



Artigo Original

O OLHAR DE UNIVERSITÁRIOS SOBRE TRANSTORNO MENTAL

LOOKING ON UNIVERSITY OF MENTAL DISORDER

Resumo

Shirley Soares Peters¹
Izabel Scarabelot Medeiros¹
Sonia Maria Correa¹
Ivanir Prá da Silva Thomé¹

¹ Universidade do Extremo Sul
Catarinense – UNESC

Criciúma – Santa Catarina - Brasil

E-mail:
ism@unescc.net

O estudo tem como objetivo identificar a opinião dos acadêmicos de graduação da Universidade em relação ao transtorno e o portador de transtorno mental. A pesquisa é quantitativa e descritiva, realizada em uma Universidade do Sul de Santa Catarina entre os meses de setembro e novembro de 2009. Para o alcance do objetivo elaborou-se como instrumento um questionário estruturado com perguntas fechadas, que foi aplicado aos que concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A amostra foi constituída de 353 acadêmicos, divididos entre os cursos de graduação (bacharelados) e entre suas respectivas fases, com média de dois acadêmicos por fase do curso. A organização dos dados foi feita a partir da condensação em planilha Excel, com posterior apresentação em gráficos. Ocorreram diversas opiniões, destacando acadêmicos com visão inclusiva dos portadores de transtorno mental, quando 208 (59%) afirmam que nem sempre os portadores de TM são agressivos e possuem direito ao trabalho. Porém, há um percentual de 7% (24) voltado para a exclusão social, acreditando que o lugar do portador de transtorno mental é o hospital psiquiátrico, e 190 alunos (54%) acham que o portador de TM pode ser perigoso, dependendo do transtorno que possui. Pode-se concluir que há significativa relação entre as vivências do acadêmico e sua percepção do transtorno mental.

Palavras-chave: Transtornos Mentais; Opinião Pública; Estudantes.

Abstract

The study aims to identify the views of graduation students at the University in relation to the disorder and to the mental disorder patients. The research is descriptive and quantitative held in a University of Southern Santa Catarina between September and November 2009. In order to reach the goal, a structured questionnaire with closed questions was developed as an instrument, which was applied to those who freely and with acknowledgement agreed and signed a consent term. The sample consisted of 353 students, divided in bachelor graduation courses, and their respective phases, with an average of two (2) students per phase of the course. The organization of the data was made from the condensation into an Excel spreadsheet with later presentation graphics. There were different opinions, highlighting students with inclusive vision of people with mental disorder, when 208 (59%) say that the people with TM (Mental Disorder)* are not always aggressive and that they have the right to work. However, there is a percentage of 7% (24) with the opinion of social

exclusion, believing that the place of the mentally ill people is the psychiatric hospital and 190 students (54%) believe that the person with TM (Mental Disorder) can be dangerous, depending on the disorder they have. It can be concluded that there is significant relationship between the academic background and their perception of mental disorder.

Key words: Mental Disorders, Public Opinion, Students.

Introdução

A sociedade tem uma visão distorcida em relação à pessoa com transtorno mental (TM), pois a discrimina e exclui do meio social, acarretando situações de abandono, reclusão, injustiça e violência, percebidas em sua trajetória histórica. Expressões como doença mental, distúrbio mental, loucura, sofrimento psíquico, alienação e outros ainda são empregados por alguns autores como definição, reforçando o paradigma psiquiátrico.

Analisando o sofrimento como algo comum a todos os indivíduos, acredita-se na possibilidade de maior entendimento e aceitação social. No entanto, este é um processo lento, construído a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, que busca mudanças na assistência ao portador de TM, tendo, entre suas propostas, a rede de cuidados na comunidade e essencialmente a mudança de olhar profissional e social para o transtorno e seu portador.

O termo sofrimento mental, de acordo com Brant e Gomes¹, tem sido utilizado a partir de pressupostos da Reforma Psiquiátrica no sentido de promover maior aceitação ou inclusão social. A mudança de termos pode não ser suficiente, mas estimula a reflexão e mudança de olhar para o portador de transtorno mental. O poder de certas palavras é embutido por aspectos sócio-histórico-culturais e a trajetória histórica das pessoas acometidas de algum transtorno é permeada de mitos, preconceitos e muita exclusão.

Existem diversas visões sobre o transtorno mental, cada época caracterizando um olhar hegemônico, com abordagens e tratamentos diferenciados, portanto, o transtorno mental em sua história é essencial para possibilitar a desnaturalização das concepções existentes, acompanhando as transformações. O enfoque mitológico predominou na época de Homero, na antiguidade e foi até o período da tragédia grega. Na época o transtorno não era visto como doença, mas como acidente de percurso, como uma desordem ou transgressão cultural, que não precisava de cura e não tinha estigma².

Um marco para as mudanças no atendimento ao portador de transtorno mental foi Franco Basaglia, na Itália. Em 1961, enquanto dirigia um hospital psiquiátrico na cidade de Gorizia, iniciou com ideias de mudança no tratamento, voltado para a reinserção social. Acreditava na necessidade de lutar contra a violência e exclusão existentes nos manicômios, repercutindo em movimentos estudantis e de sindicatos de trabalhadores a favor da extinção dos manicômios³.

Em 1971, a cidade de Trieste organizou um projeto de desconstrução da assistência, visando à valorização da dimensão afetiva na relação terapêutica, estimulando trocas sociais. E em 1973 criou a Lei 180 ou Basaglia (aprovada só em 1978), visando à extinção do controle institucional sobre a loucura³.

A psiquiatria no Brasil até 1947 se caracterizou por quatro períodos: 1º período (1500 a 1817), em que a loucura não era considerada uma doença e não havia uma preocupação com esta problemática; 2º período (1817 a 1852), quando a loucura passou a ser percebida e tratada como doença em função da organização urbana com a vinda da família real ao Brasil em 1808, e o 3º período (1852 a 1890) era conhecido como a era de ouro de asilos, a partir daí ocorreram mudanças nos tratamentos aos doentes mentais, estes passaram a ser recolhidos das ruas e não ficavam mais transitando, sendo restritos aos hospícios⁴.

O primeiro hospital psiquiátrico se estabeleceu em 1852 no Rio de Janeiro, chamado Pedro II, isolando todos os que fossem considerados desviantes na sociedade⁵. E mais adiante, entre 1901 e 1902, foi inaugurado em São Paulo o hospício dirigido por Franco da Rocha, o Juqueri. Neste, o “louco” era recolhido por ser considerado perigoso para a sociedade⁶.

Em todo país o tratamento da loucura seguiu tradições históricas de exclusão e rejeição dos indivíduos, sendo a base de tratamento o isolamento, a vigilância e disciplina até o século XIX. O Brasil adotou modelos europeus, oferecendo tratamento centrado no isolamento e repressão dos internos, que eram considerados alienados⁵.

A história da saúde mental catarinense iniciou bem antes da criação do HCS, com o Asilo de Azambuja em Brusque, dirigido e atendido pelas freiras desde 1910, e com o hospício do Dr. Schneider, de Joinville. Após ser inaugurado, o HCS recebeu pessoas portadoras de transtorno mental das duas cidades juntamente com as religiosas. Os anos 1950 ficaram marcados como o período de psiquiatrização da saúde mental, os psicofármacos substituíram os serviços prestados pelas religiosas, e assumiu a direção do HCS o psiquiatra Dr. Antonio Santaella³.

Atualmente o HCS é chamado de Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPQ-SC), tendo por objetivo tratar e reabilitar o portador de transtorno mental. A instituição vem se modernizando na tentativa de adequar as propostas assistenciais à saúde mental, de forma a prestar assistência digna, capaz de manter a integridade física e emocional de seus clientes, evitando o hospitalismo e combatendo a institucionalização⁴.

A Política Nacional de Saúde Mental do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporânea da eclosão do movimento sanitário, nos anos 70, com mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, em favor da saúde coletiva. Embora contemporâneo à Reforma Sanitária, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita por mudanças e pela superação da violência asilar⁷.

O ano de 1978 deu início efetivo à mobilização social pelos direitos dos portadores de transtorno mental em nosso país com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores, familiares, sindicalistas e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Em 1987 foi adotado o lema Por uma sociedade sem

manicômios. Nesse mesmo ano foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, surgindo ainda em 1987 o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo⁷.

A criação do CAPS no Brasil na década de 1980 passou a receber um financiamento do Ministério da Saúde. A partir de 2002 esses serviços expandiram, prestando serviços diários aos portadores com transtornos mentais severos e persistentes, acompanhamento clínico visando à reinserção social das pessoas através do acesso ao lazer, trabalho e o fortalecimento com seus familiares e comunidade⁸.

No ano de 1989 deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propôs a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção dos manicômios no país. Em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado foi aprovada, no entanto ocorreu modificação importante no texto normativo, surgindo assim a Lei Federal 10.216/2001, que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços comunitários⁷.

Com a Portaria 106/2000 surgem as Residências Terapêuticas, como parte do Programa de Redução de Leitos Hospitalares de Longa Permanência. O objetivo destas é abrigar os egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e sem suporte social e laços familiares, para reabilitação psicossocial. Um programa de incentivo à inserção ou reinserção social intitulado De Volta para Casa foi criado em julho de 2003 de acordo com a lei 10.708/2001. Tal apoio é oferecido após avaliação de portador de TM e familiar sobre condições de convivência pós-alta⁹.

Com o tempo surgiram os Serviços Alternativos ou substitutivos de Saúde Mental. Entre eles está o CAPS, local em que a arte é utilizada como terapia, por meio de expressão e de ressocialização da pessoa que se encontra em processo de transtorno mental na sociedade. Através de atividades terapêuticas expressivas e oficinas, os profissionais expandem no cotidiano o uso da arte no processo de cuidar, engendrando novas possibilidades existenciais para o sujeito¹⁰.

Os CAPS são diferenciados pela capacidade, porte e clientela atendida, assim esses serviços são classificados como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil) e CAPSad (álcool e outras drogas). Outro serviço substitutivo é o Hospital Dia (HD), existente no Brasil desde 1960, mas que só em 1992 passaram a ter possibilidade de atendimento à saúde mental, sendo então estabelecidas diretrizes para o credenciamento dos serviços e o ressarcimento das internações por meio de portaria do Ministério da Saúde.

No ano 2000 o Ministério da Saúde atesta a existência da Portaria GM/MS nº106, de 11 de fevereiro, que criou os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, dentro do Sistema Único de Saúde, para o atendimento aos portadores de transtornos mentais¹¹.

Além dos CAPS, outros serviços substitutivos, como Hospital Dia, Pensão Protegida, Residências terapêuticas e assistência na saúde primária, oportunizam aos portadores de transtorno mental realizar o tratamento em nível ambulatorial, mantendo o convívio com seus familiares e sociedade. Nas

situações de crise ou surto, o portador de transtorno mental pode ser encaminhado para alguns destes serviços, de acordo com a necessidade.

Ações de saúde mental na atenção básica estão sendo desenvolvidas e incentivadas através do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) desde 2008, podendo ser organizadas com equipes de profissionais de saúde mental. As ações são de matriciamento, para potencializar as ESF, estabelecendo vínculos e acolhimento nesta área.

Vários são os profissionais que prestam assistência direta ou indireta aos portadores de transtorno mental e seus familiares, assim justifica-se a importância de conhecer a concepção de acadêmicos de diversas áreas, não só da saúde, que constituem também a ótica social. A experiência de vida, o discurso sobre saúde e doença, o conhecimento sobre o campo da saúde mental durante a graduação colaboram na formação de opinião, que pode ser tanto para a inclusão quanto para exclusão social. A partir do exposto acima, verificou-se a necessidade de identificar a opinião de acadêmicos da Universidade do Extremo Sul Catarinense em relação ao transtorno e portador de transtorno.

Materiais e Métodos

Tratou-se de uma pesquisa quantitativa de caráter descritivo, com população proposta calculada através da fórmula de Barbeta¹² entre os 25 cursos de graduação com bacharelado. A amostragem foi aleatória simples, tendo como meta inicial 381 acadêmicos, no entanto, ocorreram algumas dificuldades durante a pesquisa, como encontrar estudantes disponíveis nas salas de aula e a não-devolução de questionários ao se afastarem do local para preenchê-los, totalizando ao final 353 acadêmicos.

Foram entregues em média 16 questionários por curso divididos entre as fases, totalizando a média de dois alunos por fase, sendo realizado no período entre os meses de setembro e novembro de 2009. Nesse período estavam matriculados 8.136 acadêmicos distribuídos entre os 25 cursos.

Os participantes do estudo foram abordados nos corredores em frente às salas de aula, antes do horário letivo ou durante intervalos de aula, e convidados para responder o questionário em local disponível e confortável para esta leitura. Antes de responderem, receberam todas as informações que se referem ao propósito da pesquisa, bem como seus direitos enquanto participantes.

A amostra foi obtida por demanda espontânea, sendo inclusos no estudo todos os indivíduos, homens e mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, regularmente matriculados em um dos cursos de bacharelado da UNESC. O indivíduo que aceitou participar preencheu um Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

O instrumento foi elaborado com 22 questões fechadas, com uma opção para resposta escolhida pelo informante. Para identificar o perfil dos participantes foram feitas perguntas sobre aspectos de interesse na pesquisa, quanto a gênero, idade, fase e curso de graduação, além de conhecimento do tema saúde mental a partir do seu curso. Outras questões abordaram situações e características comportamentais relacionadas ao transtorno mental no

sentido de compreender a opinião do acadêmico sobre o tema. Todos os dados foram coletados com a presença do pesquisador em campo, para que este aspecto não interferisse nos resultados finais do estudo.

Para a análise e interpretação dos dados foram utilizados os recursos de planilha Excel, agrupando as informações e apresentando posteriormente os resultados em gráficos.

O projeto foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da UNESC, sob o protocolo 155/2009. A partir da aprovação, foi solicitado autorização em todas as Unidades Acadêmicas (UNAs) para realização do estudo com acadêmicos dos diversos cursos, respeitando todos os preceitos éticos descritos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos.

Resultados e Discussão

O estudo envolveu 353 acadêmicos de ambos os sexos, oriundos da UNESC, no município de Criciúma-SC. O total de alunos entrevistados nos cursos por UNAs foi: UNACET (Ciências, Engenharias e Tecnologia): 71 acadêmicos; UNACSA (Ciências Sociais Aplicadas): 83 acadêmicos; UNAHCE (Humanidades, Ciências e Educação): 98 acadêmicos e UNASAU (Ciências da Saúde): 101 acadêmicos.

Desta amostra 72% são do sexo feminino e 28% do sexo masculino. A maior prevalência do sexo feminino é confirmada pelos registros de alunos matriculados na universidade no 2º semestre de 2009, que atualmente são de 8.935 acadêmicos, sendo 59,3% do sexo feminino e 40,6% do sexo masculino. Em relação à faixa etária, 47% dos participantes estão entre 18 e 25 anos, 35% entre 26 e 35 anos, 16% entre 36 e 45 anos e 2% acima de 45 anos.

Ao serem questionados sobre a existência de conteúdos relacionados ao tema saúde mental em sua matriz curricular, 61% afirmam não ter conteúdos que abordam o tema em seu curso, 31% possuem conteúdos que abordam e 8% não sabem informar.

A importância dada ao tema saúde está relacionada à proximidade da área de atuação profissional. Acreditamos que os cursos de graduação precisam inserir em sua grade curricular assuntos que abordam o tema saúde mental, pois qualquer profissional não está isento do contato ao longo da vida com o portador de transtorno mental, seja pessoal, familiar ou necessidade de lidar com o transtorno na sua atividade profissional. Ao discutir ou aproximar este conhecimento na graduação, pressupõe-se que o acadêmico estará mais apto a lidar com as adversidades.

Este pressuposto é confirmado na pesquisa de Garcia¹³, quando a mudança de olhar de acadêmicos de Fisioterapia para o portador de transtorno mental foi evidente após terem esta vivência através do estágio curricular. Cita a quebra de preconceitos e estereótipos negativos, antes concebidos socioculturalmente.

Outra pesquisa realizada com estudantes universitários de Pernambuco descreve a possível contribuição do conhecimento para a visão menos estigmatizante dos alunos, porém os resultados não foram conclusivos,

apontando várias respostas com opiniões de conteúdo preconceituoso e sem diferença entre acadêmicos com experiência clínica ou sem experiência. Há crença de ausência de sofrimento no portador de TM, de incurabilidade e falta de confiança para oferecer emprego a um portador de TM com percentual significativo entre os estudantes¹⁴.

Neste estudo, ao questionar sobre a tarefa do cuidado familiar, 52% responderam que às vezes é uma tarefa sofrida para a família cuidar do portador de TM; 21% concordam que seja uma tarefa sofrida para a família, 20% discordam e 7% não sabem. Segundo dados da OMS, citado em Breda e Augusto¹⁵, um doente mental na família é uma grande sobrecarga. O grande movimento de limitação de vagas em hospitais psiquiátricos e a crescente inserção do doente mental na comunidade é uma nova realidade mundial. Se por um lado essa realidade torna a visão integrada e de inclusão na cidadania, por outro exerce um grande fator de pressão familiar.

Observa-se que 47% discordam que cuidar do portador de TM seja uma tarefa sofrida para o profissional, 22% responderam que nem sempre, 17% concordam que é uma tarefa sofrida e 14% não sabem. Comparando-se as respostas sobre os familiares com as dos profissionais de saúde, conclui-se que, na opinião dos acadêmicos, para a família esta tarefa é mais sofrida. Por isso é importante o investimento do gestor público em saúde em serviço especializado em nível ambulatorial na modalidade CAPS para o suporte à família e usuário.

Quanto à pessoa que faz uso de álcool e/ou outras drogas psicoativas, 67% relataram não ser portador de transtorno mental, 11% concordam, 16% responderam nem sempre e 6% não sabem. Pesquisas recentes mostram e evidenciam a dependência crescente e cada vez mais precoce de álcool e de drogas entre os jovens brasileiros, acarretando TM, perda da produtividade, mortes prematuras e gastos substanciais com tratamento¹⁵.

Ao questionar sobre a possibilidade do portador de TM viver fora do hospital psiquiátrico, 72% afirmam que sim, 21% não sabem e 7% relataram que estes não podem viver fora do hospital psiquiátrico. Este dado chama atenção para a aceitação social da maioria e da não-caracterização do sujeito institucionalizado, podendo ser decorrente do conhecimento da política de saúde mental ou do próprio convívio na sociedade ou familiar com o portador de transtorno mental e seus encaminhamentos. No entanto, não podemos desconsiderar o percentual de entrevistados que afirmaram o contrário, a não-possibilidade do convívio social (7%), e dos que não souberam se manifestar (21%). Este número transportado ou comparado socialmente representa manifestações de exclusão em relação ao portador de transtorno mental.

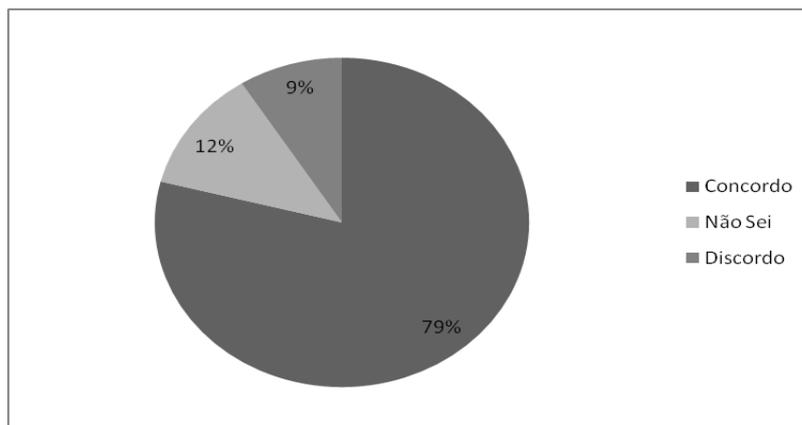


Figura 1 - Internação em hospital psiquiátrico para os casos de agressão ou descontrole emocional. Criciúma-SC, 2009.

A figura 1 mostra que 79% concordam que a internação deve ocorrer para os casos de agressão ou descontrole emocional, 12% não sabem e 9% discordam que a internação seja apenas nesses casos. A questão da agressividade e descontrole de uma pessoa portadora de TM pode reportar para uma cena de perigo ou ameaça social. Neste caso, os entrevistados afirmaram que a internação é indicada, porém, é preciso refletir sobre este comportamento frente a situações diárias, sua intensidade e frequência, se representa perigo real para o portador de TM ou outros e a possibilidade de tratamento extra-hospitalar. Grande parte das internações ocorre por agressividade ou descontrole, que acontece de diversas maneiras, com ameaças à família e outras pessoas, agressões verbalmente ou fisicamente, destruição de objetos. Neste caso, representando risco de vida para si ou outros há necessidade de internação.

Interessante estudo sobre opinião de ministros religiosos pode ser destacado como reflexão sobre a formação de opiniões na sociedade, e segundo a autora o contexto das religiões pode ser ao mesmo tempo acolhedor e excludente. Acolhedor quando a pessoa é confortada e voltada para a fé em Deus e excludente ao relacionar o fenômeno do TM com coisas ruins e demoníacas, afastando-se de Deus e sua representação da bondade¹⁶. O destaque para o campo religioso deve ser valorizado devido à busca de tratamento pelos familiares que é observado nesta área, que pode ser a força ou o desmoroamento do tratamento iniciado pelos portadores de TM. A rede social é marco fundamental para a assistência e construção do conhecimento.

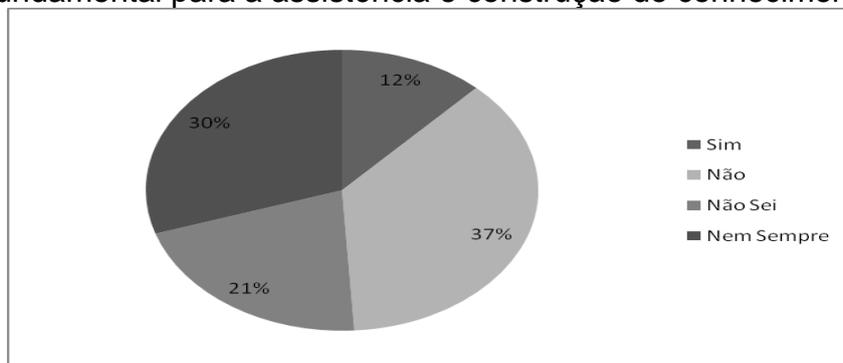


Figura 2 - Nervosismo é sinal de transtorno mental. Criciúma-SC, 2009.

Na figura 2, 37% acham que nervosismo não é sinal de TM, 30% nem sempre classificam nervosismo como transtorno, 21% não sabem e 12% dizem que nervosismo é sinal de transtorno.

Para Silva e Viana¹⁷, “Nervosismo é excitabilidade exagerada”. Isso mostra que grande parte da população manifesta de alguma forma o “nervosismo”, que não significa necessariamente que ele possa estar apresentando um transtorno mental. As pessoas podem ficar nervosas diante de sensações desagradáveis como dores muito fortes, lembranças do passado, situações de perigo e preocupações na família, entre outras.

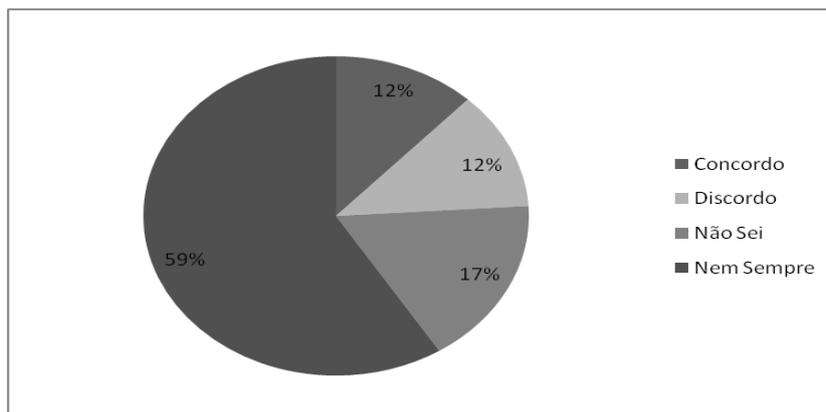


Figura 3 - Portador de transtorno mental é agressivo. Criciúma-SC, 2009.

Na figura 3, 59% acham que nem sempre os portadores de TM são agressivos, 17% dizem que não sabem, 12% concordam e 12% discordam. A sociedade precisa contribuir com o olhar não rotulado para os portadores de TM como pessoas agressivas, violentas, e começar a reconhecer como pessoas portadoras de algum sofrimento psíquico, cidadãs que possuem direitos e em situações de crise podem apresentar descontrole emocional e dependendo do TM podem manifestar agitação, agressividade, tristeza, ideias suicidas, euforia e outros. É preciso respeitar o sujeito e suas características individuais, sem discriminá-lo. A estigmatização é o maior obstáculo para sua reintegração social.

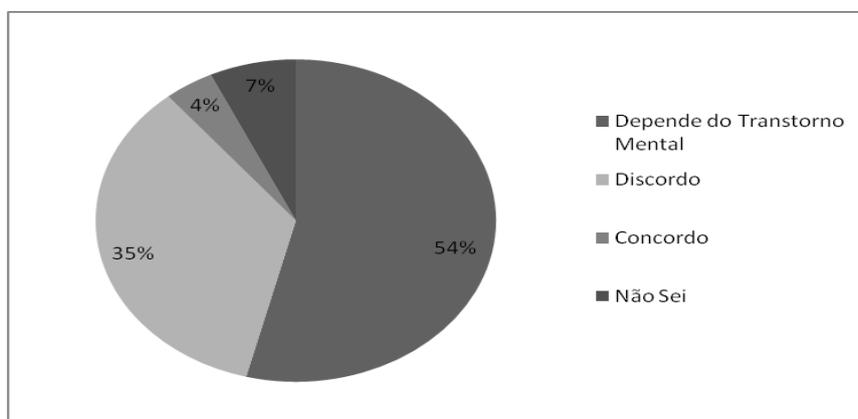


Figura 4 - O portador de transtorno mental está cada vez mais perigoso. Criciúma-SC, 2009.

Observa-se na figura 4 que 54% acham que o portador de TM pode ser perigoso, dependendo do transtorno que possui, 35% discordam que os portadores estejam cada dia mais perigosos, 7% não sabem e 4% concordam que o portador de TM está cada dia mais perigoso. Esta resposta surpreende diante das anteriores, quando os entrevistados pareciam manifestar aceitação e compreensão sobre o transtorno e portador de TM. A figura demonstra que mesmo ao longo da história as pessoas acreditam e vislumbram os portadores de transtorno como pessoas violentas, perigosas, de difícil convivência.

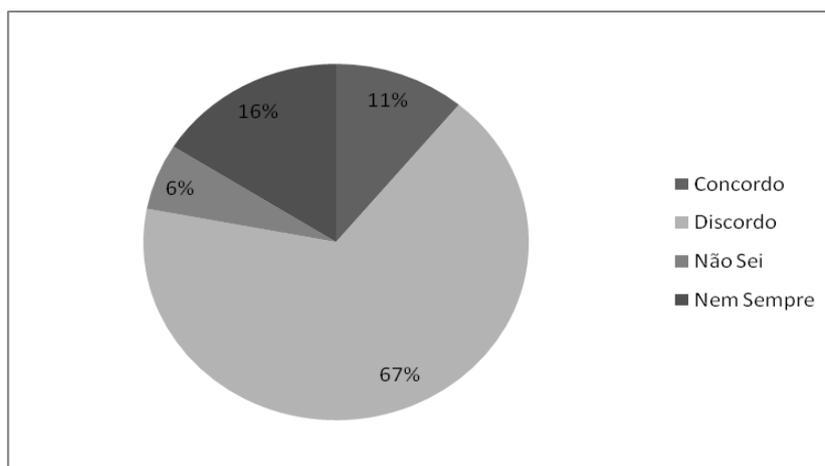


Figura 5 - Portador de transtorno mental considerado uma pessoa inútil. Criciúma-SC, 2009.

Na figura 5, 67% discordam que o portador de TM seja inútil, 16% dizem que nem sempre são inúteis, 11% concordam e 6% não sabem. O maior percentual de entrevistados parece compreender que o sujeito portador de TM é um cidadão, com suas capacidades e singularidades, e assim garantem a ruptura contra o preconceito. Outro percentual, embora menor e significativo (11%), carece de informação ou mudança de concepção, por ainda manter enraizada a ideia de inutilidade como rotulação social.

Conclusão

A pesquisa desenvolvida possibilitou identificar opinião positiva dos acadêmicos sobre o transtorno mental e portador de transtorno mental, por apresentar algumas respostas voltadas para a inclusão social. Esta mudança de olhar pode ser uma resposta diante dos trabalhos existentes e das políticas de saúde mental.

Porém, houve respostas que mostraram a dificuldade de aceitação e a discriminação ainda existente. Como exemplo, ao serem questionados sobre o tratamento no convívio familiar. Estas respostas em menor percentual, mas que refletem ideias de exclusão social, merecem atenção pela necessidade de um trabalho de sensibilização e que pode ser realizado no meio acadêmico, coligado aos serviços de saúde pública.

Imprescindível registrar que a terminologia utilizada para referenciar o portador de transtorno mental ainda não é o mais importante, se comparado ao olhar

discriminatório e exclusivo. A realidade que precisa ser mudada começa por todos, sejam profissionais, familiares ou comunidade.

Referências

1. Brant LC, Gómez CM. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Cien Saude Colet*. 2004; 9 (1): 213-23.
2. Medeiros IS. Mitos, estigmas e superações na concepção de sofrimento psíquico: estudo do curso de Enfermagem da UNESC – SC [dissertação]. [Criciúma]: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2007. 177 p.
3. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995.
4. Costa E, organizadora. Manual de enfermagem psiquiátrica: gerenciamento e cuidado. Florianópolis: IPQ/SC; 2005.
5. Portocarrero V. Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Coleção Loucura & Civilização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
6. Miranda CL. O Parentesco Imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. São Paulo: Editora Cortez; 1994.
7. Ministério da Saúde - Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas/ 2005. [Citado 2009 nov 22]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>
8. Mello MF, Mello AAF, Kohn R. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Editora Artmed; 2007.
9. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. [citado 2009 Dez 01] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.
10. Tavares CM, Sobral VRS. Avaliação das práticas de cuidar envolvendo arte no âmbito do centro de atenção psicossocial. *Rev Mineira de Enfermagem*. 2005; 9(2): 121- 5.
11. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM. Dispõe sobre as modalidades e funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial segundo porte, complexidade e abrangência populacional. Brasil 2002.
12. BARBETTA, PA. Estatísticas aplicadas às ciências sociais. Florianópolis: Editora UFSC; 1994.
13. Garcia AB. O estágio curricular como instrumento modificador da imagem da doença mental entre estudantes de fisioterapia: um relato de experiência. [Dissertação]. [Itajaí]: Universidade do Vale do Itajaí; 2008. 90p.
14. Ishiy L, Silva LLS, Bastos Filho OC. Pesquisa de Opinião de Universitários da Universidade de Pernambuco/UFPE sobre Doença Mental. *Neurobiologia*. 2008; 71:1-2.
15. Breda MZ, Augusto LGS. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Cien Saúde Coletiva*. 2001; 6 (2): 25-35.
16. Gussi MA. Representação social de ministros religiosos cristãos sobre a doença mental. [Tese]. [Brasília]: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2008. 161p.
17. Silva CRL, Viana DL. Compacto dicionário ilustrado de saúde. São Paulo: Editora Yendis; 2007.

Colaboradores:

PETERS, SS e MEDEIROS, IS foram responsáveis pelo planejamento do estudo, execução e análise/interpretação dos dados, bem como a confecção do artigo. CORREIA, SM e THOMÉ, IPS contribuíram neste processo através de revisão crítica do projeto e redação do artigo.

Endereço para correspondência

Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul
Catarinense – UNESC- Curso de Enfermagem.
Rua Quintino Búrigo, 260, Bairro Jardim Angélica
Criciúma- SC.
CEP 88804-760 -

Recebido em 01/04/2010
Aprovado em 13/03/2012