram queimados na fogueira (BRASIL, 2003; FOUCAULT, 1978; 1979).

Essa maneira de representar a loucura alcançou, no Brasil, em meados do século XIX, um novo entendimento e passou a ser considerada como doença possível de ser tratada basicamente com a internação e o isolamento; os loucos ficavam sob os cuidados de enfermeiros (BRASIL, 2003).

Com o desejo e a proposta, dos profissionais de saúde, de dominar e vencer a loucura, e defender-se de tudo que o desconhecido representava, o paciente era isolado da família e da sociedade, que desconheciam ou ignoravam o que acontecia com ele.

Com o desenvolvimento urbano e o crescimento social, o número de internos aumentava nas instituições asilares, chegando a somar, no ano de 1950, quinze mil no Hospital Colônia de Junquery (SP), oito mil na Colônia de Alienados Jacarepaguá (RJ) e três mil no Hospital São Pedro de Porto Alegre (RS) (AMARANTE, 2003).

Como doença que merecia tratamento, registra-se o uso da

insulinoterapia, malarioterapia, Cardiazol para provocar convulsões e o eletrochoque, ainda usado nos dias de hoje, em casos graves, por decisão de junta médica (BRASIL, 2003).

A trajetória da assistência psiquiátrica foi marcada pelos isolamentos e pela exclusão social do doente até quando, nos anos 80, surgiram no Brasil movimentos sociais e políticos de reorganização do Estado brasileiro, e o movimento dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde passaram a reivindicar condições para a criação de um novo modelo de atenção à saúde no país. Esses movimentos culminaram com a construção da Política do Sistema Único de Saúde – SUS –, cujos princípios foram inscritos na constituição de 1988.

Na saúde mental, o movimento de Reforma Psiquiátrica surge com a proposta de construção de outro lugar social para a loucura e a doença mental, sugerindo transformação das relações entre sociedade/loucura/doença mental (AMARANTE, 2006).

As diretrizes para a Reforma Psiquiátrica são nacionais e apontam para a descentralização dos serviços, a implantação e implementação dos sistemas substitutivos dos manicômios. Como dispositivos usados no processo de desinstitucionalização dos usuários, foram criados o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/ Psiquiatria), o programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), o programa de Volta pra Casa (2003), e expandido os serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Residências Terapêuticas (RT) (BRASIL, 2012).

Considerando que o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de Governo – Federal, Estadual e Municipal – , Manaus conta com dois CAPS, embora o indicador CAPS/100.000 aponte a necessidade de dezoito unidades para atender só a população de Manaus, com cerca de um milhão e oitocentos mil habitantes segundo o censo de 2010 (IBGE, 2010).

Vivenciando esta realidade (Apêndice A) e buscando compreender essas questões, foi constatado, em estudo anterior, que o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro em Manaus, no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2005, registrou 415 ocorrência de ausências da equipe de enfermagem, tidas por 74,29% dos trabalhadores de enfermagem da instituição. Verificamos, ainda, que a principal causa do absenteísmo dos trabalhadores da instituição, foi por doença desses profissionais (BECKER; OLIVEIRA, 2008). Esse entrelaçamento entre

cotidiano e saúde nos leva à reflexão de que a maneira de viver o dia a dia, ou seja, o cotidiano, é um elemento importante no delineamento de ser saudável e adoecer.

Outra constatação que nos instiga, é a limitada produção de informações sistematizadas em artigos científicos ou outras modalidades de publicações científicas sobre a temática na região, divulgadas e acessíveis por bases de dados.

Neste contexto, investigaremos as representações e memórias da equipe de Enfermagem e Saúde do CPER, sobre o cuidado em Saúde Mental, defendendo a tese de que existem elementos nas Representações Sociais dos trabalhadores em Saúde Mental do CPER que guiam a forma e a organização do cuidado em Saúde Mental e que podem influenciar na implementação dos dispositivos substitutivos do Manicômio.

Acreditamos que, conhecendo como os cuidadores da principal instituição pública de Saúde Mental de Manaus representam o cuidado em Saúde Mental, teremos possibilidade de compreender este fenômeno e obter subsídios para o ensino em saúde.

Refletir sobre o cuidado na perspectiva social nos remete ao pensamento de Ayres (2004, p.84), quando refere que

Cuidar nas práticas de saúde tem sua importância no desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde. Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo, o mais simétrico possível, entre profissional e paciente.

Corroboramos, ainda, com mais esta ideia desse mesmo autor:

recuperar a dignidade da sabedoria prática, da *phronesis*, abrir espaço para a reflexão e a negociação sobre objetivos e meios das ações em saúde, sem determinar de modo absoluto e a priori

onde e como chegar com a assistência: eis como vemos configurarem-se o norte político e as tarefas práticas de uma reconstrução das ações de saúde quando se tem o Cuidado como horizonte (AYRES, 2004, p. 85).

Assim, considerando o campo da saúde mental como um tema relevante, nos propomos a examinar o cuidado em Saúde Mental como objeto de investigação, com o intuito de compreender, simultaneamente, como o cuidado se relaciona com o ser humano e a sociedade e como o seu estudo poderá contribuir para um avanço autêntico do conhecimento (MOSCOVICI, 2004).

Como aporte teórico para a compreensão dos modos de cuidar praticados pelos Trabalhadores de Saúde Mental do CPER utilizamos, nesta investigação, a Teoria das Representações Sociais.



## 2 OBJETIVOS

Este estudo traz definidos objetivos geral e específicos. São eles:

### 2.1 GERAL

Compreender as representações sociais e memórias sobre o cuidado, dos Trabalhadores de Saúde Mental do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro em Manaus/AM.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Conhecer as representações de Trabalhadores de Saúde Mental sobre o cuidado profissional realizado no CPER.
- Identificar e registrar as memórias de cuidado dos Trabalhadores de Saúde Mental do CPER que integram as suas representações sociais de cuidado.



### 3 CONTEXTUALIZANDO O REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta, num primeiro momento, a corrente epistemológica que orientou a pesquisa, qual seja, a Teoria das Representações Sociais. Num segundo momento deste capítulo, encontra-se uma revisão sistematizada, com o objetivo de aproximar o objeto de estudo ao conhecimento já instituído sobre o Cuidado em Saúde Mental e a Teoria das Representações Sociais.

#### 3.1 COMPREENDENDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO REFERENCIAL TEÓRICO

Propomo-nos, neste estudo, compreender o cuidado em Saúde Mental desenvolvido no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, de Manaus, pela equipe de enfermagem e saúde, sob a ótica da Teoria das Representações Sociais. Para tanto, buscamos os pressupostos, as definições, os conceitos e instrumentos que compõem as Representações Sociais como teoria e forma de investigação.

Sua primeira versão é apresentada pelo seu autor, Serge Moscovici, em 1961, na França, com a publicação do estudo *La Psychanalyse, son image son public*, no qual observou o que acontece quando um novo corpo de conhecimento, como a Psicanálise, se propaga em uma população humana. Empregando métodos de coletas convencionais como questionário semiestruturado e pesquisa de opinião, buscou também informações que circulavam na sociedade Francesa, à época, sobre o objeto de sua investigação. Dentre os achados, as representações estão presentes tanto “no mundo”, como “na mente”, e elas devem ser pesquisadas em ambos os contextos (MOSCOVICI, 1978; FARR, 2007).

A Teoria das Representações Sociais tem base nas representações coletivas propostas por Durkeim, a partir das quais Moscovici avança apresentando a força concreta da realidade social, ao fazer o entendimento de que, na sociologia Durkheimiana, havia o perigo implícito de esquecer que “a força do que é coletivo encontra a sua mobilidade na dinâmica do social, que é consensual, é reificado, mas abre-se permanentemente para os esforços de sujeitos sociais, que o desafiam e, se necessário, o transformam.” (GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 2007,p.19).

O fato de Moscovici permitir-se olhar para a Sociologia e nela encontrar conceitos e trazê-los para a Psicologia Social é revelador do papel central que o mundo social ocupa nas Representações Sociais.

A teoria das representações sociais traz uma forma diferente de pesquisar, que questiona, ao invés de adaptar-se, e que busca o novo lá onde o peso hegemônico do tradicional impõe as suas contradições. E, com coragem de enfrentar a própria história, a Teoria das Representações Sociais vai buscar na Psicologia, Sociologia, Antropologia, entre outras ciências, as possibilidades de reconstrução teórica, epistemológica e metodológica de que ela se compõe (GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 2007).

Na Psicologia Social, as rupturas com as ciências tradicionais se dão principalmente com o individualismo teórico que marcou a maioria das conceptualizações presentes nesta disciplina. Não se trata de negar o indivíduo, mas de perceber que o social, enquanto totalidade, produz fenômenos psicossociais que possuem uma lógica diferente da lógica individual. Assim, a Psicologia Social considera fundamental a relação entre o todo e suas partes, entre o universal e o particular, entre a unidade e a totalidade (GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 2007).

Para Moscovici, a realidade/verdade não tem um conceito fechado e absoluto; é necessário abordar a relação complexa entre as pessoas em sociedade, para compreendê-la. Nessa perspectiva, pode-se entender a Teoria das Representações Sociais como

[...] um sistema de valores, idéias e práticas, com uma dupla função: 1) Estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social; 2) Possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e de sua história individual e social (MOSCOVICI, 2004, p. 21).

Outro entendimento tido por Moscovici (2004, p.46) considera que “uma representação social é uma modalidade de conhecimento particular, que tem por objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções que reproduzam o mundo de uma forma significativa”.

As Representações Sociais podem ainda ser definidas como

teorias coletivas sobre o real, sistemas que têm uma lógica e uma linguagem particulares, uma estrutura de implicações baseada em valores e conceitos, e que determinam o campo das comunicações possíveis, dos valores ou das idéias compartilhadas pelos grupos e regem, subsequentemente, as condutas desejáveis ou admitidas (MOSCOVICI, 1978, p.51).

Algumas crenças permeiam a Teoria das Representações Sociais, dentre elas, a que considera que vivemos no mundo cercados por imagens, palavras, ideias que penetram nossos olhos, ouvidos, nossa mente e nos atingem, sem que saibamos. Ou seja, sempre temos certa autonomia e um condicionamento (MOSCOVICI, 2004); nesta perspectiva, não existe um sujeito “puro” ou um objeto “puro”; essa teoria centra o seu olhar sobre a relação entre os dois que são sempre produto da interação e comunicação (GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 2007).

As Representações Sociais são dinâmicas conforme o movimento do conjunto de relações e interações sociais. Sendo assim, sempre que um conhecimento é expresso, o é por determinada razão e nunca é desprovido de interesse (GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 2007).

Na perspectiva de Madeira (1991, 1998, 2005), as Representações Sociais particularizam, em torno do objeto, redes amplas de sentido que se vão formando e reformando, pela triagem de informações e de experiências vivenciadas cotidianamente pelos sujeitos, no decorrer da vida.

Nessa dinâmica, a linguagem possibilita o acesso ao que, da história pessoal e profunda de cada um, o objeto representado mobiliza, as filtragens, descontextualizações, associações que a mobilização suscita, bem como a moldagem deste dinamismo pela história e pela cultura de cada sujeito, em suas pertencas grupais. São essas articulações, feitas a partir de um espaço e tempo particular e comum, que permitem que o sujeito encontre as condições de apreender e decodificar as mensagens, articulando-se a partir de campos de significações. Neste processo, está o que Jodelet (1989) nomeia por “filtro interpretativo”.

É esse filtro que possibilita a integração de uma novidade ao saber já existente, o que a ambos transforma. “Neste filtro, estão as marcas da cultura, dos selos da vivência e do afeto: nele estão códigos,

valores e símbolos caracterizando pertenças e referências, como também demandas e respostas efetivas e afetivas, hábitos e desejos” (MADEIRA, 2005, p. 461).

As representações são compostas por dois universos de pensamento (MOSCOVICI, 2004, p.51):

Universo retificado: A sociedade é vista como um sistema de diferentes papéis e classes, cujos membros são desiguais. Somente a competência adquirida determina seu grau de participação de acordo com o mérito. Ex.: Direito de trabalhar como enfermeiro, advogado, comerciante. A compreensão deste universo se dá pelas ciências.

Universo consensual: As pessoas são vistas como iguais e livres, corresponde ao conhecimento inerente a cada indivíduo e se constitui a partir do cotidiano. É onde as representações sociais são produzidas.

Em consideração a esses universos de pensamentos, Marková (2006) manifesta o entendimento de que a Teoria das Representações Sociais concebe o pensamento e a linguagem exatamente como são usados no senso comum e nos discursos diários, em contraste ao pensamento científico, que tenta aproximar do conhecimento científico, o pensamento de senso comum que traduz as representações sociais dos fenômenos naturais e sociais. A ciência busca a verdade através do poder da racionalidade individual. As representações sociais buscam a verdade através da confiança baseada em crenças, no conhecimento comum e através do poder da racionalidade dialógica. As representações sociais não surgem do raciocínio absoluto ou do processamento de informações. Elas estão enraizadas no passado, na cultura, nas tradições e na linguagem.

Ao pensarmos na escolha dos sujeitos de nossa pesquisa, questionamos se estes, por serem profissionais tecnicamente qualificados para cuidar de pessoas com transtornos ou doenças mentais, não poderiam expressar apenas um universo reificado de conhecimentos sobre o objeto escolhido e prescindir de representações sociais estruturadas. Refletimos que, com a implantação e implementação da reforma psiquiátrica no Brasil, a estrutura dos saberes cientificamente constituídos até então sofre uma desestabilização e caminha para uma

modificação desejada.

Tomando em especial o caso de Manaus, a reforma psiquiátrica acontece de maneira lenta e tardia se comparada a outros estados brasileiros. Além disso, a influência cultural, em especial a indígena, e a forma de organização do cuidado e dos serviços de Saúde Mental e Psiquiatria podem também ser consideradas. Nessa perspectiva, acreditamos que pode, sim, existir um conhecimento representacional sobre o objeto cuidado em Saúde Mental, que pode, inclusive, influir sobre essa condição e na ação de cuidado, na região geograficamente delimitada.

Acreditamos que as representações expressam um modo de vida, de entendimento, mesclam conhecimentos, sentimentos e a essência do ser humano, dito de outra forma, constituem a visão da realidade da pessoa sob a ótica do grupo social ao qual pertence.

A representação é sempre a atribuição da posição que as pessoas ocupam na sociedade; toda representação social é representação de alguma coisa ou de alguém. Ela não é cópia do real, nem cópia do ideal, nem a parte subjetiva do objeto, nem a parte objetiva do sujeito; ela é o processo pelo qual se estabelece a relação entre o mundo e as coisas (SÊGA, 2000).

De acordo com Moscovici (2004), uma representação social elabora-se de acordo com dois processos fundamentais: a objetivação e a ancoragem. A ancoragem é o processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada (MOSCOVICI, 2004).

A objetivação pode ser definida como a transformação de uma idéia, de um conceito, ou de uma opinião em algo concreto (imagem). É o processo que dá materialidade às ideias tornando-as concretas e palpáveis. É a materialização de uma abstração. O processo de objetivação condensa significados diferentes em uma realidade familiar. Assim, os sujeitos ancoram o desconhecido em uma realidade já conhecida e institucionalizada e deslocam a geografia de significados já estabelecida que as sociedades, na maior parte das vezes, lutam para manter (MOSCOVICI, 2004).

A Teoria das Representações Sociais, difundida no Brasil por Denise Jodelet, apresenta alguns desdobramentos no campo de desenvolvimento, sendo eles, por ordem cronológica em que foram apresentados, a abordagem processual, estrutural e societal (WACHELKE; CAMARGO, 2007).

A abordagem processual desenvolvida por Moscovici e Jodelet pode ser entendida como uma abordagem entre as perspectivas construtivistas, valorizando a construção dos significados sociais, estudando as Representações Sociais como processo, não no sentido de processamento de informação, mas como práxis, tomando como ponto de partida a funcionalidade das representações sociais na orientação da ação e da comunicação (SPINK, 2007).

A abordagem estrutural das representações, proposta por Abric (1976), parte do entendimento de que existe um núcleo central e elementos periféricos que compõem as representações sociais; a abordagem societal, desenvolvida principalmente por Doise, de Genebra, na perspectiva de um modelo explicativo que se dá em quatro níveis de análise: processos intraindividuais, processos individuais e interacionais, a relação entre o primeiro e segundo nível, e as relações entre grupos nos contextos das representações sociais (WACHELKE; CAMARGO, 2007).

Adota-se, neste estudo, o entendimento de que o conceito de Representação Social é um conceito dinâmico e explicativo, possui dimensões históricas e transformadoras, além de um conceito relacional e, por isso mesmo, social (MARTINI, 2001).

Acredita-se que a Teoria das Representações Sociais pode fundamentar a compreensão do cuidado em Saúde Mental oferecido aos usuários pela enfermagem e equipe de Saúde Mental do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro em Manaus, Amazonas. Ressalta-se, ainda, que os resultados das inter-relações entre seus pressupostos e o fenômeno estudado podem revelar caminhos em direção ao melhor cuidar em Saúde Mental.

Entendendo as Representações Sociais como uma construção que se faz a partir das experiências vividas ao longo do tempo, optamos por trabalhar com as memórias e as representações dos trabalhadores de Saúde do CPER.

Nossa primeira aproximação ao referencial sobre memória como fenômeno psicossocial foi através da leitura de Sá (2005) que identifica as memórias como determinações socioculturais que operam na construção das lembranças, através conjugação de interesses, afetos e sentimentos, em um dado conjunto social, podendo identificá-las na constituição das Representações Sociais dos sujeitos.

A memória social é denominada por Sá (2005) como um campo genérico e ao mesmo tempo como um princípio unificador de estudo que pressupõe



que a memória humana não é uma reprodução das experiências passadas, e sim uma construção, que se faz a partir daquelas, em função da realidade presente e com o apoio de recursos proporcionados pela sociedade e pela cultura (SÁ, 2005, p.65).

A perspectiva das memórias sociais discutida por Sá (2005) reconhece que a memória, ainda que concebida inicialmente como uma faculdade psicológica, experimentou um processo sociocultural e histórico de progressiva exteriorização, que evidencia que esta não apenas foi adjetivada como social, mas que seu caráter social é afirmado quando os indivíduos se lembram de conteúdos socialmente determinados pelos grupos próximos, pelas instituições, por marcos sociais, por recursos históricos e culturalmente produzidos e exteriorizados através da mídia, da escrita, da imprensa, da fotografia, do computador, dentre outros meios

A memória social, nesta perspectiva, foi agrupada por Sá (2005; 2007) em seis classes principais. São elas: 1) memórias pessoais; 2) memórias comuns; 3) memórias histórico- documentais e orais, 4) memórias práticas, 5) memórias públicas e 6) memórias coletivas. Em nossa análise acreditamos que a classificação apresentada por Sá busca ampliar e discutir os conceitos sobre memórias propostos por estudiosos do tema como Halbwachs, Bartlett, Bosi, Jedlowski, Cornneton, Jodelet, dentre outros, com o objetivo de refletir as dimensões sociais e culturais presentes nos estudos referentes à memória.

Nesta classificação, o termo memórias pessoais é usado em substituição ao termo memórias individuais. O autor explica que, como já é consolidado na literatura em psicologia social, a referência a uma pessoa já implica em reconhecê-la como produto de processo(os) de socialização. É assim classificada quando o “locus do processo construtivo é a pessoa, assim como é ao passado dela que estão referidas as lembranças” (p.74).

Já para a categoria de memórias comuns, Sá utiliza o conceito de Jedlowski, segundo o qual “compreendem as lembranças que são compartilhadas por conjuntos mais ou menos amplos de indivíduos, que não se mantêm, necessariamente em interação e que, portanto, não chegam a discuti-las entre si e a elaborá-las coletivamente”. (SÁ, 2005, p.74)

Memórias históricas, conforme Sá (2005, p.77), “buscam explorar a extensa e nem sempre harmoniosa interface da memória com

a história.” Como diferentes modalidades dessa memória histórica, tem-se as subcategorias Memórias Históricas Documentais, que são os mais variados registros disponíveis a qualquer membro da sociedade como em museus, bibliotecas, sob a forma de monumentos públicos etc. Existe, ainda, na classificação de memória histórica, a chamada história oral. Trata-se de uma memória da história que, por contar com escassos documentos sobre os quais se apoiar ou por não autenticar os existentes, vale-se apenas de recursos internos como a rememoração e a transmissão oral.

Memórias práticas referem-se à memória como hábito social e às dimensões não narrativas ou não discursivas das memórias sociais. Estas se manifestam através de rituais, como uma memória performativa e de práticas corporais (SÁ, 2005).

As memórias públicas são entendidas como parte das memórias sociais para as quais convergem numerosos fatores de construção e reconstrução ou atualização das memórias de uma sociedade. A esfera pública é também onde mais nitidamente se observam as relações entre poder e memória, onde proliferam os chamados usos públicos da história, onde são manejados os argumentos opostos do dever da memória e da necessidade de esquecimento, onde as memórias se encontram submetidas à mediação dos meios de comunicação de massa (SÁ, 2005).

Ao abordar as memórias coletivas, Sá (2005) coloca que seu conceito tradicional foi desenvolvido por Halbwachs e atualizado por Jedlowiski como sendo “um conjunto de representações acerca do passado que cada grupo produz, institucionaliza, guarda e transmite através da interação de seus membros” (p. 75).

Sá (2005) argumenta que a noção de grupo social é extremamente complexa e controversa e que, talvez por essa razão, o termo seja frequentemente substituído pelo genérico “memória social”. Contudo, sem deixar de considerar a diversidade de eventos que permeiam as condições originais do conceito, o autor supracitado observa o interesse crescente sobre o estudo das memórias na sociedade contemporânea, destacando que elas hoje são olhadas de forma mais ampla ou como memórias grupais específicas, citando como exemplo as memórias de famílias, de associações, de grupos, de pares, dentre outros, sendo este último o nosso caso, que levará em conta as memórias dos trabalhadores em saúde mental do CPER, para as quais utilizaremos o termo memórias profissionais.

A denominação de memórias profissionais foi utilizada por Sá

(2007 *apud* OLIVEIRA *et. al.*, 2007), no estudo sobre representações e memória profissional da AIDS entre enfermeiras no Brasil: Estudo Bicêntrico Rio de Janeiro – Florianópolis, realizado em 2007.

Inspiradas nesta perspectiva, consideramos os profissionais da equipe de saúde como importantes atores/atrizes sociais, devido ao fato de que estes se confrontam com a realidade do(a) transtorno/doença mental, desenvolvendo, ao longo do tempo, uma prática profissional de cuidado e de assistência neste setor. Sendo assim, as memórias profissionais da equipe de Saúde do CPER envolvem, de forma articulada ou até simultânea, as memórias pessoais de cada integrante; as memórias comuns a um grupo de profissionais, pela participação em um mesmo contexto onde compartilharam modos de cuidar; e as memórias coletivas que os profissionais terão elaborado ao longo da sua experiência profissional.

A importância do estudo das memórias profissionais, nesta pesquisa, relaciona-se com a escolha de uma abordagem das Representações Sociais na Perspectiva Processual, que terá como elemento decisivo para sua compreensão a análise dos conhecimentos preexistentes enquanto elos de ancoragem das Representações Sociais dos trabalhadores sobre o cuidado em Saúde Mental ao longo do tempo. Ancoramo-nos na ideia, já mencionada acima, de que “as memórias coletivas são representações sociais relativas ao passado que cada grupo produz, institucionaliza, cuida e transmite por meio da interação de seus membros” (JEDLOWSKI, 2005, p. 87).

Considerando a complexidade da memória profissional, que engloba as memórias individuais, comuns e práticas, em suas relações com as representações construídas ou modificadas em determinadas épocas, considerando o advento de novas tecnologias e recursos terapêuticos, bem como os aspectos particulares de um grupo de profissionais da área de saúde mental da Região Amazônica, estudar essas memórias é o desafio que nos colocamos neste estudo.

### 3.2 PESQUISAS EM ENFERMAGEM, SAÚDE MENTAL E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A atenção à saúde humana assim como a maneira de cuidar dos doentes, em especial dos que sofrem por questões psíquicas, assumem diferentes perspectivas conceituais ao longo da história. Tais mudanças

relacionam-se com a maneira como a sociedade se organiza e se planeja para o futuro, assumindo diferentes perspectivas em diferentes regiões do Brasil e do mundo.

As maneiras como os saberes se constituem são, por sua vez, influenciadas por ideologias políticas e econômicas vigentes em cada época e em cada contexto sócio-histórico. Também influenciadas por essas variáveis, a ciência e a produção de conhecimentos sobre as doenças vão subsidiar o ensino de graduação e pós-graduação, influenciando as maneiras de cuidar e a resolutividade das necessidades de saúde percebidas pelas pessoas, individual e coletivamente.

Um efeito colateral da globalização da economia tem sido percebido como a globalização da ciência, no sentido de que parte dela trabalha a serviço da economia global, parecendo estar conectada às necessidades dos mercados globais. Todavia, nos últimos 20 anos, novas alternativas de “fazer ciência” emergiram por todo o mundo, e a característica mais importante é seu íntimo relacionamento com a solução de problemas percebidos, ligados às comunidades locais e regionais (JIMÉNEZ, 2008).

Além das diferenças locais e regionais na definição dos problemas de pesquisa, existe, ainda, o contexto disciplinar de cada área do conhecimento. No caso da temática aqui proposta, referente à Psiquiatria e cuidado em saúde mental, discute-se, no contexto dos fundamentos culturais das ciências médicas, que o cientificismo considera que o progresso, historicamente, foi acompanhado de sacrifício. Ao considerarmos as consequências da produção científica sobre o processo saúde/doença e as modificações geradas pela conquista do direito à tutela da saúde, pode-se mencionar a objetificação do homem como premissa à cientificidade da intervenção médica. A expropriação das experiências corpóreas e da participação subjetiva dos cidadãos nas suas vivências e a tendência a confirmar somente como dado natural, biológico, fenômenos dependentes também de condições sociais, psicológicas e relacionais, evidenciam a tendência a considerar como patológicos fenômenos naturais, ampliando o campo da intervenção técnica (BASAGLIA, 2008).

Fala-se hoje sobre diferentes formas de se fazer ciência. Na perspectiva do investigador matemático mexicano Jiménez (2008), define-se um modo 3 de produção do conhecimento, que busca diferenciar-se do modo 1, com características disciplinares, homogêneas, de caráter permanente, de controle de qualidade por pares e menos responsável socialmente; e um modo 2 de produção do conhecimento que considera

a transdisciplinaridade, de característica heterogênea, reconhecendo que a produção do conhecimento é cada vez mais um processo socialmente distribuído. O modo 3, proposto pelo autor, é um modelo de construção de conhecimento cuja característica distintiva é um processo e um compromisso de estar a serviço da comunidade.

Acreditamos que a forma como se produz conhecimento e o conhecimento que se produz possuem relação recíproca com os métodos e conteúdos que permeiam o ensino de Graduação e pós-graduação no Brasil. E, ao investigarmos esses aspectos, ainda que num contexto restrito à saúde mental e às representações sociais, podemos oferecer subsídios para discussões em pesquisa e ensino de nível superior no Brasil.

Nesta perspectiva, a revisão da literatura, no contexto deste estudo, visou, por um lado, ajudar na construção do objeto da pesquisa e, por outro, ampliar conhecimentos sobre o uso da Teoria das Representações Sociais nos estudos dentro da temática Saúde Mental, visando à qualificação do cuidado neste campo. Tal exercício nos proporcionará um olhar mais atento sobre o objeto, na perspectiva teórica escolhida, no momento de análise dos dados, além de fornecer um registro da produção sobre pesquisas em Saúde Mental na perspectiva das Representações Sociais e suas interligações com outros fenômenos.

Contextualizando o campo de investigação no contexto das políticas públicas brasileiras, a Reforma Psiquiátrica vem sendo entendida como um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens que incide em territórios diversos e pode ser compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. É no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Um modo de olhar para essa questão leva em consideração o uso da Teoria das Representações Sociais que tem crescido em importância nas pesquisas em enfermagem, por permitir uma visão das complexas relações entre o biológico e o social, uma vez que, expondo as visões do processo saúde e doença, explicitamos nossas relações com a sociedade. (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007)

Um estudo neste campo, que contribui para o desenvolvimento da teoria, inclusive tornando-se um clássico em Representações Sociais, é o de Denise Jodelet (1989), na França, traduzido no ano de 2005 para o

Português do Brasil, sob o título de “Loucuras e Representações Sociais”.

Essa obra está centrada na questão da inserção social da loucura. Nela a autora discute e analisa a construção de representações sociais sobre a doença mental em uma pequena cidade do centro da França onde, desde 1900, uma instituição Psiquiátrica aberta coloca os pacientes sob os cuidados de famílias locais. Neste contexto, Jodelet busca entender de que forma a comunidade recebe e absorve os pacientes, como ela estabelece a relação com a alteridade radical da loucura e como os processos representacionais funcionam em uma confrontação desse tipo.

A partir desta perspectiva, pode-se observar a existência de alguns estudos em saúde mental no Brasil que utilizam a Teoria das Representações Sociais, como o de Miranda e Furegato (2004) que, ao investigarem a atuação do enfermeiro psiquiátrico no cotidiano, num grupo de 17 enfermeiros assistenciais e 17 enfermeiros doutorandos em Enfermagem Psiquiátrica, no município de Ribeirão Preto, sob a perspectiva das Representações Sociais, tiveram como resposta o afastamento do enfermeiro do objeto central de seu trabalho, o doente mental.

Pereira (1997) estuda as representações sociais de familiares que tenham uma relação direta com usuários de um hospital-dia, e com familiares de pacientes de um hospital psiquiátrico tradicional. Ambas as unidades escolhidas fazem parte do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro. Discute, a autora, a construção de novas representações sociais no grupo de familiares do hospital-dia, que apontam para a construção de uma nova classe de indivíduos para os quais se constroem outras possibilidades sociais diferenciadas das tradicionais. Por outro lado, para aqueles usuários dos hospitais tradicionais, que são considerados como casos mais graves, mantém-se o estigma e, por isso, não se cogitam outras possibilidades de inserção social fora do hospital ou da família. Nestes casos, o hospital pode ser entendido como mantenedor dessa representação, à medida que sustenta a existência no imaginário da sociedade de uma classe de pessoas sem esperança e sem saída.

Giami (2004), psicólogo francês, discute a temática da sexualidade dos deficientes mentais frente às propostas de regulamentação da esterilização e da extensão da prevenção do HIV/AIDS a esse grupo específico, analisando as formas de organização social da sexualidade impostas aos deficientes mentais, mostrando a existência de um sistema de representações acerca das práticas educativas e da gestão da sexualidade, em que as representações da sexualidade das pessoas deficientes aparecem indissociáveis, assim

como a justificativa acerca das práticas de esterilização impostas a estas pessoas.

Prandoni (2005), em sua tese do doutorado “Loucura e complexidade na clínica do cotidiano”, observa que as mudanças de concepções, no que tange à maneira de compreender e atuar em saúde mental são gradativas, e que esta nova lógica proposta pela política de saúde mental sugere a integração de alguns projetos, unindo as ações de saúde e saúde mental. Neste sentido, a qualidade na troca de informações entre os trabalhadores de saúde mental é ponto-chave para o avanço e a consolidação desse novo modelo.

Miranda (2002) aborda em seu estudo o conceito de Representação Social, relacionado a outros conceitos e teorias psicossociológicas. Enfatiza a dependência da ação face à atividade cognitiva, ao mesmo tempo que associa a cognição à produção de sentido e à construção da realidade. Assim sendo, não são simplesmente enunciados da realidade, mas teorias sociais práticas sobre objetos relevantes na vida, na vida dos grupos, as quais são organizações de crenças, atitudes e explicações que guiam a ação e são produzidas pelas comunicações suscitadas pelas identidades sociais.

Para ter um conhecimento mais consolidado sobre a produção científica existente sobre o objeto investigado, fizemos uma pesquisa com o objetivo de conhecer o que vem sendo produzido em ciências e tecnologias, referente ao cuidado em saúde mental e representações sociais, em periódicos científicos, por meio de uma bibliometria na base de dados LILACS, apresentado a seguir.

### 3.3 MANUSCRITO 1: MAPEAMENTO DO USO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM ESTUDOS BRASILEIROS DE SAÚDE MENTAL

## MAPEAMENTO DO USO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM ESTUDOS BRASILEIROS DE SAÚDE MENTAL<sup>1</sup>

## MAPEAMENTO DEL USO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES EN ESTUDIOS BRASILEROS DE SALUD MENTAL

## USE MAPPING OF SOCIAL REPRESENTATIONS IN BRAZILIAN STUDIES OF MENTAL HEALTH

Becker. Sandra Greice<sup>2</sup>; Martini. Jussara Gue<sup>3</sup>  
Camargo, Brígido Vizeu<sup>4</sup>; Ana Maria Farias da Silva<sup>5</sup>

**Resumo:** Objetivando mapear o uso da Teoria das Representações Sociais (TRS) em pesquisas de Saúde Mental no Brasil, a revisão sistematizada na base de dados LILACS, via BVS/BIREME, resgatou 114 referências. Após o teste de relevância I nos resumos, tornaram-se 30 estudos analisáveis na íntegra. Os objetos investigados agruparam-se em 6 categorias sendo as de maior ocorrência as que referem Doença e cuidado mental; Trabalho e reinserção social; Drogas e dependência química. Quanto à abordagem da TRS, a Dimensional foi utilizada por 83,3% dos estudos, seguidos da estrutural, em 10%. Dentre as técnicas de coleta de dados, 80% utilizaram entrevistas e, como método de análise, a de conteúdo foi utilizada em 63,3% dos estudos. Conclui-se reconhecendo a representatividade do número de estudos sobre Saúde Mental e TRS, contudo, acredita-se que mais estudos nesta perspectiva, poderão contribuir para a compreensão e intervenção sobre o cuidado

<sup>1</sup> A primeira versão escrita do conteúdo desta seção deu-se em forma de artigo produzido em co-autoria com Jussara Gue Martini e Brígido Vizeu Camargo. Sua apresentação à comunidade científica, em forma de comunicação, ocorreu na VI Jornada Internacional de Representações Sociais – VI JIRS –, realizada de 28 a 30 de novembro de 2009, em Buenos Aires, Argentina.

<sup>2</sup> Docente na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Doutoranda do Programa de pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC, bolsista FAPEAM; e-mail: sgbecker@ufam.edu.br;

<sup>3</sup> Docente e pesquisadoras da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC–, vinculada ao Departamento de Enfermagem, Doutora em Educação, Enfermeira; e-mail: jussarague@gmail.com

<sup>4</sup> Docente e pesquisador da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC–, vinculado ao Departamento de Psicologia, Doutor em Psicologia Social, Psicólogo; e-mail: brigido.camargo@yahoo.com.br

<sup>5</sup> Docente e pesquisadoras da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC–, vinculada ao Departamento de Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem pela UFSC, Enfermeira; e-mail:anamaria@ccs.ufsc.br



em Saúde Mental, no Brasil.

**Descritores:** Saúde mental. Psicologia Social. Enfermagem Psiquiátrica. Psiquiatria Biológica. Revisão.

**Abstract:** Aiming to map the Social Representations Theory (SRT) use in Brazil Mental Health research, a systematic review in the LILACS database, by BVS / BIREME, rescued 114 references. After first relevance test in the summaries, became 30 analyzable full studies. The objects investigated were grouped into 6 categories being the most frequent of which refer to mental illness and care; Labor and social reintegration; Drugs and addiction. The TRS dimensional approach was used by 83.3% of the studies, followed by structural, 10%. Among the data collection techniques, 80% used interviews and, as a analysis method, the content was used in 63.3% of the studies. It is recognizing the representativeness of the number of studies on mental health and TRS, however, believes that more research in this respect may contribute to understanding and intervention in mental health care in Brazil.

**Keywords:** Mental Health; Psychology, Social; Psychiatric Nursing; Biological Psychiatry; Review

**Resumen:** Con el objetivo de asignar el uso de la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS) en la investigación de la Salud Mental en Brasil, una revisión sistemática en la base de datos LILACS, a través de BVS / BIREME, rescatado 114 referencias. Después de la prueba de relevancia en los resúmenes que se convirtió en 30 estudios analizables en su totalidad. Los objetos investigados fueron agrupados en 6 categorías, siendo las más frecuentes de las que se refieren a la enfermedad mental y la atención; Trabajo y la reinserción social, las drogas y la adicción. El enfoque de la TRS, el dimensional fue utilizado por el 83,3% de los estudios, seguido por estructurales, 10%. Entre las técnicas de recopilación de datos, el 80% utilizaron entrevistas y, como un método de análisis, el contenido se utilizó en el 63,3% de los estudios. Es el reconocimiento de la representatividad de la serie de estudios sobre salud mental y TRS, sin embargo, cree que más investigación en este sentido, pueden contribuir a la comprensión y la intervención en la atención de salud mental en Brasil.

**Descriptorios:** Salud mental. Psicología Social. Enfermería Psiquiátrica. Psiquiatria Biológica. Revisión.

## INTRODUÇÃO

A Saúde Mental no Brasil vem sendo discutida no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Esta pode ser entendida, como um processo político-social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens que incidem em territórios diversos, envolvidos em um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. E, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005):

Nesta perspectiva, como a ampliação das opções terapêuticas e assistenciais, foi observada uma diversificação de serviços e modalidades de atenção e cuidados por meio da assistência a pessoas com doença ou sofrimento mental no Brasil, e foram regulamentados os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS–, como uma das possibilidades de substituição dos manicômios. O que se vê manifesto pelos estudiosos da Psiquiatria e do sofrimento mental, além do melhoramento científico e ético da disciplina, é uma transformação social e política desta mediando um outro lugar social para o sofrimento humano, a diferença, a diversidade. (AMARANTE, 2008).

Essa nova configuração de serviços e modelos assistenciais constitui-se numa proposta que implica em diferentes comportamentos e atitudes dos trabalhadores, dos familiares, das pessoas assistidas pelos serviços e pela sociedade em geral. Esse “novo” chamado de reforma tem se constituído num processo social complexo, experimentado de diferentes modos, nas diversas regiões do País.

Acredita-se que essa construção social de uma nova forma de atenção passa pela representação social dos atores envolvidos neste processo, pela percepção da realidade simbólica, da cultura, dos afetos, que mobilizam o comportamento e a atitude dos envolvidos, e pela interação destes com o ambiente onde o comportamento relativo à saúde mental tem lugar, modificando-o. (MOSCOVICI, 2001).

A Teoria das Representações Sociais se propõe a estudar a diversidade de representações que os grupos humanos constroem para si, não pelos átomos de percepções, de informações, de memórias, mas considerando os grupos humanos que procuram conhecer seu mundo, cada um de sua maneira particular, a diversidade de representações que eles constroem para si, objetificando-as nos dilemas da vida ordinária (MOSCOVICI, 2007). Ampliando o nível de compreensão sobre esta teoria, compreende-se que é necessário considerar elementos afetivos,

mentais e sociais de modo integrativo com a cognição, a linguagem e a comunicação; considerando ainda as relações sociais e a realidade material, social e ideal sobre as quais as representações sociais vão intervir (JODELET, 1989; JOVCHELOVITCH, 2008).

Como forma de conhecimento de uma sociedade de leigos, as representações sociais não guiam apenas o comportamento, mas remodelam e reconstituem os elementos do ambiente onde o comportamento tem lugar. (CAMARGO, 2007). Aí reside a relevância do presente estudo.

Seu objetivo consiste em mapear o uso da Teoria das Representações Sociais em pesquisas em Saúde Mental no Brasil.

## **METODOLOGIA**

Esta proposta de revisão envolve estudos preliminares, em nível do doutorado, buscando o estado da arte do conhecimento em Saúde Mental e Representações Sociais, com inspiração na revisão sistemática de literatura (COCHRANE, 2008).

O material consultado envolve a literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde, por meio de pesquisa documental na base de dados LILACs, com abrangência de mais de 400.000 registros, contendo artigos de cerca de 1.300 revistas da área da saúde.

Para a pesquisa, utilizou-se o formulário de busca avançada, selecionando a busca por palavras consideradas sinônimos de Psiquiatria associadas às palavras sinônimas de Representações Sociais, relacionando estes dois termos com os indicadores: País-ano e de publicação. No primeiro campo de busca fez-se uso do operador booleano *OR*, para aumentar o escopo da mesma, utilizando-se os termos: doença mental; psiquiatria comunitária; dor mental; cuidado mental; sofrimento psíquico; mental; loucura; louco; política de saúde mental; psiquiatria; psiquiátrico; manicômio; hospício; doente mental; saúde mental; enfermagem psiquiátrica; centro psiquiátrico; hospital psiquiátrico; promoção da saúde mental; políticas públicas em saúde mental; desinstitucionalização; desospitalização. No segundo campo de busca, utilizou-se o operador booleano *AND* entre os termos da consulta, que foram: representações sociais; representações; teoria das representações sociais; Moscovici. Usou-se no terceiro campo de busca, a data de publicação, que foi delimitada no período de 2003 a 2008, inclusive. A consulta foi realizada entre 19 e 24 de novembro de 2008.

O primeiro *corpus* de análise deste estudo envolveu 44

referências, nas quais foi aplicado o teste de relevância nos seus resumos, para respostas diretas (sim ou não) às perguntas: 1) O estudo utiliza a teoria das Representações Sociais? 2) O estudo aborda a temática Saúde/doença mental? 3) Tratam-se de artigos originais de pesquisa, de relato de experiência, de revisão bibliográfica, de atualização, ensaios clínicos, reflexão teórico - filosófica? 4) É possível identificar alguma forma de cuidado no artigo? 5) O estudo foi publicado entre 2003 e 2008? 6) O estudo está publicado em português, francês, inglês ou espanhol? Do *corpus* inicial, 14 referências foram excluídas, dentre elas: 7 por não responderem afirmativamente a questão 1; 4 não responderem afirmativamente a questão 2; e 3 por não responderem positivamente a questão 3. Passaram no teste de relevância 30 estudos, cujos textos completos foram resgatados para análise, com os dados agrupados em planilhas eletrônicas e analisados de forma temática, sendo os resultados apresentados de forma descritiva.

A base de dados pesquisada e seu conteúdo são de domínio público, de livre acesso, dispensando, assim, qualquer autorização para consulta. Quanto às possíveis críticas aos trabalhos analisados, embora não seja este o objetivo deste estudo, informamos que não serão divulgados os autores e seus respectivos trabalhos individualmente, sendo de interesse para análise o conjunto dos trabalhos. A relevância social do estudo está em oferecer dados sistematizados sobre o que tem sido produzido em Saúde Mental e Representações Sociais, como forma de contribuir para atualizações de pesquisadores e profissionais que atuam na assistência, fornecendo esta revisão de forma a trazer subsídios para ações de cuidado baseadas em conhecimento sistematizado.

## ANÁLISE

Quanto à caracterização das autorias dos artigos analisados, foram considerados todos os autores e coautores dos 30 estudos. Assim, o número de autores é maior que o número de artigos analisados, naturalmente. Do total de autores e coautores, 52 são do gênero feminino e 16 do masculino. Das instituições de atuação dos autores, 24 situam-se em São Paulo, 11 no Ceará, 8 no Rio Grande do Sul; 5 no Rio Grande do Norte; 5 em Santa Catarina; 4 na Bahia; 4 em Pernambuco; 3 no Paraná; 1 no Piauí; 1 em Minas Gerais; 1 na Paraíba e 1 não foi mencionado o local. Apenas duas instituições de vínculo dos autores e coautores não são universidades e uma não se identifica.

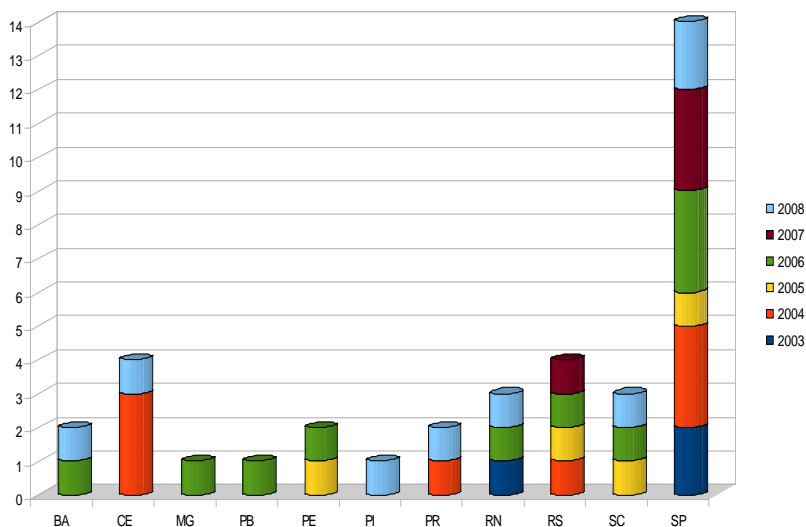
Ao avaliarmos a distribuição dos autores dos estudos, segundo o

ano de publicação e o estado brasileiro de atuação profissional, foi considerado nos casos em que a autoria era compartilhada por autores e coautores de diferentes regiões, a região de atuação profissional de cada autor e coautor de um mesmo artigo. Sendo assim, um mesmo trabalho pode ter sido pontuado para duas regiões distintas.

Nesta perspectiva, observou-se, na distribuição das publicações, que 14 delas foram produzidas por pesquisadores do Estado de São Paulo, cuja média de publicação é de 2,3 artigos/ano. Os estados com o segundo maior número de publicações, conforme o local de atuação do pesquisador, são o Ceará e o Rio Grande do Sul, que tiveram, cada um, quatro artigos publicados no período.

A representação gráfica desta avaliação pode ser visualizada na figura 1.

**Figura 1** – Distribuição dos estudos, segundo o ano de publicação e o Estado brasileiro de atuação profissional. Brasil. 2003-2008.



A figura 1, permite constatar que a maioria das publicações (n=14) foram produzidas por pesquisadores que atuavam no estado de

São Paulo. Neste estado, a média de publicação por ano, foi de 2,3 artigos por ano, e no ano de 2005 a produção ficou abaixo dessa média. Esse resultado se deve ao fato de existirem vários cursos de pós-graduação em São Paulo, inclusive, se mantém como a única região do País que tem curso *stricto-sensu* em Saúde Mental.

O estado com o segundo número de publicações, conforme o local de atuação do pesquisador, é o Ceará que publicou três artigos em 2004 e um em 2008.

Houve regiões do Brasil que não registraram trabalhos, como a região norte, indicando que, ou não existem pesquisadores que investigam a temática, ou a produção científica não vem sendo divulgada em periódicos científicos indexados nesta base. De todo modo, vale salientar que a base abriga as 1.300 revistas mais conceituadas da área da saúde. Outro fato que pode se relacionar à baixa produtividade, é a baixa ocorrência de cursos de pós-graduação *stricto sensu* na região norte do Brasil.

A tabela 1 apresenta a distribuição das publicações por periódico e por ano de publicação. Conforme esta tabela, a Revista Latinoamericana de Enfermagem tem o maior número de publicações, 4 nos últimos 6 anos. Essa revista está classificada pelo Programa Qualis da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), vinculada ao Ministério da Educação do Brasil, como A2, sendo hoje a maior avaliação de periódicos em Enfermagem no Brasil<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Qualis. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/qualis>. Acesso em: 18 nov. 2009.

**Tabela 1** – Distribuição do número de artigos sobre o tema da pesquisa, produzidos no Brasil e publicados pelas revistas científicas entre 2003 e 2008.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Revista Brasileira de Enfermagem (B1)						1	1
Revista Latinoamericana de Enfermagem (A2)	1		1		1	1	4
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (B2)						1	1
Psicologia: ciência e Profissão				1			1
Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação [impressa] (B2)						1	1
Revista da Escola de Enfermagem da USP (A2)					1	1	2
Saúde e Sociedade (B3)	1					1	2
Psicologia: Teoria e Prática (B3)		1					1
Texto & Contexto Enfermagem (B1)		2		1			3
Barbarói			1				1
Cadernos de Saúde Pública (A1)					2		2
Ciência & Saúde Coletiva (B1)				2			2
Acta Paulista de Enfermagem (B1)				1			1
Revista Enfermagem UERJ (B2)				1			1
Estudos de Psicologia (B3)		1	2				3
Aletheia		1					1
Psicologia & Sociedade		1					1
Ciência & Saúde Coletiva (B1)		1					1
Interface - Comunicação, Saúde e Educação [eletrônica]	1						1

O Qualis é o conjunto de procedimentos utilizados pela CAPES, para a estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pósgraduação, que afere a qualidade dos artigos e de outros tipos de produção, a partir da análise da qualidade dos veículos de divulgação,

ou seja, periódicos científicos. A classificação de periódicos é realizada pelas áreas de avaliação e passa por processo anual de atualização. Esses veículos são enquadrados em estratos indicativos da qualidade, de acordo com a seguinte denominação: A1, o nível mais elevado, seguido por A2, B1, B2, B3, B4, B5 e o nível C, com peso zero (Ministério da Educação, 2008).

Neste processo, a estratificação da qualidade das produções avaliadas é realizada de modo indireto. Dessa forma, o Qualis afere a qualidade dos artigos e de outros tipos de produção, a partir da análise da qualidade dos veículos de divulgação, ou seja, periódicos científicos. Neste contexto, o mesmo periódico, ao ser classificado em duas ou mais áreas distintas, pode receber diferentes avaliações. Isto não constitui inconsistência, mas expressa o valor atribuído, em cada área, à pertinência do conteúdo veiculado. Por isso, existe também um entendimento divulgado pela CAPES, de que esta classificação, que é específica para o processo de avaliação de cada área do conhecimento, não tem a pretensão de definir a qualidade dos periódicos de forma absoluta.

Dadas as explicações para que o leitor possa compreender e avaliar os parâmetros utilizados para análise dos achados deste estudo, optou-se por divulgar a avaliação dos periódicos que compuseram o *corpus* de análise deste estudo, uma vez que também estão disponíveis no *site* da CAPES e apenas sistematizados neste artigo. Assim sendo, o maior número de estudos divulgados, conforme aponta esta pesquisa, se deu em um periódico avaliado como A2, que é considerado, o periódico de Enfermagem e brasileiro, de maior avaliação na área. Dos 30 estudos analisados, 5 periódicos não possuem classificação pelo Qualis/CAPES para a área de Enfermagem. (<http://www.capes.gov.br/avaliacao/qualis>, acesso em: 18 nov.2009).

Na análise dos objetos investigados nos estudos, eles foram agrupados por semelhanças e distribuídos em 6 categorias: 1) Doença e cuidado mental (n= 10); 2) Trabalho e reinserção social (n= 6); 3) Drogas e dependência química (n= 5); 4) Reforma psiquiátrica e direito à saúde (n= 4); 5) Amor, sofrimento e transtornos alimentares (n= 3); 6) Teoria das Representações Sociais e pessoas em situação de rua (n= 2).

Analisando os estudos quanto à abordagem da Teoria das Representações Sociais, constata-se que a maioria (83,4%) utilizou a processual, 10% utilizaram a estrutural, 3,3% abordaram a TRS enquanto fenômeno, e outros 3,3% abordaram a representação epistemologicamente.



Na análise dos autores utilizados nos estudos, elegeram-se como critérios os ligados à criação e ao desenvolvimento da TRS e/ou referências cujos títulos contivessem a palavra “representação” ou a expressão “representação social”. Em relação à citação de autores considerou-se aqueles que aparecem em pelo menos 2 estudos. Moscovici, o mais utilizado, foi citado em 24 estudos. Jodelet, foi a segunda mais utilizada, com citações em 15 estudos. Esses dois autores principais foram seguidos por Jovchelovitch (n= 5), Herzlich (n= 4), Arruda (n= 4), Spink (n= 4), Sá (n=3), Abric (n= 3), Wagner (n= 3), Vala (n= 3), Perrussi (n= 3), Guareschi (n= 3), De Rosa (n= 2), Doise (n= 2) e Marková (n= 2).

Em relação às técnicas de coleta dos dados, utilizadas pelos autores dos artigos analisados, destacam-se a entrevista, utilizada em 24 estudos, 6 dos quais associam a técnica de entrevista à de observação, um à técnica de grupo focal e 5 estudos associam a entrevista à técnica de associação livre de palavras. Ainda como técnica de coleta de dados, um estudo utilizou a rede de associação semântica; um a técnica de grupo focal; um o instrumento projetivo; um não forneceu o instrumento utilizado na coleta dos dados. Para dois estudos, não se aplica esta variável por se tratarem de ensaios teóricos.

Quanto aos procedimentos de análise dos dados, destacaram-se a análise de conteúdo, empregada em 19 estudos, seguida pela análise de discurso com quatro ocorrências, e pela análise fatorial de correspondência (com auxílio do *software tri-deux-mots*), e associada também à análise de conteúdo. Um estudo usou o software ALCESTE®, que emprega uma classificação hierárquica descendente nos segmentos de textos ou nas respostas.

Além das técnicas de análise descritas nos resultados, outras também têm sido utilizadas em pesquisas que investigam as Representações Sociais, como a técnica do “quadro de quatro casas”, com auxílio do *software* Evoc 2000 (GOMES; OLIVEIRA, 2005) e também, do Discurso do Sujeito Coletivo. (DUARTE; MAMED; ANDRADE, 2009).

## CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa documental mostram um breve panorama dos estudos produzidos no Brasil que usaram a Teoria das Representações Sociais para trabalhar com a Saúde Mental. Este quadro aponta para a região Sudeste do Brasil com maior número de

publicações. Serge Moscovici e Denise Jodelet foram os autores mais citados. O objeto mais estudado envolve ainda doença e cuidado mental. E a metodologia de coleta de dados preferida foi a técnica de entrevista, acompanhada da análise de conteúdo como método de análise de dados. Não se evidenciou, nesta amostra, a produção conjunta com autores internacionais, mas sim, coautorias entre autores de diferentes regiões do país.

Acredita-se que a forma como se produz conhecimento e o conhecimento que se produz possuem relação recíproca com os métodos e conteúdos que permeiam o ensino de graduação e pós-graduação no Brasil. E mesmo que a presente pesquisa tenha investigado os trabalhos sobre representações sociais relacionados com a saúde mental num contexto restrito, ela indica que a compreensão deste tema ganharia muito se os programas de pós-graduação e os cursos de graduação da área da saúde incentivassem uma atitude favorável ao emprego de técnicas mais diversificadas de coleta e análise dos dados.

Este estudo despertou, ainda, o desejo de investigar em futuras pesquisas, até que ponto os estudos divulgados buscam como resultados ou discutem a ciência (prática científica) a serviço das comunidades que lhes dão as matérias – primas e como este conhecimento produzido retorna como resultados visando à melhor qualidade de vida coletiva ou as melhores práticas em saúde.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Cultura da formação: reflexos para a inovação no campo da saúde mental. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L.B. (Org.) **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 65-79.

BRASIL. Ministério da Educação. CAPES. **Qualis**. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/avaliacao/qualis>>. Acesso em: 18 novembro 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. DAPE. Coordenação geral de saúde mental. Reforma psiquiátrica e políticas

de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília: MS, 2005.

CAMARGO, B.V. O que o caminho Interdisciplinar Brasileiro da Teoria das Representações Sociais não favorece? In: MOREIRA, A.S.P.; CAMARGO, B.V. (Org.). **Contribuições para a teoria e o método de estudo das representações sociais.** João Pessoa UFPB; 2007. p. 93-112.

COCHRANE. Centro de colaboração do Brasil. Revisão Sistemática com ou sem Meta análise. **Curso de Revisão Sistemática e Meta-análise.** 2008. Material didático disponível em ambiente de EaD. Disponível em:  
<<http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise/conteudo/valida.php>>. Acesso em: 17 dezembro 2008.

DUARTE, S.J., MAMED, M.V., ANDRADE, S.M.O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde soc.**, v.18, n. 4, p.620-626, 2009.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.39, n.2, p. 145-153, jun 2005.

JODELET, D. **Les representations sociales.** Paris: PUF, 1989.

JOVCHELOVITCH, S. **Os contextos dos saberes:** representações, comunidade e cultura. Petrópolis: Vozes, 2008.

MOSCOVICI, S. A relatividade tem 100 anos. In: MOREIRA, A.S.P.; CAMARGO, B.V. (Org.) **Contribuições para a teoria e o método de**

**estudo das representações sociais.** João Pessoa: UFPB, 2007. p. 21-43.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais:** investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

### **Agradecimentos**

À Fundação de Amparo à Pesquisa no Amazonas - FAPEAM-, que concede bolsa de doutorado a Sandra Greice Becker pelo Programa RH-POSGRAD e, neste contexto, contribui também para o financiamento desta pesquisa de revisão.

## 4 METODOLOGIA DA TESE

*Presentemente, nós respeitamos a ideia de que a metodologia faz uma ciência, em vez de lembrarmos que a ciência deve escolher seus métodos. (MOSCOVICI, 2004).*

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Para subsidiar a coleta de informações que resultassem nesta tese, optamos pelo estudo qualitativo, que teve como estratégia de pesquisa o estudo de caso único sobre o cuidado em saúde mental em uma instituição especializada no Amazonas, discutido e fundamentado na teoria psicossocial das Representações Sociais.

A pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos [...]” (MINAYO, 2002, p. 21).

Depois de definido o objeto da investigação, neste caso o cuidado em saúde mental, e tendo como referência a pesquisa qualitativa, pensamos nas formas de abordar esse objeto. Nesse planejamento, o trabalho de campo apresentou-se como uma possibilidade de conseguirmos uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, e também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo (CRUZ NETO, 2002).

Essa abordagem encontra ressonância na Teoria das Representações Sociais, na qual seu idealizador, Serge Moscovici se posiciona contra a tendência de fetichismo de um método específico, como via régia para se chegar ao conhecimento, apontando para possibilidades criativas de desenhos metodológicos, como os métodos de observação e de análise qualitativa (MOSCOVICI, 2004).

Entendemos como uma abertura desejável, neste caso, que o método não seja determinado pela teoria, pois a metodologia está ligada ao problema e à abordagem do objeto investigado, dando flexibilidade para escolher o que melhor se adéqua ao contexto de investigação.

A ideia de que a multiplicidade de aspectos pelos quais a realidade se manifesta abre igualmente uma multiplicidade de métodos de configuração dos dados fenomenais, bem como uma multiplicidade

de métodos epistemológicos (SEVERINO, 2002).

Richardson (2007, p.79), ao abordar os métodos e as técnicas de pesquisa em Ciências Sociais, escreve que a “abordagem qualitativa de um problema, além de ser a opção do investigador, justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social.”

Nesta perspectiva, optamos por uma abordagem qualitativa do objeto de estudo, por levar em conta a participação dos sujeitos em suas interações sociais. Assim, a pesquisa qualitativa, responde a questões muito particulares e se ocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não se pretende quantificar (MINAYO, 2007).

Quanto à estratégia de pesquisa, esta foi delineada como um estudo de caso, considerando este como “uma investigação empírica que examina o fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos.” A opção desta pesquisa é o estudo de caso descritivo, único (YIN, 2005, p. 32).

A metodologia do estudo de caso, nesta perspectiva, lida com condições contextuais, considerando sua pertinência ao fenômeno de estudo (YIN, 2005). O propósito deste estudo é investigar as Representações Sociais dos trabalhadores do CPER, consideradas como multidimensionais, abordando os sujeitos como atores sociais e buscando suas compreensões sobre a realidade do cuidado por eles vivido e experienciado. Assim, pelo tipo da informação buscada e pela maneira de abordar os participantes e o objeto de estudo, é que elegemos a estratégia de estudo de caso descritivo, para o alcance dos objetivos propostos.

## 4.2 LOCAL DO ESTUDO

Como campo do estudo, apresentamos o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro – CPER –, situado na Zona Centro-Oeste da Cidade de Manaus. Entre os 62 municípios do Amazonas, a capital Manaus tem uma área de 11.401 km<sup>2</sup> e uma população, estimada em 2007, de 1.646.602 habitantes (IBGE, 2010). Comparando esses dados com os do Estado todo, que possui uma área de 1.570.745,680 km<sup>2</sup> e que, em 2007 a estimativa da população era de 3.221.939 habitantes, segundo informa o IBGE (2010), podemos concluir que aproximadamente 50% da

população do Estado mora na capital.

O CPER foi fundado em 1892 sob a denominação de Hospital Colônia Eduardo Ribeiro. Atende aos pacientes da capital e do interior do Amazonas, além de todo o contingente de pacientes que são encaminhados de outros Estados da Amazônia Ocidental, incluindo, também, a região oeste do Pará.

Ainda na página eletrônica do IBGE, considerando a totalidade do Estado do Amazonas, dados de 2005 registram a existência de dois estabelecimentos públicos de saúde, especializados em saúde mental e Psiquiatria, com internação somente em Manaus, evidenciando a precariedade do serviço especializado e, em rede, no Amazonas (IBGE, 2009).

Outro indicador, que permite a visibilidade da informação para o exercício do controle social pela população, vem do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES–, ferramenta desenvolvida dentro do Ministério da Saúde, com a proposta de disponibilizar informações atualizadas sobre condições e infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de Saúde, nas esferas municipal, estadual e federal.

Segundo consta neste banco de dados, registra-se no Estado do Amazonas, a existência de 130 leitos Psiquiátricos, dos quais 128 são conveniados ao Sistema Único de Saúde – SUS (CINES Net, 2012).

Em 2005, a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SUSAM– informava que o CPER atendia cerca de 4 mil pessoas por mês, no ambulatório, no serviço de pronto atendimento e na internação. Possuía capacidade de 106 leitos para internação hospitalar e tinha 50 internos residentes (DATASUS).

Em outubro de 2009, segundo informações colhidas pela própria autora, o hospital estava com 25 leitos no setor de emergência, sendo 10 femininos, 10 masculinos e 5 de observação.<sup>7</sup> E os pavilhões que antes atendiam internações femininas e masculina foram totalmente desativados para novas internações, tendo hoje a denominação de residências terapêuticas 1 e 2, e onde moram 47 internos.

O Hospital é especializado em promover Saúde Mental através do Programa de Saúde Mental e Tratamento das Doenças Mentais. Está subordinado diretamente à Superintendência Estadual da Saúde e foi criado pelo Decreto Governamental nº 6472, publicado no Diário Oficial do Estado em 22 de julho de 1982. Sua estrutura organizacional é

---

<sup>7</sup> Informações atualizadas em abril de 2012, permanecendo os mesmos números.

composta de Diretoria Executiva, à qual estão subordinados os Departamentos de Administração e Finanças, Técnico, Clínico e de Enfermagem.

Conforme indicadores do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CINESNet/DATASUS –, atualizados em setembro de 2009, o CPER conta com 175 trabalhadores com vínculo empregatício, atendendo pelo SUS (BRASIL, 2009).

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

*Nós, enquanto humanos, somos um elo, embora singular, da corrente da vida*  
(BOFF, 2003).

Estudando o quadro de pessoal do CPER, constatamos 267 servidores, dos quais 61 têm nível superior; 10 com formação técnica; 121 são auxiliares e 75 integram um quadro profissional classificado como grupo ocupacional na classificação elementar (CENTRO PSIQUIÁTRICO EDUARDO RIBEIRO, 2009).

Deste quadro, observamos que 20 categorias profissionais estão associadas ao cuidado na instituição. São elas: médicos, sanitaristas, enfermeiros, assistente social, psicólogo, técnico de nível superior, assistente técnico, técnico de enfermagem, técnico de saúde, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde, auxiliar operacional de saúde, auxiliar de serviços médicos, agente de saúde rural, agente administrativo, auxiliar de serviços gerais, motorista, vigia, copeiro e artífice, e cozinheiro. Desta população, estabelecemos como critério de inclusão trabalhar com as categorias de contato direto e contínuo com o paciente, dentre eles, os que possuíam tempo médio de permanência na instituição de 20 anos, que estivessem presentes no período eleito para coleta (março a maio de 2010) e que aceitassem participar do estudo, mediante assinatura do TCLE. Esse grupo será chamado de Trabalhadores de Saúde Mental.

Assim sendo, os trabalhadores em saúde mental com tempo médio de trabalho de vinte anos no CPER são em número de 57. Destes, 24 participaram do estudo, sendo o de menor tempo 19 anos e o de maior tempo de trabalho 32 anos de vínculo institucional.



A opção por não apresentar todas as variáveis coletadas de caracterização da amostra, deu-se em razão do compromisso assumido com os sujeitos de não identificá-los. Considerando os critérios de inclusão e a população de trabalhadores na instituição, com cerca de 20 anos de trabalho, ser relativamente pequena, mantivemos nosso compromisso com o anonimato, conforme consta no Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

O critério de vínculo institucional médio de 20 anos se deu pela intenção de entrevistar pessoas que viveram tanto a época dos movimentos nacionais de trabalhadores pela reforma psiquiátrica, no final da década de 1970, como também vivenciaram as legislações que legitimam essa reforma brasileira a partir de 1992. O período que vai de 1990 a 2003 é de uma histórica intensidade política e normativa do que se chama Reforma Psiquiátrica (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA; 2008).

Na definição da amostra, levamos em consideração a necessidade de que a representação que liga o sujeito ao objeto fosse “um saber efetivamente praticado, que não deve ser apenas suposto, mas sim detectado em comportamentos e comunicações que de fato ocorram sistematicamente”, evitando-se, através dela, um resultado denominado de “pseudo-representação”, emergente da prática de pesquisa, mas não do grupo pesquisado (SÁ, 1998, p.50-51).

Outro fato para o qual alerta Sá é que, definidos os sujeitos e objetos da pesquisa, que estes não sejam pensados de modo genérico, minimizando ou desconsiderando as condições socioculturais específicas de sua vinculação. Neste estudo, procuramos contemplar este aspecto, dadas as particularidades socioculturais da Região Amazônica em relação a outras regiões do Brasil (SÁ, 1998).

Ainda que tenhamos trabalhado com a amostra de 24 sujeitos, temos em consideração que pessoas adultas, inscritas em uma situação social e cultural definida, possuem uma história pessoal e social, sendo, portanto, um sujeito social. Assim, considerando o processo de elaboração de representações sociais, não é a experiência pessoal individual que é analisada, mas sim as suas representações enquanto manifestações de tendências do grupo de pertencimento ou de afiliação no qual participam (JODELET, 1994; SPINK, 2007).

A escolha dos sujeitos deste estudo se justifica pela intenção de compreender a relação entre os elementos que constituem as representações sociais que operam na vida cotidiana da prática profissional de cuidado em Saúde Mental, por acreditarmos que pode

existir um campo representacional sobre esse objeto, que influencia as formas de organização dos serviços e do cuidado em Saúde Mental na Amazônia.

#### 4.4 PRODUÇÃO DAS INFORMAÇÕES

*[...] o cérebro é o computador e os estados mentais, seus softwares. (MARKOVÁ, 2006).*

Para a produção das informações, foi importante o apoio institucional com a formalização da entrada em campo, motivado inicialmente pelo conteúdo de um memorando encaminhado às unidades informando sobre a pesquisa e pedindo a atenção dos trabalhadores para possível contato de agendamento de entrevista com a pesquisadora.

Como estratégia de coleta e produção das informações, realizamos uma tentativa de busca documental em registros do hospital, com resultados reduzidos, revisão bibliográfica e entrevistas semiestruturadas, em profundidade.

Como método de pesquisa, elegemos a entrevista qualitativa para ter acesso às atitudes, aos valores, às representações dos trabalhadores participantes. Esta, particularmente baseada em levantamentos, quando bem conduzida, pode atingir um nível de profundidade e complexidade que não está disponível para outras abordagens (SILVERMAN, 2009).

Após 1982, os pesquisadores passaram a priorizar a descrição, a indução e a teoria que fundamentam o estudo das percepções pessoais e a designar essa abordagem como sendo a Investigação Qualitativa. Estudiosos e investigadores educacionais passam a se manifestar positivamente a respeito. Privilegiam a compreensão do comportamento a partir das perspectivas dos sujeitos da investigação. As estratégias mais representativas são a observação participante e a entrevista em profundidade. É dentro dessa nova preocupação que a entrevista surge como uma técnica de coleta de dados por excelência (ROSA; ARNOLD, 2006).

Levamos em consideração, para a elaboração do roteiro de entrevista, a intenção de buscar as representações que emergem da vida social cotidiana dos trabalhadores, evitando, assim, trabalhar sobre o “discurso social flutuante”, sem assento nem referência sobre a prática

(JODELET, 1986; SÁ, 1998).

Procuramos levar em consideração, na elaboração do roteiro e planejamento da entrevista, as condições que poderiam afetar a emergência ou não da Representação Social do cuidado em saúde mental, pelos trabalhadores do CPER. Conforme Moscovici e discutidas por Sá (1998), são elas a dispersão da informação, a focalização e a pressão à inferência.

Assim, entrevistas foram realizadas nas dependências do próprio CPER, a exceção de duas em que nos deslocamos até o local escolhido pelos sujeitos. Assumimos essa conduta visando evitar deslocamentos dos sujeitos e estar livre do trânsito de pessoas, conseqüentemente, o mínimo de interferência externa, e proporcionar o máximo de conforto aos participantes, conforme orientam Oliveira e colaboradores (2005). O tempo médio das entrevistas foi de 1h e 44 minutos, realizadas pela própria pesquisadora, tendo os sujeitos manifestado o aceite para participação, mediante consentimento por escrito, assinado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. (APENDICE A)

Na aplicação das entrevistas, tivemos presente o sentido de uma representação social preconizado por Madeira (1991, p.141), segundo o qual essa representação

Não se esgota no manifesto, mas está nas imbricações deste com o que lhe é latente. Não se restringe ao falar, mas tem que ser buscada nas relações deste com o dizer. O dizer muitas vezes irrompe ou faz sentir sua presença na sutileza dos silêncios, dos risos, das hesitações ou de outros tantos mecanismos, os quais o homem vai estruturando ao longo da vida, como formas de se proteger do afloramento daquilo que não tem espaço, nem mesmo em si próprio, para ser dito.

Com o objetivo de captar o maior número de elementos expressos nos discursos durante as entrevistas, estas foram gravadas e transcritas, com autorização dos participantes. Também foram registrados as impressões e os sentimentos da entrevistadora, como material auxiliar para análise.

A busca pelos documentos públicos foi feita na própria instituição, Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. Na Secretaria do Estado de Saúde, contudo, os arquivos não estavam acessíveis à pesquisa. O autor Peter Loizos (2008) discute sobre vídeos, filme e

fotografias como documentos de pesquisa, bem como sobre as possibilidades para aplicação de métodos visuais a serviço da pesquisa social e das limitações desses métodos.

No contexto desta pesquisa, foram solicitadas aos participantes fotografias que teriam aplicabilidade como documentação que apresenta ou não evidência da especificidade da mudança histórica, no contexto do cuidado prestado pela equipe de Saúde do CPER; contudo, nenhuma imagem foi fornecida pelos entrevistados. Conseguimos apenas registros fotográficos de festas mais recentes com participação dos pacientes, disponíveis na sala da direção da instituição.

#### 4.5 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA E PRODUÇÃO DAS INFORMAÇÕES

A entrada em campo de pesquisa se deu em 1º de março de 2010, com a apresentação do projeto, previamente agendada, para a diretora-geral do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, Médica Maria Ivone de Oliveira, juntamente com a coordenadora dos serviços de Enfermagem do Hospital, Enfermeira Maria das Graças Martins, como forma de respeito aos dirigentes da instituição.

A apresentação transcorreu num clima amigável e de cooperação, com desejo de contribuir com a pesquisa proposta. No decorrer da semana, nos foi fornecido um outro documento institucional, contendo o resumo geral do quadro de pessoal, atualizado em 28 de fevereiro de 2010, com o qual trabalhamos.

Mediante este quadro, fizemos a seleção dos participantes do estudo, considerando os critérios de inclusão dos sujeitos na amostra já explicitados e procurando estabelecer uma paridade, sempre que possível, contemplando participantes do sexo masculino e feminino, os profissionais de nível superior, de nível médio e com ensino fundamental. Nas categorias que apresentavam vários trabalhadores que atendiam aos critérios de inclusão no estudo, foi realizado sorteio entre os homens e as mulheres separadamente, para inclusão.

Considerando nossa opção pela entrevista semiestruturada, foi realizada uma entrevista-piloto, com uma participante com 17 anos de trabalho na instituição, a qual foi transcrita e avaliada pela pesquisadora, orientadora e co-orientadora, quanto ao roteiro de entrevista, à abordagem, ao tempo de duração, à aderência aos objetivos do estudo.

Os dados obtidos nessa entrevista-piloto não foram incluídos na amostra.

Realizados os ajustes, iniciamos as demais entrevistas que duraram entre uma hora e trinta minutos a duas horas e quarenta e sete minutos. Cada transcrição gerou uma média de 15 a 81 páginas para análise. Considerando que a pesquisa qualitativa não visa generalizações que exijam uma amostra estatisticamente representativa da população, os resultados referem-se à análise de 24 entrevistas em profundidade.

#### 4.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

*Pensar não é servir a ordem ou a desordem,  
é servir-se da ordem e da desordem.*  
(MORIN, 1996)

As transcrições das entrevistas foram analisadas, buscando identificar as representações sociais dos trabalhadores do CPER sobre o cuidado, suas memórias e modos de organização do cuidado. Para tanto, foi realizada a organização do material a ser explorado e sua leitura repetida, a fim de tomar conhecimento do material produzido nas entrevistas, seguindo a primeira etapa de análise, proposta por Bardin (2010).

Após a exploração do material, este foi analisado quanto às unidades de significados, buscando identificar seus campos representacionais, onde situam suas representações.

Na última etapa, as representações foram apresentadas como resultados e discutidas em seus campos semânticos, frente ao referencial teórico das Representações Sociais.

Buscamos, ainda, o que é social nas Representações Sociais, tentando examinar a coesão social na construção das representações sociais dos sujeitos investigados na análise das entrevistas. O conteúdo do diário de campo serviu, neste estudo, apenas para ampliar a compreensão das entrevistas, não sendo juntado ao *corpus* de análise das entrevistas.

#### 4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Quanto às considerações éticas, o projeto foi submetido à avaliação de uma banca composta de doutores, num momento denominado de qualificação da proposta de tese. Estes avaliaram a proposta quanto ao seu conteúdo, metodologia, relevância e contribuições da pesquisa. Após esta primeira etapa, o projeto foi encaminhado à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina –CEP/UFSC– e aprovado pelo Parecer n. 315/2009.

Passadas as etapas de qualificação da proposta e com a aprovação da instituição onde foi realizada a pesquisa é que os sujeitos do estudo foram convidados a participar de entrevista, e manifestaram seu consentimento por escrito, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (Apêndice B).

Este foi elaborado atendendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução n.196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O termo foi lido e seu conteúdo esclarecido aos participantes, e assinado por eles e pela pesquisadora, em duas vias, permanecendo uma cópia com cada uma das partes envolvidas no trabalho.

Para divulgação dos resultados do estudo, o anonimato dos participantes foi mantido e as entrevistas identificadas por classificação numérica. Assim, por exemplo, a entrevista 1 foi codificada como (E1).Os materiais resultantes das coletas ficarão em poder da pesquisadora durante o prazo mínimo de cinco anos. Após, poderão ser sistematizados no banco de dados do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Enfermagem e Saúde – NIPES/EEM/UFAM.

Um relatório-síntese do estudo deverá ser formulado e entregue ao CEP/UFSC, em formulário próprio. Serão fornecidas cópias do estudo concluído ao Centro Psiquiátrico, campo do estudo, à Secretaria do Estado de Saúde do Amazonas – SUSAM –, à Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA –, ao Conselho Municipal de Saúde de Manaus – CMS/MAO – e à biblioteca da Universidade Federal do Amazonas – UFAM.

Além disso, foram cumpridas as exigências da Fundação de Amparo à Pesquisa no Amazonas – FAPEAM –, que financia este estudo com bolsa de doutorado.

Ao mesmo tempo, temos o compromisso de acompanhar a legislação que está tramitando sobre o regulamento do SUS, pela Portaria n. 2048, de 5 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde que consolida os documentos infralegais que estabelecem o funcionamento de diferentes áreas do sistema de saúde brasileiro, inclusive a pesquisa envolvendo seres humanos, divulgada pelo *site* [www.saude.gov.br/sus](http://www.saude.gov.br/sus) (GOLDIM, 2009).

#### 4.8 APOIO FINANCEIRO

Este estudo contou com a concessão de auxílio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa no Amazonas, por meio do Edital n. 008/2007, do Programa de Apoio à Formação de Recursos Humanos Pós-Graduados do Estado do Amazonas – RH – POSGRAD, na modalidade de concessão de Bolsas de Pós-Graduação *stricto sensu* (mestrado ou doutorado), destinadas à formação de recursos humanos pós-graduados em Programas de Pós-graduação recomendados pela CAPES em outros Estados da Federação.

Assim sendo, conforme Decisão n. 96/2007, o Conselho Diretor desta Fundação em reunião realizada em 07 de dezembro de 2007, aprovou a proposta intitulada “Representações Sociais e Memórias da equipe de saúde do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro em Manaus, sobre o cuidado”.





## **5 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os resultados deste estudo estão distribuídos em três Manuscritos, um dos quais, o primeiro deles, com o título “Mapeamento do uso das representações sociais em estudos brasileiros de saúde mental” foi apresentado no capítulo 3 – Contextualizando o referencial teórico. A estrutura de apresentação dos resultados considera e está de acordo com a Instrução Normativa n. 10/PEN/2011, de 15 de junho de 2011, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que apresenta os critérios para a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem, e prescreve que os resultados das teses sejam apresentados no formato de, no mínimo, três artigos, podendo um deles compor a revisão de literatura do estudo. Assim sendo, os artigos que compõem os resultados principais desta pesquisa, são:

5.1 MANUSCRITO 2: O cotidiano do cuidado em saúde mental: representações de trabalhadores no Amazonas.

5.2 MANUSCRITO 3: Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro: revisitando a história e compartilhando memórias.

5.1 MANUSCRITO 2: O COTIDIANO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: REPRESENTAÇÕES DE TRABALHADORES NO AMAZONAS

**O COTIDIANO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL:  
REPRESENTAÇÕES DE TRABALHADORES NO AMAZONAS<sup>8</sup>**

**O COTIDIAÑOS DO CUIDADO EM SALUD MENTAL:  
REPRESENTACIONES DE TRABAJADORES NO AMAZOEN  
LAS**

**DAILY CARE IN MENTAL HEALTH: REPRESENTATIONS OF  
WORKERS IN AMAZONAS**

Sandra Greice Becker<sup>9</sup>  
Jussara Gue Martini<sup>10</sup>  
Andrea Barbará da Silva Bousfild<sup>11</sup>

**RESUMO**

Considerando a saúde mental como uma especialidade do cuidado em saúde, tendo como campo de investigação a interação cotidiana dos Trabalhadores em Saúde Mental, torna-se relevante voltar o olhar para esse grupo específico em suas interações sociais. Neste contexto, foi realizada pesquisa qualitativa com o aporte da Teoria das Representações Sociais em sua abordagem processual, com o objetivo de conhecer as representações sociais dos Trabalhadores em Saúde Mental sobre o cuidado profissional realizado no CPER. Foram entrevistados 24 trabalhadores de uma instituição pública de referência para o cuidado em saúde mental, no Estado do Amazonas, os quais se constituem em sujeitos desse estudo. Como resultados, as representações sociais dos Trabalhadores em Saúde Mental sobre o cuidado, se apresentaram em três campos distintos: cuidado

---

<sup>8</sup> Integra resultados da tese de doutorado “O cotidiano do cuidado em saúde mental: memórias e representações sociais de trabalhadores”, defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PEN/ UFSC –, Florianópolis – SC, em 2012.

<sup>9</sup> Mestre em Enfermagem, Docente e Pesquisadora na Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas UFAM, Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas no Programa RH – POSGRAD. E-mail: sgbecker@ufam.edu.br

<sup>10</sup> Doutora em Educação, Docente e Pesquisadora do Departamento de enfermagem e do Programa de pós graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. E-mail: jussara@ccs.ufsc.br

<sup>11</sup> Doutora em Psicologia; Docente e Pesquisadora na Universidade Federal de Santa Catarina UFSC, Departamento de Psicologia Social. E-mail: andreabs@gmail.com

(des)humano, cuidado como escuta e cuidado como estar-junto. Conclui-se que as Representações Sociais sobre o cuidado em saúde mental fazem parte da realidade cotidiana vivida pelos profissionais na instituição investigada, proporcionando entendimentos que guiam suas práticas de cuidado profissional, que se articulam e conformam ações e atitudes.

**Palavras-chave:** Cuidado em saúde mental. Psiquiatria. Teoria das Representações Sociais. Reforma Psiquiátrica. Desinstitucionalização.

## RESUMEN

Considerando la salud mental como una especialidad del cuidado en salud, teniendo como campo de investigación la interacción cotidiana de los Trabajadores en Salud Mental, Se vuelve relevante volver y este grupo específico y sus interacciones sociales. En este contexto, fue realizada la Investigación cualitativa con el aporte de la Teoría de las Representaciones Sociales en su abordaje procesal, con el objetivo de conocer las representaciones sociales de los Trabajadores en Salud Mental sobre el cuidado profesional realizado en el CPER. Fueron entrevistados 24 trabajadores de una institución pública de referencia para el cuidado en salud mental, en el Estado de Amazona, los cuales se constituyen en sujetos de ese estudio. Como resultados, las representaciones sociales de los Trabajadores en Salud Mental sobre el cuidado, se presentaron en tres campos distintos: cuidado (des)humanos, cuidado como escucha y cuidado como estar-junto. Se concluye que las Representaciones Sociales sobre el cuidado en salud mental hacen parte de la realidad cotidiana vivida por los profesionales en la institución investigada, proporcionando comprensiones que guían sus prácticas de cuidado profesional, que se articularon y conformaron representaciones y actitudes.

**Palabras clave:** Cuidado en salud mental. Psiquiatría. Teoría de las Representaciones Sociales. Reforma Psiquiátrica. Desinstitucionalización.

## ABSTRACT

Considering mental health as a specialty in health care, and the everyday interaction of mental health workers as a research field, it is important to look at the social interactions of this particular group. In this context, a qualitative research was conducted with the contribution of the Social Representation Theory in its procedural approach, aiming to understand the social representations of mental health workers about the

professional care performed in CPER. 24 workers from a public mental healthcare reference institution in the state of Amazonas were interviewed, which constitute the subjects of this study. As a result, the social representations of mental healthcare workers are presented in three distinct fields: (un) human care, care as listening and care as being-together. As a conclusion, mental healthcare social representations are part of everyday reality experienced by professionals in the institution investigated, providing articulated insights that guide their professional care practice and shape actions and attitudes.

Keywords: mental health care. Psychiatry.Social Representations Theory. Psychiatric Reform. Deinstitutionalization.

## **INTRODUÇÃO**

Na saúde mental, o movimento de Reforma Psiquiátrica surge com a proposta de construção de outro lugar social para a loucura e a doença mental, sugerindo transformações das relações entre sociedade/loucura/doença mental (AMARANTE, 2003).

A atenção à saúde mental no Brasil tem seus princípios definidos na Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, construída a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica produzida pelos trabalhadores e entidades da sociedade civil organizada que apontam para a descentralização dos serviços, a implantação e a implementação dos sistemas substitutivos dos manicômios.

Como dispositivos usados no processo de desinstitucionalização foram criados o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), o Programa de Volta pra Casa (BRASIL, 2003) e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Residências Terapêuticas (RT).

Vivenciando esta realidade no Amazonas e buscando compreender essas questões, deparamo-nos com a limitada produção de informações sistematizadas em artigos científicos ou relatórios de pesquisa sobre a saúde mental, na região.

Adentrando nesta realidade regional, por meio de prática de ensino na principal instituição especializada do Estado e única a oferecer internação, desenvolvemos um estudo sobre o absenteísmo dos

profissionais de enfermagem do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro – CPER – em Manaus, que apontou, no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2005, 415 registros de ausência da equipe de enfermagem, tidas por 74,29% dos trabalhadores de enfermagem da instituição. Verificamos, ainda, que a principal causa do absenteísmo foi por doença destes profissionais (BECKER; OLIVEIRA, 2008).

A partir dessas constatações, começamos a nos questionar sobre a relação do trabalhador com o cuidado em saúde mental, no contexto institucional. Daí surgiu o interesse de conhecer e compreender como esta rede de relações se constituiu no CPER e como ela pode ser permeada pelo novo instituído politicamente e assumir uma práxis adequada e adaptada à cultura da região e dos atores sociais.

Nessas reflexões, nos deparamos com a Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta por Moscovici (1961) e desenvolvida e divulgada por Jodelet (1989), dentre outros estudiosos e pesquisadores do tema. A TRS insere-se no contexto da Psicologia Social, com foco na cognição social, ou seja, como o sujeito apreende uma novidade dentro do dinamismo do seu viver e como essa adquire sentido para ele, para, posteriormente, guiar suas ações.

As Representações Sociais, segundo Moscovici (2004), integram dois universos de pensamento: o universo reificado e o universo consensual. O primeiro refere-se à sociedade como um sistema de diferentes papéis e classes, inserindo seus membros de maneira desigual, a partir da competência adquirida. A compreensão deste universo se dá pelas ciências. Já, no universo consensual, as pessoas são vistas como iguais e livres, sendo o seu conhecimento considerado a partir do seu cotidiano. É neste cotidiano que as representações sociais são construídas.

A abordagem processual, desenvolvida por Moscovici e Jodelet pode ser entendida como uma abordagem entre as perspectivas construtivistas, que valoriza a construção dos significados sociais, estudando as Representações Sociais como processo, não no sentido de processamento de informação, mas como práxis, tomando como ponto de partida a funcionalidade das representações sociais na orientação da ação e da comunicação (SPINK, 2007).

Apoiando-nos em Ayres (2004), sobre a compreensão de cuidado com repercussão na práxis, enfatizamos a característica de intersubjetividade do exercício do conhecimento, situado, no campo das representações sociais, no Universo Reificado do saber. Esse conhecer, apoiado na tecnologia, articula-se ao cuidado prestado pelo trabalhador

em saúde mental, visando à relação entre finalidades e meios usados pelo trabalhador, e seu sentido prático para o paciente através de uma articulação dialógica, situado no Universo Consensual. Nesse entendimento, é na relação dialógica que eclode a representação social.

No encontro intersubjetivo de cuidado, a linguagem possibilita que se veja o que da história pessoal e profunda de cada ser humano em relação, o objeto representado mobiliza. Ou seja, as filtragens, descontextualizações, associações que a mobilização suscita, bem como a moldagem deste dinamismo pela história e pela cultura de cada ser, em suas pertencas grupais constituem as suas representações sociais (MADEIRA 2005; JODELET, 2001).

Assim, considerando o campo da saúde mental como uma especialidade do cuidado em saúde, focando como objeto de investigação social a interação dos Trabalhadores em Saúde Mental e a rede de relações dentro da instituição onde prestam cuidados, torna-se relevante voltar o olhar para esse grupo específico em suas interações sociais. Esse olhar busca compreender simultaneamente como o cuidado se relaciona com os Trabalhadores de Saúde Mental e com o contexto social institucional, e contribuir para a prestação de um cuidado ajustado às especificidades regionais e culturais, indo ao encontro das necessidades reais dos que dele necessitam.

## **METODOLOGIA**

Para subsidiar a coleta de informações que resultou na tese de onde este artigo foi extraído, optamos pelo estudo qualitativo, como proposto por Minayo (2007), que teve como estratégia de pesquisa o estudo de caso único (YIN, 2005), sobre o cuidado de saúde mental em uma instituição especializada no Amazonas, discutido e fundamentado na teoria psicossocial das Representações Sociais.

O estudo de caso, segundo Yin (2005, p. 32), “é uma investigação empírica que examina o fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos.” Logo, consideramos um perfeito entrelaçamento com a Teoria das Representações Sociais.

Este estudo, em seu desenho metodológico e planejamento, teve em consideração as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução n.196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), sendo aprovado em sua totalidade, tanto pela instituição campo, como pela Secretaria do Estado

de Saúde do Amazonas, e pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer n. 315/2009.

Como campo do estudo, apresentamos o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro – CPER–, situado na Zona Centro-Oeste da Cidade de Manaus. Entre os 62 municípios do Amazonas, a capital Manaus tem uma área de 11.401 km<sup>2</sup> e uma população, estimada em 2011, de 1.646.602 habitantes (IBGE, 2011). Comparando esses dados com os do Estado todo, que possui uma área de 1.559.161,682 km<sup>2</sup> e que, em 2010 a estimativa da população era de 3.538.387 habitantes, segundo informa o IBGE (2011), podemos concluir que mais de 50% da população do Estado residem na Capital.

Neste contexto, o CPER, especializado em promover Saúde Mental através do Programa de Saúde Mental e Tratamento das Doenças Mentais, é a instituição de referencia no estado. Está subordinado diretamente à Superintendência Estadual da Saúde e foi criado pelo Decreto Governamental nº 6472, em 22 de julho de 1982.

Sua estrutura organizacional é composta de Diretoria Executiva, à qual estão subordinados os Departamentos de Administração e Finanças, Técnico, Clínico e de Enfermagem.

Quanto ao quadro de trabalhadores, este consta de 267 servidores, dos quais 61 estão categorizados pela instituição como detentores de nível superior, 10 de formação técnica, 121 como auxiliares e 75 do grupo ocupacional na classificação elementar (CENTRO PSIQUIATRICO EDUARDO RIBEIRO, 2009).

Participaram do estudo 24 trabalhadores, representando os diferentes grupos ocupacionais, variando o tempo de serviço entre 19 e 32 anos de vínculo com a instituição. Todos manifestaram seus consentimentos verbalmente e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Com método qualitativo, elegeu-se a entrevista, como técnica para se ter acesso às atitudes, aos valores e às representações dos trabalhadores participantes. Esta, quando bem conduzida, pode atingir um nível de profundidade e complexidade que não está disponível a outras abordagens, particularmente baseada em levantamentos (SILVERMAN, 2009).

A coleta de dados ocorreu, no primeiro semestre do ano de 2010, através de entrevistas com roteiro semi-estruturado, realizadas nas dependências do próprio CPER, com duração média entre 1hora e 30minutos à 2horas e 40minutos. Estas foram gravadas, transcritas e, para garantia de anonimato dos participantes, codificadas em

classificação numérica. Assim o entrevistado um, foi codificado como E1, E2, E3 e assim sucessivamente até o E24 (GIBBS, 2009).

Para análise dos dados, seguimos a proposta de análise de conteúdo (BARDIN, 2010). Executamos as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, obtendo três categorias que correspondem aos diferentes momentos de cuidado no CPER, no contexto das memórias dos trabalhadores.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Como resultados, as representações sociais dos Trabalhadores em Saúde Mental sobre o cuidado se apresentaram em três campos distintos: Cuidado (des)humano; Cuidado como escuta e Cuidado como estar-junto.

No contexto institucional analisado, marcado pelos jogos de poder, pelas relações de superioridade/inferioridade em que está imerso o cotidiano do cuidado em saúde mental, os juízos, os preconceitos e os estereótipos que orientam as práticas de cuidados profissionais são uma poderosa variável na produção da atenção em saúde mental e de suas representações pelos seus Trabalhadores de Saúde Mental.

Passamos agora a apresentar e discutir essas representações, bem como os elementos que remontam às memórias de cuidado do tempo em que ingressaram na instituição, há pelo menos 20 anos, assegurando o entrelaçamento do Universo Consensual com o Universo Reificado.

### **O Cuidado (des) humano**

Como elemento constituinte das representações sociais sobre o cuidado, os registros de um cuidado (des)humano estão presentes nos depoimentos de 23 dos 24 trabalhadores entrevistados. A análise dos depoimentos permitiu-nos identificar três elementos que caracterizaram essa representação, que são: o medo, a repulsa (nojo) e as carências.

O medo dos trabalhadores, especialmente dos pacientes que cuidavam, pode ser relacionado a representações estereotipadas relacionadas a uma agressividade incontrolável dos loucos.

No estudo de Silva (2011), em abordagem estrutural a Teoria das Representações Sociais, a palavra medo evocada por Trabalhadores de Saúde Mental mediante o termo indutor “paciente psiquiátrico”, apareceu na zona de contraste, podendo servir de subsídio para a ancoragem do léxico louco, presente no núcleo central das Representações Sociais do paciente psiquiátrico.



Voltando à discussão do elemento medo na pesquisa em pauta, a violência atrelou-se a constituição do medo nos discursos analisados. Evidenciou-se como um aspecto marcante do cotidiano institucional, expresso em violências verbais e físicas, nas unidades de internação, nos corredores e no ambiente externo, entre os pacientes, entre os trabalhadores e entre aqueles e estes.

As formas de expressão da violência são as mais variadas, desde agressões verbais com palavras impróprias, tapas, empurrões, pontapés, perseguições, até violência sexual. Os atos violentos geravam reações progressivamente mais violentas, que precisavam ser cerceadas pelos castigos, como isolamento nas celas, contenção mecânica ou química, em um processo que se expandia em outras violências.

Além do **medo** das agressões e do medo da violência, aparece também o medo de não dar conta do trabalho, como evidenciado nos depoimentos a seguir

*[...] tem muitas colegas aqui que tem medo do paciente, tem funcionário aqui no hospital, de não sei quantos anos, que nunca botou os pés aqui atrás [pavilhões de internação] porque tem receio dos pacientes, porque na mente deles, eles acham que os pacientes psiquiátricos vão agredir eles[...]* (E10)

*O que a gente fazia com eles, era dar a medicação, que era muitas vezes por trás das grades do posto de enfermagem, uma grade bem larga assim. E aí a gente dava a medicação ali através da grade, não dava do outro lado, porque a gente tinha medo.* (E22)

O registro do medo circunscrito na memória do trabalhador, no contexto vivenciado, é um importante elemento constitutivo de uma representação, pois expressa conteúdo de significado dentro de um determinado espaço e tempo, que pode ser acessado em qualquer momento e repetir um comportamento automaticamente. Uma vez compreendido e trabalhado, pode ancorar novas representações e influenciar as formas e atitudes de cuidado, acompanhando a dinâmica do movimento social, político e espiritual. Por exemplo, se um trabalhador passou por uma experiência de uma intensidade negativa muito grande no seu processo de viver e cuidar, se o sentimento e as emoções envolvida não forem trabalhadas, esse registro os atormentará e

condicionará a uma atitude negativa diante do seu cotidiano.

Ao examinarmos a literatura produzida sobre as representações da doença ou dos doentes mentais, é frequente encontrarmos referência ao medo que a simples presença das pessoas nesta condição pode causar aos outros. Em estudo realizado por Jodelet (2005, p.196) em uma comunidade na França, é destacado que as famílias procuravam encontrar formas de proteger, especialmente, suas crianças de possíveis ações violentas dos loucos. Segundo ela, trata-se de um “medo que, por sua lembrança constante e explícita, seria certamente intolerável”, gerando o distanciamento como estratégia de proteção, como foi verbalizado pelos Trabalhadores de Saúde Mental do CPER: separando-se os internos por grades, celas e outros mecanismos.

O medo, como elemento destas representações, está, em parte, ancorado e objetivado em experiências vividas ao longo da prestação de cuidados no CPER, impresso nas suas primeiras memórias de agressões, de dificuldades para controlar o paciente em surto, como é manifesto no depoimento a seguir.

*Aqui, teve paciente que agrediu fisicamente colega na minha frente. Então, naquela hora eu fiquei com aquela sensação de pavor, sabe? Aquela lembrança de pavor. Poxa, ele agrediu o colega e é capaz de me agredir, se ele me pegar ele vai me lesar, eu vou ficar, praticamente, na mão dele, um nada. Então, é isso a minha primeira lembrança assim, a primeira lembrança de pavor [...] (E8).*

Historicamente, o doente mental é objeto de uma representação social que o associa ao descontrole, à agressividade, à periculosidade de alguém fora da sua razão. Essa representação social da loucura fundamentou a institucionalização, a segregação, o confinamento dos loucos, bem como definiu os modos de entender a loucura e os cuidados com os loucos, fortalecendo, assim, o sentimento do medo em relação a tudo o que diz respeito ao ser louco.

Ainda no estudo de Silva (2011), utilizando as evocações livres, com o termo indutor “paciente psiquiátrico”, como técnica de coleta de dados, evidenciou que, para os profissionais que atuavam há mais de dez anos nos hospitais a palavra cuidado esteve presente no núcleo central das representações, mas na segunda periferia destaca-se a palavra agressividade (SILVA, 2011).

O segundo elemento apontado pelos entrevistados como característica do cuidado (des)humano é a **repulsa** no sentido de nojo, especialmente nas memórias relacionadas às condições de higiene do ambiente e dos pacientes. Por exemplo: relatos de fezes pelo chão ao chegar ao hospital; do cheiro forte de creolina, produto usado à época como desinfetante. A situação de higiene precária é associada à ausência de infraestrutura adequada ao cuidado, incluindo instalações sanitárias, chuveiros, vestuário.

*O odor que impregnava na gente era terrível. Na época da creolina. Quando entrava no ônibus, todo mundo sabia que a gente estava saindo do hospício. Porque não existiam essas substâncias que tem hoje, até para higiene do paciente. Não tinha esses antissépticos, era minancora, [...] o que se tinha. (E17)*

*Não tem sabonete para dar um banho, barbeador, que precisa ser individual, roupas melhores para trocar diariamente, roupas de cama, não tem!(E7)*

A distribuição dos recursos materiais no espaço institucional, ainda hoje, é precária no que se refere às condições de conservação e equipamentos de cuidado. Os espaços parecem insuficientes e inadequados para atender às necessidades dos pacientes e trabalhadores, gerando neles uma percepção de desorganização nas suas atividades de cuidado. Além disso, muitas vezes, os ambientes internos e externos apresentam um aspecto de abandono e (des)cuidado, não condizente a um ambiente de cuidado e bem-estar.

Corroborando com o pensamento de Pacheco (2009, p.144-145), enfatizamos que o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil apresenta uma linha tensional entre o modelo manicomial e o antimanicomial. A tensão se expressa pela exclusão e reclusão em hospitais psiquiátricos de um lado e, do outro, pela “reinserção social e garantia do direito ao tratamento humanitário e à liberdade das pessoas ‘acometidas por intenso sofrimento psíquico’.” Há uma tensão entre a busca pela responsabilização social na constituição do cuidado mental e pela humanização das instituições onde ele é praticado e as dificuldades a superar para sua efetiva realização.

Hoje, podemos vivenciar experiências de Reforma Psiquiátrica em todo Brasil, à luz do discutido por Pacheco (2009). Contudo, a

autora ressalta o aspecto não homogêneo do grau de desenvolvimento em que essas experiências se encontram. Ao considerar o ritmo que é dado na implementação das experiências de reforma em cada estado federativo, em cada cidade, a autora nos diz que “este ritmo está intimamente relacionado aos fatores culturais, políticos, econômicos, dentre outros, relativos a cada localidade e que se diferenciam de região para região, conferindo ao que chamamos de Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma grande heterogeneidade” (PACHECO, 2009, p.144).

Embora as propostas para a Reforma Psiquiátrica tenham sido concretizadas em políticas públicas, as propostas de cuidado institucional, em Manaus, não acompanharam nem as proposições da Reforma Psiquiátrica, nem a evolução dos quadros dos pacientes internos com comorbidades e necessidades especiais devido à idade avançada, tornando, por vezes, as condições cotidianas precárias.

*Tá um caos. Banheiro? Quando tem chuveiro não tem vaso sanitário, quando tem vaso, não tem chuveiro, quando tem pia, não tem; água. A cadeira de banho, a roda não gira, não dá. Isso é cansativo, é muito pesado! Por exemplo, eu tiro o paciente do leito e boto na cadeira de banho; daí tira da cadeira de banho e boto novamente no leito ou em outra cadeira. O piso não ajuda. Sem estrutura, você se cansa. [...] E tem colegas ainda mais antigos que não agüentam mais essa condição. O negócio aqui tá cada vez pior. (E21)*

Isso é percebido como negativo, como um aspecto que fragiliza as iniciativas de cuidado em saúde mental, ou, até mesmo, limita as possibilidades de um cuidado humanizado, pois ocupa grande parte da jornada de trabalho em intervenções de higiene e conforto e restringe o tempo para ações de escuta e de práticas terapêuticas mais específicas.

Em estudo realizado na França, Jodelet (2005) também encontrou fortes referências a uma dimensão que ela aponta como primordial para olharmos a loucura, a dimensão sujeira/limpeza. Segundo a autora, a sujeira provoca nojo e torna-se pretexto para a separação, gerando rejeição. Além disso, a sujeira e a falta de controle de esfíncteres reforçam a condição de doente, a dependência do cuidado prestado por um cuidador (JODELET, 2005).

Como conteúdo de uma representação, essa percepção da sujeira contribui para uma prática de afastamento entre o trabalhador e o

paciente, entre o trabalhador e a instituição, gera no trabalhador repulsa/nojo e caracteriza o cuidado (des)humano.

*[...]lavavam todos os dias as paredes. Todo dia limpando azulejo. Mas aquele odor era impregnado de urina, de fezes [...] defecavam no chão, melavam as mãos e passavam nas paredes, era muito fedido. (E 22)*

No estudo, já citado, de Jodelet, os cuidadores também relatam sobre o odor característico do ambiente em que vivem os doentes mentais como uma lembrança muito forte, destacando o cheiro de urina e de fezes. A autora discute que a reação das pessoas ao contato com a loucura “intervém como motor ou apoio dos processos de separação e discriminação”, podendo contribuir, como no caso deste estudo, para uma forma negativa de cuidado (JODELET, 2005, p.196).

O terceiro elemento significativo no campo representacional do cuidado (des)humano é a **carência**. Carência de toda ordem: estrutural, de recursos humanos e materiais em quantidade e qualidade adequadas.

As carências de toda a ordem tornam o ambiente de cuidado inadequado ao viver humano, muitas vezes, indigno tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado. As carências do contexto do cuidado dos Trabalhadores em Saúde Mental não estão ancoradas somente no passado longínquo, mas encontram-se ainda presentes nos dias de hoje. Esta inserção espacial e temporal permite a ancoragem do cuidado (des)humano. Isso pode ser evidenciado na fala de um trabalhador, que acaba comparando as carências que a instituição tinha quando do início das suas atividades nela e com as de hoje em dia, ao se dar conta que são ainda piores do que já foram no passado. Seu discurso transborda de emoção. Ele chora ao relatar esta constatação.

*O próprio funcionário conserta aqui, conserta ali. Mas o [...] é um exemplo pra nós aqui, porque é uma pessoa que está sempre trazendo as coisas, os objetos como liquidificador, porque o hospital não tem condições de nos dar. Às vezes o [...] compra short, blusa pros pacientes, entendeu? A gente que vive com eles, doze horas com esses pacientes, a gente sabe das necessidades, do que eles necessitam. No momento são essas coisas, cadeira pra transportar, um piso bom pro banheiro que não tem, assento de vaso sanitário pra eles sentarem que não tem, camas boas pra*

*eles, que eles urinam demais e os colchões todos rasgados, furados. [...] O negócio aqui é bem difícil assim.(E6)*

*Nós temos um pronto socorro limitadíssimo para todo o Amazonas, dez leitos masculinos, dez leitos femininos e seis leitos de crise, de pacientes. Então, como é que a gente vai oferecer um trabalho que não tem condições? A família deve ser trabalhada com o portador de transtorno mental muito, faz parte, é legal, está na lei. Mas nós não temos condições de oferecer isso[...] Nós não temos equipe multiprofissional, isso é triste. Essas limitações me fazem, me deixam um pouco triste. (E3)*

*A própria instituição está deixando doente os funcionários, porque não tem condições. Você não tem como sair daquela situação, por conta da questão da extinção[hospício], tá na lei estadual.Então, o ambiente é quente, muito quente e não se pode fazer nada, porque não tem dinheiro para fazer.O profissional se irrita [...] e vai se brutalizando com a própria situação do dia a dia. [...] naturalizando questões não naturais. Nós aqui no Eduardo Ribeiro, estamos precisando de uma atenção ao cuidador.(E3).*

Os relatos evidenciam que, no passado, apesar de existirem muitos internos e não haver equipe multidisciplinar, não faltava comida, nem roupas. Na verdade, a equipe interdisciplinar surgiu na década de 1980, funcionou por um certo período e, hoje, se transformou em ilhas de atendimentos.

Uma das falas acima exemplifica, ainda, a consciência da necessidade de se trabalhar com a família do paciente. Isto consta da lei, mas não se tem equipe em quantidade e qualificada, para oferecer tal atenção. Isso é cuidado? Ter 20 leitos de emergência para atender a um estado com 62 municípios e a uma população de 3.483.985 habitantes. Isso é cuidado? (IBGE, 2010)

Hoje, a questão carencial agravou-se, porque, além da inexistência de trabalho articulado em equipe, falta também comida, equipamentos para o cuidado dos idosos residentes na instituição, de

uma dieta especial para quem possui comorbidades como hipertensão e necessidade de dieta hipossódica. Carência de banheiros adaptados ao uso de idosos cadeirantes, carência de sabonete para tomar banho. Parece-nos impossível não ancorar essas experiências nos primórdios da constituição dos hospitais psiquiátricos, não como instituições de cura e tratamento, mas como instituições onde “pobres” vão morrer (FOUCAULT, 1978).

Do até aqui exposto, devemos refletir sobre o distanciamento temporal e cultural dessa proposta, com a política de Reforma Psiquiátrica Brasileira. As representações que sustentam as ações de cuidado dos Trabalhadores em Saúde Mental do CPER, ainda, se mostram desfavoráveis, ao cuidado humanizado proposto pela política de humanização: a escuta sensível, a integralidade do cuidado, o cuidado com o cuidador, o cuidado com o ambiente.

Isso é preocupante porque, hoje, apesar dos recursos tecnológicos disponíveis, do conhecimento técnico-científico disponível e acessível, da globalização e do amadurecimento vivencial no cotidiano do cuidado dos Trabalhadores em Saúde Mental do CPER, permitindo a reflexão sobre suas vivências de, pelo menos, duas décadas atrás, esses trabalhadores afirmam que o cuidado piorou (BECKER; MARTINI; BOUSFIELD, 2012b). Evidenciamos que há discrepância entre o proposto pelas políticas e o que se tem na realidade da instituição que representa o cuidado em saúde mental na região.

### **O cuidado como escuta**

O Cuidado como Escuta surge como um elemento representacional para os trabalhadores pesquisados, que necessitam de espaço para discutir tanto as suas necessidades, quanto as necessidades que identificam dos seus pacientes. A escuta, configura-se, nesta representação, como elementar ao exercício de cuidado de si e do outro. Esta ancora o cuidado, no relato dos trabalhadores que vivenciaram períodos em que esta prática era limitada, devido à superlotação e ao excesso de tempo gasto nos procedimentos de higiene com os pacientes.

Entretanto, esta escuta precisa ser aprendida, requerendo, até mesmo, uma desconstrução do saber adquirido, seja do Universo Reificado, seja do Universo Consensual. Não é só um fazer. É preciso compreender o outro para prestar um cuidado que ele necessita. É abrir-se para o novo.

*[...] eu já ouvi muitas coisas e já me eduquei a escutar. Mas já vi que tem que escutar. [...] não adianta o paciente chegar aqui chorando e sair*

*aos gritos. [...] Acho que tudo isso requer um despertar do nosso cérebro, muito cobrado pela parte de orientar, você tem que parar para ouvir. [...] Então o nosso esforço é todo voltado pra compreender as pessoas [...]. (E22)*

A necessidade de um espaço de escuta, também é mencionada pelos próprios trabalhadores. Eles afirmaram que houve um período em que esse espaço já existiu. Nele, cada trabalhador tinha direito a voz e era respeitado na sua autonomia profissional, segundo os limites da competência de cada um.

*[...] no tempo do Dr. [ ... ex-diretor do CPER], tinha muitos cursos, palestras, reuniões. Era muito bom nesse sentido. Aquele auditório funcionava constantemente. [...] a alta do paciente, era decidida em equipe.(E5)*

Os trabalhadores também referiram a existência, no passado do CPER, de treinamentos e educação continuada que, além de valorizar os diferentes saberes dos diferentes integrantes da equipe de saúde, também foram experiências que contribuíram para que eles se sentissem acolhidos em suas dificuldades dentro da instituição. Hoje, no entanto, a realidade é outra, segundo expressa a declaração de um dos participantes da pesquisa:

*[...] a própria instituição tá deixando doentes os funcionários, porque não tem condições, você não tem como sair daquilo por uma questão de sobrevivência [...] não tem mais reciclagem, não tem um treinamento dos nossos funcionários, não temos treinamento de humanização de tratamento. Então a pessoa vai se brutalizando com a própria situação do dia a dia.(E3)*

A necessidade de trabalhadores de encontrar novas formas de interação tanto para se relacionar com os pacientes, como com seus colegas de trabalho, levou a realização de um estudo por Costa e Borenstein (2004), a partir da prática cotidiana de trabalhadores de uma instituição psiquiátrica no sul do Brasil. Buscando alcançar a humanização da assistência psiquiátrica, foram desenvolvidos seis



encontros com trabalhadores de uma instituição psiquiátrica, apoiados na metodologia problematizadora. Nesse contexto, refletem as autoras que, na dimensão humanística das interações de cuidado, faz-se necessário aprender a compreender, em primeiro lugar, para depois aprender a fazer, considerando que ao lado das certezas históricas, deve estar, também, a possibilidade de revisão (COSTA; BORENSTEIN, 2004). Acrescentamos a essa conclusão, a abertura ao novo.

### **O cuidado como estar – junto**

A terceira e última representação social do cuidado, presente nas falas dos trabalhadores envolvidos neste estudo, é a de como estar-junto. Este é caracterizado pelo pensamento de que a presença física dos envolvidos no cotidiano do cuidado é um elemento importante, na constituição desta representação, uma vez que serve como condição primordial para que o cuidado aconteça. Este **estar-junto**, assume diferentes configurações, quando se relaciona **aos pacientes, aos profissionais e aos gestores**.

Em relação aos pacientes, o estar - junto como elemento da representação dos trabalhadores sobre o cuidado se traduz como uma presença mais atenciosa, um estar- junto para conversar e, com isso, se aproximar mais, para poder cuidar melhor.

*Eu vejo que o cuidado, antes de tudo é eu estar-junto, podendo tocar que é melhor ainda, porque a grande maioria[dos pacientes] precisa de toque. Ouvir é fundamental, pode se falar besteira![...] deixar as pessoas [pacientes] aprenderem a estar mais soltas, a aceitar o outro que isso é muito difícil. É que muitas vezes não aceitar o outro pode significar não aceitar a si próprio (E14).*

Há necessidade de estar-junto no cuidado com os pacientes visando prepará-los para o exercício da sua autonomia, ajudando-os a recuperarem ou produzirem objetivos para sua vida, de acordo com as diferentes situações que venham a enfrentar. O estar- junto é uma exigência do cuidado em saúde mental. Estar-junto significa, nos depoimentos, proximidade, interesse, atenção, abrindo-se à possibilidade da implementação de um cuidado mais humanizado, sensível. Esta é a sua representação.

*Eu acho que eu ainda sou muito humana. As pessoas dizem que eu sou muito emotiva. Eu acho*

*que agente vem pra cá trabalhar. Então o meu trabalho não é só chegar, prescrever, dar medicação. É ficar lá com calma, ficar dando apoio ao paciente, ver o que eles estão precisando, ver o que eles estão fazendo. Vai lá, conversa um pouquinho (E12).*

Um estudo realizado sobre a atuação cotidiana do enfermeiro no contexto psiquiátrico aponta que os seus comportamentos representacionais estão determinando a forma da sua atuação, que envolve a técnica na execução de procedimentos, como ministrar a medicação e outros cujas habilidades e competências exigem uma compreensão da relação com o outro no processo de cuidar. Assim, as manifestações discursivas advindas dos processos de relações interpessoais, interacionais e institucionais revelam o modelo de estrutura e organização no qual sua atuação está inserida. Nesse estudo, a dialogicidade apresenta-se como uma ferramenta de trabalho, pois na vida cotidiana as relações desenvolvidas conferem sentido de sobrevivência pessoal e profissional (MIRANDA; FUREGATO, 2004).

Podemos inferir que, neste processo de cuidar, o estar-junto com o outro é parte integrante da relação dialógica. Logo, o estar-junto com os pacientes psiquiátricos do CPER pode também ser entendido como um elemento representacional que mobiliza os trabalhadores do CPER na direção do exercício de um cuidado humanizado.

A dimensão do estar-junto, como constituinte da representação do cuidado dos trabalhadores do CPER, refere-se também ao estar-junto com o outro: o colega. O exercício cotidiano de estar-junto com o outro, quando o outro não é o paciente, também integra a representação social do cuidado, mas de uma forma diferente, talvez mais difícil, como refletem as falas

*[...] a gente passa um tempão tentando formar uma equipe, tentando melhorar o trabalho da enfermagem em si, e de repente vê tudo parar. [...] a gente dava a medicação e os outros plantões não davam. Daí a gente passa pra Enfermeira, ela quem tem que chamar para conversar. A gente tem que saber o que tem que fazer, qual é a nossa função aqui.[...]eu acho que falta ainda incentivo, pro funcionário evoluir um pouco mais [...] (E 12).*

A dimensão do estar-junto, como constituinte da representação dos trabalhadores sobre o cuidado, quando se refere ao colega de trabalho, remetem-se, em suas falas ao envolvimento destes com as chefias, a direção, a gestão, às políticas de classe, as políticas de ensino e as políticas de saúde. Esta relação, necessária para concretizar o cuidado, no pensamento dos entrevistados, se organiza de forma hierárquica, com ação delimitada pelas conformações de suas atribuições técnicas, criando a expectativa de que, as chefias deveriam ser mais atuantes ou enérgicas nas resoluções de conflitos cotidianos do cuidado. Em contrapartida a direção deveria, na concepção dos entrevistados, se empenhar mais na busca de parcerias e convênios que qualifiquem o profissional da instituição.

*A direção podia se mobilizar, buscar convênios né? Dar oportunidades [...] tem muitos funcionários aqui que gostariam de estudar. (E12)*

*O COREN<sup>12</sup> teve aqui e proibiu de fazer medicação, os agentes operacionais de saúde - AOS<sup>13</sup>, mas se só vem um trabalhar? O que o COREN faz? Eles queriam que os AOS pagassem o COREN. (E21)*

*Se o PROFAE dissesse que você vai se formar técnico e ganhar como técnico, mas não! (...) Temos enfermeiros aqui que não podem exercer porque aqui estão como auxiliares, não podem se impor porque estão no mesmo nível. (E21)*

Sobre o trabalho de equipe nos serviços de atenção em saúde mental, vem sendo discutida a questão de delimitação de papéis, o que parece difícil na saúde mental, dadas as especificidades desta atenção em que a harmonia do bom relacionamento é imprescindível, para que se possa lidar com a desordem e a condição existencial daquele que busca por atendimento. Assim, faz-se importante a não rigidez de papéis, ou, dito de outra forma, a flexibilização destes, respeitando-se a

<sup>12</sup> Conselho Regional de Enfermagem do Amazonas – COREN/AM.

<sup>13</sup> Agente operacional de saúde é uma categoria profissional que, na instituição campo do estudo, integra a equipe de Enfermagem, em escalas de trabalho, mas que não se encontra dentre as denominações das categorias regulamentadas pelo Conselho Federal de Enfermagem – COFEN–, órgão regulador e fiscalizador da classe profissional de Enfermagem.

formação profissional de cada um, e a fluência dinâmica do cotidiano do atendimento. Especialmente essa postura se faz necessária nos serviços abertos, que exigem competência, responsabilização e compromisso frente à demanda que se apresenta (PEREIRA, 2007).

Um estudo de mestrado, envolvendo a temática das representações sociais de trabalhadores sobre o paciente psiquiátrico, considera que enfrentar as adversidades encontradas no dia a dia dos serviços é um dos maiores desafios enfrentado pelos profissionais envolvidos no cuidado. Alerta, ainda, que as dificuldades podem, por vezes, obscurecer o principal objetivo que é ajudar as pessoas com transtornos mentais severos a terem condições de vida digna (SILVA, 2011).

Retomando a discussão sobre o estar-junto com, como elemento da representação social do cuidado em relação aos pacientes, às chefias ou à direção, constatamos que, ao longo do tempo, o estar-junto com, assumiu diferente valorização: ora em um aspecto de positividade, ora, de negatividade. Esse elemento da representação do cuidado, apontado pelos trabalhadores do CPER, adquiriu a valorização positiva quando se constituiu na possibilidade de um cuidado humanizado, digno, junto com os pacientes, o que já não acontece quando o estar-junto com, relaciona-se com a gestão, as chefias e a direção.

Partindo da colocação acima, sustentados na Teoria da Representação Social, identificamos que os trabalhadores do CPER, ao atribuírem um valor negativo ao estar-junto com chefias, gestores e direção, demonstram uma expectativa sobre este grupo administrativo, como detentor do poder para a organização do cuidado no CPER, colocando-se em espera, em submissão ao poder institucionalizado. Na compreensão desses trabalhadores, as lideranças destas instâncias, que detêm certo poder, podem ou não mediar uma aproximação ou um afastamento das relações profissionais, tornando-as mais COM-OUTROS ou menos COM-OUTROS.

Essa representação encontra ancoragem nas memórias dos trabalhadores, pelas inúmeras proposições de melhora de cuidado não colocadas em execução ou abortadas por interesses diversos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando que o processo de Reforma Psiquiátrica acontece de maneira heterogênea nas diferentes regiões do país, há de se levar em conta a realidade local, neste caso, do Amazonas, especialmente a capital, Manaus, a realidade cultural, econômica, política, religiosa e até

de desenvolvimento histórico, que irá influenciar a construção dos conceitos de saúde-doença e, conseqüentemente, condicionará as ações e atitudes em direção ao cuidado necessário.

Entendemos, em acordo com os autores já citados, que o processo de Reforma Psiquiátrica tem como desafio a construção da passagem do lugar da loucura para um lugar social de cuidado para pessoas em sofrimento psíquico. Nessa perspectiva, torna-se relevante a maneira como se olha para os recursos pessoais e institucionais, e para a pessoa em sofrimento psíquico, e como se constrói o cuidado nessa rede relacional. Assim, o espaço institucional é um espaço relacional, social e político, que se constrói no cotidiano do cuidado.

Dentro desta compreensão da construção do espaço relacional, social e político do cuidado, está inserida a representação social dos Trabalhadores em Saúde Mental do CPER sobre o cuidado. Esta representação se traduziu em: Cuidado como (des)humano; Cuidado como Escuta; e Cuidado como Estar-junto.

Os elementos constitutivos da representação do Cuidado como (des)humano são: o medo, a repulsa-nojo, e as carências de toda a ordem. Na representação do Cuidado como Escuta, estão os elementos de escuta de si e do outro, relacionando ao Universo Reificado, o Universo Consensual. Já para a representação do Cuidado como Estar-junto, os elementos constitutivos são: estar-junto com os pacientes, estar-junto com os colegas, e estar-junto com as chefias, os gestores e a direção.

Das carências de toda ordem, do medo e da repulsa, em um contexto de nojo, surge a representação social do cuidado como (des)humanidade, onde mora o sofrimento que brota em forma de lágrimas, do olhar de muitos trabalhadores do CPER sobre seu cotidiano de cuidado.

Evidenciamos, na representação do Cuidado como Escuta, que o fórum para o encontro dos Universos Reificado e Consensual, segundo os trabalhadores entrevistados, são as reuniões em equipe multidisciplinar, para nós, interdisciplinar, gestores, chefias e direção, enquanto órgãos representativos de fazer acontecer a Reforma Psiquiátrica no CPER. A escuta, elemento constitutivo da representação do cuidado no cotidiano, é solo de onde germina o cuidado sensível ao outro e a si próprio. Neste processo, a representação implícita, ao nosso ver, é dar tempo para a aceitação do novo, o tempo da germinação.

Metaforizando o Estar-Junto, em todas as dimensões apontadas pelos Trabalhadores de Saúde Mental do CPER, utilizamos um elástico

que nos transmite a ideia de aproximação e afastamento no Estar-Junto. Aproximação pode ser entendida como positividade da representação do Estar-Junto, e o afastamento, como negatividade desta mesma representação. Podemos dispensar uma determinada tensão em uma das pontas e permitir a passagem da compreensão de negatividade para a de positividade e vice-versa. Dentro de um determinado contexto, podemos ver a positividade deste elemento, quando empenhamos nossa atenção e motivação, enquanto com outro grupo de pessoas, com este mesmo elemento, deixamos de tensionar com empenho o elástico, e o elemento representativo se torna negativo. Mas aí é que encontramos a possibilidade do novo, discutindo, trabalhando, construindo a representação específica do cuidado no grupo de pertencas.

Nas malhas da intersubjetividade para a compreensão da Representação Social do Cuidado estão a história cultural do CPER; as particularidades que precisam ser melhor compreendidas, em relação à influência cultural e o de envolvimento histórico dos conceitos de saúde-doença, ligada ao desenvolvimento regional, no campo da representação social do cuidado; os modelos de pensamento de cada trabalhador do CPER; a combinação de várias áreas de conhecimento e de prática; a valorização que cada trabalhador dá ao processo de cuidar e ao processo relacional; e a relação dialógica, entre a linguagem, o contexto e o objeto representado. Desse modo, o desvendamento do objeto representado, ocorreu a partir da associação de todos os elementos citados.

Conhecer, compreender e documentar as representações sociais dos Trabalhadores em Saúde Mental do CPER, sobre o cuidado em Saúde Mental, com suporte na Teoria das Representações Sociais, servirá de subsídio para que os trabalhadores do CPER, sejam eles de cuidado direto ou indireto, inteirem-se de como a instituição, contextualizada na região e influenciada pela política e organização social, contribuiu para o cuidado prestado. Além disso, por ser o CPER a principal instituição no cuidado em saúde mental e psiquiatria no Estado do Amazonas, acreditamos que o estudo contribuirá para implementar a Reforma Psiquiátrica no estado.

Como são poucas as pesquisas sobre o processo de cuidado na Saúde Mental da região, e de difícil acesso por não estarem disponibilizadas em bases de dados, questionamos se o ensino do cuidado em saúde mental apresenta e discute a realidade regional. Acreditamos que aí se encontra um entrave na concretização da Reforma Psiquiátrica no Amazonas. Então, este artigo propõe-se a contribuir

também para a formação de profissionais na área da Saúde Mental.

## REFERENCIAS

AMARANTE, P. (coord). **Saúde mental, políticas e instituições:** programa de educação a distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ; EaD/FIOCRUZ, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 5 ed. Revista e actualizada. Lisboa: Edições 70, 2010.

BECKER, S. G.; OLIVEIRA, M. L. C. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.1, 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000100017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000100017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 jun. 2008.

BECKER, S. G.; MARTINI, J.; BARBARÁ, A. **Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro:** Re-visitando a história e compartilhando memórias. (artigo a ser encaminhado), 2012b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996, p. 21082-21085.

\_\_\_\_\_. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA- IBGE. **Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2011.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 23 de Jan. de 2012.

\_\_\_\_\_. Lei no 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos

mentais egressos de internações. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 jul. 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm). Acesso em: 26 jun. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Dispõe sobre o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Portaria nº52, 20 de jan. de 2004. **Legislação em Saúde Mental: 2004-2010**, Brasília, DF, 2010, p.57-62.

\_\_\_\_\_. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.**

CINESNet/DATASUS. Disponível em:

<[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Profissional.asp?VCo\\_Unidade=1302602019590](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?VCo_Unidade=1302602019590)>. Acesso em: 8 out. 2009.

\_\_\_\_\_. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E

ESTADÍSTICA- IBGE. **Estimativas da população** (2009) Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 23 jan. 2012.

BERLINCK, M.; Tosta; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.11, n. 1, p. 2127, mar. 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n1/a03v11n1.pdf>> Acesso em: 28 set. 2009.

CENTRO PSIQUIATRICO EDUARDO RIBEIRO. Relatório anual: exercício 2009. Manaus: Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 2009.

COSTA, E.; BORENSTEIN, M. S. Problematizando para humanizar: uma proposta de transformação do cuidado em uma enfermaria Psiquiátrica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.13, n. 1, p.163-170, 2004.



CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópoli: Vozes, 2002. p.51-67.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GIBBS, G. Preparação dos dados. In:\_\_\_\_\_. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: ARTMED, 2009. p. 27-43.

JIMÉNEZ, J. Pesquisa socialmente responsável: podemos falar de um modo 3 de produção do conhecimento? RECIIS - **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.48-57, jan/jun. 2008.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Decasa, 2000.

\_\_\_\_\_. **Bioética e ética na ciência**. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/>>. Acesso em: 15 out. 2009.

JODELET, D. **Les représentations sociales**. Paris, PUF, 1994.

\_\_\_\_\_. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. 420p.

\_\_\_\_\_. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P., *et al.* **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**.

João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. p. 573-603.

MADEIRA, M. C. **Representações sociais e processos discursivos**. 2005.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2007.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2004.

\_\_\_\_\_. **Reconversion Industrielle et Changements Sociiaux. Un Exemple: la chapellerie dan's l'aude**. Paris: Colin.

\_\_\_\_\_. Notes toward a description of social representation. **European Journal of Social Psychology**, n.18, p. 211-250.

MIRANDA, F. A. N.; FUREGATO, A. R. F. Representação Social da atuação do enfermeiro psiquiátrico no cotidiano. **Psicologia: teoria e prática**, ed. especial, p. 67-78, 2004.

PACHECO, J. G.. **Reforma psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência**. Curitiba: Juruá, 2009.

PEREIRA, M. A. O. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.15, p. 1-7, jul./ago, 2007.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

SILVA, L. A. **As Representações Sociais de profissionais da Saúde, a cerca do paciente psiquiátrico:** aspectos descritivos e de zona muda. 2011. 265f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

ROSA, M. V. F. P. C.; ARNOLDI, M. A. G. C. A. **A entrevista na pesquisa qualitativa:** mecanismos para validação dos resultados. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. 112p.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S.; (Org.) **Textos em representações sociais.** 9.ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 89-111.

SÁ, C. P.. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** 22. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 335p.

SILVERMAN, D. Entrevistas. In: \_\_\_\_\_. **Interpretação de dados qualitativos:** métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Porto Alegre: ARTEMED, 2009. p.107-139.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## 5.2 MANUSCRITO 3: CENTRO PSIQUIÁTRICO EDUARDO RIBEIRO: RE-VISITANDO A HISTÓRIA E COMPARTILHANDO MEMÓRIAS

### **CENTRO PSIQUIÁTRICO EDUARDO RIBEIRO: RE-VISITANDO A HISTÓRIA E COMPARTILHANDO MEMÓRIAS<sup>14</sup>**

### **CENTRO PSIQUIÁTRICO EDUARDO RIBEIRO: REVISANDO LA HISTÓRIA Y COMPARTIENDO MEMÓRIAS.**

### **CENTRO PSIQUIÁTRICO EDUARDO RIBEIRO: REVISITING HISTORIES AND SHARING MEMORIES**

Sandra Greice Becker<sup>15</sup>

Jussara Gue Martini<sup>16</sup>

Andrea Barbará da Silva Bousfild<sup>17</sup>

## **RESUMO**

Este artigo trata de uma pesquisa qualitativa que teve como objetivo identificar e registrar as memórias de cuidado dos Trabalhadores de Saúde Mental do CPER que integram as suas representações sociais do cuidado. Na execução da pesquisa, foram levadas em consideração as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, recomendadas pela Resolução nº 196/96. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, com o Parecer nº 315/2009. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 24

---

<sup>14</sup> Integra resultados da tese de doutorado intitulada “O cotidiano do cuidado em saúde mental: memórias e representações sociais de trabalhadores”, defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PEN/ UFSC, Florianópolis – SC, 2012.

<sup>15</sup> Mestre em Enfermagem, Docente e Pesquisadora na Universidade Federal do Amazonas – UFAM –, Escola de Enfermagem de Manaus, Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas no Programa RH – POSGRAD. E-mail: [sgbecker@ufam.edu.br](mailto:sgbecker@ufam.edu.br)

<sup>16</sup> Doutora em Educação, Docente e Pesquisadora na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC –, Departamento de Enfermagem. E-mail: [jussarague@ccs.ufsc.br](mailto:jussarague@ccs.ufsc.br)

<sup>17</sup> Doutora em Psicologia, Docente e Pesquisadora na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC –, Departamento de Psicologia Social. E-mail [andreabs@gmail.com](mailto:andreabs@gmail.com)

trabalhadores com tempo médio de 20 anos na instituição. Como resultados eleitos para esse manuscrito, apresentamos memórias de cuidado referentes a dois períodos distintos na história da instituição. As lembranças mais antigas dos participantes nos remetem ao período de 1970-1980, quando os elementos marcantes das memórias sobre o cuidado destacam aspectos como medo, insegurança, precariedade estrutural e de recursos humanos, sendo o cuidado lembrado como (des)humano. Em um período posterior, por volta dos anos de 1980-1990, os trabalhadores apontam memórias sobre um cuidado compartilhado, com a inclusão de atividades laborais e reformas na estrutura física da instituição. Em cada período, os trabalhadores, relatam memórias referentes à estrutura da instituição, tratamentos realizados, gestão e equipe.

**Palavras-chave:** Enfermagem Psiquiátrica. Saúde Mental. Psiquiatria. História. Hospitais Psiquiátricos. Desinstitucionalização.

## RESUMEN

Este artículo trata de una Investigación cualitativa que tuvo como objetivo identificar y registrar las memorias de cuidado de los Trabajadores de Salud Mental del CPER que integran y sus representaciones sociales de cuidado. En la ejecución de la Investigación, fueron tenidas en cuenta las consideraciones y Diretrizes y Normas Reglamentarias de la Investigación con Seres Humanos, recomendadas por la Resolución nº 196/96. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación da UFSC, con el Parecer nº 315/2009. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas con 24 trabajadores con tiempo medio de 20 años en la institución. Como resultados de los electos para ese manuscrito, presentamos memorias de cuidado referentes a dos períodos distintos en la historia da institución. Los recuerdos mais antigas de los participantes los remiten al período de 1970-1980, cuando los elementos marcantes de las memorias sobre el cuidado se destacan aspectos como miedo, inseguridad, precariedad estructural y de recursos humanos, siendo el cuidado recordado como (des)humano. En un período posterior, por vuelta de los años de 1980-1990, los trabajadores apuntan memorias sobre un cuidado compartilhado, con la inclusión de actividades laborais e reformas en la estructura física de la institución. En cada período, los trabajadores, relatan memorias referentes a la estructura de la institución, tratamientos realizados, gestión y equipo.

**Palabras clave:** Enfermería Psiquiátrica. Salud Mental. Psiquiatria. Historia. Hesitais Psiquiátricos. Desinstitucionalización.

## ABSTRACT

This article is a qualitative research that aimed to identify and record the caregiving memories of mental health workers of CPER that integrate their caregiving social representations. When conducting the research the Regulating Guidelines and Norms Involving Human Being Research, recommended by Resolution No. 196/96 were considered. The Ethics Committee of UFSC approved the project, with Opinion No. 315/2009. Semi-structured interviews were conducted with 24 workers with an average of 20 years of institution. As results elected to this manuscript, memories of caregiving related to two distinct periods in the institution history are presented. The earliest memories of the participants refer to the period of 1970-1980, when remarkable elements about caregiving highlight aspects such as fear, insecurity, and structural and staff instability, remembering care as (un) human. At a later period, around 1980-1990, workers suggest memories of shared care with the inclusion of labour activities and reforms in the institution physical structure. In each period, workers report memories regarding the institution structure, treatments, management and staff.

**Keywords:** Psychiatric Nursing. Mental Health. Psychiatry. History. Psychiatric Hospitals. Deinstitutionalization.

## INTRODUÇÃO

O interesse por compreender o cuidado praticado pelos Trabalhadores em Saúde Mental do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro – CPER – está atrelado à vivência da primeira autora como professora de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria da Universidade Federal do Amazonas. Durante sua práxis, surgiram questionamentos sobre as reduzidas possibilidades de cuidar das pessoas em sofrimento psíquico. Ao mesmo tempo, a necessidade explícita de cuidado com esses trabalhadores a inquietavam.

No seu pensamento, começou a delinear como possibilidade de responder as suas inquietações, o conhecimento e a compreensão das representações sociais do cuidado nessa instituição. Para atingir esse objetivo, era preciso resgatar a história institucional pela memória dos trabalhadores. E, ainda, contextualizar essas memórias com a história da assistência psiquiátrica no Brasil, especialmente no Amazonas.

A assistência Psiquiátrica remonta ao período antes de Cristo, quando a atenção à saúde física e psíquica do homem se apoiava em

concepções de natureza mágica e intuitiva, constituindo, assim, atividade de sacerdotes e feiticeiros. Entretanto, no antigo Egito já existiam médicos cirurgiões que operavam o cérebro, e na antiga China, 30 séculos a.C., há registros de conhecimentos de farmacologia e farmacoterapia (AMARANTE, 2003).

Assim, talvez possamos dizer que, desde que o homem vive coletivamente, buscamos compreender seu comportamento e seu pensar, ou seja, nos desperta o interesse pelas faculdades mentais.

No entanto, a psiquiatria hospitalar, mais próxima do que conhecemos hoje, surgiu na Europa, no fim do primeiro milênio, com os primeiros asilos ou hospitais para doentes mentais. Os primeiros foram a colônia de Geel, na Bélgica (850), e o Bethlem Royal Hospital, em Londres. Contudo, o conceito degradou-se de forma progressiva e os doentes mentais, os pobres e os abandonados pelas famílias eram recolhidos em hospícios, instituições de caridade que eram um misto de casas de assistência e reclusão. Na França, os doentes mentais eram enviados para os dois hospitais gerais existentes: Salpêtrière e Bicêtre, criados por Luís XIV em 1656. (PESSOTTI, 1994; 1999).

No Brasil, a primeira instituição destinada ao tratamento dos ditos alienados surgiu durante o segundo reinado (1841 – 1889), na capital imperial, hoje o Estado do Rio de Janeiro, onde foi reconhecida a atuação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da Corte, tanto nas articulações políticas que levaram ao decreto da fundação (1841), quanto na mobilização social em torno da construção do Hospício de Alienados Pedro II, inaugurado em 1852 (PEREIRA, 2007; AMARANTE, 2003).

No Amazonas, foi inaugurado na Província, aos 16 de maio de 1880, o primeiro hospital – Santa Casa de Misericórdia – destinado a atender/curar seus sócios e aos indigentes. Contudo, já na última década do Império, em 1888, a instituição abrigava os loucos, leprosos e tuberculosos existentes na cidade (ODA; DALGALARRONDO, 2005).

Em 1894, é fundado o Hospício Eduardo Ribeiro, criado pela Lei n. 65, de 3 de outubro de 1894, à margem esquerda do Rio Negro, na foz do Igarapé da Cachoeira Grande. Era destinado ao tratamento de alienados, e permaneceu sob a administração da Santa Casa de Misericórdia, até sua definitiva organização (GALVÃO; CUNHA, 1997).

A mesma lei, define que a equipe nomeada para trabalhar no hospício deveria ser integrada por um médico Clínico Geral, enfermeiros, 5 irmãs de caridade, 1 cozinheira, 2 criadas, 1 criado, 1

lavadeira” (GALVÃO; CUNHA,1997).

Em 1898, no dia 18 de fevereiro, o hospício Eduardo Ribeiro foi transferido para a Chácara Cruzeiro, na Rua Ramos Ferreira. Depois, em 1923, passou por nova mudança para o então chamado asilo de mendicidade, mudando de nome para Colônia de Alienados Eduardo Ribeiro, até que, em 1982, aos 22 de julho, foi publicada no Diário Oficial do Estado, sob o Decreto Governamental n. 6.472, a criação do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, situado na Avenida Constantino Nery n. 4.307, Chapada – Manaus/Amazonas. É cadastrado no Ministério da Saúde, no procedimento Tratamento em Hospital Psiquiátrico tipo B, código 63.001.40-3, do grupo de internação em Psiquiatria IV, código 63.100.04, referência para o atendimento ambulatorial, de urgência/emergência e de internação breve aos portadores de transtornos mentais do Estado do Amazonas e estados vizinhos (CENTRO PSIQUIÁTRICO EDUARDO RIBEIRO, 2009).

Renomeado de Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, é a instituição hospitalar de referência na Capital para emergências em Psiquiatria, pronto atendimento e internação breve. Dispõe de 20 leitos: 10 femininos e 10 masculinos (CENTRO PSIQUIÁTRICO EDUARDO RIBEIRO, 2009).

Cabe observar que, ainda hoje, em 2012, com o crescimento populacional e as mudanças nas demandas na área de atenção à saúde mental, o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro permanece como a instituição de referência no Estado. Segundo informações da Secretaria do Estado de Saúde do Amazonas, a demanda de atendimento em Saúde Mental, no Estado em 2011 era de 406.689 pessoas portadoras de transtornos mentais graves e leves; 271.126 pessoas necessitando de tratamento devido ao uso prejudicial de álcool e outras drogas e, 677.815 pessoas necessitando de tratamento no campo da saúde mental (AMAZONAS, 2011).

Vivenciando esta realidade e visando compreender esse contexto, buscamos, através das memórias dos Trabalhadores, que prestam cuidados diretos aos pacientes, (re)visitar a trajetória das práticas de cuidado em saúde mental nesse Centro Psiquiátrico. Desta forma, através da voz dos trabalhadores daquela que continua a ser a instituição de referência no tratamento e pronto-atendimento da especialidade não só na capital Manaus, como também no estado do Amazonas, pretendemos compreender a dinâmica do conjunto de relações e interações entre os trabalhadores e os internos no CPER .

A memória coletiva faz parte das grandes questões das



sociedades, sendo um instrumento de poder que, ao salvar o passado, pode servir ao presente e ao futuro como depositária da história objetiva e ideológica, funcionando como uma (re)construção generativa, possibilitando a compreensão e a reformulação das experiências atuais. É uma memória socialmente construída “em função da realidade presente e com o apoio de recursos proporcionados pela sociedade e pela cultura” (SÁ, 2005, p.65).

Deste modo, buscamos compreender, através da oralidade de cada trabalhador, as suas memórias como forma de potencializar as possibilidades de transformação dos cuidados profissionais desenvolvidos na atualidade e, de certa maneira, talvez um pouco audaciosa, a Representação Social dos trabalhadores do CPER sobre os cuidados, nele prestados.

A opção pelo estudo das memórias dos trabalhadores está vinculado à compreensão de que as memórias coletivas se apresentam de modo natural, ligadas ao processo de viver das pessoas. Diferentemente, a história, que seria outra opção de aproximação com o tema, expressa um pensamento artificial, obedecendo a esquemas mais rígidos. Pode-se dizer, então, que a memória existe no grupo e a história está fora dele, ou seja, a memória coletiva é ampla, diversificada, plural, já a histórica se apresenta monocórdica, única, invariável (JODELET, 1998; HALBAWACHS, 2006; NAIFF, 2010).

Nesta perspectiva, o objetivo deste artigo é identificar e registrar as memórias de cuidado dos Trabalhadores em Saúde Mental do CPER. Abrange também as suas experiências emocionais relacionadas aos cuidados e as suas práticas de proteção da própria saúde durante os cuidados prestados.

## **MÉTOD**

O estudo caracterizou-se como abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso e foi realizado em um Centro de referência em atenção psiquiátrica em Manaus, no Amazonas, autorizado pela instituição, pela Secretaria da Saúde do Estado do Amazonas e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Protocolo n. 315/2009.

A instituição, campo do estudo, conta com um quadro de 267 servidores, sendo 61 de nível superior, 10 de formação técnica, 121 como auxiliares e 75 do grupo ocupacional na classificação elementar (CENTRO PSIQUIÁTRICO EDUARDO RIBEIRO, 2009)

Participaram do estudo 24 trabalhadores, representando os diferentes grupos ocupacionais, variando o tempo de serviço entre 19 e 32 anos de vínculo com a instituição. O critério de inclusão no estudo foi o tempo médio de 20 anos de trabalho na instituição, considerando a intenção de entrevistar pessoas que viveram nos seus cotidianos de trabalho, diferentes momentos do contexto histórico e político da atenção à saúde mental no Brasil. Os 24 trabalhadores selecionados manifestaram o aceite ao convite para participar do estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

O anonimato dos participantes foi mantido e as entrevistas identificadas por classificação numérica – E1, E2, E3 e, assim, sucessivamente, até E24. Como método de obtenção dos dados da pesquisa, elegemos a entrevista qualitativa como técnica para termos acesso às memórias dos trabalhadores do CPER e compreendermos suas atitudes, seus valores, ou seja, suas Representações Sociais. Esta técnica, quando bem conduzida, pode atingir um nível de profundidade e complexidade que não está disponível em outras abordagens investigativas (SILVERMAN, 2009).

A coleta de dados ocorreu, no primeiro semestre do ano de 2010, através de entrevistas com roteiro semiestruturado, realizadas nas dependências do próprio CPER, com duração variando entre 40 minutos a 2 horas e 47 minutos.

Para análise dos dados, seguimos a proposta por Bardin (2010), realizando as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Foi possível organizar dois períodos temporais que correspondem aos diferentes momentos de cuidado no CPER, no contexto das memórias dos trabalhadores.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os depoimentos dos trabalhadores permitiram o reconhecimento de memórias sobre modos de cuidar que foram organizadas em dois períodos. Um primeiro, classificado nas memórias dos trabalhadores como correspondendo à época em que iniciaram o trabalho na instituição, até mais ou menos o final da década de 1970, que nomeamos como “*Era muita gente!*”. No segundo momento, as memórias destacam uma experiência de Reforma das práticas de cuidado ocorrida em meados de 1980, com uma série de mudanças estruturais e institucionais. Em seus depoimentos, os trabalhadores, destacam memórias referentes à estrutura da instituição, gestão, equipe e cuidados

realizados. Em seguida, descrevemos cada um dos momentos presentes nas memórias dos trabalhadores.

## **ERA MUITA GENTE!**

Ao serem perguntados sobre “qual sua primeira lembrança sobre suas práticas profissionais no CPER”, os trabalhadores relataram experiências sobre os cuidados realizados com os pacientes, enfatizando suas vivências emocionais relacionadas a elas. Muitos deles lembraram que aceitaram o trabalho no CPER com promessas de que seriam transferidos para outro serviço em breve ou com a ideia de “ser só por um tempo”. No entanto, para a maioria dos entrevistados, este tempo dura até hoje.

Suas memórias do início de suas atividades destacaram a grande quantidade de internos, como uma experiência que os impressionou, em muitos relatos, associados com as precárias condições de infraestrutura do local, como observado nas falas abaixo:

*Quando tivemos contato com o Hospital aquilo parecia um campo de concentração. O começo! Em 79, quando entrei lá, aquilo não era um hospital, era um campo de concentração. Tinham 225 pacientes abandonados, internos de longa permanência, que eram os residentes. Eu nunca esqueci este número. O hospital era ainda totalmente fechado, com ala feminina e masculina. E tinha um pátio aberto. [...] O hospital, naquela altura, não tinha leito, não tinha cama. Era o leito chão. O paciente dormia no chão. E como aquela construção era antiga, era a casa do ER, um governador antigo daqui. E lá os esgotos são galerias toda grande de alvenaria de concreto, que uma paciente conseguia fugir pela galeria de esgoto. Ela fugia e fazia pneumonia por aspiração daquele material. (E2)*

*Os melhorados e os que nunca tinham apresentado agressividade ficavam tudo junto [...] a ‘S’, como os irmãos que eram todos deficientes, ficavam tudo juntinho. Que tinha criança naquela época eles eram pequenos. A mãe de S faleceu, e S era bebê de colo quando a mãe entregou ela para essa freira [...](E7).*

*O José da Silva [pavilhão] aonde é a entrada, era a cozinha. Ali as duas faziam comida [a freira e outra] Lá tinha fogão, tinha panela, tinha tudo lá. O [pavilhão] José da Silva tinha uma cozinha, uma mesa, tinha tudo essas coisas. Mexeram lá para levar os pacientes pra lá. Deixaram a cozinha do mesmo jeito, mas aí fizeram as enfermarias que eram os quartos delas lá. (E24)*

Os dados documentais sobre o período a que os trabalhadores fazem referência apontam que a localização da instituição era fora do espaço urbano, com muita mata ao redor e à frente, numa rua de chão batido, sem calçamento onde nem transporte público passava. A estrutura física do CPER era composta por dois pavilhões, um feminino e outro masculino, onde os internos tinham data para início do tratamento e tempo indeterminado para alta hospitalar. Os pacientes, nesta época, não eram classificados quanto ao quadro de saúde ou nível de agressividade, ficando juntos no pavilhão, separados apenas por sexo. Foi relatado, ainda, que existiam crianças com problemas neurológicos ou de retardo mental, que também residiam no local, permanecendo até hoje. Além destes pavilhões, tinha a área administrativa, de refeitório, consultório médico e moradia de irmãs de caridade e alguns internos, estudantes de medicina, que trocavam moradia por serviços no hospital.

No âmbito histórico nacional, a infraestrutura dos hospitais Psiquiátricos Brasileiros, nos anos de 1940, registrava 24 mil leitos no país, dos quais 21 mil eram públicos e 3 mil privados. Já em 1964, após o golpe militar, o setor da saúde viveu o mais radical processo de privatização do mundo. A psiquiatria foi a área mais explorada e preferida pelas empresas privadas, porque a falta de direitos dos usuários, somada à baixa exigência de qualidade no setor, facilitava a construção ou transformação de velhos galpões em enfermarias. A indústria da loucura, como ficou conhecida, fez o número de leitos hospitalares privados crescer de 3 mil para quase 56 mil, ao mesmo tempo que os investimentos no setor público diminuíram (AMARANTE, 2003).

Sobre essa fase vivenciada pela Psiquiatria Brasileira, em Manaus, alguns sujeitos trouxeram a lembrança de uma clínica privada de Psiquiatria, na capital Manaus, na qual um ex-diretor do Hospital Psiquiátrico, segundo as memórias dos trabalhadores, foi sócio.

*[O Diretor] era um alagoano que morava aqui e*

*que também arrendava uma clinica privada, que chamava Eugene Mikowski, em frente à entrada da UFAM (Universidade Federal do Amazonas)[...] e aí foi feito um dossiê, incontestável, com depoimentos de trabalhadores [...] e ele saiu [da direção do CPER] e teve que pagar multa para o Estado. E foi embora daqui porque ele ficou muito mal depois disso.(E2)*

A infraestrutura da época e a organização do cuidado oferecido no CPER, segundo as memórias dos trabalhadores na década de 1970, mobilizaram os trabalhadores em movimentos que conduziram a entrada, em um segundo momento, da primeira grande reforma Psiquiátrica no Amazonas.

Esse movimento, contudo, é marcado por denúncias dos gestores e dos esquemas de corrupção na saúde, que acontecia em todo o Brasil, inclusive em Manaus, segundo estas memórias. A diferença era que, enquanto grandes centros como São Paulo conseguiram reunir na primeira manifestação pública de trabalhadores, organizada no Brasil, pela intervenção nos manicômios, 350 trabalhadores de Saúde Mental, no contexto de Manaus, aconteceu diferente (AMARANTE, 2003).

Em Manaus, que nesta época possuía apenas uma instituição pública e outra privada, registramos um movimento liderado por médicos psiquiatras que, talvez, chegasse a 10 pessoas no total, o que acabava por limitar o poder político dos trabalhadores da região, deixando-os vulneráveis. Sendo assim, Galvão, Nascimento e Cunha, dizem que,

O que caracterizou e caracteriza ainda hoje a loucura na cidade de Manaus foi e continua sendo o silêncio, os únicos discursos que encontramos que tratam da loucura são os discursos do poder [...]. A imprensa, os médicos, as famílias silenciaram, exercendo assim uma cumplicidade silenciosa que sempre autorizou os governos a fazerem o que bem entendessem, até mesmo matá-los (GALVÃO, NASCIMENTO; CUNHA, 1997, p. 77).

No contexto nacional, a superlotação dos asilos encontra socorro na privatização da Saúde Mental. Em São Paulo, os internos do Hospital

Santa Tereza, um macro-hospital que foi criado em 1944, com o objetivo explícito de diminuir a população de pacientes existentes no Juqueri-SP, chegaram na década de 1970 a mais de mil. A crítica estrutural à superlotação prevaleceu, favorecendo o crescimento do arsenal de hospícios brasileiros até fins da década de 1970 (GUIMARÃES; TOYOKO, 2001).

No âmbito das políticas governamentais nacionais de saúde, o contexto da década de 1960 foi marcado pela unificação dos institutos de aposentadorias e pensões, que se tornaram o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Por intermédio da Previdência Social, o Estado passou a optar pela compra de serviços psiquiátricos do setor privado hospitalar, ao invés de investir na precária situação da rede pública. A doença mental tornou-se objeto de lucro, o que fez com que um conhecido médico da época cunhasse a expressão “indústria da loucura” para designar este tipo de mercado promissor. (AMARANTE, 2003).

Na prática, isto significou um expressivo aumento do número de leitos hospitalares e, conseqüentemente, de internações em hospitais psiquiátricos. No final da década de 1970, a Previdência Social chegou a destinar 97% do total dos recursos da assistência psiquiátrica somente para o pagamento das internações na rede hospitalar conveniada e contratada. (AMARANTE, 2003). A superlotação do hospital gerada pela alta demanda por internações, aliada a escassez de profissionais da saúde na região, pode ser observado na fala do trabalhador

*Muita gente! Eu cheguei a pegar duzentos e vinte pacientes aqui, só homem. [...] Olha, os cuidados médicos era quase nenhum, porque médico vinha uma vez por mês. Às vezes ficava repetindo a medicação, e eu, por minha conta, ia observando quando a medicação já não fazia mais aquele efeito eu parava de dar, esperava como ele reagia e noventa por cento deles melhoravam sem a medicação que eu dava, melhoravam. (E18)*

Os trabalhadores, segundo as memórias dos entrevistados, eram contratados para trabalhar na instituição por indicação; não havia concursos públicos na época, enquanto na especialidade médica, eram um clínico geral e estudantes de medicina que atuavam. No mesmo período, a equipe de Enfermagem era coordenada e chefiada pelo Auxiliar de Enfermagem. Essa equipe, na sua maioria, era composta por

práticos de saúde, como expresso nos depoimentos a seguir:

*Olha, aqui era comandado, vamos supor, por uma auxiliar de enfermagem. Quando eu cheguei, porque eu fui a primeira enfermeira de campo [1981], porque tinha enfermeira aqui administradora, mas não entravam nos pavilhões, não supervisionavam a assistência, era só mandando, não fazendo, mas não supervisionavam nada só ficavam na sua saleta. (E18)*

*Nessa época, o hospital tinha poucos funcionários né? Então assim, não tinha uma equipe formada. Tinha uma enfermeira[...], tinha duas técnicas de enfermagem e o resto tudo era atendente de enfermagem, não eram nem auxiliares, eram atendentes de enfermagem. O médico passava de vez em quando para ver os pacientes, prescrevia medicação. Não ficava direto com é hoje. (E 12)*

Essa equipe era pequena, comparada à quantidade de pacientes a prestar cuidados e assistência que eram caracterizados como predominantemente de vigilância. A primeira enfermeira de campo, com nível superior, segundo as memórias dos trabalhadores, ingressou na instituição em 1981, completando em 2010, 29 anos de trabalho no CPER. Do total do quadro de trabalhadores do CPER, a Enfermagem constitui-se no maior grupo de trabalho e também com mais tempo de serviço na instituição (CENTRO PSIQUIATRICCO EDUARDO RIBEIRO, 2009).

Quanto à formação da equipe de enfermagem amazonense, a primeira instituição de ensino de enfermagem em Manaus, a Escola de Enfermagem de Manaus, foi criada em 02/12/49 e regulamentada em 14/12/1951, com o curso de Auxiliar de Enfermagem. A Escola de Enfermagem de Manaus (EEM), naquela época, estava subordinada às políticas da Fundação Serviço de Saúde Pública – SESP de Saúde, sendo o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Manaus seu primeiro campo prático. Foi só no ano de 1993-1994, sob a direção da Enfermeira Josephina de Mello, que se iniciou o processo de transferência da EEM do âmbito do Ministério da Saúde para o Ministério da Educação, o que de fato só aconteceu no ano de 1997, sob a direção da Enfermeira Iracema da Silva Nogueira (LOPES NETO; SILVA, 2011).

A EEM formou a primeira turma de enfermeiras pelo curso

regular de 36 meses ou 1.099 dias, no ano de 1955. Dos 15 candidatos inscritos no processo seletivo, 8 foram aprovados e, apenas 5 mulheres concluíram o curso (LOPES NETO; SILVA, 2011). Vale destacar que, no Brasil, o ensino da Enfermagem iniciou-se oficialmente em 1890, com o objetivo de preparar enfermeiros e enfermeiras para trabalharem nos hospícios e hospitais civis e militares, nos moldes da escola existente em Salpêtrière, na França (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

No contexto do Amazonas, o cenário contava com poucos profissionais e um crescente número de internos no CPER, o que favorecia o cuidado, prioritariamente, focado na vigilância e higiene, em conformidade com o contexto histórico-cultural e sob sua influência. Dos procedimentos, o uso de medicamentos que “faziam dormir por três dias”, as contensões e o tratamento por eletrochoque (ECT) também foram citados, como memória.

*Aqui teve eletrochoque também. A primeira vez que eu assisti um eletrochoque eu fiquei três dias doente em casa. [...]daí me chamaram[os médicos]. Pelo amor de Deus! Eu não queria ir. Mas eu estava trabalhando. Fui lá. Colocou aquele choque na paciente. (E 12)*

*Não tinha nenhuma cama, era cela de prisão: os pacientes no chão, defecando, urinando e dormindo dia e noite. Era uma coisa de louco! Os pacientes raspavam a cabeça todos, a roupa era igual pra todos. Era um saco com três buracos, vestido. Era um campo de concentração! (E2)*

*Eu me lembro que, quando eu cheguei aqui em 81, a questão de higiene era precária. Não só os pacientes, mas como do próprio ambiente. Eu lembro que, quando a gente chegava, a gente entrava ali na porta principal e saía pulando por cima das fezes até chegar na enfermagem né? Isso seis e meia da manhã. E a higiene do paciente era feita mais ou menos assim: a gente juntava todos os pacientes, porque hoje o hospital está uma beleza, mas em 81, uma enfermaria dessas aqui, que hoje é o SPA [Serviço de Pronto Atendimento] ele tinha uma faixa de 140 pacientes internados aqui dentro num espaço onde cabia quarenta. Ai nós botávamos todos lá*



*fora, ia só um grupo, nós da enfermagem levávamos roupa, tinha umas torneiras altas, uns canos. Você abria e eles ficavam tomando banho ali e a gente passando sabão, vendo piolho, vendo corte, o que tinha de diferente no paciente que precisava limpar. Isso tomava um tempo enorme, porque não era uma questão de você trabalhar com 30 pacientes, era banho para 140 pacientes. Quando terminava aquele banho, outra questão da higiene também, que às vezes a gente identificava: escabiose, piolho, cortes que eles se produziam em um e outro paciente, a gente juntava também quem é que tava com piolho e fazia aquele mutirão do piolho. Ai tinha os com bicho-do-pé, aí juntava e ia todo mundo lá pra fora. Então, a higiene naquela época, era um negócio assim, muito complicado. O que você vê hoje, nos nossos pacientes, eles já não têm as mesmas características que tinham há 28 anos atrás. (E17)*

*O cuidado mesmo pode se dizer que não tinha. Tinha vigilância, aquela questão de dar de comer, de dar remédio, mas você não conversava com o paciente, você não olhava ele como ser humano, você olhava ele como maluco, que hoje não se fala mais, mas era só vigilância pura, não tinha afeto nenhum. (E7)*

Neste primeiro momento, trazidos pelas memórias dos trabalhadores, os cuidados de enfermagem tomavam um tempo muito diferente de como é hoje. Além de serem muitos pacientes, as condições de higiene eram mais precárias, tanto físicas como do próprio ambiente de trabalho. As medicações ainda eram restritas a efeitos sedativos, o que não impedia de acontecerem agressões, demandando atenção a ferimentos e curativos. Outra questão trazida pela superlotação foram as doenças transmissíveis, especialmente as parasitárias como escabiose e pediculose. Os tratamentos eram demorados e por vezes ineficazes, exigindo grande tempo e esforço da Enfermagem.

A enfermagem também era auxiliar nas terapêuticas com choques insulínico-1930 e cardiazólico-1934, a eletroconvulsoterapia (ECT)-1938, lobotomias-1935 que foram introduzidas na Psiquiatria na década

de 1930, sinalizando perspectivas de cura das doenças mentais (BORENSTEIN, 2011; AMARANTE, 2003; MASIERO, 2003).

Contudo, nas memórias dos trabalhadores do CPER, a prática do eletrochoque, parece ter sido por pouco tempo e sua execução restrita aos médicos. Diferentemente de outras instituições como encontrado no estudo histórico realizado no Hospital Colônia Sant’Ana, em Santa Catarina, que discute as terapias utilizadas nessa instituição nos anos de 1941-1960, onde o profissional médico se manifesta relatando a utilização até 2011, da terapia por eletrochoque, argumentando seus benefícios principalmente nos pacientes depressivos e seu uso no mundo inteiro. O mesmo estudo relata que a enfermagem era quem aplicava e o médico prescrevia, diferente do relato dos trabalhadores do CPER onde a enfermagem apenas auxiliava no procedimento médico (BORENSTEIN, 2011).

Do aqui exposto, podemos desenhar e compreender a Representação Social do trabalho deste hospital psiquiátrico: o sistema de valores de seus trabalhadores, frente a um processo político institucionalizado e voltado, muitas vezes, para interesses políticos, ditou a ordem de orientação de cuidado neste mundo material e social: higienização do paciente, da instituição e do trabalhador. A comunicação possível entre eles criou seu próprio código de cuidado: vigilância através de contensões, de eletrochoque e de medicamentos. Mundo material – CPER –, mundo individual – trabalhadores–, e mundo social deram sentido ao processo de cuidar vivido: somos poucos e eles, os pacientes, são inúmeros. A instituição é precária e a demanda imensa.

## **PRIMEIRA REFORMA!**

O segundo momento, presente nas memórias dos trabalhadores do CPER, foi denominado de “A Primeira Reforma” devido às grandes mudanças, tanto na infraestrutura, quanto na equipe de tratamento e cuidados, ocorridas no final dos anos 1970 e início dos anos de 1980.

*A S cresceu lá no José da Silva, mas o José da Silva [pavilhão] era uma casa. Aí depois que começaram a mexer no José da Silva para botar os inofensivos pra lá. Isso foi em 78/80 [...] porque era muito fedor, não tinha quem aguentasse. (E 24)*

No final da década de 1970, houve mudanças também na ordem

estrutural da instituição. Segundo as memórias dos trabalhadores, um gestor marcou a administração do Hospital por reorganizar seu espaço físico. Nesse período, com a construção de novos pavilhões, iniciou-se a separação dos pacientes para além do sexo, sendo separados fisicamente os pacientes com quadros agudos dos crônicos. Os atendimentos de emergência e posteriormente o serviço de ambulatório também passaram a ocorrer em ambientes diferentes. Criaram-se os pavilhões José da Silva, Alberto Lacerda, Maria Damasceno e Raimunda Belém. Reestruturou-se o serviço de pronto atendimento, com consultas médicas e atendimentos de equipe, sendo o paciente encaminhado para os pavilhões, nos casos de internação. Posteriormente, no final desse período, deu-se a construção do ambulatório Rosa Blaya. Com a construção do ambulatório, o pronto atendimento sofreu novo arranjo, assumindo um caráter também de emergência, além de pronto atendimento.

*[...] nós criamos o serviço de emergência, porque não tinha, o paciente vinha e já ia direto para internação. (E2)*

*Eu entrei aqui com 18 anos... depois construíram os pavilhões lá atrás. Tanto mudou como melhorou. As alas ficaram mais...pelo menos foi separado os agudos dos crônicos, e os agressivos dos pacíficos [...] melhorou bastante pelo menos a agressividade diminuiu, porque era briga demais.(E24)*

Com a ampliação da infraestrutura houve a necessidade de novos trabalhadores e, pela primeira vez, deu-se a constituição da equipe com novos especialistas como enfermeira, médicos psiquiatras, psicólogos, sanitaristas que, começaram a denunciar as condições precárias e desumanas da assistência e as improbidades administrativas.

No campo político, segundo as memórias dos trabalhadores, neste período, criou-se a Coordenação Estadual de Saúde Mental, da qual o Dr. Silvério Tundis foi o primeiro coordenador. Segundo as memórias relatadas, ainda faziam parte dessa primeira equipe a Dra. Maria de Nazaré Costa da Silva e a Dra. Etelvina Braga. A extensão das ações dessa equipe teve alcance descentralizado nos municípios de Itacoatiara e Manacapuru, já nos anos de 1980.

Nesse momento e mobilizados por essa equipe, introduziram-se as terapias psicológicas, aumento dos atendimentos de ambulatório

agregando atendimentos pelo serviço social e também atendimento extensivo às famílias e aos familiares. A Enfermagem, que antes dispunha dos espaços de Posto de Enfermagem nas enfermarias e salas de chefias, agora tinha sala de curativos e procedimentos, no ambulatório. Os depoimentos dos trabalhadores destacaram a “terapia ocupacional ou pavilhão aberto”, sendo proposta uma horta cuja produção era vendida na feira livre da cidade, com renda revertida aos internos, chegando à produção de uma tonelada ao mês.

*[...] sobre a direção do [...] ele fazia um serviço muito bonito com os pacientes no [pavilhão] José da Silva, plantava verdura, vendia...(E 24)*

*E aí o hospital vai caminhar. Se muda, se abrem dois pavilhões, mais abertos, daí os pacientes já vão para um sistema mais aberto. Já se introduz terapia ocupacional no hospital. O projeto terapêutico de terapia ocupacional que era trabalho agrícola, porque eram muitos pacientes do interior. Nós tínhamos uma horta que produzia verduras. [...]E, os nossos pacientes tinham uma banca na feira. Coisa linda! A pena que dá, é que esse foi um processo que gradativamente o grupo foi se desfalecendo e foi terminando. (E2)*

Dentre as pessoas que marcaram as memórias dos entrevistados neste período estão o Dr. Rogélio Casado, pela organização do trabalho na horta, a Dra Ana Maria Coelho Marques, pela gestão da instituição e projetos associados, o Dr. Silvério Tundis e o também ex Diretor, Laerte Maués, a Psicóloga Silma Xavier e, na enfermagem, as enfermeiras Sandra Helena e Pena Branca, pelo trabalho.

Parte da equipe de trabalho do CPER ingressou no hospital entre 1978 e 1981, quando houve uma chamada para trabalho na instituição. Alguns desses profissionais tiveram suas formações ou especializações realizadas fora do Estado, em grandes centros, onde foram influenciados pelos movimentos nacionais, fossem políticos ou da clínica psiquiátrica, tornando-se lideranças no Estado do Amazonas.

No contexto nacional, o tratamento moral tinha seu foco no trabalho. Daí a origem de inúmeras instituições psiquiátricas denominadas "colônias de alienados", espalhadas pelo Brasil, onde foram responsáveis por parte considerável de nossos quase 100 mil leitos psiquiátricos no final da década de 1980. A ideia era levar os

alienados para os hospitais-colônia, onde pudessem trabalhar, principalmente na lavoura, pois o trabalho os recuperaria. A expressão "colônia" é muito curiosa e provém da noção de um aglomerado de pessoas de uma mesma origem que se estabelecem em terra estranha, voltadas para um mesmo objetivo. Com essa concepção foram criadas, em 1890, meses após a proclamação da República, as primeiras colônias de alienados do Brasil, na Ilha do Governador, estado do Rio de Janeiro. Lá trabalhou o pai do escritor Lima Barreto que, assim como o filho, foi mais tarde internado num hospício. Isso resultou, pelas mãos do filho, em algumas das mais importantes obras da literatura brasileira, todas elas muito críticas ao modelo e às instituições psiquiátricas: o Diário do hospício, O cemitério dos vivos e Como o homem chegou (AMARANTE, 2003).

Nesse período, com a fundação dos pavilhões e a ampliação da estrutura física do CPER, foi vivenciada pelos trabalhadores uma mescla da terapia moral e de vigilância ao passo que a terapia medicamentosa também ganhou espaço com o advento de novos medicamentos, o que, na memória dos trabalhadores, proporcionou uma vivência de intensa reforma.

*[...]A gente levava eles pro pátio. Levava o hamper com roupa limpa, aí botava elas pra tomar banho e aí trocava a roupa lá fora. Aí de tarde, depois do lanche, [...]a lavanderia lavava roupa direto. Tinha sala de costura, a roupa era feita aqui. [...] a medicação era administrada pelo mapa. Era tipo um livro assim, aí tinha o nome dos pacientes, o nome da medicação com os horários.(E24)*

*[...] a doutora ali está querendo me pegar para me dar um sossega leão [associação de medicações injetáveis], e eu [paciente] não vou deixar que ela faça isso comigo. Mas porque ela quer dar um sossega leão em ti? [gestor] Porque eu sei, queria ver a minha família, que eu já estava querendo ver a minha mãe.(E2)*

*Quando foi inaugurado o Pronto Atendimento Humberto Mendonça, já aí sim já tinha uma equipe de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, os funcionários já receberam treinamento [...] era um cuidado bem mais humanizado e bem mais técnico também. (E7)*

O castigo aplicado aos pacientes que transgrediam as normas e regras hospitalares e terapêuticas, se valia do uso de um coquetel medicamentoso sem a finalidade de tratamento. Em contexto nacional, o tratamento farmacológico surge na década de 1950, onde os primeiros fármacos a serem sintetizados foram: a clorpromazina, conhecida como amplitil, levomepromazina – neozine e o haloperidol-haldol, dentre outros, com a finalidade de tratar surtos psicóticos e depressões. Entretanto, sua utilização era com finalidade punitiva.

Hoje, a evolução da indústria farmacêutica e a medicalização ganham um contexto mais abrangente e proporcionalmente mais perverso, com o uso intensivo de medicamentos, mesmo quando a mudança no estilo de vida poderia ser mais eficaz, usando a droga ou os fármacos não mais como castigo, mas encontrando neles resolutividade para cada desconforto (ANGELL, 2008).

Novamente podemos constatar o dinamismo das Representações Sociais, pois o comportamento, a forma de cuidar de si, do outro e da instituição acompanhou as interações do mundo social e político, trazido para dentro do espaço institucional e dele exportado para extramuros, pelas relações das pessoas que cuidavam e administravam o CPER. Ação e comunicação estavam unidas pela linguagem, pela tradição e pela cultura regional.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ainda que as memórias, por certo aspecto, possam trazer lembranças tristes, de experiências de cuidado difíceis, por outro, nos apontam estratégias utilizadas pelos trabalhadores para lidar com situações de intensa fragilidade. De tudo fica aos trabalhadores do CPER a possibilidade de uma reconexão com as suas potencialidades para superar os obstáculos e bem viver em um ambiente tido como um campo de concentração. É preciso encontrar o objetivo para estar ali e cuidar do outro. E esses trabalhadores têm amor pelo que fazem, apesar do medo, das carências, da infraestrutura inadequada, da desumanização e desvalorização do cuidado e das inseguranças.

Os momentos históricos, presentes nas memórias dos trabalhadores do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro em Manaus, retratam uma vivência que traz o eco da história da Psiquiatria, enquanto especialidade de cuidado, mas também revelam particularidades relacionadas ao desenvolvimento do cuidado e da infraestrutura da

instituição, ao número de internos, às influências políticas e econômicas da região norte do Brasil.

Ao conhecer as memórias sobre o cuidado dos trabalhadores do CPER, foi possível pensar na inter-relação destas com os serviços de saúde, as políticas públicas e a educação em saúde. A contextualização das memórias permitiu-nos olhar para o cuidado, considerando seu processo de desenvolvimento no estado do Amazonas, naquela que é, até hoje, a instituição de referência em saúde mental para o Estado e a Capital, na voz daqueles trabalhadores, que construíram e constroem o cotidiano da assistência à saúde mental no Amazonas.

Então, as memórias de cuidado foram referenciadas a dois períodos distintos na história da instituição. As lembranças mais antigas dos participantes nos remeteram ao período de 1960-1970, quando os elementos marcantes das memórias sobre o cuidado destacam aspectos como medo, insegurança, precariedade estrutural e de recursos humanos, sendo o cuidado lembrado como desumano. Em um período posterior, por volta dos anos de 1980-1990, os trabalhadores apontaram memórias sobre um cuidado compartilhado, com a inclusão de atividades laborais e reformas na estrutura física da instituição. Em cada período, os trabalhadores relataram memórias referentes à estrutura da instituição, aos tratamentos realizados, à gestão e à equipe.

O desenho que se mostrou no período “*Era muita gente!*” permitiu-nos compreender a Representação Social do cuidado pelos trabalhadores do CPER, dentro de um sistema de valores que eles professam frente a um processo político institucionalizado que ditou a ordem de orientação do cuidado, neste mundo material e social. A comunicação possível, fez com que os trabalhadores criassem seu próprio código de cuidado: vigilância através de contensões, de eletrochoque e de medicamentos. Mundo material – CPER–, mundo individual – trabalhadores – e mundo social deram sentido ao processo de cuidar vivido: somos poucos, e eles, os pacientes, são inúmeros. A instituição é precária e a demanda imensa.

No período da Primeira Reforma, podemos constatar o dinamismo das Representações Sociais, pois o comportamento, a forma de cuidar de si, do outro e da instituição, como já dito, acompanhou as interações dentro e fora do espaço do CPER. Na relação dialógica, a tradição do cuidar foi permeada pela cultura regional.

Este recorte da pesquisa sobre o Cuidado em Saúde Mental, voltado para as memórias dos trabalhadores do CPER, apontou para a necessidade de compreensão do conceito de saúde-doença para além dos

sinais e sintomas, pois assim o considerando, constatamos limitadas as possibilidades de um cuidado ampliado em saúde mental.

Assim sendo, percebemos que o novo no cuidado dos trabalhadores é a percepção da necessidade do cuidado ampliado para além das reformas do hospital, para além da reforma da assistência psiquiátrica, para além da reforma meramente administrativa e organizacional, necessitando ser considerado na sua dimensão teórico-conceitual ou epistêmica, que, segundo Amarante (2008, p.68), “é, talvez, a mais importante, embora paradoxalmente, seja a menos abordada, se não totalmente excluída, dos processos de formação no campo da saúde mental e reforma da assistência psiquiátrica”.

Entendendo a pesquisa como constituinte do tripé acadêmico – ensino, pesquisa e extensão –, visando às contribuições, sugerimos a ampliação dos currículos dos profissionais da saúde, dos cursos locais, pela introdução de conteúdos e dinâmicas que abordem o cotidiano local, situado na sua cultura, história e memórias. Assim sendo, se a experiência dos trabalhadores está no contexto local, e o discurso das políticas públicas num contexto nacional – diante de um Brasil tão diverso –, esses atores serão incapazes de concretizar a intersetorialidade tão necessária no campo da saúde mental.

Para finalizar, reportamo-nos à letra da música “Horizontes”, de Flávio Bicca: “[...] 64, 66, 68 um mau tempo talvez, anos 70, não deu pra ti, e nos 80 eu não vou me perder por aí...”. Guardadas as devidas particularidades de contexto e tempo com a letra da música, remetemo-nos a ela no sentido de metaforizar os momentos de muita tristeza, mas também de muitos desejos e esperanças de melhoria na assistência à saúde mental, que os entrevistados deixaram transparecer em suas histórias e memórias. Contudo, em novos tempos, buscando novos caminhos, queremos nos encontrar com uma ciência e um cuidado que se movimentam, à medida que as certezas e imobilizações de conceitos sobre as crises, os agravos, os transtornos e as doenças mentais se deslocam no olhar dos que buscam um viver saudável no cotidiano da vida. Aí encontramos pessoas que são únicas, sejam elas usuários, familiares ou profissionais da saúde, que requerem entre si, um olhar atento e respeitoso, na sua natureza, no seu contexto.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Coord). Saúde Mental, políticas e instituições.



**História da psiquiatria e das políticas de saúde mental no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EaD/FIOCRUZ,2003.

AMARANTE, P. (Org.). **Saúde mental, formação e crítica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

AMAZONAS, 2011. Secretaria do Estado de Saúde do Amazonas - SUSAM. **Demanda de atendimentos em Saúde Mental no Estado do Amazonas.** Disponível em: <<http://www.saude.am.gov.br/index.php?id=deman>>. Acesso em: 2 dez. 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 5 ed. rev. atual. Lisboa: Edições 70, 2010.

BORENSTEIN, M.S. et al. Terapias utilizadas no hospital Colônia Sant'ana: Berço da Psiquiatria Catarinense (1941-1960). In: BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M.I. (Org.). **Enfermagem em Santa Catarina: recortes de uma história (1900-2011).** Florianópolis: Secco, 2011. p. 117-128.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde (SUSAN). **Demanda de Atendimento em Saúde Mental no Estado do Amazonas.** Disponível em <<http://www.saude.am.gov.br/index.php?id=deman>>. Acesso em: 2 dez. 2011.

CENTRO PSIQUIÁTRICO EDUARDO RIBEIRO. **Relatório Anual.** Exercício 2009. Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. 31 de dezembro de 2009.

GALLEGUILLOS, T G. B; OLIVEIRA, M. A. C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Revista**

**Escola de Enfermagem – USP**, n.1, v.35, p. 80-87, mar. 2001.

GALVÃO, M. D.; NASCIMENTO, I. V.; CUNHA, G. S. História do internamento psiquiátrico na cidade de Manaus. **Revista da Universidade do Amazonas**, v. 6-7, n.1-2, p. 61-69, jan.-dez. 1997/1998.

GALVÃO, M. D.; CUNHA, G. S. **História da Loucura na cidade de Manaus (1890-1930)**. Relatório Final. Projeto de Iniciação Científico, apresentado na Universidade Federal do Amazonas- UFAM. Manaus, agosto de 1997.

GUIMARÃES, J. e SAEKI, T.: Janelas do Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 8, n. 2, p. 357-374, jul.-ago. 2001.

LOPES NETO, D.; SILVA, M. S. Os diretores da Escola de Enfermagem de Manaus (1949 a 2007). **História da Enfermagem - HERE, Revista Eletrônica**, v. 1, n.1, p. 138-149, abr. 2010. Disponível em:  
<[http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n1v01ano1\\_artigo8.pdf](http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n1v01ano1_artigo8.pdf)>.

MADEIRA, M. C. Representações Sociais e Processos Discursivos. In: MOREIRA, A. S. P. *et al.* **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. Paraíba: UFPB/ Editora Universitária, 2005. p. 459-466.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais**: as dinâmicas da mente. Tradução: Hélio Magri Filho. Petrópolis: Vozes, 2006.

MASIERO, A. L. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios

brasileiros. **História Ciência e Saúde – Manguinhos**, v. 2, n. 10, p. 549-572, ago. 2003.

ODA, A. M. G. R; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005.

PEREIRA, M. A. O. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.15, p.1-7, jul-ago. 2007.

PESSOTTI, I. **Os nomes da loucura**. 34. ed. São Paulo: 34, 1999.

\_\_\_\_\_. **A loucura e as épocas**. São Paulo: 34, 1994. 208 p.

ROCHA, F.B. **Horizontes**. Interprete: Flávio Bica Rocha. [CIDADE DA GRAVADORA] : Nome da gravadora, ano, 1CD. Faixa X.

ROSA, M. V. de F.P. do C.; ARNOLDI, M. A. G. C. **A entrevista na pesquisa qualitativa**: mecanismos para validação dos resultados. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. 112p.

SÁ, C. P. (Org.). **Memória, imaginário e representações sociais**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. 248 p.

SILVERMAN, D. Entrevistas. In: \_\_\_\_\_. **Interpretação de dados qualitativos**: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Tradução de Magda França Lopes. Porto Alegre: ARTEMED, 2009. p.107-139.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A TESE

Os questionamentos que nos motivaram para a realização do estudo que resultou nesta tese vinculam-se às relações entre os modos como os trabalhadores representam o cuidado em saúde mental e as dificuldades percebidas para a implantação das mudanças propostas na Política Nacional de Atenção à Saúde Mental.

Partindo deste questionamento, defendemos a tese de que existem elementos nas Representações Sociais dos trabalhadores em Saúde Mental do CPER que guiam a forma e a organização do cuidado em Saúde Mental e que podem influenciar na implementação dos dispositivos substitutivos do Manicômio.

Os depoimentos dos trabalhadores, ao longo do desenvolvimento do estudo, permitem afirmar que suas memórias e representações sobre o cuidado em saúde mental se mostram ancoradas em práticas profissionais marcadas pelas experiências manicomiais. As lembranças dos trabalhadores, por um lado, trazem muitos relatos de experiências de cuidado difíceis, por outro, apresentam relatos que apontam estratégias utilizadas para enfrentar situações de intensa fragilidade e muitas carências, possibilitando a identificação de potencialidades para a transformação das práticas de cuidado presentes na instituição.

As memórias dos trabalhadores do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro em Manaus fazem eco com a história da Psiquiatria, ao mencionar a superlotação das instituições, a precariedade das instalações e dos equipamentos, e a carência de recursos humanos que marcaram os períodos iniciais da organização do serviço de saúde mental em Manaus. Os depoimentos, também revelaram particularidades em relação ao desenvolvimento do cuidado, da gestão e da influência das políticas e da economia da região norte do Brasil.

Ao conhecer as memórias dos trabalhadores do CPER, é possível pensar na inter-relação destas com os serviços de saúde, as políticas públicas e a educação em saúde. A contextualização das memórias permite-nos olhar para o cuidado, considerando seu processo de desenvolvimento no Estado do Amazonas, naquela que é até hoje a instituição de referência em saúde mental para o Estado e a Capital, na voz daqueles trabalhadores que construíram e constroem o cotidiano da assistência à saúde mental no Amazonas.

As falas dos trabalhadores permitiram o reconhecimento de memórias e sobre modos de cuidar que organizamos em dois períodos.

No primeiro momento, as memórias relacionadas à época em que iniciaram suas atividades na instituição, por volta da década de 1970, são marcadas por lembranças de uma instituição que parecia um campo de concentração, principalmente pela falta de infraestrutura, pela superlotação, pela precariedade das condições de vida e pelo reduzido número de profissionais qualificados para o exercício do cuidado em Saúde Mental.

No que se refere às memórias do que categorizamos como segundo momento, os trabalhadores destacaram lembranças referentes a um período de mudanças que marcaram a administração, a infraestrutura e a organização do processo de trabalho na instituição. Em suas falas, podemos apontar a descrição da reforma do espaço físico, a construção de novos pavilhões e a reorganização da distribuição dos pacientes nesses pavilhões seguindo critérios de necessidades de atenção à saúde e gravidade do quadro clínico. Houve, ainda, a realização de concursos públicos que viabilizaram o ingresso de profissionais que compuseram uma equipe multiprofissional de atenção à saúde mental e a implantação de projetos terapêuticos que incluíram atividades laborais.

No contexto institucional desta investigação, os trabalhadores em Saúde Mental, apresentaram elementos representacionais que remetem a um cuidado desumano, ao cuidado como escuta e ao cuidado como estar-junto. Os elementos mencionados pelos entrevistados como característicos do cuidado desumano incluíram o medo, a repulsa (nojo) e as carências. Examinando as falas dos trabalhadores, é possível perceber uma ambivalência entre os elementos representacionais mencionados, pois, ao mesmo tempo que destacam o medo, a insegurança e o desconforto sentidos frente a violência e a agressividade dos pacientes, os trabalhadores enfatizam o esforço realizado para o exercício cotidiano da escuta e do estar-junto aos pacientes como elementos constitutivos do cuidado em saúde mental.

Os trabalhadores em saúde mental do CPER expressaram, em seus depoimentos, transformações significativas nos modos de cuidar ao longo do tempo, destacando aspectos relacionados principalmente à proximidade dos profissionais com a gestão e à capacidade de escuta e de relacionamento interpessoal com os pacientes e familiares destes, como importantes estratégias de mudança na atenção à saúde mental. Suas declarações, no entanto, apontam para a impossibilidade de implantação das propostas da Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, pois entendem que não é possível modificar ou implantar os princípios da Reforma Psiquiátrica sem que se estabeleça uma rede de

atenção à Saúde Mental, que dê suporte às necessidades dos pacientes e de suas famílias.

Acreditamos que o estudo possibilitou o conhecimento das Representações Sociais dos trabalhadores do CPER sobre o cuidado em saúde mental, permitindo a compreensão dos elementos representacionais relacionados às experiências vividas na instituição, que podem direcionar as práticas de cuidado construídas ou modificadas em determinadas épocas, considerando os aportes tecnológicos e as particularidades da Região Amazônica.

No contexto do poder político do Estado, ao qual está subordinado o CPER, este momento é marcado pela tentativa de implementação da nova Política de Atenção à Saúde Mental, proposta pelo Governo Federal, que prevê a reestruturação da assistência e a criação de uma rede de serviços substitutivos do manicômio, desde 2001.

Isso, no complexo campo da saúde mental, encontra limites imprecisos e indefinidos, o que torna o CPER propício às experimentações e à produção de novas práticas de cuidado. Não por acaso, a saúde mental vem sendo um espaço para o desenvolvimento de novas formas de cuidado, novas formas de colaboração interprofissional, produtoras de novos modelos de atenção à saúde e de organização institucional.

Sabemos que não há um único caminho possível ou um só esforço capaz de fazer frente à extensa gama de ações necessárias para transpor o modelo institucionalizante e construir práticas de atenção em saúde mental referenciadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

E, ainda que existam outros serviços substitutivos do manicômio, estes continuarão sendo instituições totais se não considerarmos as representações sobre o cuidado dos trabalhadores envolvidos com a atenção em Saúde Mental. Não estamos aqui a dizer que isso seja fácil ou simples, mas que pode ser uma possibilidade de melhoria da atenção, que leva em consideração os protagonistas sociais envolvidos na história da saúde mental.

Como limites, mas também com a perspectiva de seguir construindo dia a dia a análise do pensamento dos trabalhadores do CPER, nos chama à reflexão sobre o conhecimento que é partilhado por eles. O modo como eles representam o cuidado, em nossa avaliação, não apresenta grandes disparidades em relação ao que a lei da Reforma Psiquiátrica propõe como princípios da atenção a saúde mental, pois suas falas enfatizam o cuidado como escuta, acolhimento, estar-junto,

além do apoio à família.

Contudo, tais aproximações entre as representações dos trabalhadores sobre o cuidado e o proposto na legislação se distanciam pela vivência de um contexto hierarquizado e centralizador das decisões que não valoriza as iniciativas e ações de cuidado dos trabalhadores nele envolvidos. Assim, o modo de organização do cuidado em saúde mental desconsidera as representações dos trabalhadores, o que resulta em uma noção de impotência destes, diante das situações cotidianas, já que, na lógica hierarquizada em que estão inseridos, acreditam não deter o poder necessário para (re)inventar, suas práticas de cuidado.

Trabalhar com estudos das Representações Sociais é uma tarefa árdua e complexa, que exige muito fôlego e expertise, para encontrar e “compreender a tensão entre o familiar e o estranho, que cria a necessidade de representar e modela os resultados do conhecimento social”, disse Moscovici ao prefaciá-la edição brasileira de *Loucuras e Representações sociais*, de Denise Jodelet (MOSCOVICI, 2005, p. 22).

Assim sendo, conhecer os pressupostos da Teoria das Representações Sociais e colocá-los em prática, nesta pesquisa, tornou-se uma tarefa grande em relação ao tempo disponível para sua concretização. Cientes dessa limitação, apresentamos estes resultados como os possíveis de atingir até aqui, destacando-os como ponto de chegada, mas principalmente, como porto de partida para a construção de novos conhecimentos em direção ao aperfeiçoamento do cuidado em saúde mental.



## REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean-Claude. **Jeux, conflits et représentations sociales**. Aix-en-provence: L'Université de Provence, 1976. Thèse de Doctorat d'État de L'Université de Provence, 1976.

ALVES, E. T. B. R.; CYRINO, J. C. B. Caracterização do sistema de saúde do município de Manaus. In: INÍGUEZ ROJAS, L. B.; TOLEDO, L. M. (Org.). **Espaço e doença: um olhar sobre o Amazonas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.1-4, ilus.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.14, p.73-92, set. 2003-fev. 2004.

AMARANTE, P. (Coord.). **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação a distância**. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ; EAD/FIOCRUZ, 2003.

\_\_\_\_\_. Rumo ao fim dos manicômios. **Mente e Cérebro**, São Paulo, v. XIV, n. 164, p. 30-35, set. 2006. Disponível em: [http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo\\_ao\\_fim\\_dos\\_manicomios\\_6.html](http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios_6.html)  
Acesso em: 6 mai. 2011.

AMARANTE, P.(Org.). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

AMAZONAS. Secretaria do Estado de Saúde do Amazonas. **Demanda de atendimentos em Saúde Mental no Estado do Amazonas**. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.am.gov.br/index.php?id=deman>>. Acesso em: 2 dez. 2011.

ANGELL, Márcia. **Companhias farmacêuticas & médicos: Uma**

**história de corrupção.** The New York Review of Books . 15 de jan. 2008. Disponível em: <http://www.nybooks.com/articles/22237>. Acesso em: 12 nov. 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 5 Ed. Revista e atualizada. Lisboa: Edições 70, 2010.

BASAGLIA, F. O. Saúde/doença. In: AMARANTE, P.; CRUZ L. B. (Org.). **Saúde mental, formação e crítica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.17-36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação geral de documentação e informação. Centro Cultural da Saúde. **Memória da loucura.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. OPAS. Reforma Psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil. In: **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília: MS, 2005.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196/96.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 out. 1996, p. 21082-21085.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Porta da Saúde – SUS. **O que é reforma psiquiátrica?** Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33929](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929)> . Acesso em: 14 abr. 2012.

BECKER, S. G.; OLIVEIRA, M. L. C. Estudo do absentismo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus,

Brasil. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.1, 2008. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000100017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000100017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 jun. 2008.

BOFF, L. **Ética e moral**: a busca de fundamentos. Petrópolis: Vozes, 2003.

BERLINCK, M.T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.11, n. 1, p. 2127, mar. 2008. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n1/a03v11n1.pdf>> Acesso em: 28 set. 2009.

CASCAIS, A. F. M. V. **Representações sociais do viver com estomia por câncer no cotidiano**. Florianópolis, 2007, 150p. Originalmente apresentado como dissertação de mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

CASCAIS, A. F. M. V.; MARTINI, J. G.; ALMEIDA, P. J. S. As representações sociais como referencial teórico-metodológico para pesquisa em enfermagem e saúde. **Revista Investigação em Enfermagem**, Escola Superior da Universidade de Coimbra, p. 3-10, ago. 2007.

CADASTRO Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CINESNET/DATASUS . Disponível em:  
<[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Profissional.asp?VCo\\_Unidade=1302602019590](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?VCo_Unidade=1302602019590)>. Acesso em: 8 out. 2009.

COSTA, E.; BORENSTEIN, M. S. Problematizando para humanizar: uma proposta de transformação do cuidado em uma enfermaria psiquiátrica. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis,

jan.-mar., 2004, v.13, n. 001; p.163-170.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 51-67.

CUNHA, G. S. **História da Loucura na cidade de Manaus** (1890-1930). Manaus, 1997. Originalmente apresentado como relatório final de iniciação científica, Universidade Federal do Amazonas, 1997.

\_\_\_\_\_. **História do Internamento psiquiátrico na cidade de Manaus**. Manaus, 1998. Originalmente apresentado como relatório final de iniciação científica, Universidade Federal do Amazonas, 1998.

FARR, R. M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em Representações sociais**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 31-59.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

\_\_\_\_\_. O nascimento do Hospital. In: Foucault, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GALLEGUILLOS, T. G. B; OLIVEIRA, M. A. C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Revista Escola de Enfermagem – USP**, n.1, v.35, mar. 2001. p. 80-87.

GIAMI, A. **O anjo e a fera: sexualidade, deficiência mental, instituição**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 203 p.

GIBBS, G. Preparação dos dados. In: \_\_\_\_\_. **Análise de dados qualitativos**. Tradução: Roberto Carlos Costa. Porto Alegre: ARTMED,

2009. p. 27-43.

GIMÉNEZ, J. Pesquisa socialmente responsável: podemos falar de um modo 3 de produção do conhecimento? **RECIIS Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.48-57, jan.-jun. 2008.

GOLDIM, J. R. **Bioética e ética na ciência**. Porto Alegre. Atualizado em: 13 out. 2009. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/>>. Acesso em: 15 out. 2009.

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

GUIMARÃES, J. e SAEKI, T.: Janelas do Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 8, n. 2, p. 357-374, jul.-ago. 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2010. Cidades. Manaus. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=am>>. Acesso em: 04 jan. 2011.

JEDLOWSKI, P. La sociología y la memoria colectiva. In: ROSA. A.; BELLELLI, G.; D. BAKHURST (Eds.). **Memória colectiva e identidade nacional**. Madrid, España: Biblioteca Nueva, 2000. p. 123-134.

JEDLOWSKI, P. (2005). Memória e a mídia: uma perspectiva sociológica. Tradução Valéria Rosito. In: SÁ, Celso Pereira de (Org.). **Memória, imaginário e representações sociais**. Rio de Janeiro: Museu

da República, 2005. p. 87-98.

JODELET, D. Représentations Sociales: um domaine en expansion. In: Jodelet, D. **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989. p. 31-61.

\_\_\_\_\_. El lado moral y afectivo de la historia: Un ejemplo de memoria de masas: el proceso a K. Barbie, «el carnicero de Lyon». **Psicología Política**, n. 6, p. 53-72, 1993.

\_\_\_\_\_. **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1994. p. 36-57.

\_\_\_\_\_. **As representações sociais**. Tradução: Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. 420p.

\_\_\_\_\_. **Loucuras e representações sociais**. Tradução: Lucy Magalhães. Petrópolis: Vozes, 2005.

LOCCOMAN, Luiz. A polêmica da internação compulsória. **Mente e Cérebro especial**, São Paulo, n. 31, p. 18-21, abril. 2012.

LOIZOS, P. Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. In: **Pesquisa Qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático**. Tradução: Pedrinho A. Gaureschi. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p.137-155.

MADEIRA, M. C. Representações Sociais e Processos Discursivos. In: MOREIRA, A.S.P. *et al.* **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. Paraíba: UFPB/ Editora Universitária, 2005. p.459 -466.

\_\_\_\_\_. Um aprender do viver: Educação e Representação Social In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D.C. (Org.) **Estudos interdiscipli-**

**nares e representação social.** Goiânia: ABDR, 1998. p. 239-250.

\_\_\_\_\_. Representações Sociais: pressupostos e implicações. Brasília. **R.bras.Est. pedag.** n. 171, v. 72, p.129-144, maio.-ago. 1991.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais:** as dinâmicas da mente. Tradução: Hélio Magri Filho. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

MARTINI, J.G. As representações sociais: teorias e práticas. In: **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 37, n. 158. p.153-185, jan.-jun. 2001.

MINAYO, M. C. de S. **Avaliação por triangulação de métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244 p.

\_\_\_\_\_. Ciência, técnica e arte: desafio da pesquisa social. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. cap. I, p. 21-22.

MIRANDA. F. A. N.; FUREGATO. A. R. F. Representação Social da atuação do enfermeiro psiquiátrico no cotidiano. **Psicologia:** teoria e prática, ed. especial, p. 67-78, 2004.

MORIN, E. **Ciência com consciência.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

MOREIRA, Antônia Silva Paredes *et al.* **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.** João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária, 2005. 603p.

\_\_\_\_\_. ; CAMARGO, Brígido Vizeu (Org.). **Contribuições para a**

**teoria e o método das representações sociais.** João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária, 2007. 380p.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise.** Tradução: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

\_\_\_\_\_. **Representações sociais: investigações em psicologia social.** Tradução: Pedrinho Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: JODELET, D. **Loucuras e representações sociais.** Tradução Lucy Magalhães. Petrópolis: Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

NAIFF, D. G. M; NAIFF, L. A. M. Halbwachs, Bartlett, Vigotsky: em busca de uma perspectiva psicossocial da memória. *Ci. Huma e soc.* **Rev. Seropédica**, v.32, n. 1, p 149-164, jan./jun., 2010.

NITSCHKE, R. G.; SOUZA, L. C. da S. L.; Em busca do tempo perdido. In: SOUZA, A. I. J.; MARCON, S. S. (Org). **Enfermagem à família: dimensões e perspectivas.** Maringá: Eduem, 2011. p. 45-52.

ODA, A. M. G. R; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In. MOREIRA, A. S. P., *et al.* (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.** João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. p. 573-603.

OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo Temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de



Janeiro, v. 16, n. 4, p.569-576, 2008.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 197-206, jan. 2008.

OLIVEIRA, A. G. B. de; ALESSI, N. P. O trabalho do enfermeiro em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2003. v. 3, n.11. p. 333-340, mai./jun. 2003.

OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T.; MARQUES, S.C. Análise estatística de dados textuais na pesquisa das representações sociais: alguns princípios e uma aplicação ao campo da saúde. In: MENIN, M. S. S.; SHIMIZU, A. M. (Org.). **Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 157-200.

OLIVEIRA D. C., *et al.* Representações e memória profissional da AIDS de Enfermeiras no Brasil: estudo bicêntrico. Rio de Janeiro/Florianópolis. **Psicologia: teoria e prática**, v. 1, n.9 , p. 114-118, 2007.

\_\_\_\_\_. **Representações e memória profissional da AIDS de enfermeiras no Brasil: estudo bicêntrico**. Rio de Janeiro/Florianópolis, 2008. Projeto (mimeogr.) 44p.

OLIVEIRA, M. I. **Relatório Anual**. Exercício 2009. Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. Direção executiva de Maria Ivone de Oliveira. dez. 2009.

PEREIRA, R. C. **Lugar de louco é no hospício?!** um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da reforma

psiquiátrica. Florianópolis, SC, 1987. Originalmente apresentado como dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997. 128 p.

PESSOTTI, I. . **Os nomes da loucura**. 34. ed. São Paulo: 34, 1999. 264 p.

\_\_\_\_\_. **A loucura e as épocas**. São Paulo: 34, 1994. 208 p.

PRANDONI, R. F. S. **Loucura e complexidade na clínica do cotidiano**. Florianópolis, SC, 2005. Originalmente apresentado como tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

RICHARDSON. R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3.ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2007.

ROCHA, F.B. **Horizontes**. Interprete: Flávio Bica Rocha. [CIDADE DA GRAVADORA] : Nome da gravadora, ano, 1CD. Faixa X.

ROSA, M. V. F. P. C.; ARNOLDI, M. A.G.C. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação dos resultados**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. 112p.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. 110p.

\_\_\_\_\_. (Org.) **Memória, imaginário e representações sociais**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. 248p.

\_\_\_\_\_. O conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, J. M. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45.

\_\_\_\_\_. Sobre o campo de estudo da memória social: uma perspectiva psicossocial. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 2, p. 290-295, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/a15v20n2.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2012.

SÊGA, R. A. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. **Anos 90**, v.8, n.13, p. 128-133, jul. 2000.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S.; (Org.). **Textos em representações sociais**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 89-111.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 22. ed. rev. e ampl. de acordo com a ABNT. São Paulo: Cortez, 2002. 335p.

SILVERMAN, D. Entrevistas. In: **Interpretação de dados qualitativos**: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Tradução: Magda França Lopes. Porto Alegre: ARTEMED, 2009. p.107-139.

SZMANSKI, H. et al. **A entrevista na pesquisa em educação**: a prática reflexiva. Brasília: LiberLivro Editora, 2004. 87p.

WACHELKE, J. F. R.; CAMARGO, B. V.. Representações sociais, representações individuais e comportamento. **Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology**, v. 41, n. 3, p. 379-390, 2007.

WAIDMAN, M. A. P.; CARDOSO, M. P. Família e transtorno mental: refletindo sobre estratégias de cuidado. In: SOUZA, A. I. J.; MARCON, S.S. (Org). **Enfermagem à família**: dimensões e perspectivas. Maringá:

Eduem, 2011. p. 319 - 330.

WORTMANN, M. L. C.; VEIGA-NETO, A. **Estudos Culturais da Ciência e Educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. 136p.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução: Daniel Grassi. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

## APÊNDICES



## **APÊNDICE A: CONSIDERAÇÕES INICIAIS: MEMÓRIAS DE UMA ENFERMEIRA SOBRE SUA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E INSERÇÃO NO CONTEXTO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO AMAZONAS**

Minhas memórias profissionais remontam à trajetória de uma enfermeira gaúcha, com bacharelado em Enfermagem e Licenciatura Plena em Enfermagem no ano de 1998, pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos — UNISINOS. Na ocasião da formatura, recebi dois diplomas, um de habilitação em Enfermagem e outro de Licenciatura Plena em Enfermagem, curso realizado em paralelo com o bacharelado, o que já refletia meu gosto pelo processo de ensino-aprendizagem. Tive o privilégio de ter como orientadora dos dois trabalhos de conclusão de graduação, minha agora e novamente orientadora de doutorado, Dr<sup>a</sup>. Jussara Gue Martini. Concomitantemente aos dois cursos, trabalhava como auxiliar de Enfermagem, tendo ingressado na assistência à saúde, no ano de 1994, primeiro na área hospitalar e, posteriormente, concursada no Ministério do Exército.

Passei por diferentes experiências na assistência de Enfermagem, transitando pelas áreas de Materno-Infantil, Pediatria, Clínica Médica e Cirúrgica, Cuidados Intensivos, Hemoterapia, Cardiologia e também com ensino, sendo envolvida no setor de educação continuada na área hospitalar, ensino técnico-profissionalizante e educação para saúde em supletivos de trabalhadores no distrito industrial da região do Vale do Rio dos Sinos, no Rio Grande do Sul.

Até então, sentia-me muito sensibilizada pela temática de Saúde do Trabalhador, pelas condições de trabalho, a partir das experiências vivenciadas tanto no setor público como no privado de atenção à Saúde. Com o advento da maternidade, minha pulsão para o ensino e a atenção à saúde do trabalhador afloraram, quando em 2002, me demiti das atividades assistenciais, para me dedicar em tempo integral, como bolsista, no curso de mestrado em Enfermagem, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Nesta, fui orientada pela professora Dr<sup>a</sup>. Maria da Graça Oliveira Crossetti, então diretora de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no desenvolvimento da dissertação intitulada “Cuidar de si, cuidando do outro: ampliando a consciência do Eu”. No desenvolvimento do curso de mestrado, pude ressignificar as experiências de iniciação científica e atividades de extensão que desenvolvi e com as quais me envolvi durante a graduação

(e sempre tinha uma ou mais), e que foram particularmente importantes para minha formação. A vivência do mestrado como bolsista deu-me oportunidade de dedicação exclusiva para as atividades de pesquisa. Isso foi um marco na minha carreira acadêmica e na minha formação de pesquisadora. O exemplo da orientadora, como enfermeira envolvida na gestão de um serviço de referência, além de extremamente preocupada em melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores de Enfermagem, contribuiu para eu me sentir em condições de prestar concurso para docente do curso de Enfermagem na Universidade Federal do Amazonas, em 2003.

Assumi as atividades como docente do ensino superior em 2004, o que foi a realização de um sonho. Como todo sonho que se dá acordado, me deparei com uma realidade totalmente diferente daquela até então vivenciada por mim no Rio Grande do Sul. A vaga que assumi era para ser professora na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, área com a qual nunca tinha trabalhado até então. O desafio foi grande e se tornou ainda maior quando fui informada de que a professora titular da disciplina estava aposentada, e a disciplina ficaria sob minha responsabilidade e de outra colega, também vinda de outra área da Enfermagem e de outro estado brasileiro.

Resumindo, tínhamos poucos dias para nos adaptarmos à realidade e iniciar as aulas práticas, pois havia turmas já aguardando a chegada dos novos docentes. Neste contexto se deu minha inserção no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro – CPER–, na capital do Amazonas.

Em minhas memórias, minha primeira reação foi de estranhamento de toda aquela realidade, acompanhado de certo sofrimento emocional/ mental em parte pelo que eu via, em parte pelo meu desespero em pensar o que poderia ensinar, naquele contexto.

Esses sentimentos acompanhavam meu sonho de contribuir para o ensino superior público do meu país e minha crença de que uma via para melhorar a assistência à saúde das pessoas e a solução dos problemas que eu vivenciava na prática, seria pela qualificação do ensino técnico. E aí eu acreditava poder contribuir. Rezei muitas vezes e pedi a Deus que me iluminasse na minha decisão e caminhada. Tive a sorte de ter uma colega de disciplina com quem pude compartilhar toda essa experiência.

Em junho de 2004, entrei no CPER pela primeira vez, quando me foi apresentada a área física do hospital, situada já na Avenida Constantino Nery n. 4307, Chapada. Essa é uma avenida extensa, de mão dupla, com duas faixas em cada sentido, distante cerca de 17km do



centro de Manaus. As construções vizinhas do CPER são, a sua direita a Fundação HEMOAM, à esquerda um posto de saúde de atenção básica, ao fundo, funciona uma delegacia geral e faz divisa também com casas de moradores do bairro.

A entrada do CPER era muito bonita, ampla, arborizada, gramada, com uma passarela grande, de escadas com platôs, bem no meio do pátio que dava na porta da entrada social. Ao redor era gramado e circunscrito por uma rua asfaltada que contornava esse caminho, tendo a entrada para ambulâncias na mesma direção da entrada principal, no lado direito da entrada social. Na direção da saída, fica um prédio lateral, de um piso apenas, com telhado em meia água, puxado desde o muro do lado esquerdo do pátio da frente do Hospital. Era aí que se dava o atendimento ambulatorial. Deste modo, quem vinha para atendimento ambulatorial, nem entrava no hospital.

A beleza da frente da instituição amenizou parte da minha ansiedade, mas meu coração ainda batia acelerado pela expectativa do que eu iria encontrar, passando a porta da recepção que era feita em madeira muito grossa, com uma portinhola gradeada. As janelas, avistadas por fora, eram bem altas do chão.

Por dentro, a construção revelava sua idade. Foi construída nos anos de 1860, com paredes grossas, piso antigo, em estilo português, paredes com azulejos brancos em alguns momentos. Na entrada dessa estrutura, funcionava naquele tempo a área administrativa, onde ficavam as diretorias técnica e administrativa, a coordenação de enfermagem, o setor de recursos humanos, o almoxarifado, a lavanderia, a oficina para pequenos reparos de costura, o serviço de arquivo e documentação, onde também ficavam os prontuários de todos os pacientes atendidos, à época, chamado pela sigla SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico. Ainda nesse prédio, havia uma sala grande que funcionava como auditório, com capacidade para cerca de 100 pessoas, contudo, sem cadeiras fixas, sendo utilizadas cadeiras móveis, de plástico, para reuniões maiores ou com familiares dos pacientes, que aconteciam uma vez por mês, à época do meu primeiro contato com a instituição. O cartão-ponto para os profissionais de nível técnico e administrativo ficava nesse prédio, os de nível superior, somente assinavam o livro-ponto.

A porta de saída desse prédio (da frente) era uma porta de grades com cadeado, guardada por um porteiro muito simpático, já de mais idade. Na lateral ficava o refeitório coletivo, com acesso para dentro do prédio da frente e para o pátio dos fundos, que dava abertura

aos pavilhões de internação. Desse ponto, talvez pela presença do portão de grades com cadeado e porteiro, comecei a ficar apreensiva, pois grades me remetiam logo a perigo e insegurança física.

Nesse passeio de reconhecimento, estava sendo acompanhada por uma enfermeira, que observava atentamente minhas reações, e eu, tentando me abrigar no jaleco de “professora”, confesso que tive medo.

A área física dos fundos do hospital era imensa, também com um gramado grande, árvores frutíferas ao fundo, com muro por todos os lados. À esquerda, havia um pavilhão chamado de José da Silva, que abrigava em torno de 30 internos, pacientes com comorbidades importantes e cadeirantes, na maioria residentes. Ainda à esquerda, o pavilhão Alberto Lacerda, de internação masculina, com capacidade para 30 internos, abrigava internos com sintomas de crises agudas.

Contornando esse pátio, passando pelas árvores dos fundos, observando a altura do muro, nos dirigimos (eu e a enfermeira que me apresentava à instituição) para uma área onde eram executadas práticas concebidas à época, como de Terapia Ocupacional, percebida por mim, naquele momento, como um espaço de recreação e socialização, tendo como responsável pelo trabalho uma auxiliar de enfermagem. Vale aqui ressaltar que a instituição vivenciou trabalhos de TO propriamente ditos, como aparecem nas memórias dos trabalhadores, no decorrer do estudo. Ainda neste local, existia uma parte fechada, com aproximadamente três ambientes rústicos, onde havia um aparelho de CD com rádio, revistas, lápis de cor, materiais para oficinas de artes, como revistas antigas. Esse espaço fazia frente para uma área com mesas e bancos, onde as oficinas ocorriam, imagino que também por conta do calor, com vista para o pátio interno, com gramado e uma extensão semelhante à de um campo de futebol, com as construções dos pavilhões ao entorno.

Mais à frente, outro pavilhão chamado Maria Damasceno, com 30 leitos para pacientes crônicos, muitos deles também residentes. Esse pavilhão possui uma diferença dos outros que eram compostos apenas por enfermarias, banheiro coletivo e posto de enfermagem. Este agregava um espaço aberto no meio, uma espécie de jardim ao centro, com as enfermarias e posto de enfermagem à volta, mas igualmente com portões de grades e cadeados, na entrada.

Seguindo, encontramos o pavilhão feminino com internas em crises agudas, chamado Raimunda Belém, com aproximadamente 30 leitos.

No primeiro dia só fiz essa visita, para conhecer a área física e a operacionalização do cotidiano na instituição. Lembro-me de, ao chegar

em casa, ter chorado muito, sempre me questionando se eu seria capaz de assumir tal responsabilidade. Lembro, ainda, de ter chorado todos os dias dessa semana, ao chegar em casa e lembrar ou comentar qualquer coisa sobre o cotidiano daquelas pessoas no Hospital Psiquiátrico. Nem sei como conseguia me segurar firme e atenta ao que a colega enfermeira me explicava. Também nunca tive coragem de pedir avaliações pessoais, pois, reconhecia minha fragilidade técnica em relação a essa especialidade. Mas pensava: tenho experiência na Enfermagem e fui considerada apta pelas instâncias competentes para estar aqui. É interessante recordar e ter a chance de refletir sobre o fazer e o pensar e re-significá-los. Hoje, acredito que eu pediria a avaliação das colegas, entendendo melhor as chances de aprendizado! Daí em diante, ocorreram várias situações tristes, mas também hilárias, como o caso de uma estudante que corria ofegante em minha direção, no pavilhão masculino, dizendo que tinha uma paciente, onde ela estava, no pavilhão feminino, que estava “provocando”. Imediatamente corri para lá com a aluna, pois tinham outros alunos lá sob a minha responsabilidade e, no meu entendimento, para uma enfermeira gaúcha, “provocar” me remetia à ideia de incitar brigas e confusão, o que poderia gerar agressões e comprometer a integridade dos alunos sob minha responsabilidade ou mesmo dos pacientes e funcionários. Meu imaginário voou longe em questões de segundos, enquanto corria para o pavilhão feminino. No caminho, já ia pensando como intervir quando, ao chegar, me deparei com uma interna vomitando. Como a estudante parou ali, perguntei: “Sim, onde está?” “Onde está o quê, professora?” “A paciente que estava provocando?” “Aí, professora!”, respondeu a estudante sem entender a minha perplexidade. Então perguntei: O que é “provocar?” E na cultura local, “provocar” era vomitar. É quase impossível descrever o alívio que senti quando, para o desfecho, bastava avaliar, medicar a paciente, e chamar a higienização. Depois que passou o suposto “perigo”, ria muito desse fato que me despertou para as diferenças culturais que envolvem a assistência em outra região do País e, considerando o meu caso, a cultura dos dois extremos do País: Sul e Norte.

Diante de tudo, fiquei atenta a cursos de especialização em saúde mental, pois sabia que a Fiocruz – AM, no Instituto Leônidas e Maria Deane, localizado diante da Escola de Enfermagem de Manaus, tinha oferecido esse curso no ano anterior e não tinha previsão de abrir nova turma no ano em curso. Foi aí que me aproximei da Fiocruz, sempre consultando sobre a possibilidade de abertura de um novo curso. Em

2005, abriram inscrições para a segunda turma de Especialização em Saúde Mental e Políticas Públicas na qual ingressei. Tenho a entrada no curso de especialização como outro marco da minha iniciação mais acadêmico-científica, dentro dessa especialidade. Considero que, durante o mestrado, a oportunidade de trabalhar de forma exclusiva nas atividades do grupo de pesquisa NECE/UFRGS – Núcleo de Estudos sobre o Cuidado em Enfermagem – me deu suporte para criar, logo que entrei na Universidade Federal do Amazonas, em 2004, o NIPES – Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Enfermagem e Saúde – que pôde ser cadastrado no CNPq em 2005, mediante justificativa pela escassez de doutores nas linhas de pesquisa que envolviam saúde mental e saúde do trabalhador. Com a preocupação de olhar para o tripé acadêmico ensino, pesquisa e extensão, tentava dar conta da especialização, do grupo de pesquisa que tinha criado e que tinha projetos de pesquisa e extensão, além das aulas da graduação.

Esse período foi muito intenso e produtivo, pois foi quando descortinei a especialidade Saúde Mental, apresentada por pessoas com experiência na área de saúde pública, tanto de fora da cidade, como o Dr. Paulo Amarante, quanto de pessoas que atuavam na prática em Manaus, como o Psiquiatra Maximiliano Loiola, Dr<sup>a</sup>. Evelyne Marie Mainbourg e Dr. José Santana. Todo o contexto era cercado por uma atmosfera agradável que era percebida desde a entrada do Instituto, passando pela sua área física, como diriam os franceses, *bien arangé*, ou seja, esteticamente um ambiente bonito, aparentemente planejado, com salas aclimatadas, pesquisadores e pesquisas comprometidos com a realidade regional e funcionários de apoio simpaticísimos, como a Helen e o Maurício, a quem eu recorria frequentemente. Era estimulante poder conviver com todas essas pessoas e nesse lugar, para mim muito especial.

A partir desse novo começo, intensificaram-se as atividades de ensino, pesquisa e extensão, com dois projetos desenvolvidos no CPER, o que motivou a proposta de doutorado, estudando o caso do cuidado no CPER, que por muitos anos, e ainda hoje, constitui-se na principal Instituição de atenção à saúde mental no Amazonas.

E, para finalizar esta versão de memórias, compartilho mais uma expressão regional que conheci ao perguntar, durante uma entrevista de pesquisa, a um agente comunitário de saúde em São Gabriel da Cachoeira, durante um de nossos estudos, sobre a existência de pessoas com transtornos mentais na região. Ao que ele me responde: “Fulano tem ‘sopro’!” Novamente perplexa, lembro-me das minhas vivências

como enfermeira em cardiologia, e meu pensamento remete-me, em um primeiro e imediato momento, à ideia de “sopro cardíaco”! Até entender, para não me alongar, que a conhecida por mim esquizofrenia, me foi apresentada em São Gabriel da Cachoeira, cidade também conhecida como Cabeça do Cachorro, pois no mapa do Brasil, assim se parece, como sopro da Cobra-grande, um ser que habita a Floresta.



## APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Olá!

Meu nome é Sandra Greice Becker, sou doutoranda da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – e estou desenvolvendo a pesquisa “Representações e memórias da equipe de saúde mental do CPER, em Manaus”, sob a orientação da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Jussara Gue Martini.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar deste estudo que tem como objetivo conhecer as representações sociais e memórias sobre o cuidado, da equipe de enfermagem e saúde mental do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro em Manaus.

Acredito que este estudo possibilite, a partir das Representações Sociais dos trabalhadores, propostas de ações para melhor cuidar da saúde das pessoas.

Se você aceitar, será entrevistado por mim, e sua entrevista será gravada e depois transcrita, mas quem participar não será identificado.

Não são previstos riscos e desconfortos para você, apenas tomará parte do seu tempo, mas espero que este estudo traga benefícios para as pessoas, em relação à melhoria das condições de cuidado à saúde.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser participar dele, pode entrar em contato pelo telefone (92) 81003237 ou (48) 3721 9787. Se você estiver de acordo em participar, asseguro-lhe que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho.

Dda. Sandra Greice Becker

Dr<sup>ª</sup>. Jussara Gue Martini

### DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido sobre a pesquisa “Representações e memórias da equipe de saúde mental do CPER, em Manaus” e concordo que os dados que forneci através de pesquisa sejam utilizados na realização da mesma.

Manaus, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2009.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_





## APÊNDICE C: TESTE DE RELEVÂNCIA DO MANUSCRITO 1

### TESTE DE RELEVÂNCIA I – pesquisador 1

N Artigo	P1	P2	P3	P4	P5	P6
1/44	S	N	S	S	S	S
2/44	S	S	S	S	S	S
3/44	S	S	S	S	S	S
4/44	S	S	S	S	S	S
5/44	S	S	S	S	S	S
6/44	S	S	S	S	S	S
7/44	S	S	S	S	S	S
8/44	S	S	S	S	S	S
9/44	S	S	S	S	S	S
10/44	N	N	S	S	S	S
11/44	N	S	S	S	S	S
12/44	S	S	S	S	S	S
13/44	S	N	S	SS	S	S
14/44	N	S	S	S	S	S
15/44	S	S	N	S	S	S
16/44	S	N	S	S	S	S
17/44	S	S	S	S	S	S
18/44	S	S	S	S	S	S
19/44	S	S	S	S	S	S
20/44	S	S	S	S	S	S
21/44	S	S	S	S	S	S
22/44	S	S	S	S	S	S
23/44	S	S	S	S	S	S
24/44	S	S	S	S	S	S
25/44	S	N	S	S	S	S
26/44	S	S	N	S	S	S
27/44	S	S	S	S	S	S
28/44	S	S	S	S	S	S
29/44	S	S	S	S	S	S
30/44	S	S	S	S	S	S
31/44	N	S	S	S	S	S
32/44	S	S	S	S	S	S
33/44	S	S	S	S	S	S
34/44	N	S	S	S	S	S
35/44	S	S	S	S	S	S
36/44	S	S	S	S	S	S
37/44	S	S	S	S	S	S
38/44	N	S	S	S	S	S

39/44	S	S	S	S	S	S
40/44	S	S	S	S	S	S
41/44	S	S	N	S	S	S
42/44	S	S	S	S	S	S
43/44	N	N	S	S	S	S
44/44	S	S	S	S	S	S

**ANEXOS**



## ANEXO A: DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E PARECER DA INSTITUIÇÃO CAMPO DO ESTUDO



### SUSAM

Secretaria de Estado de Saúde



### DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E PARECER

Eu, **AGNALDO GOMES DA COSTA**, Secretário de Estado de Saúde, declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Secretaria de Estado de Saúde – SUSAM tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **Representações e memórias da equipe de Saúde Mental do CEPR em Manaus**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta Secretaria tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina.

Manaus / Am , 27 de Agosto de 2009.

**AGNALDO GOMES DA COSTA**  
Secretário de Estado de Saúde



## ANEXO B: APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC

Certificado

Page 1 of 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Instituto de Pesquisa e Extensão  
 Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 315

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para o funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo do Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 315                      FR: 283272

TÍTULO: Representações e memórias da equipe de Saúde Mental do CPER em Manaus

AUTOR: Jussara Gue Marini, Sandra Greice Becker

  
 FLORIANÓPOLIS, 28 de Setembro de 2009.


Coordenador do CEPSH/UFSC  
 Prof. Fláudio Modolo Siqueira  
 Sub-Coordenador do CEPSH/UFSC





## ANEXO C: FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA [...] - SISNEP/MS

Planos de Saúde - Servidor http://portal2.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/folha\_rosto.cfm?vcod=...



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS					FR - 283272
Projeto de Pesquisa Representações e memórias de equipe de saúde mental do CPER em Manaus.					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Preve.				Grupo	Grupo III
Área(s) Temática(s) Especial(e)				Nível	Prevenção
				Fase	Não se Aplica
Unitermos Representações sociais, saúde mental, enfermagem psiquiátrica, cuidado de enfermagem.					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro	Total Brasil	Nº de Sujeitos Total	Grupos Especiais		
20	20	20			
Placebo	Medicamentos	Wash-out	Sem Tratamento Específico	Banco de Materiais Biológicos	
NAO	NAO	NAO	NAO	NAO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Jussara Gue Martins		CPF	380.655.330-00		Identidade
Área de Especialização Educação		Máior Titulação Doutorado		Nacionalidade brasileira	
Endereço Serviço Caminho dos surfistas, 35		Barro Campeche		Cidade Florianópolis - SC	
Código Postal 88063-184	Telefone 48 - 3721.9480 / 48 - 3237.4840	Fax 48 - 3721.9787	Email JUSSARA@NFR.UFSC.BR JUSSARAGUE@GMAIL.COM		
<b>Termo de Compromisso</b>					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sempre que favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: 10/09/09		Assinatura			
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas		CNPJ	00.697.295/0001-05		Nacional/Internacional
Unidade/Órgão Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro		Participação Estrangeira		Nacional	
Endereço Av. André Araújo, 701		Barro Alexo		Projeto Multicêntrico	
Código Postal 69060-001		Telefone 3643-6300	Fax 3643-4389/6301	NÃO	
				Cidade Manaus - AM	
				Email aidstam@prodamnet.com.br	
<b>Termo de Compromisso</b>					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: AGNALDO GOMES DA COSTA		Dr. Agnaldo Gomes da Costa			
Data: 27/08/2009		Secretário de Estado de Saúde			
Vinculada					
Nome Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC		CNPJ	83.899.526/0001-82		Nacional/Internacional
Unidade/Órgão Programa de Pós Graduação em Enfermagem / PEN UFSC		Participação Estrangeira		Nacional	
Endereço Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima		Barro Trindade		Projeto Multicêntrico	
Código Postal 86040-900		Telefone 48 3319206	Fax 48 3319599	NÃO	
				Cidade Florianópolis - SC	
				Email cep@reitoria.ufsc.br	
<b>Termo de Compromisso</b>					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.					
Nome: MARIA ITAYRA C. DE SOUZA TABALHA		Profa. Dra. Maria Itayra Padilha			
Data: 10/09/09		Assessoria de Planejamento em Enfermagem - UFSC			

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 12/08/2009. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

◀ Voltar
IMPRIMIR

1 of 1
12/8/2009 13:15



## ANEXO D: MEMORANDO CPER – AGENDAMENTO DE ENTREVISTA



**CPER**  
Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro



Memorando nº013./GST/CPER

Em 02 março de 2010.

À Senhora Coordenadora do Ambulatório e Equipes Técnicas do P.A e eUIB

Assunto: Agendamento de entrevista

Solicito atenção ao contato da doutoranda, Enfermeira Sandra Greice Becker, professora do curso de enfermagem da UFAM, para o agendamento de entrevista com os servidores, ao longo do mês de março/2010, como estratégia de pesquisa para a tese de doutorado (UFSC e FAPEAM): "Representações e Memórias da equipe de Saúde Mental do CPER em Manaus".

Desde já agradeço, antecipadamente, a colaboração de todos.

Atenciosamente,

**CÉLIA MARIA DE LIMA**

**Gerente de Serviços Técnicos do CPER**