

VISÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE O ESTIGMA SOCIAL NA VIDA DE PACIENTES EM TRATAMENTO NO CAPSi

Luiz Henrique Librelon Dornelas¹
Alcione Januária Teixeira da Silveira²

alcionevertice@gmail.com

ÁREA DO CONHECIMENTO: Ciências da Saúde

RESUMO

O termo na contemporaneidade, tem uma conotação pejorativa, geralmente associado a indivíduos com transtornos mentais ou que, por serem considerados fora dos padrões, são vistos pela sociedade como inferiores ou incapazes. O presente artigo teve como objetivo entender como o estigma social afeta a vida dos pacientes atendidos nos CAPSi, a partir das experiências relatadas por profissionais de saúde. A metodologia utilizada foi de abordagem qualitativa através de observação e entrevista. Os resultados evidenciaram as diversas dimensões do estigma social enfrentado por pacientes do CAPSi, as percepções refletem as dificuldades e barreiras que impactam tanto o bem-estar quanto o desenvolvimento dos pacientes, especialmente crianças, dentro do contexto familiar e social. A psicóloga entrevistada trouxe reflexão sobre formas de combater esse estigma, apontando a importância de ações de conscientização e educação para incentivar um atendimento mais acolhedor e humanizado. Através de entrevista e observações realizadas no CAPSi, o artigo destacou a necessidade de sensibilizar a comunidade para que pacientes e familiares enfrentem o tratamento com mais apoio e menos preconceito.

PALAVRAS-CHAVE: CAPS; estigma; profissionais de saúde; psicologia.

1 INTRODUÇÃO

Promulgada a Constituição Brasileira de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), isso permitiu que todos os brasileiros tivessem acesso completo, universal e gratuito a serviços de saúde. O SUS é considerado um dos melhores e maiores sistemas de saúde pública do mundo, e cerca de 180 milhões de brasileiros recebem benefícios dele a cada ano. O SUS realiza cerca de 2,8 bilhões de atendimentos, desde procedimentos ambulatoriais básicos até tratamentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos. No entanto, existem muitos obstáculos, e o governo e os membros da sociedade civil devem buscar maneiras de resolver os

¹Graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário Univértix.

²Psicóloga, Doutoranda em Educação, Mestre em Educação e Professora do Curso de Psicologia no Centro Universitário Univértix.

vários problemas, que incluem a gestão do sistema e a falta de recursos para a saúde (Brasil, 2005).

A implementação do SUS trouxe consigo uma mudança no conceito de saúde no país, além de democratizar a saúde, que antes era reservada para alguns grupos da sociedade. Até então, a saúde era vista como "não doença", o que significava que as políticas e os esforços eram limitados ao tratamento de doenças. Com o SUS, a promoção da saúde e a prevenção de problemas passaram a fazer parte das políticas públicas, e a saúde passa a ser vista como um direito universal e integral, que vai além da ausência de doença e envolve a promoção do bem-estar físico, mental e social (Brasil, 2005). Esse conceito ampliado de saúde foi consolidado pela Constituição Brasileira de 1988 e é reforçado pelas diretrizes do SUS, que busca oferecer um atendimento equitativo e integral, considerando as necessidades de cada indivíduo e comunidade e promovendo ações que vão desde a prevenção de doenças até a reabilitação (Paim, 2009).

Ao falar sobre saúde, é fundamental abordar a saúde mental, neste sentido, a reforma psiquiátrica foi a vencedora. No Brasil, esse movimento iniciou-se de forma mais tardia, mas consolidou-se com a criação de políticas públicas focadas na desinstitucionalização e no desenvolvimento de serviços comunitários de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Amarante, 1994).

O objetivo dessa iniciativa é substituir o modelo centrado em hospitais psiquiátricos por um sistema de atendimento psicossocial comunitário, permitindo que pessoas com transtornos mentais possam conviver em sociedade e manter vínculos familiares, em vez de serem isoladas em instituições psiquiátricas afastadas (Basaglia, 1980; Goffman, 2008).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, representou um marco para a reforma psiquiátrica no país, reunindo milhares de participantes que discutiram as diretrizes para a saúde mental, destacando a importância da cidadania e dos direitos humanos no cuidado aos pacientes (Brasil, 1992). Assim, a reforma psiquiátrica não se restringe ao fechamento de manicômios, mas propõe uma transformação profunda na compreensão da saúde mental, promovendo a valorização dos direitos e da dignidade das pessoas com transtornos mentais (Amarante, 1994; Goffman, 2008).

Nesse contexto, a psicologia brasileira passou por grandes transformações desde sua criação, e adotou a agenda de saúde mental com o objetivo de encontrar saídas para pessoas institucionalizadas em manicômios e, como resultado, apostou em serviços de substituição que propuseram uma lógica mais ampla e cuidados interpessoais (Dimenstein; Macedo, 2011).

A atuação do psicólogo no SUS é abrangente, sendo essencial em todos os níveis de atenção, da primária à terciária. No cenário atual, com os avanços trazidos pela reforma psiquiátrica, o foco no cuidado ao sofrimento mental grave e persistente continua a orientar muitos dos encaminhamentos. A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e de seus serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), é uma clara expressão desse progresso (Yamamoto, 2007). Autores como Yamamoto buscam distinguir os tratamentos de transtornos mentais leves e moderados, que ficariam sob responsabilidade da Atenção Básica (AB), dos casos graves e persistentes, que seriam destinados aos CAPS. No entanto, na prática, essa divisão não é tão nítida, já que tanto a AB quanto os CAPS podem funcionar como portas de entrada para o sistema de saúde. Ainda assim, a coordenação do cuidado deve permanecer sob a responsabilidade da AB, conforme estabelecido por seus princípios (CFP, 2017).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representam serviços comunitários de saúde mental no Brasil, proporcionando cuidados intensivos, adaptados e de longa duração para pessoas que enfrentam transtornos mentais graves e contínuos. Estabelecidos no contexto da reforma psiquiátrica, os CAPS têm como objetivo substituir o modelo tradicional de internação hospitalar por um atendimento mais integrado à comunidade, estimulando a inclusão social e os direitos dos pacientes. Atuando como uma alternativa aos hospitais psiquiátricos, os CAPS oferecem suporte para que os usuários preservem o convívio social e familiar, contribuindo para a redução do estigma e promovendo a autonomia (Gama, 2008; Merhy e Amaral, 2007).

Durante as décadas de 1990 e 2000, iniciativas locais, como a do CERSAMI em Betim-MG (Ferreira; Bontempo, 2012), serviram de inspiração para a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). Regulamentados pelas Portarias nº 336/2002 (Brasil, 2002) e nº 3.088/2011 (Brasil, 2013), os CAPSi são

serviços multidisciplinares, baseados em um território específico e com forte integração intersetorial, que fornecem atenção diária e intensiva, principalmente a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves.

O objetivo deste trabalho foi analisar o estigma social na vida de pacientes do CAPSi, no olhar dos profissionais de saúde.

Trabalhos como estes são importantes, pois, existe uma necessidade de promover intervenções com pacientes que realizam tratamento no CAPS para que reduzam o estigma, incentivando um ambiente de cuidado mais inclusivo e humanizado, o que é essencial para melhorar os desfechos terapêuticos e sociais desses indivíduos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Historicamente, os manicômios e prisões foram criados com a finalidade de "restringir" aqueles considerados uma ameaça ou um desvio da ordem social, cada um cumprindo um papel específico. Os manicômios surgiram como espaços destinados ao confinamento de pessoas com transtornos mentais, retirando-as do convívio social sob a justificativa de promover tratamento e segurança. No entanto, a ênfase estava mais em isolar esses indivíduos do que em oferecer cuidados terapêuticos adequados, frequentemente resultando em práticas abusivas, privação de liberdade e condições desumanas (Foucault, 1978; Basaglia, 1985).

Esses hospitais psiquiátricos, chamados manicômios, muitas vezes estavam localizados em áreas remotas, aumentando o isolamento social dos pacientes. As condições nestes países eram terríveis, com sobrelotação, falta de infra-estruturas adequadas e maus-tratos. O modelo asilar baseava-se na ideia de que a doença mental era "perigosa", justificando práticas repressivas que negavam direitos básicos aos reclusos e os tratavam como "não humanos", reforçando o estigma (Goffman, 2008; Basaglia, 1985).

Por outro lado, as prisões funcionam para punir aqueles que cometeram crimes. No entanto, tal como os hospitais psiquiátricos, ainda funcionam sob regime de vigilância e repressão rigorosa. Em ambos os casos, as práticas institucionais visavam "disciplinar" e "normalizar" os presos, encarando tanto os transtornos mentais como a delinquência como desvios a serem controlados (Foucault, 2010).

Conventos desempenharam funções sociais que iam além da vida religiosa em vários períodos históricos. Durante a Idade Média e até tempos posteriores, conventos e mosteiros serviam como locais de confinamento para mulheres que não se conformavam aos padrões sociais da época. Essas mulheres, consideradas "problemáticas" ou que exibiam comportamentos fora da norma, incluindo o que era visto como sintomas de distúrbios mentais, eram enviadas para conventos. Esse confinamento as afastava do convívio social, de maneira similar ao isolamento nos manicômios, mas sob a justificativa da religião e moralidade (Foucault, 2010).

O estigma em relação aos conventos reflete como, por séculos, a sociedade usou esses espaços para lidar com indivíduos que não se enquadravam nas normas. Nesse contexto, as mulheres, com poucas liberdades, podiam ser institucionalizadas por motivos morais, religiosos ou familiares. O convento se tornava um mecanismo de controle social, onde o estigma de "indisciplina" ou "imoralidade" recaía sobre aquelas que eram internadas, frequentemente sem escolha, enfrentando a exclusão ou isolamento de forma similar aos pacientes dos manicômios (Basaglia, 1985).

Assim como os manicômios foram transformados pela reforma psiquiátrica e pelos movimentos antimanicomiais, os conventos deixaram de ser locais de confinamento forçado, focando nos aspectos religiosos. No entanto, esses contextos históricos revelam como o estigma moldou e justificou o isolamento daqueles considerados "fora da norma", seja por questões de saúde mental ou comportamentais (Foucault, 2010).

Quando se fala dos estigmas presentes na sociedade em relação à loucura, Foucault, em sua obra *História da Loucura*, explora como a sociedade lida com esses aspectos e como a racionalidade se impõe em um contexto que não aceita a loucura. A sociedade busca, historicamente, aprisionar ou reprimir os "loucos", utilizando métodos reducionistas de exclusão e limpeza social e cultural, baseados em ideais de normalidade (Foucault, 2014).

O termo estigma teve origem na Grécia, onde sinais corporais eram usados para indicar algo negativo ou extraordinário sobre uma pessoa. Mais tarde, a Igreja adotou o conceito para se referir a marcas corporais que simbolizavam a graça divina. No entanto, na contemporaneidade, estigma adquiriu uma conotação

pejorativa, geralmente associado a indivíduos com transtornos mentais ou que, por serem considerados fora dos padrões, são vistos pela sociedade como inferiores ou incapazes (Goffman, 1988).

A identificação e a nomeação de estigmas são fundamentais para oferecer recursos adequados, além de minimizar os transtornos diários que decorrem da falta de conhecimento, que frequentemente gera conflitos, falta de diálogo e ressentimentos no contexto social e familiar (Oliveira, 2012). Essa desinformação é discutida por Oliveira (2012, p. 28), que observa que “o transtorno mental gera tensão no meio social e familiar ao constituir uma incógnita, produzindo incerteza quanto ao destino do enfermo”.

Segundo Silva (2015) os danos causados pelos estigmas na vida de pacientes com esquizofrenia são variados e impactam diversas áreas de suas vidas, afetando não apenas o indivíduo, mas também sua família, que pode se tornar uma fonte de adoecimento. Esses estigmas contribuem para relações conflituosas e são percebidos como causadores das dificuldades enfrentadas.

É fundamental restabelecer relações positivas por meio de um diálogo fluido, uma vez que, como aponta Oliveira (2012, p. 32), “o transtorno mental provoca deslocamentos nas expectativas e nas relações afetivas entre as pessoas, ao ser um fenômeno não integrado no código de referência do grupo”.

3 METODOLOGIA

O artigo em questão adota uma abordagem qualitativa de pesquisa para investigar a subjetividade e a singularidade de cada tema tratado no texto. Em outras palavras, a pesquisa se concentra no universo dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, explorando um aspecto mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser simplificados à operacionalização de variáveis (Minayo, 2008).

Como método de coleta de informações, foi utilizado a entrevista que é uma das estratégias mais comuns no trabalho de campo. Através deste método, os investigadores podem coletar informações tanto objetivas quanto subjetivas, criando uma interação relevante entre os envolvidos (Duarte, 2004). Especialistas em assuntos humanos, como psicólogos, sociólogos, pedagogos e assistentes sociais,

empregam essa metodologia não só para a coleta de informações, mas também para propósitos diagnósticos e de orientação. Portanto, o uso da entrevista tem se mostrado um elemento fundamental para o avanço das ciências sociais nas últimas décadas (Gil, 2008).

Utilizamos também o método de observação, que na psicologia se mostra extremamente presente e de grande importância, pois permite a extração de informações valiosas do ambiente em que estamos inseridos, facilitando a produção científica e filosófica (Ferreira & Mousquer, 2004). Mestre, Moser e Amorim (1998) destacam a importância da observação e do registro sistemático do comportamento, essa prática permite que profissionais de diversas áreas se comuniquem sobre um fenômeno observado, utilizando suas principais características como base para o diálogo.

Este estudo faz parte do cumprimento do estágio supervisionado do curso de Psicologia do Centro Universitário Univértix. A observação foi realizada no CAPSi no interior de Minas Gerais, onde atua uma equipe multidisciplinar composta por 4 psicólogos, 1 psiquiatra, 1 educador físico, 1 enfermeiro, 1 secretária e 4 funcionários responsáveis pela limpeza e pela confecção do almoço e do café. O local é bastante extenso e possui diversas salas para comportar a maioria dos atendimentos, o horário de funcionamento é das 8h às 17h. O CAPS I conta com 13 salas sendo boa parte delas destinadas às oficinas terapêuticas, 5 banheiros, um pátio recreativo, um saguão e um refeitório.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O serviço oferecido pelos psicólogos no CAPSi observado, incluem atendimentos individuais, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, atendimento psiquiátrico, entre outros. Aproximadamente 40 crianças e adolescentes frequentam o CAPSi, a maioria proveniente das regiões próximas. Geralmente, eles chegam utilizando o carro disponibilizado pelo serviço público para os pacientes do local. As crianças e adolescentes do CASPi, são diagnosticadas em sua maioria com o transtorno do espectro autista, porém havia, alguns casos de esquizofrenia, transtorno oppositor desafiador, transtorno do déficit de atenção com hiperatividade entre outros.

Segundo Soares (2011), o estigma internalizado ocorre quando o indivíduo reconhece o diagnóstico associado à sua doença, onde ele aceita e integra os estereótipos negativos associados à sua condição na sua autoimagem. Esse processo pode causar um impacto profundo, como perda de autoestima e autoeficácia, além de causar sentimento de culpa, ansiedade, raiva e autocensura. Essa condição piora os sintomas mentais, levando ao isolamento, que muitas vezes é uma tentativa de evitar a rejeição. Para os pacientes, o sofrimento mental é uma experiência complexa e percebida de forma negativa, especialmente pela dificuldade de manejo da reação social ao transtorno (Saraceno, 2011).

A partir das respostas da psicóloga entrevistada, é possível identificar diversas dimensões do estigma social enfrentado por pacientes do CAPSi. Essas percepções refletem as dificuldades e barreiras que impactam tanto o bem-estar quanto o desenvolvimento dos pacientes, especialmente crianças, dentro do contexto familiar e social.

Embora muitos fatores tenham contribuído para o avanço na forma como estes estigmas são vistos atualmente, ainda persistem estereótipos sociais e culturais arraigados, incluindo a ideia de que são perigosas, insuficientes ou mesmo “imprestáveis”, esta estigmatização é apontada como um dos principais obstáculos ao progresso na atribuição de um novo papel social à “loucura” e no exercício da cidadania pelos utentes de saúde mental (Sadler, 2009).

Foi perguntada a psicóloga como ela percebe o impacto do estigma social nos pacientes atendidos pelo CAPSi e ela destacou que “em alguns casos (até bem recorrente), o preconceito vem da própria família”, indicando que familiares muitas vezes resistem a aceitar o diagnóstico, o que pode atrasar o início do tratamento. Essa resistência inicial dos familiares representa um desafio significativo, uma vez que a falta de aceitação contribui para a demora no encaminhamento para tratamento especializado, retardando a evolução terapêutica do paciente e ampliando o sofrimento emocional e social associado.

Foi perguntado também, quais são os principais preconceitos que os pacientes enfrentam na comunidade e ela respondeu que o preconceito é intensificado pelo fato de que “a maioria que sofre preconceito, sente o peso da não aceitação vinda dos próprios familiares, professores, colegas”. Essas figuras

importantes para o desenvolvimento pessoal dos pacientes, ao considerá-los “perigosos” ou “incapazes”, reforçam estereótipos que rotulam os indivíduos como “diferentes” e marginalizados. Esse tipo de preconceito institucionalizado gera um ciclo de exclusão, afetando a autoestima e a identidade social dos pacientes.

O estigma afeta não apenas as pessoas com transtornos mentais, mas também aqueles que estão intimamente relacionados a eles. Esse fenômeno, denominado “estigma social”, atinge principalmente as famílias, mas também atinge os profissionais que trabalham com essa população. Variações na compreensão sociocultural do transtorno mental, bem como nas crenças e atitudes relacionadas, podem influenciar os comportamentos de busca de ajuda, as escolhas de tratamento e a utilização dos serviços. Isso afeta a qualidade de vida das pessoas com transtorno mental e de seus familiares, além da qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde (Arboleda-Floréz, 2005; Bauman, 2006; Bhugra, 2006).

Foi abordado de que maneira o estigma social afeta a autoestima e a recuperação dos pacientes do CAPSi, onde foi dito que, o impacto desse estigma na autopercepção das crianças, que, ao internalizarem esses preconceitos, "podem se sentir inferiores, excluídas e até rejeitadas". A baixa autoestima decorrente desse processo pode resultar em bloqueios emocionais, dificultando a expressão das emoções e inibindo o desenvolvimento de vínculos interpessoais. Tais consequências são prejudiciais ao desenvolvimento saudável da criança, que passa a enfrentar desafios adicionais para se sentir valorizada e aceita no ambiente em que vive.

Questionamos a psicóloga quais as estratégias utilizadas pelo CAPSi para combater o estigma e promover uma imagem positiva dos pacientes ela respondeu:

Para combater esses efeitos negativos, a psicóloga aponta que há orientações e, sempre que possível, palestras direcionadas a conscientizar a família, professores, sociedade em geral. A educação e conscientização são vistas como ferramentas essenciais para transformar percepções sociais e fomentar empatia. Iniciativas como palestras e orientações ajudam a comunidade a perceber esses pacientes com um olhar humanizado e como indivíduos com desafios, mas também com potencial para superação e crescimento (Psicóloga, 2024).

De acordo com Goffman (1988), mitigar o impacto do estigma exige a transformação das perspectivas tanto pessoais quanto coletivas, promovendo uma visão mais empática e inclusiva da diversidade. Ele sugere que, ao adotar uma

atitude de compreensão, a sociedade pode reduzir a exclusão e o isolamento vivenciados por pessoas estigmatizadas, criando um ambiente mais acolhedor e menos rígido.

Por fim foi indagada à psicóloga como a sociedade pode ser educada para entender melhor os transtornos mentais e diminuir o estigma, e a psicóloga sugeriu a importância de "campanhas de conscientização pública, através das redes sociais, escolas, espaços comunitários e locais de trabalho". O envolvimento de múltiplos setores sociais é proposto como uma estratégia ampla e eficaz para promover a aceitação e reduzir o estigma. A psicóloga também enfatizou a necessidade de implementar programas de educação em saúde mental nas escolas e capacitar profissionais, promovendo um ambiente mais acolhedor e inclusivo para esses pacientes.

A psicóloga sublinhou a importância de unir diferentes áreas da cultura e da sociedade para eliminar os estigmas associados à saúde mental, dizendo que sem esta cooperação o objetivo é inatingível.

Nesse contexto, mudanças no imaginário social da loucura podem ocorrer por meio da construção cotidiana de novas relações sociais no território. O território é uma unidade relacional que inclui os aspectos naturais e geográficos, bem como uma sociedade em constante movimento. Esta dinâmica inclui aspectos culturais, sociais, legislativos, políticos, econômicos e sociais, que levam a transformações de lugares e modos de vida (Santos, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo destacou a importância de compreender o impacto do estigma social na vida dos pacientes atendidos no CAPSi na perspectiva dos profissionais de saúde. A análise constatou que apesar dos avanços nas políticas públicas voltadas à saúde mental e da criação de serviços especializados como o CAPSi, o preconceito continua sendo uma realidade presente e complexa. Esse estigma muitas vezes começa nas próprias famílias, com dificuldades de aceitação e compreensão dos transtornos, o que tende a atrasar o tratamento e gerar sofrimento adicional aos pacientes.

O estigma que os pacientes enfrentam afeta diretamente suas relações sociais e como eles se veem no mundo. A falta de aceitação por parte de familiares,

colegas e professores, rotulando-os como “diferentes” ou “deficientes”, contribui para a construção de uma autoimagem frágil e repleta de barreiras. Este ciclo de exclusão não afeta apenas o bem-estar emocional, mas também limita o potencial destas crianças e adolescentes para desenvolverem as competências necessárias para uma vida social saudável e independente.

Nesse contexto, os profissionais têm enfatizado a importância de iniciativas de conscientização e educação que possam ajudar a sociedade a lidar com os preconceitos de forma mais empática e construtiva. As campanhas educativas nas escolas, nas redes sociais e nas comunidades são essenciais para informar e sensibilizar a população. Para que esses pacientes se sintam acolhidos e incluídos, é essencial um esforço interdisciplinar envolvendo a família, a escola e a comunidade em geral. A promoção de espaços de diálogo e aceitação não só transforma a experiência do paciente, mas também fortalece os laços sociais e reduz a carga do estigma. Em última análise, promover uma visão inclusiva e respeitosa da saúde mental é essencial para construir uma sociedade que verdadeiramente abrace, compreenda e apoie a diversidade das experiências humanas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

ARBOLEDA-FLÓREZ, J. Stigma and discrimination: an overview. **World Psychiatry**, v. 4, p. 8-10, 2005.

BASAGLIA, F. **Em busca de necessidades perdidas**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

BASAGLIA, F. **A instituição da violência: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BAUMAN, A. E. et al. Attitudes of the public towards people with schizophrenia: comparison between Macedonia and Germany. **World Psychiatry**, v. 4, p. 55-57, 2005.

BHUGRA, D. Severe mental illness across cultures. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 113, p. 17-23, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde: as cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 7 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63 p. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 7 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Normatiza os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2002.

_____. Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (republicada em 21 de maio de 2013). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 010/2017 – Política de Orientação e Fiscalização**. Brasília: CFP, 2017.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educação em Revista**, n. 24, p. 213-225, 2004.

FERREIRA, T.; BONTEMPO, V. L. (org.). **Crianças e adolescentes: o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos**. Belo Horizonte: CRV, 2012.

FERREIRA, V. R. T.; MOUSQUER, D. N. Observação em psicologia clínica. **Revista de Psicologia da UnC**, v. 2, n. 1, p. 54-61, 2004.

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

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. Tradução de J. T. C. Netto. São Paulo: Perspectiva, 2014. (Trabalho original publicado em 1972).

GAMA, Jairo Roberto de Almeida. Um estudo histórico e conceitual sobre a clínica da reforma psiquiátrica brasileira. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:

http://www.bdtd.uerj.br/tde_arquivos/44/TDE-2013-0513T145221Z-3157/Publico/Jairo%20Gama-tese.pdf. Acesso em: 7 nov. 2024.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução de Marcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Expansão e interiorização da psicologia: reorganização dos saberes e poderes na atualidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 2, p. 296-313, 2011.

MERHY, Emerson Elias; AMARAL, Heloisa. **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MESTRE, M. B. A.; MOSER, A. M.; AMORIM, C. A. Observação e registro do comportamento. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 16, n. 22, p. 45-58, 1998.

OLIVEIRA, S.; CAROLINO, L.; PAIVA, A. Programa saúde mental sem estigma: efeitos de estratégias diretas e indiretas nas atitudes estigmatizantes. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 8, p. 30-37, 2012.

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

SADLER, J. Z. Stigma, conscience, and science in psychiatry: past, present, and future. **Academic Medicine**, v. 84, n. 4, p. 413-417, 2009.

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Edusp, 2007.

SARACENO, Benedetto. A cidadania como forma de tolerância. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 93-101, 2011.

SILVA, J. C. F. Genes envolvidos na determinação da esquizofrenia. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2015.

SOARES, Rhaisa G. et al. A mensuração do estigma internalizado: revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Estudo**, v. 16, n. 4, p. 635-645, 2011.

YAMAMOTO, O. H. Políticas sociais, terceiro setor e compromisso social: perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 30-37, 2007.