

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS NATURAIS E EXATAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM  
CIÊNCIAS: QUÍMICA DA VIDA E SAÚDE**

**A CONCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE ENSINO  
MÉDIO A RESPEITO DE TEMAS EM SAÚDE MENTAL**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Aline Rosana Giardin**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2011**

**A CONCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE ENSINO MÉDIO A  
RESPEITO DE TEMAS EM SAÚDE MENTAL**

**por:**

**Aline Rosana Giardin**

**Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Educação em  
Ciências: Química da Vida e Saúde da Universidade Federal de  
Santa Maria (UFSM, RS), como exigência parcial para obtenção de  
grau de Mestre em Educação em Ciências**

Orientador (a): Prof<sup>a</sup> Maria Rosa Chitolina Schetinger

Santa Maria, RS, Brasil

2011

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências Naturais e Exatas  
Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências:  
Química da Vida e Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de  
Mestrado

**A CONCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE ENSINO MÉDIO A RESPEITO  
DE TEMAS EM SAÚDE MENTAL**

elaborada por:  
**Aline Rosana Giardin**

**Como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em  
Educação em Ciências**

**Comissão Examinadora**

---

**Dr<sup>a</sup> Maria Rosa Chitolina Schetinger- UFSM  
(Presidente/Orientadora)**

---

**Dr. Luiz Fernando Freire Royes - UFSM**

---

**Dr. Vanderlei Folmer – UNIPAMPA**

Santa Maria, 8 de Abril de 2011.

*Dedico esta dissertação ao meu irmão, Romero.*

## AGRADECIMENTOS

*A minha incansável orientadora Maria Rosa Chitolina Schetinger, pela compreensão, paciência e sabedoria que tratou de minha pesquisa, assim como esteve do meu lado e me deu apoio em momentos extremamente difíceis ao longo desses dois anos.*

*A minha amiga e colega Luciane Oleques que foi indispensável, desde o início, sempre me ensinando caminhos a percorrer nos estudos e na vida.*

*Ao professor Luiz Fernando Royes, por ter aberto as portas de seu laboratório e assim, me ajudando a encontrar meu caminho como pesquisadora.*

*Ao Professor Vanderlei Folmer, que sempre apoiou minhas “difíceis escolhas” e me deu dicas valiosas para pensar e repensar meu trabalho, e minha vida.*

*A minha amiga e colega Virginia Rossato, que me acolheu em sua casa, em um momento difícil de minha vida, me dando casa, comida, amizade e conhecimento.*

*A colega Márcia Righi, pelos esclarecimentos, informações, ajudas indispensáveis e principalmente pela sua paciência e serenidade.*

*Ao Professor João Batista, que sempre me recebeu muito bem, e ouviu o que eu tinha a falar, em muitos momentos de dúvidas.*

*Aos meus pais, que mesmo discordando de muitas de minhas escolhas, aprenderam a me respeitar e a acolher minha idéias.*

A CAPES pela concessão de bolsa de estudo durante o curso.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, **OBRIGADO.**

“ Não me pergunte quem eu sou, e não me peça para permanecer o mesmo.”

Michel Foucault

## **RESUMO**

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências:  
Química da Vida e Saúde

### **A CONCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE ENSINO MÉDIO A RESPEITO DE TEMAS EM SAÚDE MENTAL**

AUTORA: Aline Rosana Giardin

ORIENTADORA: Maria Rosa Chitolina Schetinger

Data e Local da defesa: Santa Maria, 8 de abril de 2011

Esta pesquisa tem caráter investigativo e objetiva analisar as concepções de estudantes do ensino médio a respeito de temas em saúde mental e pretende ser um instrumento para a discussão e criação de um programa básico de saúde mental nas escolas. Foram aplicados questionários anônimos, quantitativos para 156 estudantes do ensino médio do CTISM (Colégio Técnico Industrial de Santa Maria) na cidade de Santa Maria, RS. Constatamos que: 1) 28 alunos relacionam o tema “saúde mental” com hospitais psiquiátricos e manicômios; 2) 28 alunos possuem familiares com doenças mentais; 3) 76 alunos acreditam que o doente mental pode ter uma vida saudável se tratado adequadamente; 4) a depressão, a esquizofrenia e o transtorno bipolar foram as doenças mais citadas; 5) 84 alunos convivem com doente mental, mas não tem conhecimento da doença; 6) 123 alunos nunca obtiveram esclarecimentos a respeito de doenças mentais na escola e 135 achariam importante um programa básico de saúde mental nas escolas. Essa visão pode estar vinculada à educação reducionista ainda presente nas escolas e à falta de integração entre profissionais de saúde, professores de ciências e estudantes e a todo um processo de estigmatização que interfere nas interações e nas representações acerca da doença e dos doentes mentais na sociedade

**Palavras chave:** Saúde mental, escolas, doença mental, concepção.

## **ABSTRACT**

Dissertation of Master's degree  
Program of Masters degree in Education in Sciences:  
Chemistry of the Life and Health

### **The conception of high school students about mental health issues**

AUTHOR: Aline Rosana Giardin

ADVISOR: Maria Rosa Chitolina Schetinger

Date and location of defense: Santa Maria, April 8, 2011.

In this paper we analyze the conceptions of high school students about mental health issues, and discuss the creation of mental basic health programs in schools. We base our findings in a quantitative survey carried out by us with 156 high school students of CTISM (*Colégio Técnico Industrial de Santa Maria*) school, located in Santa Maria city, Brazil. We have find that: (a) 28 students relate the subject “mental health” with psychiatric hospitals and lunatic asylums; (b) 28 students have relatives affected by mental diseases; (c) 76 students believe that mental patients, if treated, can live a healthy life; (d) depression, schizophrenia and bipolar disorder are the most cited diseases; (e) 84 students have contact with mental patients, but know nothing about the disease; (f) 123 students have never been instructed about mental diseases while in the school; and (g) 135 students think that a mental health program would be important in the school. We argue that these numbers reflects a vision on mental health that can be related to the reductionist education still present in schools and to the lack of integration between health professionals, sciences teachers and students. Furthermore, this vision can be also related to a stigmatization process, which interferes with the interactions and with the representations regarding mental disorders and mental patients in society.

Keywords: Mental health, schools, mental illness, conception.

## LISTA DE GRÁFICOS

- GRAFICO 1** – Referente á pergunta “Que idéia tens, a respeito do tema saúde mental?” ..... 37
- GRAFICO 2** – Referente á pergunta “ Você conhece alguém com problemas mentais?” ..... 38
- GRAFICO 3** – Referente á pergunta “ De quais doenças, tens um conhecimento razoável?” ..... 39
- GRAFICO 4** – Referente á pergunta “Alguém de seu convívio sofre de alguma dessas doenças?” ..... 39
- GRAFICO 5** – Referente á pergunta “Você acredita que um doente mental pode levar uma vida saudável e normal?” ..... 40
- GRAFICO 6** – Referente á pergunta “Você já obteve esclarecimentos a respeito de doenças mentais na escola?”...,41
- GRAFICO 7** – Referente á pergunta “Você acharia importante um programa de saúde mental nas escolas?” ..... 42

## **LISTA DE ANEXOS**

<b>ANEXO 1</b>	Questionário.....	56
<b>ANEXO 2</b>	Termo de confidencialidade.....	58
<b>ANEXO 3</b>	Termo de consentimento livre e esclarecido....	59
<b>ANEXO 4</b>	Termo aos pais.....	61
<b>ANEXO 5</b>	Carta de aprovação do Comitê de Ética da UFSM	

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>8</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS.....</b>	<b>9</b>
<b>LISTA DE ANEXOS.....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO 1 - REFERENCIAL TEÓRICO</b>	
1.1 Breve histórico da “loucura”.....	16
1.1.1 O Estigma e o preconceito.....	22
1.2 Conceito de saúde mental.....	20
1.2.2 Saúde mental e a escola.....	23
1.2.2.1 Teoria da representação social e as concepções.....	28
<b>Metodologia e Resultados.....</b>	<b>32</b>
<b>Artigo Científico.....</b>	<b>32</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>46</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>49</b>

## INTRODUÇÃO

O termo “Saúde Mental” é utilizado pelo senso comum frequentemente de forma despreocupada no nosso cotidiano, no entanto, é um termo de difícil definição. A OMS (1948), definiu saúde como: “(...) um estado de completo bem-estar físico, mental, e social e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, evidenciando assim que estes três componentes estão interligados e são indissociáveis, comprovando a importância de estes estarem em simbiose para que se atinja o mais alto nível de bem estar. O ser humano tem assim a percepção de saúde, e mais concretamente de bem-estar mental um pouco abstrata e imprecisa, levando conseqüentemente a uma difícil definição entre o que é normal e o que é patológico (COTOVIO, 2002).

Como a distinção de normalidade e anormalidade é dúbia e oscilante, a sociedade não sabe muito bem como encarar a doença mental e por estar tão perto de nós, há um distanciamento do doente mental, sendo este considerado como “louco” contribuindo para a sua segregação e formação de mitos. Isto foi precisamente o que ocorreu ao longo dos séculos desde os tempos mais primitivos (MARQUES e colaboradores, 1997).

Taylor (1992) refere que, em grande parte, os comportamentos que definem a saúde e a doença mental estão relacionados com a cultura. O desvio da cultura vigente e do que é socialmente aceito irá provocar a rotulação do grupo que não apresenta um comportamento igual ao do grupo socialmente dominante.

O doente mental, fruto da sua diferença é muitas vezes alvo de estereótipos e preconceitos negativos e discriminação que lhe limitam a integração na sociedade. Isso mesmo nos refere Cotovio (2002) “O direito que qualquer doente tem em ser compreendido, aceite, integrado e reabilitado na sua família e na sua comunidade é anulado perante os fantasmas da sociedade, em face da doença mental”. Como diz Silva Pereira (1993), “As noções de corpo, doença, saúde são construídas social e culturalmente, devendo o antropólogo buscar o seu sentido junto das pessoas que as utilizam, como único meio de poder entender quais as estratégias sociais nos processos de manutenção e recuperação da saúde”.

A saúde, doença e cura são, portanto, constructos sociais que não podem ser estudados de forma isolada, isto é, não podemos compreender as reações à doença, morte ou outros infortúnios sem compreender o tipo de cultura que determinados povos foram assimilando ao longo de gerações.

Como refere Quartilho (2001), “ a perspectiva do doente tem muito a ver com a sua experiência subjetiva, com as suas interpretações particulares sobre a origem e o significado dos sintomas, no contexto da sua vida social”. Sabemos que o conceito de doença mental tem evoluído ao longo da história e varia de cultura para cultura, trabalhos antropológicos, impulsionados a partir de Darwin na década de 30 demonstraram a diferença radical de várias culturas e põem em causa o conceito de normalidade como algo universal e imutável. Deste modo a OMS revela no seu Relatório de 2001, todo ele dedicado à Saúde Mental, que tanto as sociedades ditas “primitivas” como as “desenvolvidas” não escapam à doença mental. A doença mental atravessa assim, todos os grupos, raças, nacionalismos; é independente do modelo sócio-econômico e enfrenta-se com medos, ignorância e inevitavelmente o mesmo estigma, discriminação e exclusão.

Foucault (1972), na sua obra “A história da loucura”, e outros autores que compartilham com sua visão, expõem que a estigmatização do louco prevaleceu ao longo dos tempos e levou a uma exclusão social desses. Bader (2002) afirma que o processo de naturalização da exclusão social, representada pela aceitação do próprio excluído e da sociedade, gera uma atmosfera social de conformismo, compreendendo a condição de exclusão como fatalidade. Para Wanderley (2002) o processo de exclusão, embora atingindo o sujeito e sua subjetividade, não pode ser visto como um processo individual de culpabilização do sujeito, mas, numa perspectiva mais ampla, envolvendo as várias formas de relações econômicas, sociais, culturais e políticas da sociedade. Ela inclui não apenas a pobreza, mas também a discriminação, a subalternidade, a não-equidade, a não-acessibilidade e a não-representação pública.

No campo da saúde mental, os conceitos de adoecimento psíquico e os itinerários terapêuticos são construções culturais que cumprem a função de responder ao complexo processo que é lidar com a desordem que acompanha a loucura. No Brasil, a reestruturação da atenção em saúde mental, preconizada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, tem como alicerce a desinstitucionalização, que propõe o

desafio da convivência da razão com a desrazão e através da qual se espera o estabelecimento de uma nova lógica do espaço social, passando a vigorar novos conceitos e normas que subvertem as tradições ideológicas éticas e estéticas. Esse processo é regulamentado pela lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), pela qual a assistência em saúde mental é legalmente reformada em toda a sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certos números de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade. (FOUCAULT, 2003).

Nesse sentido, Geertz (1989) nos informa que mudanças culturais não ocorrem em perfeita sinergia, mas através de movimentos desarticulados, necessitando de um acúmulo desses movimentos para inscrever efetivamente uma mudança direcional da interpretação das experiências.

Partindo das premissas apresentadas sobre as concepções a respeito de temas em saúde mental, desenvolvemos nosso estudo com o intuito de elucidar as dificuldades que permeiam a compreensão de temas, que se relacionam a saúde mental. Nesta perspectiva, evidenciamos o problema da nossa investigação o qual está alicerçado na pergunta: " Qual a concepção de alunos do ensino medio,a respeito de temas em saúde mental?"

Considerando-se a relevância deste estudo e as suas possíveis contribuições para a educação de um modo geral, buscou-se, quais as concepções sobre a doença mental e sobre temas relacionados que os alunos possuíam. Objetivou-se também, que a partir da conscientização de suas noções equivocadas o aluno possa refletir sobre o tema e traçar, junto com os professores, um novo caminho de aprendizagem compatível com a realidade social.

Esta dissertação está estruturada em capítulos, excetuando-se a introdução e Conclusão.

No primeiro capítulo apresentamos o Referencial Teórico fundamentado na literatura que embasou o estudo. Na primeira parte contextualizamos o tema, seus significados ao longo da história. A segunda parte compreende conceito de saúde mental e seus estigmas e preconceitos, o papel da escola nesse contexto e o porquê deste tema ser tão conflituoso no ensino. No segundo capítulo, apresentamos a metodologia e o resultado compreendendo respectivamente, o caminho percorrido

pela pesquisa onde a pesquisa quantitativa é o fio condutor da coleta e análise dos dados que contribuíram para o entendimento do contexto estudado. E por fim, apresentamos a conclusão e as perspectivas para o ensino escolar. As referências desta dissertação contêm citações que aparecem na introdução, referencial teórico e Conclusão.

## **CAPITULO 1 - REFERENCIAL TEÓRICO**

### **1.1 Breve histórico da “Loucura”.**

Historicamente é no século XIX que a loucura recebeu seu status de doença mental. Até esse momento, os loucos eram confundidos com outras vítimas da segregação. Isto ocorria em hospitais gerais porque eram espaços indiscriminados, voltados para o abrigo dos diversos desvalidos (OSINAGA, 1999).

Já Freud, fez uma crítica ao asilo e colocou o homem no centro da atenção psiquiátrica fazendo a história dos sintomas e do homem, o que resultou na psicanálise. No século XX, foram significativas as contribuições trazidas pela neuropsiquiatria (OSINAGA, 1999).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil inicia-se na década de 70, com denúncias de maus tratos e violências aos doentes, falta de recursos e más condições de trabalho. Tem caráter autenticamente democrático e social, pois busca os direitos do doente enquanto ser humano, defende sua cidadania e novas formas de tratamento. Luta por mudanças de hábitos, por mudanças culturais, por tecnologias e por uma nova ética na assistência ao doente mental. O Movimento muda a concepção da doença mental, que junto com a institucionalização, contribuem para o estereótipo do doente mental; assim, a reforma coloca um novo olhar à psiquiatria, o de saúde mental. E, então, com essa nova concepção, houve a criação de novos modelos de atendimento, como serviços básicos, comunidades terapêuticas, entre outros (AMARANTE, 1995).

A doença mental foi percebida e interpretada de formas muito diversas ao longo da História; durante muito tempo explicada através de paradigmas pré-científicos, metafísicos e mágico-religiosos.

Desde os tempos primitivos, o doente mental tem sido alvo de discriminação, desconfiança e medo por parte da sociedade que o rodeia. COTOVIO (2002), exemplifica isso mesmo “O medo que temos da perda de controle, que leve à incapacidade de gerir o nosso mundo interno e as relações com o mundo exterior contribui para os mitos da “loucura””.

Nos diversos períodos históricos o conceito de doença mental sofreu mutações conforme a cultura se modificou, assim como se alteram os porta-vozes legitimados pelo Estado que discutiam a procedência e a evolução das doenças mentais (BARBOSA & RODRIGUES,2006). As opiniões relativas sobre a doença e saúde mental modificam na medida em que mudam as relações entre as instituições como a sociedade e com os doentes mentais. Na idade média, por exemplo, o doente mental, considerado louco, era internado nos manicômios. Tempos depois, foram abertos novos caminhos para estudos e debates sobre o lugar e o tratamento oferecido ao doente mental.

Assim, surge Franco Basaglia e a proposta de eliminação do manicômio, conforme mostra PEREIRA (2001). Sabemos que o conceito de doença mental tem evoluído ao longo da história e varia de cultura para cultura. Discutir a problemática social do sofrimento psíquico significa percorrer um caminho longo até se chegar à concepção contemporânea de saúde mental. Desde o gesto de Pinel (1773) de desacorrentar os loucos para se pensar ‘meios diferentes’, que consistissem numa prática mais humana e terapêutica, tem-se a primeira demonstração de preocupação em relação as pessoas com sofrimento psíquico.

Até meados do século XVIII na Europa, sobretudo na França, encontravam-se os chamados hospitais gerais, um espaço destinado a receber as pessoas desprovidas do direito de conviver na cidade ou em sociedade. Esses espaços se configuravam como locais de exclusão e segregação social, pois confinavam aqueles que, de alguma forma, ameaçavam ou envergonhavam a sociedade em consequência das suas doenças contagiosas, dos seus surtos ou possessões, das suas incapacidades físicas, juntamente com os criminosos, as prostitutas, os idosos, os pecadores e todos aqueles que a sociedade rejeitava, que a ela não mais serviam (FOUCAULT, 1979). Nesses hospitais gerais não havia uma prática médica ou terapêutica, essas pessoas eram confinadas nesses locais distantes da cidade para morrerem e receberem os últimos sacramentos. As pessoas que cuidavam desses doentes ou excluídos eram religiosos ou leigos que buscavam com esse “esforço” a salvação da sua própria alma. A partir dos ideais permeados pela Revolução Francesa – movimento que se desdobrou no século XVIII – o direito à igualdade, liberdade e fraternidade para todos os cidadãos foi instituído; os recolhimentos arbitrários dos diversos grupos desviantes foram questionados; e o direito à cidadania exigia que se

regularizasse a situação dos enclausurados nos chamados hospitais gerais: aos criminosos, um processo; aos idosos, um asilo de cuidados; a quem merecesse, a liberdade (TENÓRIO, 2001). O 'louco', considerado desprovido de razão, era incapaz de discernimento quanto ao contrato social, portanto persistia a necessidade social de sua reclusão, justamente por sua incapacidade de cumprir e respeitar o contrato social.

Sendo assim, os grupos que habitavam os hospitais gerais foram restituídos à liberdade ou encaminhados às devidas destinações. Desse modo, os loucos passaram a ocupar isoladamente o espaço de reclusão – o hospício – constituindo assim o objeto da psiquiatria: a doença mental. Tenório (2001) argumenta que foi o hospício que inventou a psiquiatria, e não o psiquiatra que inventou o hospício. Desde então, se negou à 'loucura' o direito de cidadania, de liberdade e a possibilidade de conviver em sociedade, já que as pessoas acometidas de tal transtorno consistiam em uma ameaça ao convívio social, em virtude da sua violência, agressividade, possessão, além de serem desprovidos de inteligência e razão.

A anti-psiquiatria questiona a psiquiatria, a ordem social e a familiar. A loucura é considerada um fato social, político, e até mesmo uma experiência positiva de libertação – uma reação ao desequilíbrio familiar – não sendo mais considerada um estado patológico. O louco passa a ser visto como uma vítima da alienação geral, um porta-voz dos problemas sociais (AMARANTE, 2001).

Após aproximadamente 30 anos da promulgação da primeira Constituição do Brasil, sob a influência da psiquiatria francesa, em 1852, se elabora a primeira legislação que trata da questão do doente mental. Inicia-se com isso uma política de tutela e segregação cuja proteção estava assegurada sob a concepção de que o doente mental poderia representar dificuldades para a vida em sociedade. Com esse fim, nesse mesmo ano, se constrói a primeira instituição pública para doentes mentais, o Hospital D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Durante a primeira república o estado já intervinha bastante nas questões relativas ao doente mental, com a criação do Serviço de Assistência Médica aos Alienados, e a legislação do Código Civil de 1916 e da Lei de 1919, cujos artigos previam o total controle desse grupo denominado "loucos de todo gênero", e prejudiciais ao conjunto da população. A partir de 1930, com a concepção do direito para o cidadão profissional, a situação para o doente

mental se complica, pois lhe é retirado o direito ao trabalho, o seu direito de encontrar novas formas de vida, impedindo-o de exercer na sociedade a sua condição de cidadão. Para contrastar os efeitos nocivos dessa nova concepção, em 1934 se cria uma Lei que imputa ao Estado, assistência e proteção à pessoa e aos bens do psicopata, toxicômanos e alcoólatras e amplia a ação federal com a criação da Divisão de Assistência ao Doente Mental.

É importante assinalar, que hoje no Brasil, em termos de legislação para o doente mental, emanam do Código Civil as determinações que definem quem é totalmente incapaz diante da sociedade e cabe a CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas, demarcar a incapacidade para o trabalho. Do ponto de vista internacional, a ONU aprovou no início da segunda metade da década de 60, dois documentos relacionados com os pactos dos direitos humanos. O direito à saúde e à saúde mental aparece no documento que trata dos aspectos econômicos, sociais e culturais, sob a recomendação de que haja uma retribuição justa pelo trabalho, sua organização em condições socialmente dignificantes, e a sua realização em condições de higiene e segurança. Além disso, as recomendações da Organização Mundial de Saúde são para garantir trabalho e tratamento a alguns subgrupos de doentes mentais, especialmente os alcoólatras.

No Brasil, é só na década de 1970 que se vai registrar uma mudança digna de nota nessa questão de assistência ao doente mental: a primeira, é a inclusão do setor privado para o atendimento ao doente mental, e a forma majoritária como os serviços contratados passam a ocorrer com este setor, que já vê nesse grupo social um importante instrumento de lucro, e a segunda, é a reforma psiquiátrica brasileira a partir dos movimentos dos trabalhadores de saúde mental. A partir da década de 1980, com a implantação do Programa de Saúde Mental em São Paulo, se imprime uma nova concepção às instituições, exigindo delas uma visão transdisciplinar e com isto a absorção do psicanalista, reconhecido desde já como de atuação relevante. Como supervisores de equipe, os psicanalistas podem colocar nessas instituições as questões de sua prática, e o seu próprio discurso em favor dos que dele necessitem. O avanço do discurso da ciência e o conseqüente aparecimento de um novo fenômeno mundial, para uns, curto-circuito da civilização, e para outros, sintoma da subjetividade contemporânea, desponta em todos os setores da sociedade e exige reflexão e participação transdisciplinar. No Brasil, apesar da

especificidade na recepção de teorias desenvolvidas na Europa e do desenvolvimento tardio do alienismo, a atuação psiquiátrica esteve de acordo com o projeto de construção da nação e de manutenção da ordem social (MACHADO, 1978).

## **1.2 O conceito de saúde mental**

O conceito de saúde mental deve envolver o homem no seu todo biopsicossocial, o contexto social em que está inserido assim como a fase de desenvolvimento em que se encontra. Neste sentido, podemos considerar a saúde mental como um equilíbrio dinâmico que resulta da interação do indivíduo com os seus vários ecossistemas: O seu meio interno e externo; as suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares (FONSECA, 1985).

Numa abordagem à influência de fatores sociais na saúde mental, foi referido que a saúde mental deixou de ser a ausência de doença, problemas mentais e psíquicos, mas sim a percepção e consciência dos mesmos, e a possibilidade pessoal e/ou coletiva de os solucionar, de os modificar, de intervir sobre eles (URIBE VASCO, 1994).

A saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. Os avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostraram que, como muitas doenças físicas, as perturbações mentais e comportamentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (MARQUEZ, 1997).

Com o avanço da revolução molecular, os investigadores estão a adquirir a capacidade de observar o trabalho do cérebro humano vivo e pensante e de ver e compreender porque, às vezes, funciona pior do que poderia funcionar. Os avanços futuros trarão uma compreensão mais completa de como o cérebro está relacionado com formas complexas de funcionamento mental e comportamental (ALLI, 1987).

A saúde mental é tão importante como a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países. Não obstante, só uma pequena minoria dos 450 milhões de pessoas que apresentam perturbações mentais e comportamentais está a receber tratamento. Avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostraram que, como muitas doenças físicas, estas

perturbações resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Embora ainda haja muito por aprender, já temos os conhecimentos e as capacidades necessários para reduzir o peso que as perturbações mentais e comportamentais representam em todo o mundo.

**- Problemas de saúde mental mais freqüentes:**

Ansiedade

Mal-estar psicológico ou stress continuado

Depressão

Dependência de álcool e outras drogas

Perturbações psicóticas, como a esquizofrenia

Atraso mental

Demências

Estima-se que em cada 100 pessoas 30 sofram, ou venham a sofrer, num ou noutro momento da vida, de problemas de saúde mental e que cerca de 12 tenham uma doença mental grave.

A depressão é a doença mental mais frequente, sendo uma causa importante de incapacidade. Em cada 100 pessoas, aproximadamente, 1 sofre de esquizofrenia (COUTINHO,1995).

**Quem pode ser afetado:**

Ao longo da vida, todos nós podemos ser afetados por problemas de saúde mental, de maior ou menor gravidade. Algumas fases, como a entrada na escola, a adolescência, a menopausa e o envelhecimento, ou acontecimentos e dificuldades, tais como a perda de familiar próximo, o divórcio, o desemprego, a reforma e a pobreza podem ser causa de perturbações da saúde mental. Fatores genéticos, infecciosos ou traumáticos podem também estar na origem de doenças mentais graves. Os indivíduos afetados por problemas de saúde mental são cidadãos de pleno direito. Não deverão ser excluídos do resto da sociedade, mas antes apoiados no sentido da sua plena integração na família, na escola, nos locais de trabalho e na comunidade.

Assim, a escola deverá promover a integração das crianças com este tipo de perturbações no ensino regular. Também, deverão ser criadas mais oportunidades no mundo do trabalho para as pessoas portadoras de doença mental, bem como o envolvimento das famílias nos cuidados e na reabilitação destas pessoas é reconhecido como fator chave no sucesso do tratamento.

### **1.1.1 O Estigma e o preconceito:**

Entre os seres vivos, é o ser humano o único que ocupa todas as áreas habitáveis do planeta, o único capaz de simbolizar, o único a fazer cultura, ou seja, o único capaz de transformar-se, de provocar mudanças no seu meio físico e social e transmitir essa cultura, enfim, o único capaz de criar. Dentro das várias características que o distinguem dos outros animais, penso também ser o Homem o único que traz em si a potencialidade da “loucura”.

A doença mental atravessa assim, todos os grupos, raças, nacionalismos; é independente do modelo sócio-econômico e enfrenta-se com medos, ignorância e inevitavelmente o mesmo estigma, discriminação e exclusão. O estigma relacionado com a doença mental provém do medo do desconhecido, dum conjunto de falsas crenças que origina a falta de conhecimento e compreensão. Ele isola o indivíduo em relação aos outros, como se fosse uma pessoa marcada pelo passado de doença. As relações sociais ficam muitas vezes prejudicadas, como se o doente fosse um ser à parte, objeto, por isso, de uma discriminação. A estigmatização da loucura faz com que o doente perca a sua cidadania, sofra preconceitos e seja segregado da sociedade (.CANGUILHEM,1990).

A história da doença mental, ou loucura, é relatada desde os primórdios da civilização, onde a pessoa considerada anormal era abandonada à sua própria sorte, para morrer de fome ou por ataque de animais (Rodrigues, 2001). No século XVIII, Pinel (1773), trouxe um entendimento novo sobre o adoecimento mental que passou a ser considerado como um distúrbio do sistema nervoso, e então, recebeu a denominação de doença que precisava ser estudada. Porém, manteve-se a estratégia de exclusão e isolamento do doente e acreditava-se que esse era um tratamento necessário ao doente mental, porque tinha-se a concepção de que a

família e a sociedade eram estímulos negativos, associava-se a uma causa física, fatores psicológicos e sociais eram desconsiderados (Pereira, 1998).

A atitude social de um indivíduo ou grupo em relação a determinado objeto comporta três componentes: a) o cognitivo (crenças e crenças sobre o objeto), b) o afetivo (carga afetiva pró ou contra o objeto) e c) o comportamental (as ações e reações endereçadas ao objeto). A articulação entre os três permite a definição do conceito de atitude: “Uma organização duradoura de crenças e crenças em geral, dotada de uma carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, que predispõe a uma ação coerente com as crenças e afetos relativos a este objeto” (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2002, 97-101). Considerando esses componentes, temos uma atitude preconceituosa quando, em relação a determinado objeto social, se observa crenças estereotipadas, um afeto negativo e um comportamento discriminatório. Formalizando, diríamos que um preconceito é “uma atitude ou comportamento negativo direcionado a indivíduos ou grupos, baseados num julgamento prévio que é mantido mesmo diante de fatos que o contradigam” (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2002).

E, considerando que a saúde mental também é um processo sócio-cultural, sendo o preconceito um fator que efetivamente a compromete, temos um campo de investigação necessário à definição de ações promotoras da saúde.

Quem enuncia tal discurso está, alienadamente, reproduzindo uma ideologia, pois tais atribuições, estereotipadas e afetivamente negativas, servem a perpetuação de uma relação de discriminação com fins de dominação: “O conceito crítico de ideologia desmistifica a possível neutralidade do processo cognitivo, mostrando-o como mediação nas relações de dominação e exploração sócio-econômica”.

### **1.1.2- A Saúde mental e a escola**

Os homens são seres históricos e encontram na educação um fazer permanente, que é uma manifestação exclusivamente humana. Neste sentido, educar é construir, é libertar o homem do determinismo, passando a reconhecer o papel da história, na qual a questão da identidade cultural é essencial à prática pedagógica (FREIRE; SHOR, 1986).

Neste sentido, o papel da educação inclusiva assume, a cada dia, importância maior dentro da perspectiva de atender às crescentes exigências de uma sociedade em processo de renovação e de busca incessante da democracia, que só será alcançada quando todas as pessoas, indiscriminadamente, tiverem acesso à informação, ao conhecimento e aos meios necessários para a formação de sua plena cidadania. Contudo, como o discurso democrático nem sempre corresponde à prática das intenções humanas, alguns segmentos da comunidade permanecem à margem, discriminados, exigindo ordenamentos sociais específicos, que lhes garantam o exercício dos direitos e deveres. As pessoas portadoras de deficiência e de condutas típicas estão nesse caso (COTOVIO,2002).

É importante reconhecer o princípio da igualdade de oportunidades de educação para todos, inclusive para os portadores de necessidades especiais. E, também, que o professor saiba lidar com a educação dos alunos que apresentem algum tipo de distúrbio mental e/ou comportamental, para que, com atendimento especializado possam superar seus problemas e se destacar na vida escolar ou mesmo na vida social. O melhor critério para se aferir o padrão de qualidade de uma sociedade é avaliar a forma como ela trata as crianças, os velhos e os doentes mentais (NICK, 1998).

A escola é neste momento, o agente fundamental que cada vez ocupa mais tempo na vida do Homem, ganhando cada vez mais peso na formação sociocultural do indivíduo. A sua frequência vai promover, nas crianças e adolescentes, o desenvolvimento das competências sociais, pois é aqui que ela mais interage, quer com os colegas, quer com os técnicos educativos e assume regras e normas. É sem dúvida, o reflexo do sistema social quer ao nível dos valores e ideologias dominantes na sociedade. Depois da família, a escola integra e amplia a educação dada pelos pais ou encarregados de educação. A escola assume, portanto, um papel decisivo na formação do sujeito (BADER,2002).

Os determinantes sociais em saúde têm estado no centro deste debate. (Adler,1999). São caracterizados pelos fatores sociais, políticos, econômicos e culturais que afetam crenças, comportamento, biologia, ocasionam problemas de saúde (Buss, 2007),a e estão presentes antes mesmo do nascimento de uma pessoa. Por exemplo, baixo estrato socioeconômico familiar e precário nível de escolaridade dos pais são determinantes sociais que influenciam negativamente na

saúde infantil (ALLI,1987). Em relação aos problemas mentais infantis, estima-se que 10% a 20% das crianças no mundo apresentem um transtorno psiquiátrico, o que o coloca entre as cinco principais causas de doença acima de cinco anos de idade (Bird,1996), Apesar do conhecimento sobre taxas, etiologia e tratamento da psicopatologia infantil ter avançado muito nos últimos anos no cenário internacional, no Brasil há escassez de estudos. Dentre os problemas de comportamento mais estudados estão os problemas emocionais (por exemplo, depressão e ansiedade), os comportamentais (a exemplo da agressividade) e as dificuldades de atenção (Bordin,2009).

Esses problemas de saúde mental estão intimamente à capacidade de lidar e responder à demanda do mundo externo, à sua competência social.

A saúde mental na interface entre as áreas educação e saúde a partir da consideração de que a saúde mental é um campo em que se trabalha intensiva e obrigatoriamente com a interdisciplinaridade e com a intersetorialidade, mas, sobretudo, trabalha-se com a intersubjetividade que precede toda e qualquer discussão no espaço relacional da escola (Merleau Ponty). Na literatura, são recorrentes as problematizações do espaço escolar a partir de um discurso concreto e polarizado. Atribuindo-lhe a visão romântica, abusa-se das elucubrações sobre o espaço escolar visto como um lugar de superação dos preconceitos, de respeito ao sofrimento psíquico, de relações vinculares saudáveis. Por outro lado, no entanto, assume a pecha de ser um lugar de risco à saúde, um tablado de violências, de ausências de limites, de negação das emoções, de gritos silenciosos de dor e outros. É preciso superar essa visão dicotômica da escola para que se possa tomá-la como instituição inteira, sistêmica, capaz de expressar as diferenças humanas no palco da diversidade. Para MERLEAU PONTY (1945), o homem não existe como consciência fechada em si mesmo, ele existe em relação ao mundo e no mundo das relações é que se (re)conhece. É um ser-em-situação em pleno exercício da liberdade (mas nunca totalmente livre) pisando o solo de um mundo inacabado. A constante tensão ser-mundo mantém inabalável transformação do ser humano e do mundo, num movimento incansável, sem fim.

Esse movimento permanente tece a espessura do ser humano: "Eu sou o meu corpo, sou espaço, sou tempo, sou lugar, sou linguagem, sou gesto". Um ser que vive experiências numa realidade concreta. Nesta realidade, neste mundo externo

que habita, sua universalidade encontra a universalidade do outro, que a limita (LEPARGNEUR,2001).

É preciso conhecer o outro e para tanto retomar a máxima Socrática de conhecer, a si mesmo (a partir do outro). Esta é a tarefa humana mais exigente, rigorosa e fascinante da trajetória existencial. Para Rezende (1993), na escola são ensaiados os primeiros passos dessa caminhada rumo a um estado de consciência autêntica do ser humano e das (con)seqüências de seus atos porque, diante das circunstâncias factíveis da realidade concreta, ela permite a percepção de nossa própria singularidade e finitude, nos permite perceber nossa relação frente à aceitação passiva ou à luta contra qualquer ideologia ou preconceito, nos engaja a um projeto existencial cujo significado está fundado na intencionalidade de nossa própria consciência (QUARTILHO,2001).

Nessa perspectiva, o diálogo condensado no espaço escolar é uma oportunidade para que o ser humano, imerso no processo de socialização, se abra para que não se torne apenas um mero (re)produtor de um discurso fincado nas forças econômicas, sociais e históricas que legitimam diálogos tortos e aniquiladores da diversidade humana. A escola é o espaço das possibilidades humanas, da reciprocidade e da co-existência. Por meio do ato educativo é possível ao educador um agir no sentido de construir uma relação que se institua como um poderoso instrumento gerador de sentido para a vida de cada um e todos que dialogam na comunidade escolar. ( MILLER,1997).

Assim, recuperando a idéia de superação dicotômica do espaço escolar é importante, também, romper com a rede de culpabilidade que se estabelece frente aos problemas evidenciados em âmbito escolar. Pais culpam professores, que culpam alunos, que culpam o sistema de ensino. Este processo se dá às avessas do que entendemos ser uma rede dialógica de co-responsabilidades e de co-existência frente as dificuldades de toda e qualquer ordem, seja cognitiva, de gênero, credo, raça, enfim, dificuldades que se apresentem ou não no percurso do diálogo humano rumo à constituição do ser autêntico (Rezende,1993).

A obra educativa, contexto desse ensaio, deve oportunizar o desenvolvimento psíquico saudável e ser capaz de ofertar apoio à criança, ao adolescente e ao jovem integrando-o e acolhendo-o no mundo escolar por meio da atenção a diferentes instâncias facilitadoras do processo de socialização: confiança, autonomia, iniciativa

empatia e auto-estima. Nesse sentido, os educadores são agentes fundamentais na promoção de saúde mental. Em âmbito concreto, a eles cabe oportunizar esse espaço do ser-diferente, respeitando o desenvolvimento psíquico do estudante. Essa é uma tarefa complexa e uma responsabilidade que deve ser compartilhada. Apesar dos enormes avanços percebidos na direção do respeito à diversidade e ao ser-diferente, existe, ainda, um espaço de conquista: favorecer as relações mais efetivas em prol da promoção da saúde mental no contexto escolar (PEREIRA,2003). O claro entendimento estabelecido pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB/96) do caráter do Ensino Médio como etapa final da Educação Básica, complementando o aprendizado iniciado no Ensino Fundamental, foi um primeiro referencial sobre o qual se desenvolveu a presente proposta de área. Os objetivos educacionais do Ensino Médio, já sinalizados por subsídio produzido pela SEMTEC/MEC e encaminhado para a Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação, foram interpretados e detalhados por Resolução recente (01/06/98). Esses subsídios e essa Resolução estabeleceram um segundo importante referencial. Tais referenciais já direcionam e organizam o aprendizado, no Ensino Médio, das Ciências da Natureza, Matemática e suas Tecnologias, no sentido de se produzir um conhecimento efetivo, de significado próprio, não somente propedêutico. De certa forma, também organizam o aprendizado de suas disciplinas, ao manifestarem a busca de interdisciplinaridade e contextualização e ao detalharem, entre os objetivos educacionais amplos desse nível de ensino, uma série de competências humanas relacionadas a conhecimentos matemáticos e científico-tecnológicos. Referenda-se uma visão do Ensino Médio de caráter amplo, de forma que os aspectos e conteúdos tecnológicos associados ao aprendizado científico e matemático sejam parte essencial da formação cidadã de sentido universal e não somente de sentido profissionalizante. No sentido desses referenciais, este documento procura apresentar, na seção sobre O Sentido do aprendizado na área, uma proposta para o Ensino Médio que, sem ser profissionalizante, efetivamente propicie um aprendizado útil à vida e ao trabalho, no qual as informações, o conhecimento, as competências, as habilidades e os valores desenvolvidos sejam instrumentos reais de percepção, satisfação, interpretação, julgamento, atuação, desenvolvimento pessoal ou de aprendizado permanente, evitando tópicos cujos sentidos só possam ser compreendidos em outra etapa de

escolaridade. A recomendação de contextualização serve, dessa forma, a esses mesmos propósitos. Essa seção é aberta com um texto introdutório, de caráter mais geral, que apresenta sinteticamente os objetivos educacionais da área, revelando como estes se realizam em direta associação com os objetivos explícitos das outras duas áreas nas quais se organiza o Ensino Médio. Ainda nessa seção está o cerne conceitual deste documento, ou seja, a série de proposições correspondentes aos aprendizados de Biologia, de Física, Química e Matemática, dedicadas a aprofundar a descrição das competências específicas a serem desenvolvidas pelas disciplinas, explicitando também de que forma as tecnologias a elas associadas podem ou devem ser tratadas. Como fecho da seção, apresenta-se uma síntese das competências centrais a serem promovidas no âmbito de cada disciplina. Também nessa síntese, vê-se a clara interface com as demais áreas do conhecimento. (FREIRE,1986).

#### **1.1.1.1 A Teoria da representação social e as concepções.**

Ao procurarmos compreender a concepção sobre temas em saúde mental por estudantes, é necessário destacar a importância da teoria da representação social. Moscovici (1978) aponta que foi Durkheim quem inicialmente utilizou a expressão “representação coletiva” para designar o que é específico do pensamento social em relação ao pensamento individual. A noção, até então delegada ao campo de estudo da psicologia social, é ampliada por Moscovic (1978) em sua vertente psicanalítica, que conceitua a representação social como “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos”. Neste sentido, as representações sociais podem ser vistas como possibilidades de diminuição da angústia existencial, à medida que empresta um sentimento de familiaridade ao que era anteriormente desconhecido.

O autor destaca ainda a diferença entre considerar as representações sociais, em um processo dinâmico e relacional, como produção de comportamento e suas relações com o meio que o cerca e não somente como mera reprodução de comportamentos. Aiello-Vaisberg (1997), ao realizar estudos sobre representações sociais, cita a importância de autoras como Jodelet (1989), colaboradora de

Moscovici, ao sistematizar em sua obra diversas pesquisas sobre representação social no campo das ciências humanas, cita trabalhos, por exemplo, envolvendo temas como a representação social da Aids, da homossexualidade, do trabalho, etc. No entanto, Aiello-Vaisberg (1997) alerta que muitos dos dados colhidos não chegam de fato a colaborar de modo mais eficaz para que determinadas representações sejam de fato desconstruídas, possibilitando intervenções mais significativas.

Ainda para a autora, apoiada nos conceitos de Bleger (1977), "as representações sociais corresponderiam a um grupo particular de condutas, definidas por ocorrerem na área mental e em âmbito sociodinâmico, na medida em que correspondem a manifestações simbólicas de subjetividades grupais".

O termo "estar doente" ao invés de "ser doente", parece ser uma boa estratégia para não perder de vista o ser integral e a noção de processo que fundamenta as teorias humanistas. "Estar doente" lembra do cuidado para não deixar com que toda a vida gire em torno de um diagnóstico imutável, escondendo atrás deste, sentimentos naturais e desculpas para evitar os riscos do crescimento, bem como aspectos saudáveis da personalidade.

Embora transtornos mentais existam e certamente precisam de tratamento especializado, deve-se tomar cuidado para não utilizar o rótulo de doente a quem está apenas vivendo, pois a vida tem tudo isso: amor, tristeza, mau humor, agressividade, alegria, dor de saudade, ansiedade por um dia de prova, medo do perigo, insegurança, orgulho, inveja, ciúmes, vergonha, desejos, dúvidas, frustrações, expectativas,..A vida é um processo dinâmico, as pessoas mudam, o contexto muda. Quem é você hoje, aqui e agora? É o mesmo de ontem, de dez anos atrás, do ano passado?

### **O diagnóstico no senso comum:**

Atualmente, com a popularização dos nomes e conceitos dos transtornos mentais, como por exemplo, depressão, TOC, transtornos de humor, transtorno bipolar, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, dentre outros, novos fenômenos do comportamento surgem perante esta imensa quantidade de informações. Se por um lado estas informações ajudam a desmistificar a doença mental e a levar pessoas

em sofrimento ao tratamento adequado, por outro, rotulam e cronificam o problema, ou ainda provocam uma grande confusão entre sensações vitais normais e patologias mentais (BUSS,2007).

Este fenômeno pode ser visto sob a ótica das representações sociais de Moscovici (1978), que estudou a forma como os conhecimentos da psicanálise passaram a fazer parte do cotidiano do senso comum dos franceses, provocando mudanças tanto no comportamento da sociedade como na própria psicanálise. Nas últimas décadas este processo pode ser observado com quase todo conhecimento científico disponibilizado, inclusive com as questões diagnósticas em saúde mental. O senso comum desenvolve uma representação dos transtornos mentais e passa a utilizá-las no seu modo de vida. Embora muitas coisas tenham melhorado pela divulgação dos possíveis diagnósticos e tratamentos, houve também efeitos nocivos relativos aos seus excessos.

A socialização de grande número de informações a respeito de psicopatologias trouxe mudanças importantes no entendimento das depressões, alcoolismo e muitos outros diagnósticos, que anteriormente eram tratados como simples "má vontade". Durante um longo período, diversas pessoas sofreram estigma e maus tratos pela falta de compreensão de seus comportamentos, sendo até castigados por estarem doentes. As "doenças do pensamento" eram tidas como arbitrárias, diferentemente das doenças do corpo. A vida é repleta de fatos, afetos, situações diversas, momentos agradáveis e desagradáveis, e é preciso ter cuidado para não rotular todos os comportamentos com alguma doença mental. O exagero no uso destas informações diagnósticas tende a categorizar qualquer sensação desagradável em alguma patologia, levando a sociedade a buscar um ideal inexistente de saúde mental e equilíbrio. Sentir raiva, tristeza, ansiedade, medo, ciúmes, insegurança passam a ser atacados, como se fossem sintomas doentes. Muitas vezes a intensidade de sua expressão é desconsiderada na avaliação do senso comum e até por muitos profissionais que contribuem para esse fenômeno de medicalização da vida. (ILLICH,1975)

. Se um filho carece de limites e disciplina, a justificativa está no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. E assim poderiam ser citados inúmeros exemplos. Um outro fenômeno que pode ser observado é a reação das pessoas ao

tomarem contato com estas informações a respeito de um transtorno mental e que geralmente se traduzem em falas como:

“É isso que tenho, na verdade sou Bipolar!”

E em algumas semanas quando a mídia publica algo sobre TOC, a confusão está criada:

“ Não, na verdade o que tenho é esse tal de TOC”.

Outro fenômeno importante é o que se segue a essa categorização, muitas vezes exagerada. Uma vez "rotulada" de depressiva, hiperativa, obsessiva, ou outros diagnósticos propostos, estas características tendem a se realizar ou perpetuar. São geralmente rótulos com "colas" muito potentes! (MARQUES,1997).

Não é raro encontrar pessoas que um dia foram diagnosticadas como depressivas e essa se tornou sua "marca registrada" por muitos e muitos anos, como se fosse condenada a seguir assim para o resto da vida, jamais questionando ou observando quem ela é, além dos sintomas depressivos (RODRIGUES,2001) .

Com crianças é muito comum o fenômeno de realização daquilo que é projetado sobre ela. Crianças que ouvem o tempo todo que são agitadas, quietinhas, medrosas, tristes e sabe lá o que mais, acabam assumindo mesmo o papel que lhes é destinado. O impacto de um comentário repetitivo do tipo "coitada, ela tem depressão" pode ser devastador! Parece que a permanência deste tipo de rótulo está também cumprindo um papel, muitas vezes de proteção, de ajustamento criativo. O medo de enfrentar as dificuldades do processo vital, a dificuldade de definir limites com os filhos são apenas alguns exemplos de situações que ficam protegidas atrás do diagnóstico. Como se o fato de nominar o fenômeno fosse suficiente para encerrar o assunto (RODRIGUES 2001).

Observa-se, deste modo, como as informações a respeito de saúde mental podem tanto ajudar como atrapalhar a busca pela saúde. É necessário que profissionais das mais diversas áreas da saúde estejam atentos à representação da saúde mental de cada um de seus pacientes.

É importante frisar que a totalidade e a singularidade de cada pessoa incluem também sua estrutura psicológica, mas vai além dos sintomas que trazem sofrimento. Cada pessoa é um todo complexo e integrado, que se apresenta fenomenologicamente na interação com o terapeuta. De um lado alguém precisando auxílio e de outro um profissional com conhecimentos que serão utilizados neste

processo, não como regra rígida e autoritária, mas como compreensão e clarificação num caminho trilhado conjuntamente.

Esta reflexão buscou demonstrar a necessidade de equilíbrio e ponderação no uso do psicodiagnóstico, tanto no campo profissional quanto na mídia, assim como em substâncias químicas, onde a linha de separação entre o remédio e o veneno é dada pelo uso apropriado ou abusivo (REZENDE 1993).

## **CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA E RESULTADOS**

### **2.1 Caminho percorrido pela pesquisa**

A presente pesquisa possui caráter quantitativo. Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário anônimo e voluntário. Para a análise dos dados foram utilizados gráficos em “pizza” para melhor visualização dos resultados. Esta pesquisa foi submetida à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e somente foi executada após a aprovação, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

As seções Materiais, Métodos, Discussão dos resultados e Referencias, encontram-se no próprio artigo e representam a íntegra desta pesquisa.

### **2.2 Artigo Científico**

Os resultados da pesquisa estão na íntegra e apresentados na forma de um artigo intitulado “A concepção de estudantes de ensino médio á respeito de temas em saúde mental”.

## **A CONCEPÇÃO DE ALUNOS DO ENSINO MÉDIO ACERCA DE TEMAS EM SAÚDE MENTAL**

**Aline Rosana Giardin<sup>1</sup>, Maria Catarina Chitolina Zanini<sup>2</sup> e Maria Rosa Chitolina Schetinger<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Naturais e Exatas, Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais

e-mail:argiardin@gmail.com, zanini.ufsm@gmail.com, mariachitolina@gmail.com

## **RESUMO**

Esta pesquisa tem caráter investigativo e objetiva analisar as concepções de estudantes do ensino médio a respeito de temas em saúde mental e pretende ser um instrumento para a discussão e criação de um programa de saúde mental nas escolas. Foram aplicados questionários quantitativos para 156 estudantes do ensino médio do CTISM (Colégio Técnico Industrial de Santa Maria) na cidade de Santa Maria, RS. Constatamos que: 1) 28 alunos relacionam o tema “saúde mental” com hospitais psiquiátricos e manicômios; 2) 28 alunos possuem familiares com doenças mentais; 3) 76 alunos acreditam que o doente mental pode ter uma vida saudável se tratado; 4) a depressão, a esquizofrenia, e o transtorno bipolar foram as doenças mais citadas; 5) 84 alunos convivem com doente mental, mas não tem conhecimento da doença; 6) 123 alunos nunca obtiveram esclarecimentos a respeito de doenças mentais na escola e 135 achariam importante um programa de saúde mental nas escolas. Essa visão pode estar vinculada à educação reducionista ainda presente nas escolas e à falta de integração entre profissionais de saúde, professores de ciências e estudantes e a todo um processo de estigmatização que interfere nas interações e nas representações acerca da doença e dos doentes mentais na sociedade

**Palavras chave:** Saúde mental, escolas, doença mental, concepção.

## **Abstract**

In this paper we analyze the conceptions of high school students about mental disorders and discuss the creation of mental health programs in schools. We base

our findings in a qualitative-quantitative survey carried out by us with 156 high school students of CTISM (*Colégio Técnico Industrial de Santa Maria*) school, located in Santa Maria city, Brazil. We have find that: (a) 28 students relate the subject “mental health” with psychiatric hospitals and lunatic asylums; (b) 28 students have relatives affected by mental diseases; (c) 76 students believe that mental patients, if treated, can live a healthy life; (d) depression, schizophrenia and bipolar disorder are the most cited diseases; (e) 84 students have contact with mental patients, but know nothing about the disease; (f) 123 students have never been instructed about mental diseases while in the school; and (g) 135 students think that a mental health program would be important in the school. We argue that these numbers reflects a vision on mental health that can be related to the reductionist education still present in schools and to the lack of integration between health professionals, sciences teachers and students. Furthermore, this vision can be also related to a stigmatization process, which interferes with the interactions and with the representations regarding mental disorders and mental patients in society.

## **INTRODUÇÃO:**

Existem 500 milhões de pessoas no mundo que sofrem de algum tipo de distúrbio mental, o que dá origem a um índice de 40% das incapacidades para o trabalho e outras conseqüências para a pessoa, a família e a sociedade mais ampla (Mueser, 2002). Este grande número de indivíduos classificados desta forma se tornam, muitas vezes, inaptos para vivenciar situações interativas nas quais se percebam socialmente postos em desvantagem, o que dificulta, muitas vezes, inclusive, os diagnósticos e os tratamento para as mesmas.

As doenças mentais permanecem até hoje obscuras para a medicina, ou seja, não há “causa” que realmente explique esses distúrbios. Assim, não sendo compreendida como uma doença de causa conhecida, tem sua definição amparada por elementos culturais, históricos e sociais e não apenas por fatores biológicos e/ou psicológicos. Além do que os limites entre o normal e o patológico tendem a ser ditados coletivamente por meio de vários classificadores, o que, por vezes, cria rotulações (Becker,1977) e estereotipações para aqueles indivíduos que não se enquadram nos tipos normais ideais. Ou seja, para aqueles que extrapolam os limites de tolerância no convívio e regras sociais. Entre a figura do desviante e as diferentes rotulações que possa receber, há inúmeras relações de poder envolvidas, fato que não deve ser negligenciado no trato e estudo de doenças mentais.

Percebe-se que, muitas vezes, há a formação de concepções fragmentadas por parte dos estudantes do ensino médio. Esta fragmentação pode ocorrer por vários motivos, entre os quais estão a contextualização inadequada e ausência de

transversalidade na abordagem de alguns temas tratados em sala de aula. Neste contexto de falta de relativização e de um conhecimento mais amplo das diversidades humanas e sociais estão inseridas as concepções de doenças mentais. Tais concepções constituem um fenômeno complexo, permeado por condicionantes políticos, sociais e culturais, definindo um contexto psicossocial contraditório de significações, valores e práticas (Traverso,1999). Se todas as sociedades tendem a traçar, para si os limites entre o normal e o patológico, o que deve ser questionado, pelos cientistas, são os agentes classificadores, ou seja, por quais saberes especializados os indivíduos tendem a ser classificados e tratados de tal ou qual forma.

Historicamente, no mundo ocidental, é no século XIX, que a loucura recebeu seu *status* de doença mental. Até esse momento, os loucos eram confundidos com outras vítimas da segregação (Osinaga,1999). Para Foucault (1978), igualmente, não pode ser negligenciada toda a produção de saberes e poderes que interferiram nas classificações relativas à loucura no mundo ocidental. Além disso, em sociedades capitalistas, em que o louco e o doente mental tendem a ser considerados não potencialmente produtivos, os estigmas (Goffman, 1982) sobre os mesmos tendem a crescer.

As questões específicas da assistência em saúde mental estão relacionadas à organização do que se compreendia como sistema de saúde em geral e dessa forma, as condições de saúde da população se mantiveram atreladas aos fatores sócio-econômicos. Este processo, segundo Moura Neto (1990), tem elevado os índices de doenças físicas e mentais em todas as diferentes regiões do país, uma vez que o mundo do trabalho e as exigências do capitalismo sobre os indivíduos tendem a pressionar demasiadamente a capacidade humana de conviver sob pressão.

Hoje, sabe-se que a doença mental, explicada por causas biológicas, psicológicas e sociais, necessita de assistência adequada, com a finalidade de ressocialização do doente e apoio adequado para este e para sua família. A ressocialização ainda é difícil, pois a doença mental em alguns casos ainda é vista como transgressões de normas sociais, considerada uma desordem, não sendo tolerada e, portanto, gerando segregação e exclusão sociais.

É importante destacar que a prática em saúde mental constitui neste trabalho, nosso objeto; por isso entendemos que é partindo dela que a mudança de paradigmas se torna possível. Barros (1994), fundamenta que a reestruturação e reorganização da saúde mental, a própria rede institucional e, no caso, a escola, necessitam ser revolucionadas em sua estrutura e nas formas como abordam as diferenças individuais e coletivas.

Para Amarante (1995), a base e os fundamentos da transformação institucional estão na desconstrução a ser realizada nas tecnociências, nas ideologias e nas funções dos diversos campos de conhecimento.

O conceito de saúde mental deve envolver o homem no seu todo biopsicossocial, o contexto social em que está inserido, assim como a fase de desenvolvimento em que se encontra. Ou seja, deve ser observada como um fato social total (Mauss, 2001) Neste sentido, podemos considerar a saúde mental como um equilíbrio dinâmico que resulta da interação do indivíduo com os seus vários ecossistemas: o seu meio interno e externo; as suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares (Fonseca,1985). Além disso, não se pode negligenciar o poder do que Becker (1977) denomina de empresários morais, ou seja, aqueles indivíduos que detem socialmente o poder de classificar e/ou rotular aos demais. Sendo a doença mental um problema dialético entre o indivíduo e a sociedade, é no diálogo entre estas esferas que a ciência possa ser um instrumento questionador e favorecer o convívio entre diferentes.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

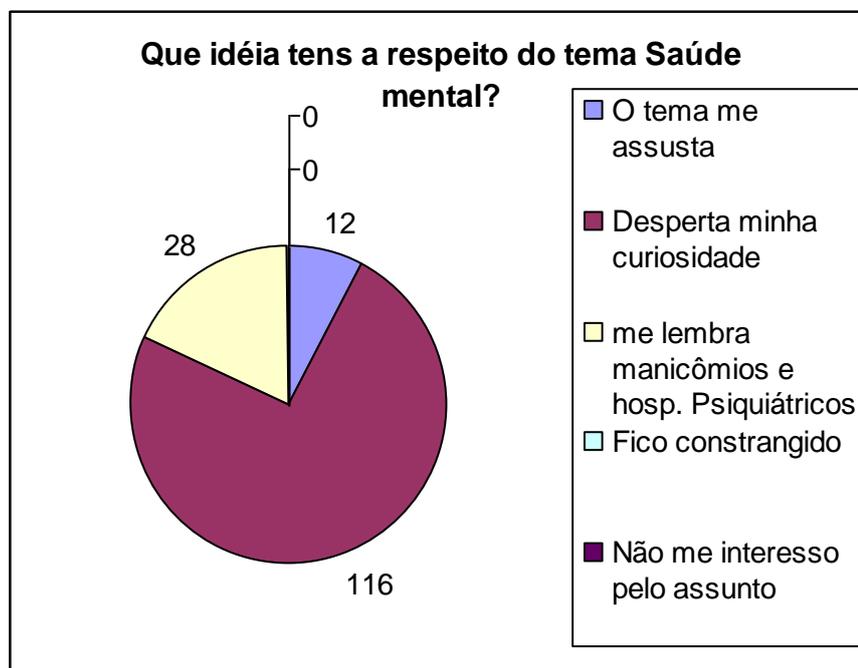
Este trabalho assume uma abordagem quantitativa cujo instrumento de coleta utilizado foi um questionário semi-estruturado, tendo como objetivo aferir a concepção de estudantes do ensino médio a respeito de temas em saúde mental. Os questionários foram aplicados para alunos do primeiro, segundo e terceiro anos, com idade entre 14 e 17 anos, assim como foi aplicado em 2 turmas de PROEJA, para estudantes com idades entre 18 e 51 anos. Foram 32 alunos do primeiro ano, 33 alunos do segundo e 34 alunos do terceiro. No PROEJA aplicamos os questionários para 30 alunos do primeiro ano e 27 do segundo ano. Após a aplicação, os questionários foram analisados pelas próprias pesquisadoras. O

tratamento qualitativo está baseado na análise das categorias construídas partindo das respostas dos alunos. A natureza exploratória da pesquisa teve como um dos objetivos centrais fazer emergir da prática cotidiana elementos necessários para posterior aprofundamento, superando o discurso especulativo e recorrendo a elementos teóricos que pudessem auxiliar a análise crítica e a reflexão das práticas educacionais.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quando os estudantes foram perguntados “Que idéia tens a respeito do tema “Saúde Mental?” 116 alunos responderam sentir curiosidade, 28 alunos relacionam com manicômios e 12 alunos afirmaram que esse tema os assusta, como mostra o gráfico 1.

**Gráfico 1**



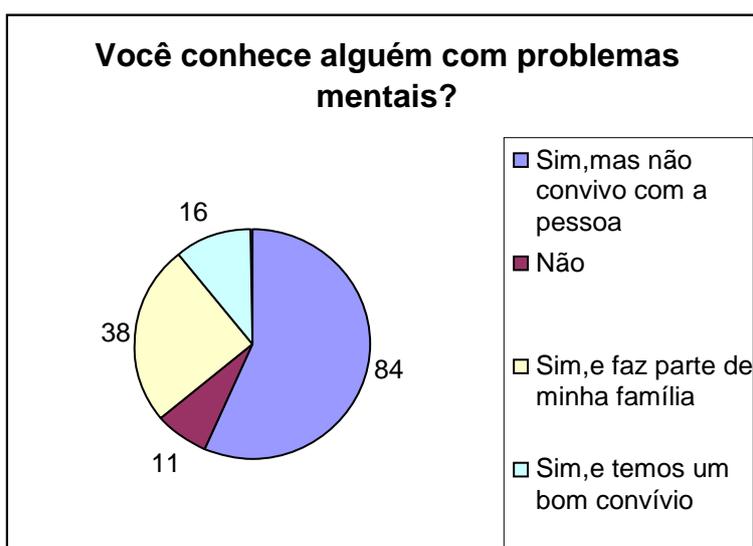
O preconceito e o estigma foram encontrados em muitas respostas. Nossa sociedade é constituída por costumes, moral, leis, artes, crenças, conhecimento e hábitos adquiridos pelo homem em convívio coletivo. Ainda hoje, o louco é visto com preconceito e a concepção da loucura está, de certa forma, ligada á história do

humanidade, porém, o que se tem observado é que o contato com profissionais de saúde e com a doença, tende a desmistificar o louco e a loucura (Kantorki,2001). Contudo, a observação de que ao louco e à loucura, associam-se manicômios tende a reforçar o fato que estes estudantes foram socializados com a noção de que o doente mental e/ou louco deveriam ser isolados do resto da sociedade.

## A CONVIVÊNCIA COM DOENTES MENTAIS

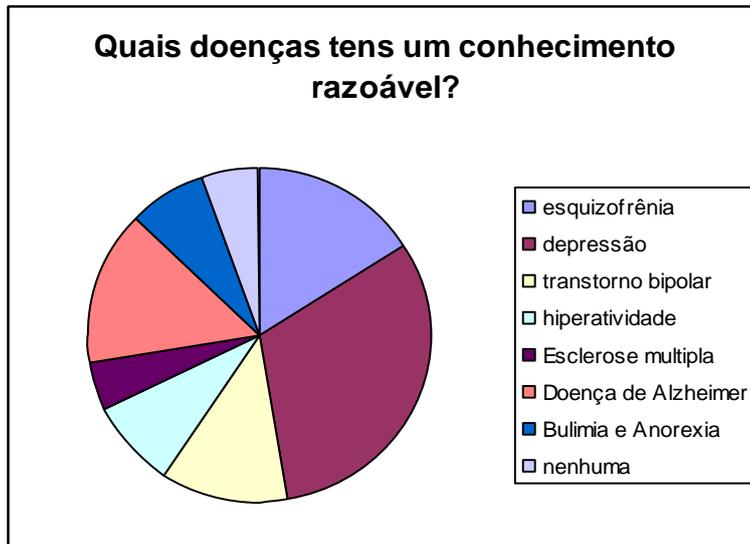
Quando perguntados “Você conhece alguém com problemas mentais?”, 84 alunos responderam que conhecem, mas não havia convívio, 38 afirmaram ter doentes mentais na família, 11 alunos dizem não conhecer doentes mentais e 16 alunos afirmaram ter um bom convívio com tais doentes, como mostra o gráfico 2 logo abaixo.

**Gráfico 2**

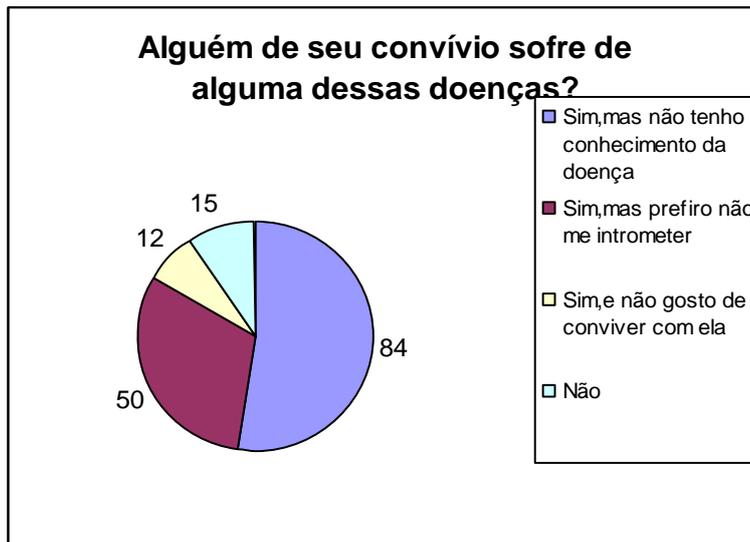


Ainda sobre convivência; depois de uma lista de doenças como: depressão, bipolaridade, esquizofrenia, etc...Perguntamos “Alguém de seu convívio sofre de alguma dessas doenças?”84 alunos responderam que sim, porém, eles não tem conhecimento da doença, 45 alunos disseram que sim, mas preferem não se intrometer e 12 alunos responderam que sim e não gostam do convívio, e 15 alunos não convivem com doentes mentais como mostra o gráfico 4. O gráfico 3 mostra as doenças mais citadas quando perguntamos “Quais destas doenças tens um conhecimento razoável?”, sendo que as mais citadas foram depressão, esquizofrenia e transtorno bipolar.Conforme mostra o gráfico 3.

**Gráfico 3**



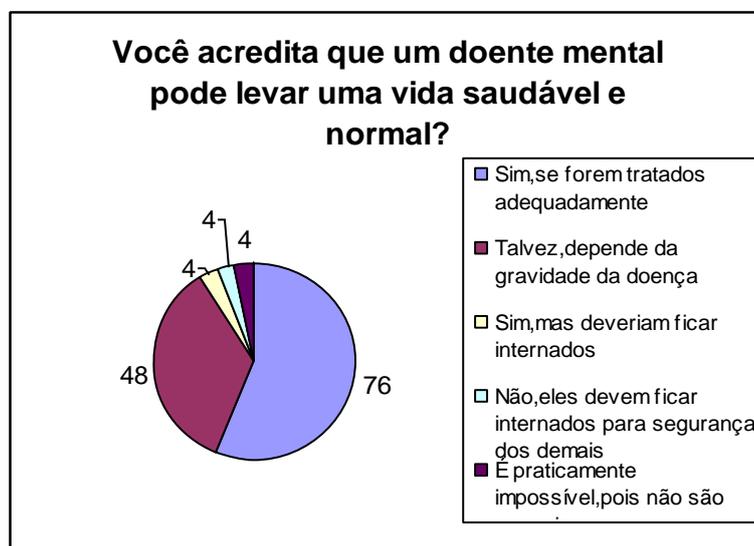
**Gráfico 4**



Quanto ao tema “Convívio com o doente mental” devemos chamar a atenção para a questão familiar. Não são poucos os alunos que possuem familiares doentes e não tem conhecimentos sobre a doença, o que resulta em conflitos e afastamento desse familiar (Saraceno,1992). Isto nos alerta para a urgência de um programa de saúde mental nas escolas que dê suporte informacional não apenas para os alunos, mas também aos seus familiares. Há grande dificuldade em se conviver com portadores de determinados tipos de doença mental, devido, muitas vezes, as atitudes agressivas, ausência de afeto, imprevisibilidade e ao isolamento social. De fato, o

que falta às famílias seria mais esclarecimento sobre a doença de seu ente e orientações para o manejo com o mesmo, sendo a participação da família um grande determinante para o sucesso do tratamento dos doentes (OLIVEIRA,2002). É bastante conhecida a associação entre o início de doenças severas como a esquizofrenia, os distúrbios de humor e de personalidade entre adolescentes e adultos jovens com a baixa expectativa de vida devido aos riscos inerentes à própria doença. Além disso, associa-se a fase do início dessas doenças com a fase do estudo, trabalho, constituição de novos grupos familiares e outros compromissos sociais (Mueser, 2002). As psicoses e as esquizofrenias podem ser consideradas problemas de saúde pública, pois, por vezes, rompem os projetos de vida de muitos jovens. Quando perguntamos “Você acredita que um doente mental pode ter uma vida saudável e normal?”, 76 alunos responderam que sim, se tratados adequadamente, 48 acreditam que talvez, dependendo da gravidade da doença, 4 disseram que sim, porém deveriam ficar internados em hospitais e, 4 responderam que não acreditam e 4 acham praticamente impossível que estes possam ter uma vida normal.

**Gráfico 5**



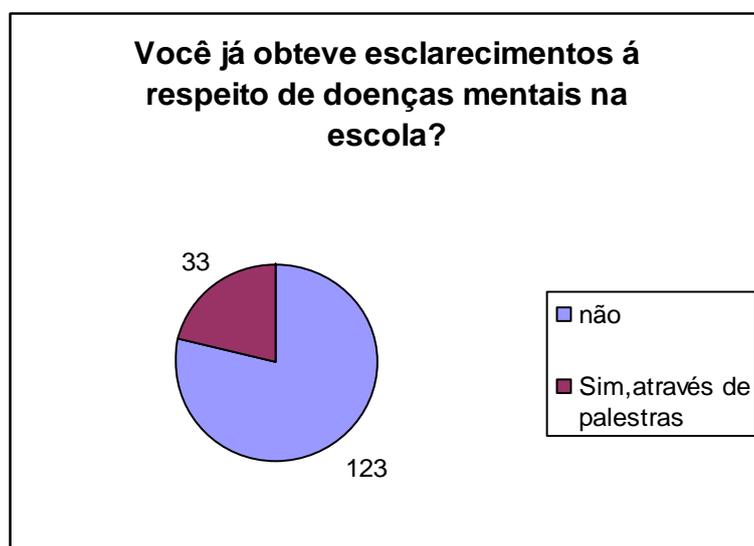
Há estudos focalizando a estigmatização do paciente psiquiátrico e a importância do esclarecimento sobre a doença e seus tratamentos (Velozzi, 2002). Os profissionais de saúde mental estão, cada dia mais, inseridos nos avanços que prevêm, não apenas o tratamento medicamentoso, mas também o projeto individual que inclui terapias psicossociais, atividades de valorização de suas

capacidades, auto-cuidado, a convivência e a participação da família, e a valorização da rede de relações do portador com seu entorno.

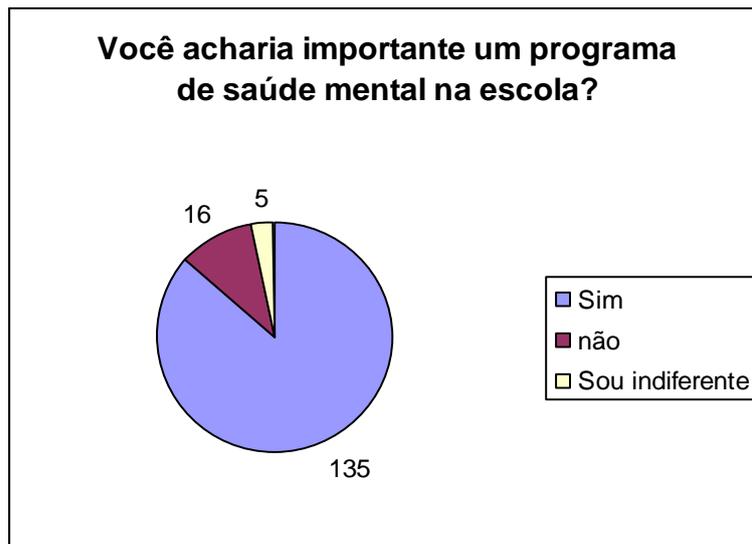
## O (DES)CONHECIMENTO DE DOENÇAS E A ESCOLA COMO FORMADORA DE SABERES DIVERSOS

Quando questionamos se eles já haviam obtido esclarecimentos sobre doenças mentais na escola, 123 alunos responderam que não, 33 responderam que sim, mediante palestras. E por fim, o questionário terminava com uma das principais perguntas, em que aparece claramente, nas respostas, o enfoque de nossa investigação que é a importância de um programa de saúde mental nas escolas. “Você acharia importante um programa de saúde mental na escola?”, 135 responderam que sim, 16 responderam que não e 5 afirmaram serem indiferentes como mostra o gráfico 7 e em seguida, algumas das respostas dos alunos.

**Gráfico 6**



**Gráfico 7**



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

E interessante perceber que elementos culturais, tais como as crenças e os valores podem interferir na concepção, na interpretação de algumas doenças, bem como nos comportamentos de procura de ajuda e participação ativa nessa vivência. Entretanto, nos últimos anos, em função de todo o movimento da reforma psiquiátrica e do desenvolvimento de medicamentos de última geração, há mais condições para que tantos os portadores como seus familiares, profissionais de saúde, professores comecem a ter uma convivência mais humanizada com essa situação. Neste aspecto, pode-se salientar que a mídia, de um modo geral, e a televisão brasileira tem desempenhado um importante papel de esclarecimento sobre determinadas doenças mentais e o universo que as cercam.

O binômio loucura/doença mental tem sido muito questionado nos últimos 30 anos. Quais são os critérios para se classificar um doente? Qual o papel da escola quanto a estas questões? Reflexões como estas passaram a se colocar como centrais e a ciência passou a ser uma fonte de diálogo e não necessariamente de respostas acabadas. Alguns estudos demonstram que os comportamento e respostas dos indivíduos ao ambiente parecem se relacionar com as concepções que possuem de doenças. É importante salientar que o termo psicossocial tem sido utilizado para referir uma grande variedade de fatores psicológicos e sociais que se relacionam com saúde e doença mental (BINIK,1985). No entanto, apesar de salientarmos a importância das dimensões psicossociais do aluno, na sua relação com a saúde e sua concepção á respeito de doença mental, não podemos, contudo desconsiderar o

peso do contexto social no qual está inserido. Ou seja, na avaliação da saúde mental, há que se considerar as influências sociais na formação dos mesmos (LEPARGNEUR, 2001).

Sobre o tema preconceito e estigma, verifica-se que é muito forte no meio escolar o rótulo dado ao louco, sendo ainda necessário, trabalhos de esclarecimentos e divulgação sobre a doença mental nas escolas. Embora, haja a percepção de uma complexidade de fatores e da multi-determinação, as concepções aqui expressas têm como base uma visão reducionista das doenças mentais e do adoecer. A concepção que estar doente é, em essência, uma perda de capacidades, de laços afetivos e também parte de sua história pessoal. Isto significa que a doença implica num estado de incapacidade estabelecido pelas ausências e pela não valorização das relações e inter-relações entre o indivíduo e a sociedade.

Não se trata de postular que todos os alunos devem ter harmonicamente as mesmas concepções, mas de questionar como está sendo desenvolvido o saber acerca das construções de normalidade e patologia nas escolas. Cria-se, partindo desses dados, a oportunidade de reflexão, discussão acerca das relações interpessoais na escola, assim como os alunos freqüentadores de serviços de atenção psiquiátrica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADDINGTON J, COLDHAM EL, JONES B, KO T, ADDINGTON D. **THE FIRST EPISODE F** psychosis: the experience of relatives. *Acta Psychiatra Scand* 2003; 108:285-9.

AMARANTE, P. (Org.). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.

BARROS, D. D. (1994). *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Lemos/EDUSP.

BECKER, Howard **S. Uma** teoria da ação coletiva. 1.ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

BINIK, Y. (1985). Psychosocial Predictors of Sudden Death: A Review and

Critique. *Social Science and Medicine* (7): pp. 667-680.

CANGUILHEM, G. (1990). *O normal e o patológico* (3a ed.). Rio de Janeiro Forense Universitária

COSTA ROSA, A. (1987). *Saúde mental comunitária: análise dialética das práticas alternativas*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FONSECA, A.F. (1985). *Psiquiatria e Psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Goulbenkian.

FOUCAULT, M. História da loucura. Ed. Perspectiva - SP, 1978.

GOFFMAN, Erving. Estigma. 4 ed. Rio da Janeiro: Zahar, 1982.

MAUSS, Marcel. Ensaios de Sociologia.. 2ª. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

KANTORKI, L.; SILVA, G. B. *Ensino de Enfermagem e reforma psiquiátrica*. Pelotas: Universitária/UFPel, 2001.

LEPARGNEUR HO. O doente mental como ser social. Mundo Saúde. 2001; 25(3):2516.

MOURA NETO, F. D. M. (1990). em *saúde mental e cidadania*. (2a ed., pp. 57-67). São Paulo:Mandacaru.

MUESER KT, CORRIGAN PW, David W, HILTON DW. Illness management recovery: a review of the research. *Psychiatry Services* 2002; 53(10):1272-84.

OLIVEIRA LH, Miranda CML. A instituição psiquiátrica e o doente mental: a percepção de quem vivencia esse cotidiano. *Esc. Anna Nery Rev Enferm*. 2000;4(1):95-103.

OSINAGA VLM. Saúde e doença mental: conceitos e assistência segundo portadores, familiares e profissionais. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1999.

PIERANTONI, C. R., & Machado, M. L. (1994). Profesionales de salud: Una formación cuestionada. *Educación Médica y Salud*, 28(1), 199-210.

RODRIGUES CR. Reificação e saúde mental: representações de profissionais pacientes e seus cuidadores. [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina da USP; 2001.

SARACENO C. Sociologia da família. Lisboa (PO): Estampa; 1992.

TRAVERSO-YEPEZ, M. (1999). Os discursos e a dimensão simbólica: uma forma de abordagem à psicologia social. *Estudos de Psicologia*, 4(1), 39-60.

VEZZOLI R, ARCHIATI, BUIZZA C, PASQUALETTI P, ROSSI G, PIOLI R. Actitud hacia los pacientes psiquiátricos: un estudio piloto en una ciudad del norte de Italia. *Eur J Psychiatr* 2002;9(2 Edición especial):57-61.

## CONCLUSÃO

Devem ser lançadas, campanhas de educação e sensibilização do público sobre a saúde mental. A meta principal é reduzir os obstáculos ao tratamento e aos cuidados, aumentando a consciência sobre a frequência das perturbações mentais, a sua susceptibilidade ao tratamento, o processo de recuperação e o respeito pelos direitos humanos das pessoas com tais perturbações.

Há necessidade de mais pesquisas sobre os aspectos biológicos e psicossociais da saúde mental, a fim de melhorar a compreensão das perturbações mentais e de desenvolver intervenções mais eficazes. Tais pesquisas devem ser levadas a cabo numa ampla base internacional, visando à compreensão das variações de uma para outra comunidade e um maior conhecimento dos fatores que influenciam a origem, evolução e resultado das perturbações mentais. É urgente o fortalecimento da capacidade de investigação nas escolas.

Na literatura, são recorrentes as problematizações do espaço escolar a partir de um discurso concreto e polarizado. Atribuindo-lhe a visão romântica, abusa-se da elucubrações sobre o espaço escolar visto como um lugar de superação dos preconceitos, de respeito ao sofrimento psíquico, de relações vinculares saudáveis. Por outro lado, no entanto, assume a o estigma de ser um lugar de risco à saúde, um tablado de violências, de ausências de limites, de negação das emoções, de gritos silenciosos de dor e outros. É preciso superar essa visão dicotômica (bipolar) da escola para que se possa tomá-la como instituição inteira, sistêmica, capaz de expressar as diferenças humanas no palco da diversidade. Compreender a dimensão humana, mediada pelo diálogo, a partir desse *lócus* institucional cujo objetivo ampliado é oportunizar o desenvolvimento humano saudável em todos os seus aspectos é um dos objetivos desta pesquisa. A mudança de significação da loucura na cultura prescreve o rompimento com a rede de práticas hegemônicas que naturalizam a exclusão do louco, construindo uma cidadania de fato, com acessibilidade não só à saúde, mas a seus fatores condicionantes, em que os direitos não se tornem caridade e ajuda. Isso possibilitaria que o discurso, no tecido social, extrapolasse o senso comum das faltas ou das sobras e se mesclasse com diferentes modos de sensibilidade, existir, pensar, subjetivar, diferentes modos de estar no mundo, para que, ao tecermos a cultura, o louco fosse elevado a cidadão.

Nesse aspecto, é relevante incentivar os profissionais de saúde a uma aproximação com o discurso ético, na tentativa de incorporá-lo cotidianamente à sua prática, de modo a assegurar adequadas ponderações dos direitos e deveres dos usuários, assim como dos profissionais que os assistem. Ciente de que existem diferentes modos de se explicar uma mesma realidade, esse trabalho trouxe apenas uma pequena amostra das concepções de temas em saúde mental. Acreditamos, porém, que o acesso a esse tipo de discurso possa promover um exercício de reflexão.

Caminhar para novos paradigmas partindo de uma lógica que vai da exclusão para a inclusão não é uma tarefa fácil. Contudo, o simples fechamento das instituições totalitárias por si só não tem garantido a oferta de outros dispositivos de cuidado à saúde mental cujo patamar esteja condizente com a ética do cuidar com dignidade. Essa realidade tem pautado a lógica do ensino no Brasil, nos quais ocorre defasagem e desconhecimento dos temas aqui expostos, de forma que o ensino precário das escolas, corrobora para conservar as práticas culturalmente construídas no lidar com a loucura.

Fazer saúde e trabalhar a saúde mental na comunidade, é mais do que colocar a responsabilidade destes doentes mentais nas mãos do governo e das equipes de saúde, é necessário todo um conjunto e um trabalho sistematizado entre o paciente, a família e a sociedade, tendo os profissionais de saúde como facilitadores deste processo de inclusão destas pessoas na sociedade.

Estimulando reflexões sobre a prática desta inclusão, como neste artigo, buscamos estimular a equipe de saúde que trabalha com doentes mentais serem verdadeiros ganchos entre o paciente, família e sociedade, tentando mudar a visão das pessoas sobre o transtorno mental através da informação, aceitação e socialização destes indivíduos. Nesse sentido, os educadores são agentes fundamentais na promoção de saúde mental. Em âmbito concreto, a eles cabe oportunizar esse espaço do ser-diferente respeitando o desenvolvimento psíquico do estudante. Essa é uma tarefa complexa e uma responsabilidade que deve ser compartilhada. Apesar dos enormes avanços percebidos na direção do respeito à diversidade e ao ser-diferente, existe, ainda, um espaço de conquista: favorecer as relações mais efetivas em prol da promoção da saúde mental no contexto escolar. É necessário apoiar o educador para que desfrute com prazer da relação com os escolares compreendendo-os em

suas dificuldades cotidianas e instrumentalizando esses profissionais, auxiliando-os a enfrentar as ansiedades que emergem do contato com outro.

Finaliza-se essa pesquisa, com a lógica poética de Clarice Lispector que busca sensibilizar o leitor para sua eterna incompletude e busca pela verdade: quem sou eu?

“ A única verdade é que vivo.  
Sinceramente, eu vivo, Quem sou?  
Bem, isso já é demais....”

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ADLER NE, OSTROVE JM. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Ann N Y Acad Sci.* 1999;896:3-15.

ALLI, Regina MARSAGLIA - Saúde mental e cidadania. Plenária de trabalhadores em saúde mental do estado de São Paulo, São Paulo, 1987

AMARANTE P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 20ª ed. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995.

BADER, S. (2002). Inclusão: exclusão ou inclusão perversa? Em S. Bader (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (pp. 7-13). Petrópolis: Vozes.

BENETI, Antonio. A saúde mental na formação do analista. *Almanaque de psicanálise e saúde mental.* [S.l.: s.n.], v.1, n.1, nov. 1998.

BLEGER, J . (1975) *Psicologia de la Conducta*, Buenos Aires Editorial Paidós.

BIRD HR. Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *J. Child Psychol Psychiatry.* 1996;37(1):35-49.

BORDIN IA, MARI JJ, CAEIRO MF. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP-APAL.* 1995;17(2):55-66.

BUSS PM, PELLEGRINI FILHO A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007;17(1):77-93.

COLVERO LA, Ide CAC, Ropim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(2):197-205

COTOVIO, Vítor Viegas. (2002). O Mito da “Loucura”. *Hospitalidade* 256 Abril-Junho, 24

COUTINHO ESF. Fatores sociodemográficos e morbidade psiquiátrica menor: homogeneidade e heterogeneidade de efeitos. Bahia: 1995. Tese de Doutorado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

FREIRE, P; SHOR, I. Medo e ousadia, o cotidiano do professor. 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FONSECA, A.F. (1985). *Psiquiatria e Psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Goulbenkian.

GUARESCHI, P. “Sem dinheiro não há salvação”: ancorando o bem e o mal entre os neopentecostais. In: Guareschi, P & Jovchelovitch, S (org.). *Testos em representações sociais*. Petrópolis (RJ): Vozes, 1995.

GOLDBERG DP, Blackwell B. The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monograph no 21*. London: Oxford University Press. 1972.

ILLICH, Ivan. A expropriação da saúde - nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JODELET, D., 1985. La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. In: Psicología Social (S. Moscovici, org.), pp. 469-494, Barcelona: Paídos.

KANTORSKI LP, Pinho LB, Machado AT. Do medo da loucura à falta de continuidade ao tratamento em saúde mental. Texto & Contexto Enferm. 2001;1(1):50-9.

LEPARGNEUR HO. Doente mental como ser social. Mundo Saúde. 2001;25(3):251-6.

MACHADO, Roberto et alii 1979 Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Graal

MARQUES, António Silva e outros. Evolução Histórica do Conceito de Doença Mental. Revista da Associação para o Estudo, Reflexão e Pesquisa em Psiquiatria e Saúde Mental 2.(Janeiro/97), 11-26.

MERLEAU- PONTY, M. Fenomenologia da Percepção. São Paulo: Perspectiva, 1945.

MILLER, Jacques-Alain. Saúde mental e ordem pública. Mental: revista internacional de saúde mental e psicanálise aplicada. Bruxelas.

MOSCOVICI, Serge. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1978. 291 p.

NICK, E. Tendências políticas de saúde mental no Brasil. J Brás. Pesq., 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2002). Relatório Mundial da saúde 2001. Saúde Mental: Nova compreensão, Nova Esperança. Lisboa, Direção- Geral da Saúde. Climepsi Editores.

OSINAGA VLM. Saúde e doença mental: conceitos e assistência segundo portadores, familiares e profissionais. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1999.

PEREIRA, Luís Silva – Medicinas Paralelas e Prática Social, Sociologia Problemas e Práticas, n.º 14, Lisboa, 1993, pp. 159-175.

PEREIRA, Willian César Castilho. Nas Trilhas do Trabalho Comunitário e Social: teoria, método e prática. Belo Horizonte: Ed. Vozes, 2001.

PEREIRA MA, Labate RC, Farias FLR. Refletindo a evolução histórica da enfermagem psiquiátrica. Acta Paul Enferm 1998;11(3):52-9.

PEREIRA MO. Representação da doença mental pela família do paciente. Interface-Comunic Saúde Educ. 2003;7(12):71-82.

POSSAS C. Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1989.

QUARTILHO, Manuel João Rodrigues – Cultura, Medicina e Psiquiatria: Do Sintoma à Experiência, Quarteto Editora, Coimbra, 2001

REZENDE. A.L.M. A sedução dos mitos da saúde e doença na telenovela. [tese] São Paulo: Faculdade de Educação da USP; 1993

RODRIGUES LR. "Só quem sabe da doença dele é Deus" - O significado da doença mental no contexto cultural. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2001

RODRIGUES, Adriana Guimarães, BARBOSA, Cristina Juliana. Vivendo e convivendo com a doença mental. Arcos PROBIC, 2006

RODRIGUES, A; ASSMAR, E M L; JABLONSKI, B. Psicologia social. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.

RODRIGUES CR. Reificação e saúde mental: representações de profissionais pacientes e seus cuidadores. [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina da USP; 2001.

TAYLOR, Cecelia Monat. (1992). Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica. (tradução de Dayse Batista). Porto Alegre, Artes Médicas. (13ª Edição em 1992).

TELLES EAB. O doente mental e a instituição psiquiátrica: a voz do silenciado. Ver Brás Enferm. 2002;55(1):13-8.

URIBE, Vasco A.V.; CASTELL, ALBERDI A. (1994). Incidencia de los Factores Sociales en la Salud y la Enfermedad Mental. Revista de Enfermería ROL, (191,192): pp.65-68.

VAISBERG, T. M. J. A. (2001) O ser e o fazer na clínica. Anais do V Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica - A Clínica em Psicoterapia Psicanalítica. Departamento de Psicologia Clínica, IPUSP, 82-91.

WANDERLEY, M. (2002). Refletindo sobre a noção de exclusão. Em B. Sawaia (Org.). As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social (pp. 16-26). Petrópolis: Vozes.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1 – Questionário

1 – Idade:

Sexo: F( ) M( )

Série: 1 ano( ) 2 ano ( ) 3 ano ( )

1- Que idéia tens a respeito do tema “saúde mental”?

- ( ) O tema me assusta
- ( ) Desperta minha curiosidade
- ( ) Me lembra manicômios e hospitais psiquiátricos
- ( ) Fico constrangido
- ( ) Não me interessa pelo assunto.

2- Você conhece alguém com problemas mentais?

- ( ) Sim,mas não convivo com a pessoa
- ( ) Não
- ( ) Sim,e faz parte de minha família
- ( ) Sim,e não gosto de conviver com a pessoa
- ( )Sim,e temos um bom convívio

3- Você acredita que um paciente com problemas mentais pode ter uma vida saudável e normal?

- ( ) Sim,se forem tratados adequadamente
- ( ) Talvez,dependo da gravidade da doença
- ( ) Sim,mas acho que eles deviam ficar internados em hospitais psiquiátricos.
- ( ) Não,eles devem ficar internados para segurança dos demais.
- ( ) É praticamente impossível eles levarem uma vida normal,pois não são normais.

4- Quais destas doenças mentais você tem um conhecimento razoável? (pode ser mais de uma).

- ( ) Esquizofrenia
- ( ) Depressão
- ( ) Transtorno bipolar

- Hiperatividade
- Esclerose múltipla
- Doença de Alzheimer
- Bulimia e Anorexia

5- Alguém de seu convívio sofre de alguma doença citada acima?

- Sim,mas não tenho conhecimento da doença
- Sim,mas prefiro não me intrometer
- Sim,e não gosto de conviver com ela
- Não

6- Você já obteve esclarecimentos a respeito de doenças mentais,na escola?

- Sim,através de palestras ou afins.
- Não

7- Você acharia importante um programa de saúde mental nas escolas?

- Sim
- Não
- Sou indiferente

## ANEXO 2 - Termo de Confidencialidade



Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências Naturais e Exatas  
Projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação em  
Educação: Química da Vida e Saúde

### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: **A CONCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO À RESPEITO TEMAS EM SAÚDE MENTAL**

Pesquisador responsável: Maria Rosa Chitolina Schetinger

Instituição/Departamento: UFSM

Telefone para contato: 55-9151-4875

Local da coleta de dados: CTISM (Colégio Técnico Industrial de Santa Maria).

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados através de questionários. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Centro de Ciências Naturais e Exatas – Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, por um período de 2 anos. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ....01./.....12./.....09., com o número do CAAE 072.

Santa Maria, Dezembro de 2009.

[Nome (ou carimbo), CI, Registro Profissional (se houver) e assinatura do pesquisador responsável]

### 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido.



Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências Naturais e Exatas  
Projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação em  
Educação: Química da Vida e Saúde

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

#### **A CONCEPÇÃO DOS ALUNOS DO ENSINO MÉDIO Á RESPEITO DE DOENÇAS MENTAIS.**

Pesquisador: Aline Rosana Giardin

Orientador: Prof. Dra. Maria Rosa C. Schetinger

Contato: 32209557

Coleta de dados:

Você esta sendo convidado para participar como voluntário, em uma pesquisa. Antes de concordar em participar è importante que você entenda as informações e instruções contidas neste documento. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma.

Esta pesquisa tem como objetivo identificar as concepções dos alunos do ensino médio á respeito de temas em saúde mental.

Esta pesquisa implica em riscos mínimos no preenchimento do questionário.. Para os voluntários que desejarem participar os benefícios esperados, reportam a um aumento do conhecimento a respeito de doenças mentais e a colaboração na investigação da importância de um programa de saúde mental nas escolas.

Inicialmente será aplicado um questionário detalhado solicitando informações dos aluno para que se possa identificar suas concepções a respeito de temas em saúde mental.

O aluno tem assegurado o sigilo que e a privacidade dos dados coletados no questionário bem como retirar o consentimento em qualquer tempo, sem qualquer prejuízo.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos alunos cujos dados serão coletados através de questionários. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Centro de Ciências Naturais e Exatas – Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde., em um armário chaveado, por um período de 2 anos sob a responsabilidade da Orientadora Prof. Dra. Maria Rosa Chitolina Schetinger. Após este período, os dados serão destruídos.

Eu..... RG/CPF nº. do Colégio X...../...../.....concordo em participar do estudo. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador. Local e data.....

Nome e assinatura.....

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM

Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

## **ANEXO 4 – Termo aos pais**



Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências Naturais e Exatas  
Projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação em  
Educação: Química da Vida e Saúde

### **TERMO AOS PAIS OU RESPONSÁVEIS**

“A concepção de alunos do ensino médio, a respeito de temas em saúde mental”

Pesquisador: Aline Rosana Giardin

Orientador: Prof. Dra. Maria Rosa C. Schetinger

Contato: 32209557

Coleta de dados:

Seu filho(a), esta sendo convidado para participar como voluntário, em uma pesquisa.

Esta pesquisa tem como objetivo identificar as concepções dos alunos do ensino médio á temas em saúde mental..

Esta pesquisa implica em riscos mínimos no preenchimento do questionário.. Para os voluntários que desejarem participar os benefícios esperados, reportam a um aumento do conhecimento a respeito de doenças mentais e a colaboração na investigação da importância de um programa de saúde mental nas escolas.

Inicialmente será aplicado um questionário detalhado solicitando informações dos aluno para que se possa identificar suas concepções a respeito de temas em saúde mental.

O aluno tem assegurado o sigilo que e a privacidade dos dados coletados no questionário bem como retirar o consentimento em qualquer tempo, sem qualquer prejuízo.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos alunos cujos dados serão coletados através de questionários anônimos. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Centro de Ciências Naturais e Exatas – Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde., em um armário chaveado, por um período de 2 anos sob a responsabilidade da Orientadora Prof. Dra. Maria Rosa Chitolina Schetinger. Após este período, os dados serão destruídos.

Assinatura dos pais ou responsável -----.

ANEXO 5 – Carta de Aprovação do Comitê de ética da UFSM

(Para scanear depois)