

OS ESTIGMAS E PRECONCEITOS CONTRA A SAÚDE MENTAL E O TRABALHO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE PÚBLICA**STIGMAS AND PREJUDICES AGAINST MENTAL HEALTH AND THE PSYCHOLOGIST'S WORK IN PUBLIC HEALTH** <https://doi.org/10.63330/aurumpub.018-022>**Daniela Emilia Santiago**

Doutora em História pela Unesp, docente na Graduação em Psicologia da Unip
E-mail: daniela.oliveria1@docente.unip.br
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/9241835690164323>

Andreia Sanches Garcia

Doutora em Psicologia e Sociedade pela Unesp, docente e coordenadora na Graduação em Psicologia pela
Unip
E-mail: andreia.garcia@docente.unip.br
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/0597912590622702>

Marisa Silva

Especialista em Psicologia Organizacional e do Trabalho em Administração de Serviços de Saúde e em
Desenvolvimento para Recursos Humanos em Saúde, Docente na Graduação em Psicologia da Unip
E-mail: marisa.silva@docente.unip.br
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/3563643557663660>

Aline Cristina Alvarenga

Graduanda em Psicologia pela Unip
E-mail: aline.alvarenga8@aluno.unip.br

Diego Batista de Andrade

Graduando em Psicologia pela Unip
E-mail: diego.andrade22@aluno.unip.br
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/2036738195791319>

Eduardo Fidelis da Silva

Graduando em Psicologia pela Unip
E-mail: eduardo.silva380@aluno.unip.br
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/6528459182639776>

Ivan Néia

Graduando em Psicologia pela Unip
E-mail: ivan.neia@aluno.unip.br
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/9297962150071811>

Larissa Fernanda Francisco Schimidt

Graduanda em Psicologia pela Unip
E-mail: larissa.schimidt@aluno.unip.br



Thais de Campos Navarro Cogo
Graduanda em Psicologia pela Unip
E-mail: thais.cogo@aluno.unip.br

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo investigar os estigmas e preconceitos que ainda permeiam a saúde mental e a atuação do psicólogo na saúde pública no município de pequeno porte do interior paulista especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa parte de uma abordagem qualitativa, fundamentada em revisão bibliográfica e entrevistas semiestruturadas aplicadas a profissionais que atuam na rede pública de saúde, com vistas a compreender como esses estigmas se manifestam tanto entre usuários quanto entre profissionais da saúde. A análise histórica da loucura, desde os tempos antigos até a reforma psiquiátrica, revela como a exclusão social e a rotulação de indivíduos com transtornos mentais foram institucionalizadas. O presente estudo também destaca o papel dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos fundamentais na desinstitucionalização e na promoção da autonomia dos sujeitos em sofrimento psíquico. Os achados apontam que, apesar dos avanços nas políticas públicas e na estrutura da rede de atenção psicossocial (RAPS), ainda há lacunas formativas e culturais que perpetuam práticas excludentes e visões estereotipadas. O trabalho defende a valorização da atuação do psicólogo, a ampliação de ações educativas e a promoção de práticas humanizadas como caminhos para o enfrentamento dos estigmas e a efetivação do cuidado integral em saúde mental.

Palavras-chave: Psicologia; Saúde mental; SUS; CAPS; Políticas públicas.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the stigmas and prejudices that still permeate mental health and the role of psychologists in public health in a small municipality in the interior of São Paulo state, especially within the context of the Unified Health System (SUS). The research employs a qualitative approach, based on a literature review and semi-structured interviews with professionals working in the public health network, in order to understand how these stigmas manifest themselves both among users and among health professionals. The historical analysis of madness, from ancient times to the psychiatric reform, reveals how social exclusion and the labeling of individuals with mental disorders have been institutionalized. This study also highlights the role of Psychosocial Care Centers (CAPS) as fundamental devices in deinstitutionalization and in promoting the autonomy of individuals experiencing psychological distress. The findings indicate that, despite advances in public policies and the structure of the psychosocial care network (RAPS), there are still formative and cultural gaps that perpetuate exclusionary practices and stereotypical views. This work advocates for valuing the role of psychologists, expanding educational initiatives, and promoting humanized practices as ways to confront stigmas and achieve comprehensive mental health care.

Keywords: Psychology; Mental health; Brazilian Unified Health System (SUS); Psychosocial Care Centers (CAPS); Public policies.



1 INTRODUÇÃO

O presente texto representa um recorte do trabalho de conclusão de curso sobre o estigmas conferidos a pacientes de Saúde Mental por trabalhadores do SUS. Para a apreensão desse objeto, inicialmente iremos transitar brevemente pelo processo histórico que envolve desde o conceito da loucura, passando pela formação dos manicômios até a chegada da reforma psiquiátrica. Sendo este último evento, um movimento que visava a transformação do modelo de atenção à saúde mental, promovendo a desinstitucionalização e a reintegração social de pessoas com transtornos mentais. Esse movimento começou a ganhar força na segunda metade do século XX, tanto no cenário internacional quanto no Brasil, refletindo uma mudança significativa na percepção e no tratamento das doenças mentais.

Tendo tais colocações arroladas, vemos que na Grécia antiga, evidencia-se que a loucura era de certa forma valorizada, pois acreditava-se que os loucos tinham capacidade de se comunicarem com as divindades e com o sagrado, sendo considerado um privilégio tê-los por perto. Desse modo, viviam livres em meio a sociedade da época. Percebe-se que tal aspecto perdurou até o período da Idade Média, com algumas mudanças do *status quo* do “sagrado”, onde a loucura era frequentemente vista sob uma perspectiva mística e religiosa. As pessoas que exibiam comportamentos considerados insanos eram muitas vezes rotuladas como possuídas por demônios ou como tendo uma ligação direta com o sobrenatural, muitas vezes associada à bruxaria e por isso eram severamente perseguidos e punidos, como por exemplo a “nau dos loucos¹”.

Na Idade Média, a loucura era vista com medo e incompreensão, refletindo uma combinação de crenças religiosas, superstições e estigmas sociais. Ou seja, uma questão que fazia parte do construto da sociedade daquela época, a loucura foi um objeto historicamente constituído. Segundo Foucault (1972/2010, p.163) “na Idade Média, e depois no Renascimento, a loucura está presente no horizonte social como um fato estético ou cotidiano”. Ao observar o período da Idade Moderna, no século XVI, com a influência do pensamento do filósofo René Descartes, a loucura passa a ser vista sobre uma nova perspectiva, rompendo com a ideia da associação ao sobrenatural, e vendo-a como um processo de “desrazão”. Ou seja, através do racionalismo moderno ocorre a separação entre a loucura e a razão. Assim como evidencia Foucault

A experiência trágica e cósmica viu-se mascarada pelos privilégios exclusivos de uma consciência crítica. É por isso que a experiência clássica, e através, dela a experiência moderna de loucura não pode ser considerada como figura total, que finalmente chegaria por esse caminho, a uma verdade positiva; é figura fragmentária, que de modo abusivo se apresenta como exaustiva (Foucault, 2004, p.29).

¹ Na obra “História da Loucura na Idade Moderna”, Foucault (1972) recorre à imagem da Nau dos Loucos como metáfora da exclusão social imposta aos indivíduos considerados insanos, que eram frequentemente embarcados e afastados dos grandes centros urbanos. Essa prática simbolizava não apenas o deslocamento físico, mas também a marginalização simbólica da loucura.



Então, sobre esta perspectiva mais crítica com relação à loucura, organizou-se um local específico de encarceramento, de morte e de exclusão para o louco, o hospital, que sob este novo olhar direcionado para a loucura, passa a exercer outras funções. Como a de abrigar desempregados, doentes, inválidos para o processo produtivo da época, pessoas que não se enquadravam nos valores sociais e morais daquele período. Enfim, ali deveriam estar todas as pessoas que destoavam dos valores sociais e familiar de forma a deixar os ambientes “mais limpos” e produtivos. Sendo assim, estes hospitais não se referiam somente ao enclausuramento da loucura, e isto era vivenciado a nível mundial, como exemplo do Hospital Geral de Paris, o que gerou o período chamado de “A grande Internação”, que segundo o autor (Foucault, 17972/2010), as assistências prestadas nestas instituições tinham dupla finalidade, a de ajudar e a de punir.

Diante disto, o período conhecido como a “Grande Internação”, não era uma demanda médica, mas sim, assistencial. Pois os hospitais cuidavam de pessoas as quais a sociedade não queria ou não podia cuidar. Estas pessoas passavam a adquirir uma certa invisibilidade social e a perda de identidade e autonomia. Com isso, a sociedade não se sentia responsável pelos maus tratos que ocorriam no interior destas instituições hospitalares. Assim, a loucura foi assumindo a característica de “periculosidade/agressividade”. Por isso, foi dado o direito as pessoas que trabalhavam nestes hospitais, de dispor de práticas violentas e desumanas.

A partir daí, mais precisamente no final do século XVIII a loucura adquire o status de doença mental, surgindo a psiquiatria como uma área de conhecimento próprio que se destinava a avaliar e enviar para os manicômios aqueles que eram considerados como loucos, para que ali fossem tratados. Assim, a partir do encontro do caráter de periculosidade e agressividade da loucura, e de seu conceito de doença mental proposto pela medicina, passa a ocorrer uma mudança de punição para o tratamento. Isto teve relação com o período das reformas francesas, onde reformadores deram ao médico Phillippe Pinel (1745-1826) a responsabilidade de dar aos hospitais um caráter terapêutico, o qual trouxe uma transformação nestas instituições, propondo o desacorrentar dos loucos, classificar e descrever a loucura através das dimensões médicas exatas, que conforme

Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los. Organizando, dessa forma o espaço asilar, a divisão objetiva da loucura e dá-lhe unidade, desmascarando-a ao avaliar suas dimensões médicas exatas. (Amarante, 1995, p.25).

Porém, o que houve foi uma mudança em relação ao aprisionamento dos denominados como loucos, antes presos por correntes, agora presos pelo saber científico e pelo hospital psiquiátrico. A proposta terapêutica de Pinel era baseada no tratamento moral, ou seja, no isolamento do doente do mundo exterior, através da reclusão. Desta forma, os asilos assumiram um local de tratamento para sujeitos acometidos pela insanidade, fazendo-os recuperarem a “racionalidade normal” ou a cura, uma herança advinda das



Workhouses. Não se pode negar as contribuições de Pinel para o campo da psiquiatria, contudo, há de se considerar que ao utilizar o isolamento social como principal ferramenta para o tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais, criou-se uma cultura (cultura esta que está enraizada até aos dias atuais.) de que o alienado não pode dividir o mesmo espaço social com os demais indivíduos, mesmo aqueles considerados marginais (prostitutas, mendigos, infratores, etc.). Observa-se que mesmo diante do caráter científico médico dado ao tratamento da loucura, os manicômios através da exclusão social dos indivíduos, mais adoeciam do que tratavam, como aponta Basaglia (2005, p. 53) de que

o internamento enlouquece, mas que, posto num espaço de coação, onde mortificações, humilhações e arbitrariedade, constituem a regra, o homem (...) objetifica-se gradativamente nas leis do internamento, identificando-se com elas.

Somente após a Segunda Guerra Mundial que surgiram, no contexto internacional, práticas que se colocam contrárias as ocorridas dentro dos manicômios, e passam a reivindicar a humanização destas instituições, sendo “o conjunto destes fatores alterou os saberes e as práticas de intervenção no campo da psiquiatria instaurando um novo relacionamento entre a sociedade e a loucura” (Rosa, 2003, p.14). No contexto mundial, a reforma psiquiátrica começou a ser discutida amplamente a partir da década de 1960 por meio de ações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que enfatizava a necessidade de substituir os manicômios por serviços de saúde mental comunitários. Na Europa, diferentes países adotaram abordagens diversas. Na Itália, a Lei Basaglia de 1978 foi crucial às mudanças destes paradigmas, pois fechou os manicômios do país e estabeleceu uma nova forma de atendimento, focando no tratamento ambulatorial e na integração social dos pacientes. Essas reformas enfatizavam os direitos humanos, a diversidade cultural e a importância da participação ativa dos pacientes na construção de suas trajetórias de cuidado.

No Brasil, o movimento pela reforma psiquiátrica começou a tomar forma nas décadas de 1970 e 1980, impulsionado por ativistas de direitos humanos, profissionais de saúde e familiares de pessoas com transtornos mentais. A culminação desse movimento foi a aprovação da Lei nº 10.216, em 2001, que estabelece a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, promovendo a atenção psicossocial e a desinstitucionalização. A partir deste ponto, mudanças significativas passaram a transformar o cenário e promoção à saúde mental e da atenção psicossocial no país, com fechamento gradual de hospícios e manicômios e a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual integra o SUS (Sistema Único de Saúde) e é composta por serviços variados, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e as Unidade de Acolhimento (UAS). Esses centros têm como objetivo oferecer suporte, tratamento e inserção social, substituindo o modelo hospitalocêntrico. Contudo, o dispositivo mais conhecido e procurado da Rede é o CAPS Segundo



Pitta (1996), os CAPS têm como finalidade principal a inclusão social, a melhora da qualidade de vida e a promoção da autonomia dos seus usuários.

Diante disso, O SUS desempenha um papel fundamental, uma vez que é o sistema responsável por oferecer serviços de saúde mental gratuitos e acessíveis à população, contudo, os recursos, muitas vezes, são insuficientes para atender a demanda e além disso, enfrenta resistência de alguns setores que defendem o retorno do modelo hospitalocêntrico.

Sendo assim, a reforma psiquiátrica é um movimento essencial para a promoção dos direitos humanos e a inclusão social de pessoas com transtornos mentais. E, em parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS), têm um consenso sobre a importância de mudar o paradigma de tratamento, substituindo os manicômios por serviços de saúde mental que respeitem a dignidade e promovam a autonomia dos indivíduos. Portanto, é fundamental que os governos e a sociedade civil continuem a trabalhar juntos para superar os desafios e garantir que a reforma psiquiátrica se torne uma realidade em todos os lugares, de forma a mudar os paradigmas das sociedades e a trazer este olhar mais humanizado para os sujeitos em sofrimentos psíquicos, mudando histórias de vida, que na maioria das vezes não existe cura, mas sim, a possibilidade de uma qualidade de vida melhor.

1.1 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se configuraram como dispositivos de grande importância em nosso país para o processo de desinstitucionalização do dito louco. São instituições cujo objetivo central está na reabilitação psicossocial de sujeitos com algum transtorno mental severo ou persistente, reintegrando-os ao convívio social e familiar, e oferecendo-lhes incentivo à autonomia (por meio das oficinas terapêuticas), e atendimento médico e psicológico. Os CAPS, surgiram em nosso país no ano de 1986, em São Paulo, sendo parte de um movimento social que buscava melhorias assistenciais em nosso país a pessoas em sofrimento psíquico, denunciando também as situações precárias e desumanas do tratamento oferecido nos hospitais psiquiátricos.

Este movimento social ganhou força e gradativamente, os CAPS (e outros serviços substitutivos) foram sendo implementados no Brasil. No início do século XXI, por meio da Portaria de nº 336/GM de fevereiro de 2002, os CAPS passam a ser integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) ampliando seu funcionamento e complexidade destes dispositivos, visando a substituição do modelo hospitalocêntrico, fornecendo atendimento para às pessoas em sofrimento psíquico num dado território. Como assinalado anteriormente, os CAPS visam a mudança de paradigmas em relação ao tratamento de pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistente.

Nesse sentido, os CAPS tornaram-se locais de referência para o tratamento de tais indivíduos, com uma visão comunitária de tratamento e não mais a “visão asilar” que advém do modelo hospitalocêntrico,



com o objetivo de ofertar atendimento à população de seu território, por meio de atendimento clínico e a reinserção destas pessoas em sociedade por meio do trabalho, lazer, exercício de seus direitos civis e o fortalecimento dos laços sociais (Brasil, 2004, p., 13). Em suma, os CAPS são instituições que foram criadas como uma resposta brasileira para a reforma psiquiátrica, visando a não internação nos hospitais psiquiátricos, por meio de práticas comunitárias, em ambiente acolhedor e inserido dentro da cidade, em bairros próximos a residência desses sujeitos.

Os CAPS ofertam atendimento gratuitos a pessoas em sofrimento psíquico severo ou persistente, que possam trazer sérios prejuízos em suas vidas. O atendimento também se estende as pessoas com abuso de substâncias psicoativas (álcool e drogas) e a crianças e adolescentes que também tenham algum transtorno mental. Os CPAS também se destinam ao atendimento a pessoas que já estiveram internadas em hospitais psiquiátricos ou em outros serviços de saúde, sendo o atendimento é ofertado “a portas abertas”, ou seja, quem necessitar do atendimento, pode procurar o CAPS de referência de sua região ou ser encaminhado por alguma unidade de saúde, como as Estratégias de Saúde da Família (ESF) ou por uma Unidade Básica de Saúde (UBS). O trabalho desenvolvido no CAPS é realizado por meio de um modelo terapêutico, ao se iniciar o acompanhamento, é traçado um projeto terapêutico singular voltado para aquele sujeito, sendo o profissional que realizou seu acolhimento responsável pelo projeto.

Os CAPS são subdivididos em cinco categorias: CAPS I, CAPS, II, CAPS III, CAPS i (infantil) e CAPS AD (álcool e drogas). Essa subdivisão está atrelada ao tipo de serviço ofertado pela instituição, pelo tamanho de suas equipes e os profissionais que a compõe e pelo tamanho do município em que está localizado. Em geral, os CAPS de modalidade I, II ofertam atendimentos “gerais” a seus usuários, os de modalidade III também realizam o mesmo serviço, porém estes ficam abertos sete dias na semana e 24 horas por dia, tendo a capacidade de realizar internações de curtos períodos se necessário. Os CAPS na modalidade i e AD, ofertam atendimentos a crianças e adolescentes, como também a usuários de substâncias psicoativas. Os CAPS ainda realizam a distribuição de medicamentos a cada usuário, realizam a medicação assistida e podem atuar como uma central de regulação e distribuição de medicamentos básicos ou excepcionais em saúde mental.

As oficinas terapêuticas são outras ferramentas ofertadas pelos CAPS para o tratamento de seus usuários. As oficinas são atividades realizadas em grupo, que terão a presença e orientação de algum profissional. As atividades realizadas serão de voltadas para a “integração social destes sujeitos, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania.” (Brasil, 2004, p., 20). As oficinas podem ser expressivas, com uso de artes como pintura, argila, desenho, dança, ginástica, etc.; oficinas geradoras de renda, auxiliando os usuários na obtenção de uma renda; e as oficinas de alfabetização, cujo objetivo está em ensinar os usuários a ler e escrever, para que assim, possam exercer sua cidadania.



Os CAPS ainda trabalham em rede com as unidades básicas de saúde, o que significa que os CAPS devem buscar a integração permanente com as equipes que constituem à atenção básica de saúde municipal, fornecendo capacitação a estes profissionais e o apoio matricial adequado para às equipes, ou seja, fornecer orientação, supervisão, realizar visitas domiciliares com as equipes das ESF/UBS, atender casos complexos, etc. Para que o CAPS possa tingir seu objetivo primordial de promoção de saúde e reabilitação psicossocial, é de vital importância que o usuário tenha seu protagonismo neste processo. Os pacientes devem fazer parte das discussões acerca das atividades terapêuticas desenvolvidas, deve ter seu lugar de fala e deve ser ouvido, caso se desrespeite seu protagonismo, essa instituição estará falhando em sua missão, agindo de forma a suprimir o usuário, exatamente como era feito no modelo hospitalocêntrico. Por isso, é essencial o chamamento da comunidade, dos familiares e dos usuários para ocuparem seu local de coparticipação neste processo.

O trabalho em rede é essencial para o tratamento territorializado, ou seja, o tratamento que está circunscrito no espaço do convívio social daquele sujeito. Neste sentido, a linha de cuidados a partir da atenção básica se mostra de grande valia, uma vez que as equipes tem acesso cotidianamente a problemas relacionados a saúde mental, seja por uso de substâncias nocivas à saúde, seja por um problema que alguma comunidade ou família enfrentam, as equipes acabam por ter conhecimento de pessoas em sofrimento psíquico que muitas vezes não buscam por atendimento junto ao CAPS. Por isso é necessário a articulação com as unidades básicas, uma vez que elas podem realizar busca ativa em seus territórios. Esta busca poderá ser realizada pelas equipes das unidades de saúde, onde terão o apoio matricial do CAPS, em um trabalho de corresponsabilização, o que excluirá a necessidade de encaminha-los ao CAPS, uma vez que a equipe terá autonomia e apoio para a resolutividade das situações em que atuarão, estimulando a interdisciplinaridade e a ampliação da equipe clínica.

Embora muito se tenha avançado em relação ao tratamento ofertado a pessoas em sofrimento psíquico, e os CAPS tenham se consolidados como dispositivos substitutivos ao modelo asilar, realizando um trabalho de corresponsabilização em articulação junto as equipes das ESF (Estratégia de Saúde da Família), não podemos esquecer que ainda há muitos estigmas e preconceitos em relação à saúde mental. Estigmas que também são reforçados por profissionais que desempenham papéis importantes na busca ativa, ou nos atendimentos de recepção aos usuários e seus familiares, ou no próprio cuidado clínico dentro das unidades de saúde, ainda existem profissionais que destilam preconceito e ignorância aos pacientes em sofrimento psíquico. Urge a necessidade de diálogos, treinamento e educação continuada a todos os profissionais que trabalham direta ou indiretamente nestes espaços. Aos profissionais que fazem parte da rede de atuação do SUS.

É uma batalha diária o rompimento de tais percepções, uma vez que ainda existe quem defenda o modelo asilar como medida única de tratamento a quem possui algum transtorno mental severo. Desta



forma, chamar a população em geral a participar do CAPS, articular junto à comunidade os trabalhos que são desenvolvidos por esta instituição, o treinamento, diálogos e educação por meio do suporte matricial, mostram ser caminhos de inclusão que reforçariam os laços sociais, promovendo a inclusão social destas pessoas e corroborando para o fim dos estigmas e preconceitos relacionados à saúde mental. Pois dessa forma, o CAPS passa ser “[...] parte integrante da comunidade, de sua vida diária e de suas atividades culturais” (Brasil, 2004, p. 29).

1.2 OS ESTIGMAS E ROTULAÇÕES

É bem perceptível que os indivíduos com transtornos mentais foram e são vistos de formas estereotipadas e, também de forma pejorativa, por boa parte da população brasileira: são loucos, alienados, perigosos, possuídos, dentre inúmeros outros adjetivos. São vítimas do preconceito e da ignorância, motivados por inúmeros fatores (Bastos e Garcia, 2015). A origem do preconceito direcionado aos indivíduos com transtornos mentais remonta a períodos históricos antigos. Conforme já mencionado, observa-se que, desde as civilizações greco-romanas, tais condições eram frequentemente associadas a outras enfermidades e interpretadas sob uma ótica mitológica e sobrenatural, sendo atribuídas à influência de divindades ou entidades demoníacas (Foucault, 1972).

No contexto brasileiro, entre os séculos XVI e início do XIX, a loucura era integrada ao convívio social, embora marcada por interpretações que a associavam à desordem. Os indivíduos considerados loucos foram progressivamente excluídos da vida comunitária e confinados em espaços como os porões das Santas Casas de Misericórdia e prisões públicas, em condições extremamente precárias (Machado, 1978). Tal medida, longe de solucionar o problema, evidenciou a marginalização imposta a esses sujeitos. Historicamente, a sociedade tem exercido influência na construção de olhares hostis e estigmatizantes sobre aqueles que não se enquadram nas normas estabelecidas e consideradas como “normais”, fomentando crenças equivocadas e reforçando a lógica de exclusão diante daquilo que não se pode controlar.

A exclusão social imposta aos indivíduos com transtornos mentais contribui para sua inferiorização e para o desenvolvimento de sentimentos de vergonha em relação a si mesmos, agravando, consequentemente, seu estado de saúde (Lima, 2006 *apud* Silva e Hora, 2022). Tal exclusão é gradualmente naturalizada, configurando o fenômeno denominado “psicofobia”², originado em uma sociedade que, em grande parte, não comprehende e, em muitos casos, não reconhece o direito desses indivíduos à liberdade de locomoção. A partir da imposição de estigmas, a sociedade opõe e marginaliza os portadores de

² O termo “psicofobia” foi concebido em 2011 por meio de uma parceria entre o humorista Chico Anysio (1931–2012) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Diagnosticado com Transtorno Depressivo, Anysio tornou-se um defensor público da atenção à saúde mental, contribuindo para a criação dessa nomenclatura que designa o preconceito direcionado às pessoas com transtornos mentais. Disponível em:< <https://gshow.globo.com/comportamento/saude/noticia/psicofobia-o-que-e-e-como-ela-prejudica-o-cuidado-da-saude-mental.ghtml>>. Acesso em: 12 out. 2025.



transtornos mentais, promovendo sua exclusão do convívio social — um processo de natureza histórico-social (Silva e Hora, 2002). Ademais, observa-se a existência de múltiplas formas de exclusão, como aquelas relacionadas à desigualdade social, à ética, à justiça, entre outras. Pode-se afirmar que tal dinâmica se torna tão enraizada que sua aceitação acaba por gerar um estado de conformismo coletivo.

É imprescindível considerar o ponto de vista religioso no contexto da saúde mental, uma vez que os espaços religiosos podem representar ambientes de acolhimento e socialização, mas também, e não sendo muito incomum, são espaços e fontes de discriminação e preconceito. É comum encontrar usuários dos serviços de saúde mental que professam diferentes crenças religiosas, sendo predominantes aquelas de matriz cristã, especialmente as vertentes pentecostais e neopentecostais (Andrade, 2002 *apud* Silveira e Nunes, 2013).

A relação entre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e essas tradições religiosas revela-se complexa. Frequentemente, práticas religiosas associam os transtornos mentais à possessão demoníaca, recorrendo a rituais como exorcismos visando sua “cura” (Silveira e Nunes, 2013), o que entra em conflito com a abordagem científica adotada pelos CAPS. Torna-se, portanto, fundamental compreender as distinções entre os campos da saúde mental e da religiosidade. Embora a religião possa funcionar como recurso terapêutico e comunitário (Rabelo, 1993 *apud* Silveira e Nunes, 2013), sua influência pode gerar tensões com os princípios científicos, sobretudo quando há uma demonização dos transtornos mentais, interferindo diretamente no processo de tratamento.

Para enfrentar o preconceito contra pessoas com transtornos mentais, é essencial romper com o modelo asilar de cuidado, que historicamente promoveu a exclusão do sujeito em sofrimento psíquico por meio da internação em hospitais psiquiátricos. É necessário investir em campanhas de conscientização sobre saúde mental, pautadas na experiência do acolhimento e não no medo. A educação em saúde e saúde mental deve ser fortalecida como estratégia de transformação social. A luta pela reforma psiquiátrica permanece atual, uma vez que ainda se observa, inclusive entre gestores e executores de políticas públicas, a reprodução de discursos que remetem à lógica manicomial.

Tendo tais colocações arroladas, o objetivo do presente texto foi apresentar pesquisa já realizada associada ao Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia dos autores citados e no qual se visava conhecer e compreender a atuação do Psicólogo junto aos equipamentos públicos de atenção à saúde mental em município de médio porte do estado de São Paulo com especial atenção para as práticas colaborativas em torno da minimização do preconceito junto aos atendidos por tais dispositivos.

A motivação para a realização dessa pesquisa adveio de vários elementos, e dentre eles a sua relevância social, conforme podemos apontar. Assim, de acordo com dados do IBGE em 2020³, mais de

³ Disponível em: <https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/acesso-a-saude-150-milhoes-de-brasileiros-dependem-do-sus/>. Acesso em: 17 maio de 2024.



70% da população brasileira utilizam os serviços ofertados pelo SUS, o que significa que mais de 150 milhões de pessoas no Brasil não possuem um plano de saúde e por não possuírem condições financeiras de custear seus tratamentos de forma particular, recorrem ao SUS para terem acesso a um tratamento de saúde, seja ele na Atenção Primária à Saúde ou em especialidades médicas, incluindo também, o acesso e tratamento em saúde mental.

Entre outros problemas, percebe-se que o preconceito em relação a saúde mental também parte de outros profissionais de saúde, que teoricamente, possuem um conhecimento técnico mínimo acerca de psicologia e alguns transtornos mentais. Porém, estes mesmos profissionais, estigmatizam não apenas quem procura por atendimento psicológico, como também, o trabalho do psicólogo, que é visto como algo que é desnecessário ou irrelevante, reproduzindo discursos preconceituosos e embasados no senso comum.

Pretendemos averiguar como surge esse preconceito em relação à saúde mental e para com o trabalho dos profissionais de psicologia na área pública, de forma a corroborar para a melhoria dos serviços de psicologia ofertados pelo SUS, mitigando todo e qualquer preconceito em relação ao trabalho do psicólogo e à Psicologia, e de que forma esta área do saber tem atuado contra esses estigmas e preconceitos cristalizados no senso comum, por falta de conhecimento específico do trabalho do (a) psicólogo (a) e como os dispositivos de saúde mental no Brasil se encontram no momento.

Em relação a produção de conhecimento, realizamos uma pesquisa prévia sobre tal temática junto ao site Scielo⁴, recorrendo ao termo: “pesquisa por assunto”, e, utilizando o termo: “preconceitos para com a saúde mental dentro da área da saúde”, “estigmas e preconceitos para o trabalho do psicólogo na área da saúde”, “preconceito de outros profissionais de saúde em relação à saúde mental”, dentre outros termos similares ao tema, no qual não foram encontradas nenhuma pesquisa relacionada ao tema que propomos.

Dessa forma, evidencia-se que há relevância social e relevância acadêmica na pesquisa proposta por não haver nenhum tipo de estudo para a produção científica, evidenciando sua importância social e acadêmica, uma vez que se propõem entender os estigmas e preconceitos voltados para questões de saúde mental e também, para o trabalho do psicólogo.

2 METODOLOGIA

De acordo com Minayo (2001) em Ciências Humanas temos a predominância de pesquisa e estudos de natureza qualitativa. Esta predominância ocorre pois os estudos desta natureza possuem a peculiaridade de trabalharem com a construção e a produção de saber embasados na compreensão e apresentação dos sentidos e significados que são atribuídos pelos seres humanos aos fenômenos que experienciam. Ainda,

⁴ Disponível em: <https://search.scielo.org/?q=preconceitos+para+com+a+sa%C3%A9de+mental+dentro+da+%C3%A1rea+da+sa%C3%A9de&lang=pt&filter%5Bin%5D%5B%5D=scl>. Acesso em: 17 maio de 2024.



segundo aponta a autora, é uma característica das sociedades ocidentais o entendimento da realidade e de seus desdobramentos a partir do prisma científico (Minayo, 2001).

Sob a temática “Os Estigmas e Preconceitos Contra a Saúde Mental e o Trabalho do Psicólogo na Saúde Pública”, nossa pesquisa se propôs a entender os elementos subjetivos que se encontram no fenômeno proposto, ou seja, visou compreender como os estigmas e preconceitos são formados em relação à Saúde Mental, sobre pessoas que possuem algum transtorno mental e necessitam utilizar dos serviços de saúde pública e como tais construtos também perpassam a atuação dos profissionais de saúde e do Psicólogo.

Neste sentido, nossa pesquisa se caracterizou como sendo de natureza qualitativa, pois, partirmos de uma abordagem descritiva de nosso objeto de estudo, visando compreender aspectos relacionais ao “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”. (Minayo, 2001, *apud* Sakamoto e Silveira, 2019). Pesquisas dessa natureza buscam o entendimento de fenômenos subjetivos, ou seja, os resultados obtidos são analisados de forma indutiva (Sakamoto e Silveira, 2019, p. 34).

Portanto, nossa pesquisa pretendeu investigar os fenômenos subjetivos que estão atrelados ao preconceito em relação a pessoas que estão em sofrimento psíquico, que ao procurar uma unidade de Atenção Primária e/ou Especializada à Saúde, são estigmatizadas e rotuladas como “loucas” por parte de outros profissionais de saúde, que muitas vezes, também menosprezam o trabalho do psicólogo, partindo de entrevistas com profissionais de saúde e saúde mental, a saber um psicólogo coordenador do CAPS e um médico atuante da rede municipal de saúde.

Ainda com base em Minayo (2001), foram estabelecidos como critério para o levantamento de dados a realização de entrevistas com determinados profissionais que integram o universo deste estudo. A seleção desses profissionais fundamenta-se na necessidade de obter uma amostra dos profissionais de saúde que atuam na rede pública de saúde (SUS), de forma a fornecer subsídios essenciais para a compreensão do objeto de pesquisa. A amostra foi composta por um profissional da área de psicologia que atuou na coordenação do CAPS, um profissional médico vinculado à Atenção Primária à Saúde. Todos os entrevistados serão denominados como “participantes A e B”, considerando a necessidade de não exposição dos sujeitos integrantes da pesquisa.

Além da definição da amostra, Minayo (2001) chama a nossa atenção para a definição dos instrumentos que serão usados para a realização da pesquisa. Os instrumentos são dispositivos pelos quais conseguimos captar o nosso objeto de pesquisa (Ghunther, 2006). Ambos autores apresentam a entrevista como uma das abordagens possíveis de realização para o entendimento dos sentidos e significados do objeto. Portanto, optou-se pela escolha da entrevista semi-estruturada, por possuir um roteiro com perguntas estruturados por eixos, e se apresenta de forma mais flexível. A entrevista foi orientada pelos seguintes eixos, que foram convertidos em perguntas aos participantes, sendo esses: - Área de atuação e forma de



ingresso (concurso ou contratação); tempo de permanência na área; especialização na área ou congêneres; - Como o participante percebe questões de saúde mental dentro do SUS; como percebe a atuação do psicólogo neste espaço; - Como o participante percebe a estigmatização de pessoas com transtornos mentais por parte de outros profissionais de saúde e se já presenciou tal situação; - Principais entraves observados nas ações de inclusão voltados à diminuição do preconceito e estigma; - Atividades de capacitação e formação profissional ofertadas pelo Município ou de seu próprio interesse em torno do acolhimento a pacientes em sofrimento psíquico e - Demais questões que julgar necessário destacar.

A realização de entrevista ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade. No entanto, os autores do presente texto realizaram contatos informais com os responsáveis pelas áreas aqui citadas para alinhar a possibilidade de participação na pesquisa ao que previamente e ambos assentiram em concordância. Após a aprovação da pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa a entrevista foi agendada e realizada no formato presencial e *online*, sendo a mesma gravada e transcrita.

Ao estabelecer o caráter qualitativo da presente pesquisa, iniciou-se sua produção por meio de uma revisão bibliográfica, utilizando-se de material necessário para investigar os aspectos teóricos e históricos mais relevantes do objeto de estudo. Foram definidos objetivos gerais e específicos, e com base nessa etapa, elaboraram-se hipóteses que poderão ser confirmadas ou refutadas. Posteriormente, estruturou-se o questionário a ser aplicado no decorrer das entrevistas. Dessa maneira, com base nos dados obtidos, buscamos a articulação entre teoria e prática, sendo realizada uma análise fundamentada teoricamente, que culminará na elaboração dos resultados, além da discussão e conclusão referentes ao nosso objeto de estudo.

Conforme Minayo (2001), a análise e interpretação das informações em uma pesquisa qualitativa devem examinar o “conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que pretende investigar” (p. 79). Sakamoto e Silveira apontam que pesquisas dessa natureza buscam “o entendimento da singularidade dos fenômenos, define a Análise de Conteúdo como base interpretativa dos resultados” (2019, p. 47). Dessa maneira, a análise dos dados coletados levou em consideração os aspectos mencionados anteriormente, fundamentando-se no arcabouço teórico construído a partir dos principais elementos da temática.

Para tanto, a análise dessas informações, provenientes das entrevistas, foi estruturada em dois eixos: “Área de atuação”, que visou levantar dados sobre os sujeitos em nível profissional e relacionados ao seu tempo de experiência; e “Percepção à Saúde Mental”, cujo objetivo foi explorar como o participante comprehende questões relacionadas aos transtornos mentais, seus estigmas e preconceitos, bem como a atuação do psicólogo e outros elementos correlatos à temática.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando o escopo da presente pesquisa, que buscou compreender os estigmas e preconceitos enfrentados pela saúde mental no contexto dos serviços públicos de saúde, adotamos como base o olhar e



a percepção dos profissionais atuantes nesses órgãos. Com o intuito de aprofundar a compreensão da temática, foram realizadas duas entrevistas com trabalhadores da área, cujas experiências e reflexões oferecem contribuições significativas para a elucidação do problema investigado. Para preservar o anonimato dos participantes, estes serão identificados ao longo do trabalho como Entrevistado A e Entrevistado B.

O Entrevistado A é graduado em Psicologia pela Universidade Paulista (UNIP), desde o ano de 2018. Embora não possua especializações ou pós-graduação stricto sensu, apresenta formação complementar por meio de cursos voltados à prática profissional, com destaque para capacitações em manejo clínico de dependência química, prevenção ao suicídio e supervisão técnica em saúde mental. Atualmente, exerce o cargo de psicólogo concursado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Paraguaçu Paulista – SP, tendo atuado, inclusive, na coordenação da instituição até o final do ano de 2024. O Entrevistado B atua como médico em uma unidade de Estratégia da Saúde da Família (ESF) no mesmo município. É graduado em Medicina pela Universidade do Oeste Paulista (Unoeste) e, atualmente, encontra-se em processo de formação complementar, cursando pós-graduação em Psiquiatria. Seu vínculo profissional com o serviço público se dá por meio de contrato, estando inserido diretamente nas ações de atenção básica à saúde da população local.

Durante as entrevistas, foi possível identificar uma forte relação entre as falas dos participantes e as obras teóricas previamente mencionadas, especialmente o texto de Foucault (2010), que aborda o processo histórico de estigmatização e rotulação dos sujeitos em sofrimento psíquico.

No que se refere aos desafios da saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Entrevistado B ressalta uma série de dificuldades inerentes à sua prática profissional. Em sua percepção, a pandemia da COVID-19 intensificou significativamente os casos de sofrimento psíquico

inicieie a minha carreira profissional em meio à pandemia e, assim, foi um evento bastante catastrófico, né? Então, eu já imaginava que deixaria muitas marcas, tanto para a população de maneira geral quanto para os profissionais de saúde. Então, atuando, eu percebi esse desafio que ficou muito evidente né, além das queixas habituais, clínicas, a saúde mental precisaria de um olhar um pouco mais atento. Desde então, eu observo um aumento expressivo de casos, tanto agudos quanto crônicos, exigindo constante atualização dos profissionais para conseguir acolher esses pacientes né, da saúde mental (SIC).

Segundo Silva et al. (2002, *apud* Melo et al., 2024), estudos epidemiológicos realizados durante e após a pandemia de COVID-19 evidenciaram um aumento expressivo nos níveis de estresse entre a população mundial. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002, *apud* Melo et al., 2024), houve um crescimento de aproximadamente 25% nos casos diagnosticados de transtornos de ansiedade e depressão, o que gerou uma elevação significativa na demanda por serviços de saúde mental em diversos países.



Em relação aos desafios observados, ambos os profissionais destacam como os estigmas ainda se manifestam nos serviços públicos de saúde, refletindo uma compreensão limitada por parte dos profissionais da rede. Neste contexto, no que tange a essa questão, ambos os entrevistados reconhecem os desafios enfrentados pela saúde mental no âmbito do SUS. Em seus relatos, foram mencionados episódios que evidenciam a persistência da estigmatização, tanto em relação aos usuários dos serviços quanto à atuação do profissional psicólogo. Dentro desta perspectiva, o Entrevistado B destaca que

negar a estigmatização seria um equívoco. Alguns pacientes demandam mais tempo e atenção. Então, às vezes, isso pode gerar um julgamento por parte do profissional. Eu sempre falo que é muito necessário a gente fazer uma compreensão do aspecto... fisiopatológico das doenças para a gente entender o que, quais são as nossas sensações, é o feedback do paciente. O que a gente sente ao entrar em contato com determinadas situações. Porque eu acredito que isso vai ajudar a gente a acolher esse paciente, ouvir esse paciente (SIC).

Conforme destaca Yasui (2010), a resistência de determinados setores à abordagem psicossocial (em oposição ao modelo hospitalocêntrico) constitui um dos principais entraves à efetivação plena da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Tal resistência transcende a esfera institucional e se manifesta nas atitudes e discursos de profissionais que integram as equipes de saúde, os quais, por vezes, reproduzem concepções equivocadas e estigmatizantes sobre os sujeitos em sofrimento psíquico, independentemente de estarem vinculados aos serviços do CAPS. Tal postura compromete a consolidação de práticas humanizadas e integradas, perpetuando estigmas que dificultam a inclusão social e o cuidado integral, contrariando os princípios da atenção psicossocial preconizados pela reforma e pelo próprio lei que rege o SUS.

Em relação aos entraves observados nas ações de inclusão de pessoas com transtornos mentais por parte de outros profissionais, o entrevistado A destaca a dificuldade de descentralização dos serviços, ou seja, a dificuldade de as equipes da APS em recepcionar tais pacientes sem discriminá-los, e a tendência de se rotular pejorativamente usuários como “*pacientes de CAPS*” (SIC), o que reforça a ideia de que o sofrimento psíquico deve ser tratado em um único espaço especializado, corroborando para que haja segregação de tais pacientes

existe o estigma né, é, a gente já se deparou com situações de trabalho assim, de uma unidade de saúde ligar e falou, ‘olha tenho um paciente de vocês aqui, ele tá em surto, em crise né’, e aí você vai entender o contexto daquela situação e não é, o paciente ele só tá solicitando alguma coisa, e ele tem um modo de pensar, de existir, de se expressar dele e, por ele ser entre aspa de CAPS, entra esse estigma de que aquilo é um surto (SIC).

Em relação aos estigmas, Bastos e Garcia (2015) destacam que a discriminação nos serviços de saúde possui caráter multifatorial, sendo influenciada por aspectos sociais, culturais, econômicos, entre outros. Essa complexidade evidencia que o preconceito não se restringe a atitudes individuais, mas está profundamente enraizado em estruturas que perpetuam desigualdades no acesso e na qualidade do cuidado



oferecido. No caso da população em sofrimento psíquico, essa discriminação tende a ser ainda mais acentuada, uma vez que, ao se tratar de pessoas com transtornos mentais ou em acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, suas falas e demandas são frequentemente invalidadas ou desconsideradas pelos profissionais de saúde.

O Entrevistado A aponta que há uma expectativa equivocada sobre o trabalho do psicólogo, frequentemente visto como responsável por solucionar todas as demandas emocionais dos usuários, considerando tais expectativas. O participante ressalta, nesse contexto, a responsabilidade não apenas do psicólogo, mas de todos os trabalhadores inseridos no âmbito da saúde pública, no que se refere à garantia de condições voltadas ao bem-estar físico, mental e social dos cidadãos (Brasil, 1990). O Entrevistado A refere ainda que “*as pessoas criam uma expectativa no profissional [...] que é ter o poder de solucionar algumas questões, e envolve muitos debates, inclusive entre os próprios técnicos do serviço*” (SIC).

No que se refere às situações em que são observados indícios de preconceito e discriminação, ambos os entrevistados demonstraram postura ética e ativa diante dessas ocorrências. O Entrevistado A relatou um episódio em que se viu compelido a intervir, ao presenciar manifestações explícitas de preconceito direcionadas a um usuário dos serviços de saúde mental. Diante da conduta inadequada de profissionais de uma instituição, o entrevistado assumiu uma posição firme, reafirmando o respeito à dignidade humana e destacando que o transtorno mental não deve ser motivo para a violação de direitos

já cheguei a uma determinada instituição [...] pra levar um paciente pra uma intervenção, e o pessoal tava falando de outro paciente de uma forma pejorativa [...], e aí eu precisei me posicionar né, dizer de que aquilo se tratava de um ser humano (SIC).

O Entrevistado B reconhece a recorrência do uso de termos pejorativos por parte de alguns profissionais de saúde ao se referirem a pacientes com transtornos mentais. Diante dessas situações, relatou adotar uma postura crítica, reflexiva e, por vezes, pedagógica, destacando que, ao ouvir tais expressões, assume uma postura de “*questionar o entendimento das pessoas*” (SIC). Complementa sua fala ao enfatizar a importância de estabelecer um diálogo mais respeitoso, ou seja, busca por meio do diálogo, alertar os demais profissionais de saúde em relação à forma pejorativa como se dirigem a tais pacientes, afirmando que busca “*conscientizarativamente e combater alguns conceitos que estão errados, equivocados, por meio de um diálogo assim, mais respeitoso*” (SIC). Essa postura, compartilhada por ambos os entrevistados, evidencia o compromisso ético com a desconstrução de estigmas e com a promoção de práticas mais humanizadas no cuidado em saúde mental.

Ao relacionarem o respectivo campo de atuação com os diversos encaminhamentos recebidos, os entrevistados referem que tais encaminhamentos são motivados por interpretações equivocadas da situação clínica dos usuários, há casos em que indivíduos são descritos como estando em “surto” ou “crise”, quando



na verdade não apresentam tais quadros, sendo essa terminologia utilizada como justificativa para sua retirada do ambiente — o que evidencia uma prática excluente e pouco acolhedora. Tal conduta reforça a marginalização dessas pessoas e perpetua os estigmas associados à saúde mental.

O Entrevistado B ressalta que, na percepção popular, o trabalho do psicólogo ainda é frequentemente associado ao atendimento de pessoas consideradas “*loucas*” (SIC), o que demonstra a persistência de uma visão reducionista e preconceituosa sobre a atuação profissional na área. Segundo o mesmo

ainda hoje existe um preconceito tanto da parte do paciente quanto de alguns profissionais de saúde com aquele título, entre aspas, vou ser tida como louco quando precisa utilizar os serviços de um psicólogo. E eu vejo a atuação do psicólogo na saúde pública extremamente relevante e eu defendo o aumento da presença desses profissionais, não apenas na saúde né, mas também em outras áreas como, por exemplo, a educação (SIC).

Nesse sentido, percebe-se que a falta de compreensão acerca do trabalho do psicólogo, aliada à sua participação ainda limitada em diversos setores da saúde pública, contribui para o afastamento dos indivíduos do cuidado necessário. Tal cenário favorece o fortalecimento de estigmas, preconceitos e a invalidação da fala dos usuários dos serviços de saúde mental, especialmente daqueles vinculados ao CAPS, os quais frequentemente enfrentam discriminações por parte de outros profissionais da saúde.

No que se refere à oferta de capacitação profissional, matriciamento e eventos educativos voltados à saúde mental, ambos os entrevistados reconhecem que o município promove ações regulares destinadas à qualificação da rede de atenção. O Entrevistado A destaca o matriciamento como uma prática recorrente, voltada ao apoio técnico e à articulação entre os serviços, além de mencionar a realização da Jornada de Valorização da Vida como uma iniciativa anual que visa sensibilizar profissionais e a população sobre temas relacionados à saúde mental

nós fazemos as capacitações né, [...] nós também fazemos o matriciamento das unidades, é o cronograma que você vai construindo juntas rápida dentro do município né, município que você for trabalhar você vai é ter ações integradas na RAPS e matriciamento faz parte de uma dessas ações (SIC).

O Entrevistado B acrescenta que, para além das capacitações voltadas aos profissionais da rede, o município também promove eventos complementares abertos à população. Essas ações incluem campanhas de prevenção, palestras educativas e atividades temáticas, como a Jornada pela Vida, que visam ampliar o acesso à informação, sensibilizar a comunidade sobre questões relacionadas à saúde mental e contribuir para a desconstrução de estigmas



existem alguns eventos paralelos, como campanha de prevenção ao suicídio, a Jornada pela Vida, que foi organizada em 2024, que foi aberta para toda a população. Inclusive, eu participei né, tive o privilégio de participar nessa Jornada pela Vida organizada pelo CAPS em 2024, onde eu palestrei e... abordei o tema transtorno de humor, onde eu trouxe alguns exemplos, durante a palestra, sobre esse estigma (SIC).

Tais ações evidenciam o esforço institucional (ainda que pequeno) em fomentar a educação permanente dos profissionais da rede, contribuindo para o fortalecimento do cuidado psicossocial no território. De acordo com Yasui (2010), tal movimento representa, em certa medida, uma ruptura significativa com os modelos tradicionais de atenção, possibilitando o surgimento de novas formas de cuidado voltadas ao sujeito em sofrimento psíquico, pautadas na escuta qualificada, na valorização da singularidade e na construção de vínculos terapêuticos.

Em síntese, as entrevistas realizadas confirmaram as hipóteses propostas pelo presente estudo, evidenciando aspectos de preconceito e estigmatização presentes nos serviços de saúde pública, tanto em relação à atuação do psicólogo quanto aos pacientes com transtornos mentais, sejam estes usuários dos serviços do CAPS ou não. Tais estigmas e preconceitos têm origem em profissionais de saúde que não possuem aprofundamento teórico sobre a temática, os quais, por vezes, reforçam estigmas e adotam posturas excludentes ao desconsiderarem a singularidade de cada sujeito, reproduzindo preconceitos internalizados acerca da saúde mental. Por atuarem diretamente na área, esses profissionais acabam por perpetuar saberes de senso comum ou concepções ultrapassadas e equivocadas sobre os transtornos mentais.

Nessa perspectiva, comprehende-se que ainda persistem, entre diversos profissionais de saúde, práticas que não estão plenamente alinhadas aos princípios de respeito à dignidade humana, sobretudo quando direcionadas a pacientes com transtornos mentais, sejam eles usuários ou não dos serviços ofertados pelo CAPS. Observa-se, entretanto, um esforço significativo por parte de profissionais mais sensibilizados e familiarizados com a temática da saúde mental em promover a desconstrução de estigmas, ampliando a compreensão sobre o sofrimento psíquico e fomentando uma abordagem mais empática e humanizada no cuidado ofertado.

4 CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo compreender os estigmas e preconceitos que permeiam a saúde mental e a atuação do psicólogo no âmbito da saúde pública, especialmente nos dispositivos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da análise teórica e empírica realizada, foi possível confirmar as hipóteses inicialmente propostas, evidenciando que tais estigmas não apenas persistem, como também são reproduzidos por profissionais da própria rede de saúde, revelando lacunas formativas e culturais que comprometem a qualidade do cuidado ofertado à população.



As entrevistas realizadas com profissionais atuantes no CAPS e na Estratégia Saúde da Família demonstraram que, embora haja avanços na estruturação da rede de atenção psicossocial e na implementação de políticas públicas voltadas à saúde mental, ainda há uma compreensão limitada e errônea sobre o papel do psicólogo e sobre os transtornos mentais. Essa limitação contribui para práticas excludentes, rotulações indevidas e condutas antiéticas que fragilizam o vínculo terapêutico e afastam os usuários dos serviços de saúde.

Além disso, observou-se que a atuação do psicólogo no SUS, embora essencial, ainda é subestimada por parte da população e de alguns profissionais da saúde, sendo sua atuação também reduzida a estereótipos. A expectativa de que o psicólogo seja capaz de resolver todas as demandas emocionais e sociais revela uma visão distorcida da prática psicológica, que precisa ser constantemente esclarecida e reafirmada por meio de ações educativas, matriciamentos e capacitações interdisciplinares.

A pesquisa também evidenciou que iniciativas de formação continuada, como palestras e jornadas temáticas promovidas pelos municípios, têm se mostrado eficazes na sensibilização dos profissionais e na promoção de uma abordagem mais humanizada e ética frente à saúde mental. Tais ações devem ser ampliadas e sistematizadas, de modo a fortalecer a rede de atenção e garantir o respeito à singularidade dos sujeitos em sofrimento psíquico. Nesta perspectiva, o presente estudo pode ser utilizado de forma análoga aos programas de aperfeiçoamento mencionados anteriormente, configurando-se como uma alternativa de disseminação e visibilidade em prol da saúde mental e do bem-estar da população. Ainda que se baseie em um recorte geográfico restrito a um município de médio porte, os dados coletados podem servir como referência para futuras pesquisas que abordem a mesma temática.

Considerando os expressivos investimentos destinados à Atenção Primária à Saúde (APS), como também à Atenção Especializada, torna-se inevitável refletir sobre o aparente descaso com os CAPS, cuja realidade é marcada por subfinanciamento crônico, precarização das estruturas físicas e escassez de profissionais. Cabe-nos, portanto, questionar: não seriam os CAPS integrantes da Rede de Atenção à Saúde (RAS)? Não se configuram, por sua natureza e função, dispositivos essenciais para a efetivação do cuidado integral? Ou seria a saúde mental algo a parte da saúde integral? Conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948), a saúde é concebida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidades. Nesse sentido, negligenciar a saúde mental (de forma direta ou indireta) é comprometer a própria noção de integralidade, reduzindo o sofrimento psíquico a um plano secundário e incompatível com os princípios que regem o SUS.

Diante do exposto, conclui-se que o combate aos estigmas e preconceitos relacionados à saúde mental exige um esforço coletivo, envolvendo gestores, profissionais, usuários e a sociedade civil. O presente estudo, ao trazer à tona essas questões, contribui para o debate acadêmico e para a construção de práticas mais inclusivas, éticas, humanizadas e comprometidas com os princípios do SUS. Ainda que se



baseie em um recorte geográfico específico, os dados obtidos podem servir de subsídio para futuras pesquisas e intervenções que visem aprimorar a atenção psicossocial no Brasil. Afinal, sem saúde mental não há saúde, sem o respeito à singularidade do outro não há cuidado, e sem enfretamento dos estigmas e preconceitos, não há promoção plena da cidadania.



REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- ALMEIDA, J. R. **A formação do psicólogo e a saúde pública**. Revista Brasileira de Psicologia, v. 12, n. 1, p. 100-110, 2019.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada*. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- BASTOS, J.L; Garcia, L.P. **Discriminação nos serviços de saúde**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 24, n. 3, p. 351–352, jul./set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300001>. Acesso em: 11 maio 2024.
- BRASIL. **Conselho Federal de Psicologia**. Resolução nº 04/2010. Dispõe sobre a atuação do psicólogo no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2010.
- BRASIL. Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. **Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo**. Presidência da República. Disponível em: Planalto – Lei nº 4.119/1962. Acesso em: 9 ago. 2025.
- BRASIL. M. S. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. In: **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. M.S. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. In: **Residências Terapêuticas o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Para Além e Aquém de Anjos, Loucos ou Demônios: Caps e Pentecostalismo em Análise**. In: Caderno HumanizaSUS: acolhimento com classificação de risco – um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_acolhimento.pdf>. Acesso em: 12 out. 2025, p. 163 - 181.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para ações e serviços de saúde**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 30 jan. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2010.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de maio de 2024. Autoriza o repasse de R\$ 708,8 milhões para a construção de 293 novas UBS.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novo PAC Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/novo-pac-saude>. Acesso em: 27 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 8.205, de 22 de setembro de 2025. Autoriza o Município ou Distrito Federal a receber recursos financeiros destinados à execução de obras de construção de Unidades Básicas de Saúde – UBS.** Salvador: COSEMS/BA, 2025. Disponível em:<PORTARIA GM/MS Nº 8.205, DE 22 DE SETEMBRO DE 2025 – COSEMS/BA>. Acesso em: 27 set. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 11 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (BRASIL). **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) na atenção básica à saúde / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas.** — 2. ed. — Brasília: CFP, 2019.

DIMENSTEIN, M. D. B. **O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais.** Estudos de Psicologia (Natal), Natal, v. 3, n. 1, p. 53–81, 1998. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/epsic/a/GrQdw3hMYJcTRKMMQ6BKRRD/>>. Acesso em: 9 ago. 2025.

DUARTE, C. **Psicofobia:** o que é e como ela prejudica o cuidado da saúde mental. Gshow, Rio de Janeiro. 2025. Disponível em: <<https://gshow.globo.com/comportamento/saude/noticia/psicofobia-o-que-e-e-como-ela-prejudica-o-cuidado-da-saude-mental.ghtml>>. Acesso em: 12 out. 2025.

ESTADÃO. **150 milhões de brasileiros dependem do SUS.** 2020. Disponível em: <<https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/acesso-a-saude-150-milhoes-de-brasileiros-dependem-do-sus/>>. acesso em: 18 maio 2024.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 2010.

FOUCAULT, M. **Vigar e punir: nascimento da prisão.** 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

GUNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psic.: Teor. e Pesq., Brasília**, v. 22, n. 2, Aug. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf> Acesso em 10 nov 2024.

MACHADO, R; et al. **Danação da norma:** a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1978.

MELO, J.L.M. et al. **Efeitos da pandemia na saúde mental: epidemiologia do estresse, ansiedade e depressão pós-COVID-19.** Revista Fisioterapia & Terapia Ocupacional, v. 28, n. 138, set. 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/efeitos-da-pandemia-na-saude-mental-epidemiologia-do-estresse-ansiedade-e-depressao-pos-covid-19>. Acesso em: 17 out. 2025.



MINAYO, M.C.F.D. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

PESSOA, F.S. SILVA, M.S. GARCIA, P.T. **A Saúde Mental Na Atenção Básica À Saúde**/Ana Emilia Figueiredo de Oliveira; Elza Bernardes Monier (Org.). - São Luís: EDUFMA, 2017, p., 01-43.

ROSA, M. F. G. **O sujeito, a loucura e a doença mental**: uma leitura sobre os espaços psiquiátricos e os desafios contemporâneos. Campinas: Autores Associados, 2003.

RONZANI, T.M; RODRIGUES, M.C. **O psicólogo na atenção primária à saúde**: contribuições, desafios e redirecionamentos. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 26, n. 1, p. 132-143, 2006.

SAKAMOTO, C. K.; SILVEIRA, I. O. **Como fazer projetos de iniciação científica [livro eletrônico]**. São Paulo: FAPCOM; Paulus, 2019.

SILVA, M. T. **A importância do psicólogo na saúde pública**. Jornal de Saúde Coletiva, v. 15, n. 2, p. 40-50, 2018.

SILVA, A.C.F.; HORA, V.L.A. **Psicofobia**: enfrentando os transtornos mentais e o preconceito no Brasil. Caderno Discente, v. 6, n. 1, 2022. Disponível em: <https://revistas.esuda.edu.br/index.php/Discente/article/view/826>. Acesso em: 12 out. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. Geneva: WHO, 1948. Disponível em: <<https://www.who.int/about>>. Acesso em: 27 set. 2025.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.