

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
ROMANO DELUQUE JÚNIOR**

**ESTIGMA E SOFRIMENTO MENTAL: A FORMAÇÃO DO PRECONCEITO
À LUZ DA HERMENÊUTICA GADAMERIANA**

**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE - MS**

2020

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
ROMANO DELUQUE JÚNIOR**

**ESTIGMA E SOFRIMENTO MENTAL: A FORMAÇÃO DO PRECONCEITO
À LUZ DA HERMENÊUTICA GADAMERIANA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração Psicologia da Saúde, Orientador: Prof. Dr. Márcio Luís Costa

**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE - MS**

2020

D331e Deluque Junior, Romano
Estigma e sofrimento mental: a formação do preconceito
A luz da hermenêutica gadameriana/ Romano Deluque
Junior, sob orientação do Professor Dr. Márcio Luis
Costa. -- Campo Grande, MS : 2021.
162 p.:

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade
Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS, 2021
Bibliografia: p. 150 a 162

1. Hermenêutica. 2. Estigmas - Preconceitos. 3. Sofrimento
psíquico. 4. Doença mental I.Costa, Márcio Luis. II.
Título.

CDD: 150



A dissertação apresentada por **ROMANO DELUQUE JÚNIOR**, intitulada "**ESTIGMA E SOFRIMENTO MENTAL: A FORMAÇÃO DO PRECONCEITO À LUZ DA HERMENÉUTICA GADAMERIANA**", como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi.....APROVADA.....

BANCA EXAMINADORA

Márcio Luis Costa

Prof. Dr. Márcio Luis Costa

Prof. Dr. Marcelo Fabri

Profº Drª Sonia Grubits

Campo Grande - MS, 5 de novembro de 2020.

EPÍGRAFE

*Nichts existiert außer durch Sprache
Nada existe, senão através da linguagem
(Hans-Georg Gadamer)*

AGRADECIMENTOS

E nesse especial momento, agradeço às pessoas mais que especiais que fizeram parte desse projeto. Em primeiro lugar a Deus e à Nossa Senhora pela força, pelo amparo e pela saúde em todos os meus dias.

Ao professor e orientador ou, em palavras mais sinceras, ao amigo Márcio Luís Costa, que com sua atitude de calma, e com experiência, possibilitou meu desenvolvimento pessoal e profissional diante do campo da pesquisa.

À Walkyria Joca de Lima, por ouvir meus inúmeros apelos e, diante deles, sempre se mostrar prestativa.

À meus estimados colegas, Rosângela Fernandes Pinheiro Nantes, Rafael Zanata Albertini e Iran Pereira da Costa, por toda a boa vontade em me ensinar.

Aos meus irmãos não consanguíneos, Cesar Augusto Marton e João Pedro Souza da Silva, pelo apoio, suporte, e paciência. Muita paciência, e portanto, muita gratidão.

Ao meu irmão de sangue, Thomas Canellas Deluque, pela sua sinceridade quando indagado.

À minha doce e querida namorada, Gabriele Barreto Lins Ferreira, pelo auxílio de revisão e formatação, e pelo carinho e cuidado de sempre.

Por fim, à minha amada mãe, Tamara Arruda Canellas. Por sua vitória!

RESUMO

A presente dissertação propõe-se a fazer uma aproximação entre o tema do preconceito e do estigma, à então temática do sofrimento mental. Para tal, procedeu-se a partir de uma perspectiva baseada na Hermenêutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer, dentro do campo da saúde mental. Os **objetivos** do presente estudo são: Revisar o tema do preconceito e do sofrimento mental, bem como investigar as principais nuances e delineamentos que emergem a respeito do tema em uma perspectiva globalizada e interdisciplinar; Revisar a literatura existente no que concerne ao tema do preconceito frente ao sofrimento mental, a partir da ótica da Hermenêutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer; Conhecer e apreender os recursos da hermenêutica gadameriana que se propõem à operar como ferramenta para análise de dados; Idealizar e desenvolver um estudo de caso cuja proposta seja ouvir as experiências de pessoas em situação de sofrimento mental; Analizar as suas falas a partir de um ponto de vista hermenêutico; e por último, discutir as categorias de análise emergidas a partir das falas dessas pessoas, relacionando-as ao tema da formação do preconceito. **Metodologia:** A presente dissertação é construída em quatro passos. Primeiramente, procedeu-se à elaboração de duas revisões de literatura, na forma de revisões integrativas, que intentaram a demonstrar, primeiramente, o cenário das discussões mais recentes sobre as intersecções entre os temas das atitudes de estigma e preconceito frente o contexto do sofrimento mental. e, posteriormente, esse mesmo cenário a partir de uma leitura gadameriana. Como segundo passo, procedeu-se à elaboração de um artigo, em formato de ensaio de discussão teórica, cujo objetivo intenta a construção de sentidos sobre o cuidado em saúde à luz da hermenêutica gadameriana. O terceiro passo se trata de um estudo sobre a aplicabilidade da hermenêutica enquanto ferramenta para análise de dados em entrevista qualitativa, e para tal, redigiu-se um ensaio sobre esse tema, também em formato de artigo. Por último, tem-se como quarto passo, a execução de uma pesquisa de campo que, com natureza exploratória, propõe-se ao desenvolvimento de estudo de caso de abordagem qualitativa. **Conclusão:** por fim, o presente trabalho pôde identificar três fatores que corroboram para a formação de falsos preconceitos: A ação inadequada ou a omissão da mídia e dos meios de comunicação; o distanciamento físico e emocional, bem como a falta de contato com pessoas em situação de adoecimento mental; e por último, a não propagação de informações relevantes e pertinentes a respeito do tema em direção à população geral e no cenário educacional e acadêmico.

Palavras-chave: Hermenêutica, Sofrimento Mental, Preconceito, Estigma, Adoecimento Mental.

ABSTRACT

This dissertation proposes an approximation between the subject of prejudice and stigmatization, in face of the theme of mental suffering. To this end, we proceeded from a perspective based on the Philosophical Hermeneutics of Hans-Georg Gadamer, within the field of mental health. In this context, the objectives of the present research are: To review the theme of prejudice and mental suffering, as well as to investigate the main nuances and designs that emerge regarding the theme in a globalized and interdisciplinary perspective; Review the existing literature on the subject of prejudice against mental suffering, from the perspective of the philosophical hermeneutics of Hans-Georg Gadamer; To know and understand the Gadamerian hermeneutics resources that propose to operate as a tool for data analysis; Idealize and develop a case study whose proposal is to listen to the experiences of people in situations of mental suffering; Analyze their speeches from a hermeneutic point of view; and finally, to discuss the categories of analysis that emerged from the speeches of these people, relating them to the theme of the formation of prejudice. Methodology: The present dissertation is constructed in four steps. First, two literature reviews were carried out, in the form of integrative reviews, which attempted to demonstrate, first, the scenario of the most recent discussions and intersections between the themes of, stigma and prejudice in face of mental suffering, and, later, this same scenario from a Gadamerian reading. As a second step, we proceeded with the elaboration of a theoretical research in the form of an article, whose objective is to build meanings about "care" in the light of Gadamerian hermeneutics. The third step intends into a study about the applicability of Gadamerian hermeneutics, as a tool for the analysis of speeches in qualitative interviews, and for that, an essay on this theme was written, also in article format. Finally, there is the fourth step, a field research, which, with an exploratory nature, proposes a case study with a qualitative approach. Conclusion: Finally, the present study was able to identify three factors that corroborate with the formation of false and derogatory prejudices: The inadequate action or the omission of the media; the physical and emotional distance, as well as the lack of contact with people in a situation of mental illness; and lastly, the non-propagation of relevant and pertinent information about the theme towards the general population and the educational and academic scenario.

Keywords: Hermeneutics, Mental Suffering, Prejudice, Stigma, Mental Illness.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	5
RESUMO.....	6
INTRODUÇÃO.....	10
PRECONCEITO, ESTIGMA E SAÚDE MENTAL: O ESTADO DE UMA QUESTÃO.....	16
PRECONCEITO OU PRÉ-CONCEITO? APORTES SOBRE PRECONCEITO EM HANS-GEORG GADAMER	49
CONSTRUINDO SENTIDOS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE À LUZ DA HERMENÊUTICA GADAMERIANA.....	73
HERMENÊUTICA E ANÁLISE DE DADOS EM PESQUISA: UM ENFOQUE GADAMERIANO.....	93
O PRECONCEITO À LUZ DA HERMENÊUTICA GADAMERIANA - UM ESTUDO DE CASO SOBRE A FORMAÇÃO DO PRECONCEITO EM SAÚDE MENTAL.....	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	149
DIRECIONAMENTOS FUTUROS	150
REFERÊNCIAS GERAIS.....	151

INTRODUÇÃO

Por se tratar de um disertação apresentada na modalidade de artigos científicos, a presente introdução imbui em si mesma uma grande responsabilidade: a de correlacionar, uns com os outros, os textos da presente obra. Não se deve esquecer porém, que textos introdutórios intentam, na maioria das vezes, à condução do leitor em uma primeira tarefa interpretativa, e por consequência, de formação de novas compreensões sobre o texto que virá em sequência. Então, em sentido gadameriano, tentar-se-á de maneira introdutória, construir sentidos antecipatórios a respeito de tudo o que fora desenvolvido nessa caminhada de dois anos, de modo que seja possível ao nobre leitor, então intérprete dessa relação dialética, apreender os caminhos percorridos, e os conceitos necessários para a compreensão dessa obra acadêmica.

Para iniciar, convém expor enfoques e objetivos do presente estudo. Então, objetiva-se aqui, de maneira geral, investigar a formação do preconceito, bem como das mentalidades de estigma que afetam pessoas acometidas pelas mais diversas modalidades de adoecimento mental, e seus familiares cuidadores. E nesse contexto percebe-se que ambos, pacientes e familiares, sofrem intensamente, tanto em virtude dos desafios impostos pela condição sintomática e de adoecimento, quanto pelos preconceitos e estigmas que atuam em suas relações sociais e entornos comunitários.

Em específico, outros objetivos podem ser expostos. E há de se dizer que o modo como a presente disertação foi estruturada se deu em virtude do cumprimento desses mesmos objetivos. São eles: revisar o tema do preconceito e do sofrimento mental, bem como investigar os principais aspectos e delineamentos que emergem a respeito do tema em uma perspectiva globalizada e interdisciplinar; revisar a literatura existente no que concerne ao tema do preconceito frente ao sofrimento mental, a partir da ótica da Hermenêutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer; Conhecer e apreender os recursos da hermenêutica gadameriana que se propõem à operar como ferramenta para análise de dados; idealizar e desenvolver um estudo de caso cuja proposta seja ouvir as experiências de pessoas em situação de sofrimento mental; analizar as suas falas a partir de um ponto de vista hermenêutico; e por último, discutir as categorias de análise emergidas a partir das falas dessas pessoas, relacionando-as ao tema da formação do preconceito.

Optou-se aqui pela nomenclatura “sofrimento mental” para se referir às nuances de sofrimento que atravessam essas pessoas, independentemente de diagnósticos ou quadros clínicos. Além disso, tal nomenclatura carrega em si mesma características de maior neutralidade frente a outros termos, como doença mental ou psicoses, por exemplo.

O tema do preconceito e as suas intersecções com o campo da saúde mental têm sido, nos últimos anos, objeto de aprofundamento em diversos estudos em várias partes do mundo (BLUNDELL et al. 2016; CORRIGAN et al. 2017). O debate é relativamente novo e caminha na direção de uma sistematização de saberes diante do tema do preconceito e do estigma neste campo temático (CORRIGAN, 2004; CORRIGAN et al., 2017). Nesse cenário, o que se destaca são estudos que percebem o preconceito como uma espécie de concordância emocional para com um determinado estereótipo, tal como uma resposta emotiva e afetiva para uma opinião formulada *a priori*, e precipitadamente estabelecida (CORRIGAN, 2004; CORRIGAN et al., 2017; DOVIDIO, MAJOR; CROCKER, 2000). Outros estudos caracterizam o preconceito como uma atitude imaginária negativa e rotulante, a respeito de pessoas com características percebidas, por determinado grupo social, como diferentes ou descreditantes (HEREK, 1999; MAJOR; O'BRIEN, 2005).

De todo modo, o que a maioria desses estudos têm em comum é o fato de considerarem o preconceito como algo a ser combatido e que, ao mesmo tempo, dá causa de ser para mentalidades estigmatizantes e condutas discriminatórias. Seja no campo social ou da saúde, o tema está, quase sempre, associado a uma atitude negativa e pejorativa por parte do indivíduo que observa um determinado fenômeno. Diante disso, convém passar à exposição do marco teórico que aqui fora selecionado: a Hermenêutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer.

O pensamento gadameriano parte do pressuposto de que toda compreensão surge da interpretação de um fato em uma determinada realidade e, em contrapartida, toda nova interpretação teria como base um entendimento prévio, ou seja, um preconceito ou pré-conceito (GADAMER, 1997; HABERMAS, 1970; REGAN, 2012; SPENCE, 2016). Esse processo hermenêutico é também dialético, e emerge a partir das mais variadas interrelações, como por exemplo: entre duas pessoas; entre uma pessoa e um texto escrito; entre pesquisador e participante da pesquisa; entre observador e fenômeno observado; médico e paciente; etc. (BLEGEN, ERIKSSON; BONDAS, 2016; GADAMER, 1997). As possibilidades hermenêuticas dentro da fenomenalidade da vida cotidiana são diversas e flertam com o incalculável.

Nessa perspectiva, o preconceito assume então, um novo significado: o de ser inerente ao homem e à sua percepção de verdade (GADAMER, 1997), de modo a não se conceber a própria compreensão acerca de um determinado fenômeno sem que antes haja um pré-entendimento, ou um preconceito, a respeito do mesmo. Pode-se inclusive dizer que o elemento básico da hermenêutica filosófica são os preconceitos, os quais não são livres de vieses e de opiniões superficiais. A esses, dá-se o nome de *falsos preconceitos* (BLEGEN; ERIKSSON; BONDAS, 2016; REGAN, 2012).

A Hermenêutica Gadameriana não é utilizada, no presente estudo, apenas como suporte teórico para o tema do preconceito e sofrimento mental, mas também como ferramenta

metodológica que fornece condições necessárias para um atitude pesquisadora qualificada e humanizada, bem como para a análise dos dados coletados no estudo de caso que será apresentado.

Como atitude metodológica, a referida abordagem apresenta-se, dentro da pesquisa qualitativa e transdisciplinar, como uma proposta que intenta fazer entender e expressar, a percepção sobre os acontecimentos que se sucederam no entorno dos sujeitos envolvidos nas vivências e na solidariedade das ações que buscam o saber (DITTRICH; LEOPARDI, 2015). Isso significa que as raízes hermenêuticas da compreensão do homem emergem a partir da dúvida e do questionamento, ou seja, nascem do *corpo-criante* que intenta dinamicamente, entender, significar, e se auto-criar-se diante da vida e dos desafios que lhes são impostos (SIDI; CONTE, 2017; GADAMER, 1997).

Para a análise dos dados obtidos, optou-se pelo método “Construindo Histórias” (*Crafting Stories*) proposto e elaborado por Crowther et al. (2016). Para compô-lo os autores basearam-se no trabalho de Van Manem (2014), em particular, na sua obra *Phenomenology of Practice*. Tal método exige que o pesquisador trabalhe “junto” dos dados obtidos, e não “com” eles. Isso significa, para o pesquisador, incumbir-se da tarefa de ter que “habitar” o texto transscrito e confrontá-lo, por mais de uma vez, até que dele se possa extrair uma descrição vívida, contextualizada, e reveladora sobre as nuances do fenômeno inquirido.

Uma história fenomenológica bem construída pode abrir caminhos e revelar jeitos de ser, pensar, e agir que muitas vezes passam despercebidos para outros métodos analíticos (CROWTHER et al., 2016). Possuem pois, essas histórias, a condição de comunicar o modo como as pessoas fazem sentido dos eventos que vivenciam, tratando-se de tentar traduzir a visão do entrevistado sobre o fenômeno vivenciado naquele exato momento em que fora inquirido e relatado. Através dessa atitude analítica intenta-se a revelar a natureza ontológica das dados obtidos. A visada da hermenêutica gadameriana será melhor exposta no decorrer dos capítulos dois, três, quatro e cinco da presente dissertação.

Passa-se agora a apresentação dos elementos estruturais ou seja, dos capítulos que compõem a presente. Esta inicia-se com uma obra de revisão de literatura, na forma de uma revisão integrativa, que elabora um panorama a respeito dos últimos estudos que tratam do tema do estigma e de preconceito frente à realidade e o contexto das pessoas com sofrimento mental. Esse estudo, relativamente longo, cumpre a função de apresentar, a partir de um compilado de informações de 49 estudos, internacionais e interdisciplinares, os delineamentos mais atuais a respeito do referido tema. Através dos resultados emergidos nessa etapa de nossa pesquisa, é-se permitido habitar e conhecer os recentes delineamentos que vêm sendo construídos no entorno do tema do preconceito frente ao sofrimento mental a partir da literatura técnica mundial.

O estudo: "Preconceito, Estigma e Saúde Mental - O Estado de Uma Questão" foi publicado em língua inglesa, em periódico estrangeiro, na forma de dois volumes, que subdividiram a pesquisa em dois artigos com o intuito de separar os achados quantitativos dos qualitativos, são eles: "PREJUDICE, STIGMA, AND MENTAL HEALTH: AN INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE - Quantitative Findings Between the Years of 2016 and 2018"; e, "PREJUDICE, STIGMA AND MENTAL HEALTH: AN INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE - Qualitative Findings Between the Years of 2016 and 2018". Ambos encontram-se indexados desde Janeiro de 2020¹.

A atitude de resgatar conhecimentos através de revisões de literatura, em especial em revisões integrativas é relevante pois as mesmas possuem o intuito de retratar panoramas a respeito de pesquisas empíricas ou teóricas e, a partir delas se verificar, não só as linhas gerais de conclusão a respeito de determinado tema, mas ainda, a forma como esse mesmo tema tem sido tratado pela literatura. Tal modalidade é relatada tal como um método de pesquisa desde 1980 (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008) possuindo a importante função de "reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada" (p. 759).

Isso leva ao segundo texto da presente obra. O estudo "PRECONCEITO ou PRÉ-CONCEITO? Aportes SOBRE PRECONCEITO em HANS-GEORG GADAMER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA" objetiva-se, também através de uma revisão integrativa, a trazer um panorama a respeito do tema do preconceito frente ao sofrimento mental, dentro da perspectiva teórica da Hermenêutica Filosófica tal como é proposta por Hans-Georg Gadamer. Nele, 17 trabalhos foram selecionados e categorizados segundo as seguintes categorias: ano de publicação, país de publicação, país de realização da pesquisa, periódico, área temática, ramo de atuação dos autores, indicadores de preconceito, delineamentos metodológicos, ferramenta para análise de dados, características das amostras, procedimentos éticos, e principais resultados e conclusões.

Atribui-se grande relevância à essa etapa, pois a mesma constrói as primeiras aproximações entre, a questão problema da presente pesquisa e o marco teórico selecionado. A partir dos achados oriundos do referido capítulo, tornou-se possível conhecer e posicionar, para esse autor, a Hermenêutica Filosófica, tal como é proposta por Hans-Georg Gadamer dentro dos grandes referenciais teóricos que se aprofundam sobre o tema do preconceito.

Essa vertente epistemológica também parece se apresentar como uma ferramenta orientadora na construção de uma visão humanizada de saúde, onde através dela, se concebe que todo conhecimento é precedido por um pré-conceito, e isso não é, em essência, positivo ou

¹ Artigos indexados e disponíveis em: <https://www.journalijdr.com/prejudice-stigma-and-mental-health-integrative-review-literature-qualitative-findings-between-years> e <https://www.journalijdr.com/prejudice-stigma-and-mental-health-integrative-review-literature-quantitative-findings-between-years>.

negativo, mas permite compreender o modo como as verdades emergem nas mais variadas relações hermenêuticas do cotidiano. O presente capítulo foi publicado em Maio de 2020, com o título “*Preconceito ou pré-conceito? Construindo sentidos sobre preconceito e saúde à luz da hermenêutica de Hans-Georg Gadamer: uma revisão integrativa*” em periódico nacional, de responsabilidade da Faculdade de Filosofia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)².

O terceiro texto, “CONSTRUINDO SENTIDOS SOBRE o CUIDADO EM SAÚDE à LUZ da HERMENÊUTICA GADAMERIANA” se trata de um ensaio de discussão teórica, que intenta a elaboração de uma discussão geradora de novos sentidos para o tema do cuidado em saúde sob a ótica da Hermenêutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer. Nele foram utilizados textos do próprio Gadamer (1997; 2002; 2011), assim como publicações de autores que trabalham a temática a partir dessa mesma perspectiva teórica. Discute-se a respeito dos novos desafios para o cuidado diante do tema da atenção em saúde, para nessa esteira, poder intentar a identificação de demandas por um cuidado humanizado dentro do pragmatismo que emerge na fenomenalidade cotidiana dos serviços públicos de atenção em saúde.

Também se é apresentada uma breve explanação conceitual sobre o cuidado e a saúde sob o ponto de vista da hermenêutica, em especial, no que tange à crítica gadameriana sobre os padrões estritamente metodológicos em interpretar os manuais internacionais de doença, que culminam na construção daquilo que Gadamer (2011) define como um “caráter oculto” atuante no significado de saúde. Por último, ainda nesse mesmo texto, conduz-se uma discussão onde, os significados e conceitos construídos ao longo das prévias exposições a respeito deste campo temático, são atravessados aos entraves pragmáticos que impedem o emergir de um momento assistencial humanizado e cuidadoso. Ainda nesse tópico, sugestões são feitas com objetivos de apontar potenciais caminhos para a superação desses impedimentos.

O presente texto possui grande relevância, pois através dele são conduzidas aproximações epistemológicas diante de problemas pragmáticos do campo da saúde, e das realidades das pessoas que frequentam os serviços públicos de atenção à saúde. O mesmo encontra-se publicado em periódico angolano, de responsabilidade da Universidade Óscar Ribas (UÓR), sob o título “*CONSTRUINDO SENTIDOS SOBRE o CUIDADO EM SAÚDE à LUZ da HERMENÊUTICA GADAMERIANA*”³.

Chega-se então, ao momento de atribuir relevância ao método de análise de dados que antecede o nosso estudo de caso. Para dar cabo dessa tarefa, nessa quarta etapa é-se apresentado o

² Artigo indexado e disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/Ekstasis/article/view/47717>. doi: <https://doi.org/10.12957/ek.2020.47717>

³ Artigo indexado e disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7490824>. doi.org/10.37293/sapientiae52.06.

texto “Hermenêutica e Análise de Dados em Pesquisa: um Enfoque Gadameriano”. Nele, a hermenêutica gadameriana é exposta como um instrumento de auxílio à compreensão que se objetiva, a *priori*, a observação de um discurso autônomo por parte da pessoa entrevistada em relação ao pesquisador, para que esse último possa, posteriormente analisar, interpretar, compreender e descrever o fenômeno observado de maneira sistematizada e (co)vivida (DITTRICH; LEOPARDI, 2015; CROWTHER et al., 2016).

Para a referida abordagem, tudo que é dito, é dito por alguém, e portanto, o “dizer” é parte constituinte do “ser” do ser humano (MATURANA, 1995), logo, as estruturas discursivas humanas passam a fazer parte de uma organização maior, que se relaciona à forma de ser e de perceber o mundo em seu entorno. Em suma, objetivou-se no presente capítulo, descrever e argumentar em favor de um método hermenêutico-fenomenológico de se vivenciar a pesquisa qualitativa e ainda, a partir dessa mesma perspectiva metodológica, proceder a compreensão das falas e vivências das pessoas ouvidas dentro processo de pesquisa. Especificamente, as reflexões que aqui foram desenvolvidas utilizaram por base, a visada da Hermenêutica proposta Hans-Georg Gadamer.

O presente texto encontra-se indexado pela SciELO em formato de preprint⁴, com o título “*UM MÉTODO HERMENÊUTICO-FENOMENOLÓGICO de ANÁLISE de DADOS em PESQUISA QUALITATIVA: UM ENFOQUE GADAMERIANO*”, enquanto aguarda decisão quanto a publicação em periódico nacional de responsabilidade da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (USP).

Por último, e talvez o mais importante texto da presente dissertação, tem-se os resultados da pesquisa de campo que, na forma de um estudo de caso, denomina-se: “O Preconceito à Luz da Hermenêutica Gadameriana - Um Estudo de Caso sobre a Formação do Preconceito em Saúde Mental”. Esta quinta etapa intenta a um fechamento da caminhada acadêmica de dois anos deste pesquisador. E para sua elaboração, foram utilizados os conhecimentos obtidos ao longo do desenvolvimento das últimas produções e estudos que o antecederam.

Nesse capítulo, propõe-se à uma análise e discussão a respeito do tema do preconceito e da estigmatização, a partir de falas obtidas através de entrevistas abertas, em uma perspectiva baseada na Hermenêutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer, dentro do campo da saúde mental. A proposta consiste, quanto à sua natureza, em executar uma pesquisa aplicada cujos objetivos apresentam-se enquanto exploratórios. Procedimentalmente, propõe-se a execução de um estudo de caso cuja abordagem se dá com enfoque qualitativo. Ao todo, foram entrevistadas quatro pessoas, três do sexo feminino e uma do sexo masculino, e suas falas transcritas na integralidade de modo que, a

⁴ Artigo indexado e disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/985>. DOI:<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.985>

partir delas, pudessem ser construídas histórias fenomenológicas que pudessem revelar a natureza ontológica das falas obtidas.

A relevância do referido trabalho é mister, pois permite a construção da análise e da discussão a respeito de problemáticas sociais e humanas à luz de conhecimentos teóricos e técnicos desenvolvidos a partir de estudos no campo da saúde mental, e a partir de conceitos trazidos pela hermenêutica gadameriana. Por se tratar de textos independentes entre si, a visada da hermenêutica, tanto para análise de dados, como para a atitude de pesquisa, é novamente descrita para fins de coesão textual. O presente capítulo encontra-se em fase de avaliação, em periódico nacional, de responsabilidade da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Por fim, cabe ainda dizer que uma atitude de humanizada ponderação é impelida ao pesquisador hermenêutico, para que o mesmo, ao se aproximar do entrevistado a partir de uma indagação oriunda de seu problema de pesquisa, o faça com uma atitude de tratar, e perceber o outro, como outro. Boa leitura.

PRECONCEITO, ESTIGMA E SAÚDE MENTAL: O ESTADO DE UMA QUESTÃO

INTRODUÇÃO

Dentre as problemáticas que permeiam a questão do sofrimento mental, o tema do preconceito e da formação do estigma emerge como uma vertente possuidora de grande relevância e significado. Verdade é que indivíduos portadores de alguma forma de sofrimento mental são vítimas de preconceito e de discriminação no decorrer de seus dias (PAIVA *et al.*, 2016). Passam a enfrentar, em virtude disso, uma dupla condição de vitimização: aquela oriunda da própria condição de adoecimento, que requer adequado tratamento multidisciplinar, e aquela oriunda das diversas mentalidades de preconceito, que culminam em atitudes discriminatórias atuantes nos respectivos entornos sociais.

Diante dessa condição, faz-se faz necessário problematizar a questão do estigma e do preconceito existente frente à saúde mental, pois esses atingem e vulnerabilizam, tanto os profissionais envolvidos na referida área (UNGAR; KNAAK; SZETO, 2016), como os usuários dos serviços de atenção à saúde mental e seus familiares (PRADO; BRESSAN, 2016). É possível afirmar que eventos que envolvem algum tipo de tratamento discriminatório em relação à indivíduos portadores de sofrimento mental severo são bastante comuns e corriqueiros, e nesse contexto, é papel do profissional atuante nessa modalidade de atenção à saúde, desenvolver um olhar atento para que o mesmo não ocorra bem diante de seus olhos ou pior, para que não seja ele mesmo instrumento de discriminação e de afastamento social.

O construção social do estigma é, de um modo geral, universal e inerente às sociedades humanas. Ele surge a partir da formação de esterótipos a respeito daquilo que é percebido pelo indivíduo como algo diferente (GRIFFITH; KOHRT, 2016). Da estereotipização do diferente que emerge a partir do contato com a realidade, eis que surge um modo de pensar característico que, por vezes, conduz à uma construção subjetiva da figura do outro, que nesse sentido se faz imbuída de sentidos ou atribuições pejorativas e preconceituosas. Tal construção do pensar humano parece se dar, sobretudo, amparada em julgamentos de realidade superficiais e desarrazoados (LABERON; SCORDATO; CORBIÈRE, 2017).

Da recorrência e do enraizamento desses fatores formam-se mentalidades de estigma. Este, tal como um mecanismo de defesa social e comunitário cuja intenção, argumenta-se, seria o fortalecimento das relações grupais entre semelhantes (GRIFFITH; KOHRT, 2016), é considerado

ainda, um subproduto do comportamento grupal considerado normal, e atua portanto, como uma espécie de gravame, uma sombra de sentidos que acompanha o indivíduo vitimizado (CORRIGAN *et al.*, 2017).

O surgimento do estigma pode, dentre outras definições, ser entendido como o resultante da “situação na qual o indivíduo é desqualificado da plena aceitação social devido à dinâmica da diferença digna de vergonha” (GRIFFITH; KOHRT, 2016 p.3). É pois, uma construção social que resulta na atribuição de uma marca junto ao indivíduo visto como diferente ou à parte, quando neste é imbuída uma espécie de sombra de anormalidade. Surge assim, como uma resultante de compreensões preconceituosas intensas, recorrentes e exacerbadas.

Cabe aqui dizer que o combate ao preconceito e ao estigma não é tarefa fácil. As atitudes que ensejam o seu adequado manejo podem variar desde: a promoção do contato pleno com os indivíduos em sofrimento mental (BLUNDELL *et al.*, 2016; CORRIGAN *et al.* 2017), o incentivo ao acesso e a reinserção ao mercado de trabalho (MORAES; CASTRO-SILVA, 2016; LABERON; SCORDATO; CORBIÈRE, 2017), o adequado entendimento quanto ao próprio diagnóstico (VENTURA; de MORAES; JORGE, 2017), o incentivo ao estudo e a programas educativos e elucidativos acerca do tema, tanto para os profissionais da saúde quanto para a população geral (LABERON; SCORDATO; CORBIÈRE, 2017; YUAN *et al.* 2017; JUNG *et al.* 2017; XU *et al.*, 2017), e por último, se faz ainda importante o amparo e a inclusão familiar (KRUPCHANKA *et al.*, 2016). Como se observa, a questão é complexa.

O ponto de concordância no que diz respeito ao adequado manejo e combate ao estigma e a discriminação, parece ser o fato das políticas públicas e dos programas de combate e manejo deverem se embasar nas características individuais daquela população cujas medidas são destinadas (UNGAR; KNAAK; SZETO, 2016). Cabe esclarecer, nesse ponto, que o conceito de discriminação é majoritariamente entendido tal como uma manifestação pragmática de uma concordância emocional existente *a priori*, à essa concordância emocional dá-se o nome de preconceito (CORRIGAN *et al.*, 2017).

Outro ponto no qual não parece haver discordâncias se assenta sob o reforçamento dos aspectos e características relacionadas à autonomia, bem como às características valiosas e positivas do indivíduo em situação de sofrimento mental (GRIFFITH; KOHRT, 2016). Não obstante, se faz pertinente aferir que o preconceito e o estigma possuem raízes sociais profundas, assim sendo, também são modelados e definidos pelos hábitos e costumes de cada população, adquirindo características próprias e distintas (HARALAMBOUS, 2016), nunca estanques e imutáveis, mas devidamente posicionados no tempo e no espaço em que se manifestam.

As percepções, e em consequência disso, os discursos pejorativos que se manifestam na direção do campo da saúde mental, também são temas que pedem uma discussão profunda que

tenha como intuito identificar fatores de risco e pressupostos que incentivem, proporcionem ou embasem o surgimento de condutas de preconceito dentro desse mesmo campo. Tal debate se faz relevante, pois pode indicar caminhos a serem percorridos em busca de maior controle e um melhor manejo desses mesmos discursos que ensejam condutas discriminatórias.

Tais vieses são oriundos, em grande parte das vezes, de percepções negativistas sobre o cuidado em saúde mental (LEE *et al.*, 2016), de modo que iniciativas contrárias precisam ser incentivadas. Ressaltar os aspectos positivos dessa modalidade de cuidado e, simultaneamente dos indivíduos nele envolvidos se faz necessário para o desenvolvimento de arranjos organizacionais dentro do sistema de atenção à saúde mental, bem como para a construção de um projeto terapêutico de combate ao preconceito adequado e contínuo (PAIVA *et al.*, 2016).

Diante do exposto, propõe-se, no presente estudo, a demonstrar os resultados de uma investigação literária na forma de uma revisão integrativa e, trazer de maneira atualizada, o estado em que se encontra o tema do preconceito relacionado ao campo da saúde mental e, também em relação ao indivíduo vitimizado pelo sofrimento mental. Como foco do nosso estudo têm-se: as influências e consequências do preconceito, do estigma e da discriminação frente ao individuo com sofrimento mental, como ainda, discutir o processo de revitimização que emerge a partir desses três fatores.

1 MATERIAIS E MÉTODOS

1.1 Revisão de Literatura

Uma revisão integrativa possui o intuito de levantar pesquisas empíricas ou teóricas e, a partir delas se verificar, não só as linhas gerais de conclusão a respeito de determinado tema, mas ainda, a forma como esse mesmo tema tem sido tratado pela literatura. Nesse sentido, é relatada tal como um método de pesquisa desde 1980 (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), possuindo a importante função de “reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada” (p. 759), bem como a de contribuir para com a compreensão geral do tema investigado. A revisão integrativa como método de pesquisa possibilita a elaboração de uma síntese sobre o estado investigativo de uma determinada questão, e pode com isso, auxiliar a produção e o direcionamento de novas pesquisas na área, bem como apontar lacunas que precisam ser preenchidas com novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Como especificidade da revisão integrativa sob outros métodos de pesquisa, tais como a revisão qualitativa, a meta-análise e a revisão sistemática, têm-se a possibilidade de integração de diferentes pesquisas teóricas e empíricas (quantitativas ou qualitativas) a respeito de um

determinado tema (SOARES *et al.*, 2014), com o objetivo final de sintetizar rigorosamente “achados provenientes de estudos primários desenvolvidos mediante desenhos de pesquisas diversos” (p.336). A partir da uma ótica da atenção e cuidado em saúde mental, a revisão integrativa pode auxiliar para a compreensão de fenômenos já estudados sobre assuntos relacionados ao tema, de modo a apresentar o estado no qual se encontram as pesquisas sobre esse respectivo fenômeno. A revisão integrativa pode ainda contribuir junto a novos desenvolvimentos teóricos, bem como auxiliar na criação de práticas em saúde e políticas públicas.

O estudo aqui apresentado propõe-se interrogar pelo estado da seguinte questão: quais aspectos e delineamentos entre preconceito e sofrimento mental têm aparecido nas pesquisas no campo da saúde mental e, quais apontamentos sobre essa correlação as pesquisas têm feito emergir?

1.2 Delineamentos do Estudo

Para nosso estudo, as seguintes bases de dados foram consultadas: PePSIC (Periódicos Eletrônicos de Psicologia), SciELO (Scientific Electronic Library Online), PsycINFO (da American Psychological Association), e através da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) - Pôde-se acessar a MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e a LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

Como critério de inclusão se adotou: 1) artigos indexados; 2) publicados nos anos de 2016, 2017 e 2018; 3) publicados em língua portuguesa, espanhola, francesa ou inglesa; 4) temática que envolva indivíduos em situação de sofrimento mental vitimizados por condutas de preconceito; 5) presença de fatores de preconceito ou de estigma acerca do indivíduos envolvidos na atenção à saúde mental como tema. Não foram estabelecidos limites geográficos para a seleção dos estudos, de modo a abranger resultados em escala mundial. Estabelecidos os critérios acima, todos os estudos que se enquadram foram selecionados.

1.3 Procedimentos

A pesquisa procurou, inicialmente pelos seguintes descritores: “preconceito” AND “saúde” AND “mental”, obtendo-se os seguintes resultados: 1) Pepscic - 3 artigos; 2) Scielo - 15 artigos (3 repetidos entre si, reduzindo o número para 12); 3) PsycINFO - 0 artigos; 4) LILACS - 27 artigos; e por último, 5) MEDLINE - 122 artigos. Porém, fora percebido que a utilização dos descritores pelos seus equivalentes em inglês trazia um maior número de resultados, além daqueles

já demonstrados em português, assim, optou-se em definitivo pelos descritores “prejudice” AND “mental” AND “health” como modelo final de pesquisa.

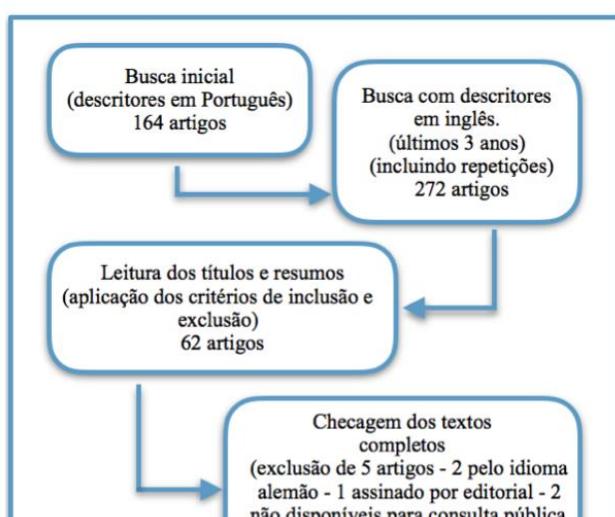
O processo de busca com os descritores finais ocorreu em Dezembro de 2018 e rendeu os seguintes resultados: 1) Pepsic - 5 artigos; 2) Scielo - 13 artigos; 3) PsycINFO - 32 artigos (refinados manualmente para artigos ou periódicos completos); 4) LILACS - 41 artigos; e por último, 5) MEDLINE - 181 artigos, totalizando 272 resultados, já temporalmente refinados para os últimos 3 anos, a partir dos recursos das próprias ferramentas das bases de dados, e, manualmente no PsycINFO. Passou-se então, à leitura dos títulos e resumos para se proceder à respectiva seleção, conforme os critérios já apresentados.

Uma vez aplicado os critérios de inclusão e exclusão, os resultados refinados foram os seguintes: 1) Pepsic - 3 artigos (3 repetidos com LILACS); 2) Scielo - 4 artigo (2 repetidos com LILACS e 1 repetido com MEDLINE e LILACS); 3) PsycINFO - 7 artigos; 4) LILACS - 8 artigos (3 repetidos com Scielo e 3 com Pepsic); e por último, 5) MEDLINE - 47 artigos (1 artigo repetido dentro de sua própria base de dados, e 1 artigo repetido com Scielo e LILACS), totalizando assim, descontadas as repetições, em 62 resultados individuais a serem analisados.

Procedendo-se à leitura dos textos completos fora observado que 2 textos completos (MEDLINE) eram disponíveis somente em língua alemã, outros 2 (MEDLINE) não estavam disponíveis para consulta pública, e por último, 1 texto completo (MEDLINE) se tratava de um artigo de revista assinado pelo editorial. Todos foram excluídos.

Sanadas as divergências, todos os textos foram lidos por completo e novamente avaliados, o que resultou na exclusão de mais 8 artigos pelos seguintes motivos: 6 deles encontrados pela PsycINFO, pois enfatizavam, respectivamente; (1) - o preconceito religioso anti-gay como fator de risco ao adoecimento mental; (2) - o preconceito sob diferentes grupos étnicos como fator de risco à depressão; (3) - os fatores de risco para o sofrimento mental, enfocando atitudes como má alimentação, consumo de bebidas alcoólicas, entre outros; (4) - o risco de suicídio em indivíduos transgêneros em situação de estresse; (5) - a adaptação de estudantes asiáticos e ásio-indianos nas universidade estadunidenses e fatores de depressão junto à esses estudantes; (6) - e outro que enfocava o envelhecimento e situações de doença crônica com cuidado familiar. 2 estudos encontrados pela MEDLINE foram excluídos pois enfocavam, respectivamente, (7) - a discriminação em adolescentes filhos de pais imigrantes, e (8) - a discriminação em relação à populações afro-americanas portadoras de leucemia.

Tabela 1 - Busca e Seleção dos Resultados.



Por fim, (49) artigos foram selecionados para compor o *corpus* do presente trabalho, sendo, suas informações categorizadas, avaliadas e sintetizadas. As categorias de análise se apresentam da seguinte forma: ano de publicação, país de publicação, país de realização da pesquisa, periódico, área temática, autores, objetivos, indicadores de saúde mental, delineamentos metodológicos, características das amostras, procedimentos éticos, resultados e principais conclusões.

2 RESULTADOS

As pesquisas foram captadas em escala global, absolutamente todos os estudos que se enquadravam foram incluídos, não sendo feita exclusão alguma em virtude de qualquer componente geográfico, perfazendo um total de 49 pesquisas. Todas foram publicadas nos anos de 2016, 2017 ou 2018, ficando 2016 com 65% das pesquisas (32), 2017 com 33% (16), e por fim 2018 com apenas 2% (1).

As pesquisas foram captadas em escala global, absolutamente todos os estudos que se enquadravam foram incluídos, não sendo feita exclusão alguma em virtude de qualquer componente geográfico, perfazendo um total de 49 pesquisas. Todas foram publicadas nos anos de 2016, 2017 ou 2018, ficando 2016 com 65% das pesquisas (32), 2017 com 33% (16), e por fim 2018 com apenas 2% (1).

Tabela 2 – Artigos do *corpus* – por autoria, ano, título, base de indexação, país local de publicação e país local de realização da pesquisa.

Nº	Autoria e ano	Título	Base *	País de publicação	País sede da pesquisa
1	Reis, L. B. & Paula, K. M. P. de (2018)	Coping materno da Síndrome de Down: identificando estressores e estratégias de enfrentamento.	S L	Brasil	Brasil
2	Moraes, R. C. P., de & Castro-Silva, C. R. de (2016)	Sentidos e Processos Psicossociais envolvidos na Inclusão pelo Trabalho na Saúde Mental.	S L	Brasil	Brasil
3	Machado, L. de F., Murofuse, N. T. & Martins, J. T. (2016)	Vivências de ser trabalhador na agroindústria avícola dos usuários da atenção à saúde mental.	S	Brasil	Brasil
4	Paiva, P. C., Torrenté, M. de O. N. de, Landim, F. L. P., Branco, J. G. de O., Tamboril, B. C. R. & Cabral, A. L. T. (2016)	Psychological distress and community approach to the voice of the community health agent.	S L M	Brasil	Brasil

5	Detomini, V. C., Rasera, E. F., & Peres, R. S. (2016)	Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas.	P L	Brasil	Brasil
6	Prado, A. L. & Bressan, R. A. (2016)	O estigma da mente: transformando o medo em conhecimento.	P L	Brasil	Brasil
7	Ca valcante, D. M. & Cabral, B. E. B. (2017)	Uso de medicamentos psicotrópicos e repercussões existenciais para usuários de um CAPS II.	P L	Brasil	Brasil
8	Ventura, C. A. A., Moraes, V. C. O. de & Jorge, M. S. (2017)	Direitos humanos de pessoas com transtornos mentais: perspectiva de profissionais e clientes.	L	Brasil	Brasil
9	Antunes, C. M. C., Rosa, A. S. & Brêtas, A. C. P. (2016)	Da doença estigmatizante à ressignificação de viver em situação de rua.	L	Brasil	Brasil
10	Laberon, S., Scordato, N. & Corbière, M. (2017)	Representations of Mental Disorders and Employment Fit Perceived by Employers of the Regular Labour Market in France.	M	Canadá	França
11	Pelletier, J. F., Pouliot-Morneau, D., Houle, J., Bordeleau, J., Laroche, S. & Rowe M. (2017)	Evaluation of a citizenship-oriented intervention: The Citizens' Project of the University of Recovery.	M	Canadá	Canadá
12	Yuan, Q., Picco, L. Chang, S., Abdin, E., Chua, B. Y., Ong, S., Yow, K. L., Chong, SA. & Subramaniam, M. (2017)	Attitudes to mental illness among mental health professionals in Singapore and comparisons with the general population.	M	EUA	Singapura
13	Jung, W., Choi, E., Yu, J., Park, . ., Ryu, S. H. & Ha, J. . (2017)	Attitudes toward the mentally ill among community health-related personnel in South Korea.	M	Índia	Coreia do Sul
14	Tavormina, R. & Tavormina, M. G. . (2017)	Overcoming the social stigma on mood disorders with dancing.	M	Croácia	Itália
15	Fresán, A., Robles-García, R., Madrigal, E., Tovilla-Zarate, CA., Martínez-López, N. & Arango de Montis . (2017)	Demographic and clinical features related to perceived discrimination in schizophrenia.	M	Irlanda	México
16	Xu, Z., Huang, F., Kösters, M. & Rüsch N (2017)	Challenging mental health related stigma in China: Systematic review and meta-analysis. II. Interventions among people with mental illness	M	Irlanda	China
17	Villani, M. & Kovess-Masfety V. (2017)	Could a short training intervention modify opinions about mental illness? A case study on French health professionals.	M	Inglaterra	França

18	Saridi, M., Kordosi, A., Toska. A., Peppou, LE., Economou, M. & Souliotis, K. (2017)	Attitudes of health professionals towards the stigma surrounding depression in times of economic crisis.	M	Inglaterra	Grécia
19	Baba, Y., Nemoto, T., Tsujino, N., Yamaguchi, T., Katagiri, N. & Mizuno, M. (2017)	Stigma toward psychosis and its formulation process: prejudice and discrimination against early stages of schizophrenia.	M	EUA	Japão
21	Reavley, N. J., Morgan, A. J. & Jorm, A. F. (2017)	Predictors of experiences of discrimination and positive treatment in people with mental health problems: findings from an Australian national survey.	M	Alemanha	Austrália
21	Corrigan, P., Schomerus, G., Shuman, V., Kraus, D., Perlick, D., Harnish, A., Kulesza, M., Kane-Willis, K., Qin, S., Smelson, D. (2017)	Developing a research agenda for understanding the stigma of addictions Part I: Lessons from the Mental Health Stigma Literature.	M	Inglaterra	EUA
22	Koike, S., Yamaguchi, S., Ohta, K., Ojio, Y., Watanabe, KI. & Ando, S. (2017)	Mental-health-related stigma among Japanese children and their parents and impact of renaming of schizophrenia.	M	Austrália	Japão
23	Ta, T. M., Zieger, A., Schomerus, G., Cao, T. D., Dettling, M., Do, X. T., Mungee, A., Diefenbacher, A., Angermeyer, M. C. & Hahn, E. (2016)	Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: a population based study in urban and rural Hanoi, Vietnam.	M	Inglaterra	Vietnam
24	Lebowitz, M. S. & Ahn, W. K (2016)	Using Personification and Agency Reorientation to Reduce Mental-Health Clinicians' Stigmatizing Attitudes Toward Patients.	M	EUA	EUA
25	Tavormina, M. G., Tavormina, G., Nemoianni, E., Franzia, F., d'Errico, I., Spurio, M. G., Tavormina, R., Zdanowicz, N., De Mesmaeker, S., Harangozó, J., Nyulászi, A., Bulyáki, T., Urlic, I., Russo, A. & Agius, M. (2016)	Thinking of psychiatric disorders as "normal" illness. Data from a questionnaire on social stigma: a multicenter study.	M	Croácia	Itália
26	Bhui, K (2016)	Discrimination, poor mental health, and mental illness.	M	Inglaterra	Inglaterra
27	Tee, S. & Üzar Özçetin Y. S (2016)	Promoting positive perceptions and person centred care toward people with mental health problems using co-design with nursing students.	M	Escócia	Inglaterra
28	Morgan, AJ., Reavley, NJ., Jorm, AF. & Beatson, R (2016)	Experiences of discrimination and positive treatment from health professionals: A national survey of adults with mental health problems.	M	Inglaterra	Austrália

29	Silke, C., Swords, L. & Heary, C. (2016)	The Development of an Empirical Model of Mental Health Stigma in Adolescents.	M	Irlanda	Irlanda
31	Mascayano, F., Tapia, T., Schilling, S., Alvarado, R., Tapia, E., Lips, W. & Yang, L. . (2016)	Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: a systematic review.	M	Brasil	Chile
31	Choi, H., Hwang, B., Kim, S., Ko, H., Kim, S. & Kim, C. (2016)	Clinical Education In psychiatric mental health nursing: Overcoming current challenges.	M	Escócia	Coréia do Sul
32	Lee, E. H., Hui, C. L., Ching, E. Y., Lin, J., Chang, W. C., Chan, S. K. & Chen, E.Y. (2016)	Public Stigma in China Associated With Schizophrenia, Depression, Attenuated Psychosis Syndrome, and Psychosis-Like Experiences.	M	EUA	Hong Kong
33	Haralambous, B., Dow, B., Goh, A., Pachana, N. A., Bryant, C., LoGiudice, D. & Lin, X. (2016)	'Depression is not an illness. It's up to you to make yourself happy': Perceptions of Chinese health professionals and community workers about older Chinese immigrants' experiences of depression and anxiety.	M	Austrália	Austrália
34	Palad, Y. Y., Barquia, R. B., Domingo, H. C., Flores, C. K., Padilla, L.I. & Ramel, J.M. (2016)	Scoping review of instruments measuring attitudes toward disability.	M	EUA	Filipinas
35	Bowen, M. L. (2016)	Stigma: Content analysis of the representation of people with personality disorder in the UK popular press, 2001-2012.	M	Austrália	Inglaterra
36	Hatch, S. L., Gazard, B., Williams, D. R., Frissa, S., Goodwin, L., Hotopf, M. & SELCoH Study Team (2016)	Discrimination and common mental disorder among migrant and ethnic groups: findings from a South East London Community sample.	M	Alemanha	Inglaterra
37	Möller-Leimkühler, A. M., Möller, H. J., Maier, W., Gaebel, W. & Falkai, P. (2016)	EPA guidance on improving the image of psychiatry.	M	Alemanha	Alemanha
38	Krupchanka, D., Kruk, N., Murray, J., Davey, S., Bezborodovs, N., Winkler, P., Bukelskis, L. & Sartorius, N. (2016)	Experience of stigma in private life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of Belarus.	M	Alemanha	Belarus
39	Mossakowski, K. N. & Wongkaren, T. S (2016)	The Paradox of Discrimination, the "Aloha Spirit," and Symptoms of Depression in Hawai'i.	M	EUA	EUA
40	Hamilton, S., Corker, E., Weeks, C., Williams, P., Henderson, C., Pinfold, V., Rose, D. & Thornicroft, G. (2016)	Factors associated with experienced discrimination among people using mental health services in England.	M	Inglaterra	Inglaterra

41	Sheehan, L., Nieweglowski, K. & Corrigan, P. (2016)	The stigma of personality Disorders.	M	EUA	EUA
42	Blundell, R., Das, R., Potts, H. & Scior, K. (2016)	The association between contact and intellectual disability literacy, causal attributions and stigma.	M	Inglaterra	Inglaterra
43	Koike, S., Yamaguchi, S., Ojio, Y., Ohta, K. & Ando, S. (2016)	Effect of Name Change of Schizophrenia on Mass Media Between 1985 and 2013 in Japan: A Text Data Mining Analysis.	M	EUA	Japão
44	Chen, S.P., Koller, M., Krupa, T. & Stuart, H (2016)	Contact in the Classroom: Developing a Program Model for Youth Mental Health Contact-Based Anti-stigma Education.	M	EUA	Canadá
45	Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C. & Henderson, C. (2016)	Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination.	M	Inglaterra	Inglaterra
46	Marchand, K., Palis, H. & Oviedo-Joekes, E. (2016)	Patient Perceptions of Prejudice and Discrimination by Health Care Providers and its Relationship with Mental Disorders: Results from the 2012 Canadian Community Health-Mental Health Survey Data.	M	EUA	Canadá
47	Ungar, T., Knaak, S. & Szeto, A. C. (2016)	Theoretical and Practical Considerations for Combating Mental Illness Stigma in Health Care.	M	EUA	Canadá
48	Griffith, J. L. & Kohrt, B. A. (2016)	Managing Stigma Effectively: What Social Psychology and Social Neuroscience Can Teach Us.	M	EUA	EUA
49	Millner, U. C. & Min, K. (2017)	Perspectives on Work and Work-Related Challenges Among Asian Americans With Psychiatric Disabilities.	Ps	EUA	EUA

* Bases de indexação: L=Lilacs; M=Medline; P=Pepsic; S=SciELO; Ps=PsycINFO

Quanto a área de formação dos pesquisadores, fora feito um levantamento a respeito do autor principal em cada um dos estudos. Os resultados demonstram que a maioria das pesquisas sobre a temática é liderada por psiquiatras, foram (21) trabalhos. Outros (16) tiveram psicólogos

como pesquisadores líderes; (5) foram liderados por profissionais de enfermagem; (3) por sociólogos, restando ainda, (1) trabalho liderado por fisioterapeuta; (1) por terapeuta ocupacional; (1) por profissional do Direito com uma segunda formação em relações internacionais. A maioria dos estudos brasileiros foram capitaneados por psicólogos, do total de nove, (7) deles contam com um psicólogo como primeiro pesquisador, já os (21) trabalhos chefiados por psiquiatras, são oriundos de países estrangeiros.

No que tange aos locais sede das pesquisas, o Brasil aparece com o maior número (9), seguido por Inglaterra (7), Estados Unidos (6), Canadá (4), e Austrália e Japão com (3) cada. França, Itália e Coréia do Sul aparecem empatadas em 6º lugar, contando com duas pesquisas cada. Os países, Alemanha, Singapura, República de Belarús, Filipinas, Hong Kong, Chile, Irlanda, Vietnam, Grécia, China e México aparecem com um estudo cada. Cabe a menção de que a Alemanha teve 2 estudos excluídos devido ao fato de estarem disponíveis exclusivamente na língua nativa, sem tradução para nenhum dos quatro idiomas compreendidos no presente estudo.

Em relação aos locais de publicação dos estudos, os seguintes dados foram obtidos. Estados Unidos contam com (13) estudos publicados, seguidos por Brasil (10), Inglaterra (9), e Alemanha com (4). Austrália e Irlanda aparecem com três estudos cada e, Canadá, Escócia e Croácia com duas pesquisas cada. Índia publicou um estudo somente.

Foram 38 artigos publicados em língua inglesa, 9 em língua portuguesa, 2 na francesa e zero em língua espanhola. De acordo com os dados dos indexadores utilizados, dos 49 estudos selecionados, 28 deles foram publicados em países diferentes dos quais as pesquisas foram sediadas, já 21 foram publicados nos mesmos países onde as pesquisas foram realizados.

Os periódicos que mais apresentaram resultados foram: *Psychiatry Research Journal - Elsevier* (Mundial com sede na Holanda), e *Community Mental Health Journal - Springer* (EUA) com 3 estudos publicados em cada um. Cinco periódicos publicaram 2 estudos cada, foram eles: *Estudos de Psicologia* (Campinas), *International Journal of Social Psychiatry - SAGE* (Inglaterra), *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry - SAGE* (Austrália e Nova Zelândia), *Nurse Education Today - Elsevier* (Mundial com sede na Holanda), e por último, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology - Springer* (Berlim). Todos os demais periódicos publicaram estudos únicos.

Ao todo, 234 autores produziram os 49 estudos, resultando assim, em uma média de 4,8 autores por trabalho. Quanto aos autores que produziram mais de um estudo, S. Yamaguchi (Japão) aparece com 3 publicações, já os autores Y. Oijo (Japão), S. Ando (Japão), K. Ohta (Japão), S. Koike (Japão), E. Choi (Japão), G. Shomerus (Alemanha), M. G. M. Tavormina (Itália), R. Tavormina (Itália), C. Henderson (EUA), P. Corrigan (EUA), e G. Thornicroft (Inglaterra) assinaram 2 estudos cada. Todos os outros autores assinaram apenas um estudo cada um.

Dos 49 artigos selecionados, cerca de 70% deles (35), abordam o tema do preconceito em relação ao sofrimento mental como ponto principal do estudo apresentado, os 30% restantes dos estudos (14) abordam a questão do preconceito em relação ao sofrimento mental de maneira indireta, apresentando a temática, apesar que de forma bastante aprofundada, as vezes como uma causa, uma consequência, ou ainda tal como um fator de risco de determinadas situações de adoecimento. Outro relevante dado constatado foi de que a grande maioria (36), exatos 74% dos estudos apontam possíveis soluções para os problemas levantados, apenas uma minoria (n=13), 26% dos estudos se limitaram a apresentar os dados obtidos e apontar futuros direcionamentos de pesquisa.

Ao todo, 43% (21) das pesquisas são quantitativas, 39% (19) das pesquisas são qualitativas e 18% (9) são de caráter misto-integrado (quanti-qualitativo). Dentre os 49 estudos obtidos, 12% (6) deles se tratam de revisões de literatura que visam obter um panorama geral sobre o tema pesquisado, 15% (7) se tratam de pesquisas teórico-bibliográficas a respeito de um determinado tema, e por último, a grande maioria, 73% dos estudos (36) fizeram uso de alguma modalidade de estudo de caso. Todos os estudos que utilizaram estudos de caso (36) fizeram alguma menção à aprovação por conselho de ética ou sobre a assinatura de termo de consentimento / anonimato por parte dos participantes.

Tabela 3 – Principais resultados e conclusões.

Nº	Casados Temáticos	Principais Resultados e Conclusões
1	Síndrome de Down e o sofrimento mental a partir da perspectiva das mães e cuidadores x estratégias de enfrentamento.	<ul style="list-style-type: none"> - Preconceito Social como maior fator estressor indicado pelas mães. - Preconceito Social sofrido pela criança como fator de isolamento social.
2	O trabalho como método de reabilitação psicossocial e inclusão para indivíduos em condição de adoecimento mental.	<ul style="list-style-type: none"> - Associação do trabalho com liberdade e autonomia. - A subversão da lógica capitalista pelo trabalho cooperado. - O cooperativismo e a economia solidaria como forma de inclusão e ressocialização do indivíduo em sofrimento mental.
3	Preconceito e discriminação sobre os indivíduos em situação de adoecimento mental na industria avícola e as más condições de trabalho como fator reforçador ao adoecimento mental.	<ul style="list-style-type: none"> - O trabalhador em situação de sofrimento mental é acompanhado pelo estigma e sofre discriminação no ambiente de trabalho. - O trabalhador submetido ao ritmo da maquinaria e às más condições de trabalho como fator de adoecimento físico e mental. - Adoecimento mental é tratado como subterfúgio ou invenção.
4	Sofrimento mental, a importância da reinserção social e do cuidado familiar a partir da ótica do agente de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Falhas no processo de desinstitucionalização psiquiátrica feito no país pela falta de preparo às famílias cuidadoras. - Lar como primeira fonte de exclusão da pessoa em sofrimento mental. - Relação íntima entre cotidiano, preconceito e abandono e exclusão social.

5	Sexualidade, doença mental e o preconceito e estigmatização junto ao tema.	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de discriminação e despreparo a partir do profissional de atenção à saúde mental. - Ampla predominância do estigma e da negação junto ao tema. - Premente necessidade de uma mudança de paradigmas em relação à temática.
6	O medo como pressuposto do estigma em relação ao sofrimento mental e o papel educativo como método de combate ao preconceito.	<ul style="list-style-type: none"> - A falta de informação adequada como reforço ao estigma e à discriminação. - O medo gera preconceito, que reforçado de forma constante resulta em uma permanente condição de estigma. - O problema da "rotulagem" dos transtornos mentais e suas consequências emocionais e econômicas.
7	Medicalização x consequências existenciais pela voz dos acometidos pelo sofrimento mental.	<ul style="list-style-type: none"> - O uso do psicotrópico como denunciante de patologia mental, gerando preconceito e exclusão. - A identidade social de ser "doente". - Diagnóstico como fator gerador de estigma e preconceito. - O problema do "rótulo" e do acesso ao mercado de trabalho.
8	Preconceito, discurso de ódio, exclusão social e o problema do acesso ao emprego junto aos indivíduos em condição de sofrimento mental.	<ul style="list-style-type: none"> - A importância da defesa dos direitos humanos inerentes aos indivíduos em sofrimento mental. - A evidente necessidade de uma reconstrução ética na relação entre profissionais da saúde mental e seus clientes. - Presença de graves lacunas na realidade nacional no que diz respeito ao bom atendimento, provimento de informações adequadas e conscientização em saúde mental.
9	A doença estigmatizaste x a ressignificação da vida.	<ul style="list-style-type: none"> - A doença enquanto possuidora de significado moral. - O estigma se dá como uma construção social. - Desinformação e informação incorreta como fatores estigmatizantes. - O preconceito e a discriminação como condutores à "morte social" do indivíduo.
10	Sofrimento mental x mercado de trabalho x discriminação desemprego.	<ul style="list-style-type: none"> - A exclusão social como um problema majorado. - A representação social dos transtornos mentais e das pessoas com sofrimento mental como barreiras ao recrutamento. - Pessoas com sofrimento são vistas como sem habilidades e como fardo à sociedade.
11	O cuidado em saúde mental x políticas públicas de inclusão e programas de tratamento.	<ul style="list-style-type: none"> - A necessidade e a importância da ressocialização, da inserção e da participação social. - A necessidade de se desenvolver políticas de atenção à saúde mental a partir da escuta ao usuário do sistema. - A freqüência em grupos de tratamento à saúde mental como fator de preconceito.
12	O entendimento sobre saúde mental a partir dos profissionais atuantes na área e a comparação com a população geral.	<ul style="list-style-type: none"> - O contato direto com o indivíduo em sofrimento mental como forma de combate ao preconceito. - O contato intra-familiar com pessoas em condição de adoecimento mental significa menos preconceito se comparado à ausência dessas condições. - Pessoas com maior nível de instrução apresentaram menos sinais de preconceito em relação ao tema.
13	Percepção do sofrimento mental a partir do olhar do público em geral.	<ul style="list-style-type: none"> - Idade avançada relacionada à mais tolerância e menos preconceito. - População feminina com maiores níveis de preconceito. - Profissionais em inicio de carreira com maiores níveis de preconceito. - Níveis de educação e escolaridade baixos relacionados ao preconceito e à estereótipos negativos.

<p>14 A dança como fator de combate ao estigma e ao preconceito e como apoio ao indivíduo com sofrimento mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dança como expressão artística das emoções. - Dança como instrumento de ressocialização. - O deprimido é percebido como o “de fora”, o “marginalizado”, o “fora de ritmo”.
<p>15 Fatores de influência sobre a percepção da Esquizofrenia. Variáveis étnicas e demográficas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Preferência das famílias cuidadoras pela hospitalização em detrimento do homecare na atenção à saúde mental na América Latina. - Longo período de estigmatização como majorante da estigmatização e preconceito. - Baixa renda como predisposição ao estigma e ao auto-estigma.
<p>16 Sistematização acerca da construção do caminho do preconceito em direção à condição de estigma. Traços e características culturais do preconceito e da discriminação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O estigma divide-se entre público e auto-estigma. - A condição de estigma público forma-se a partir de esteriótipos, do preconceito e da discriminação. - Análise dos traços culturais como base para a construção de uma intervenção anti-estigma adequada.
<p>17 Intervenções curtas em formato de workshops como forma de modificar opiniões e conceitos sobre o sofrimento mental e assim diminuir o preconceito existente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados positivos após um workshop de 4 dias. - Estratégias baseadas no contato como forma de combate ao preconceito da população geral e agentes de atenção à saúde. - Reinsersão social como fator de melhora do sofrimento mental.
<p>18 Percepções dos profissionais hospitalares da atenção à saúde mental sobre a depressão e a crise econômica como fator de risco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Profissionais da atenção e cuidado à saúde mental menos sujeitos ao pré-julgamento e ao estigma do que a população geral. - Possibilidade efetiva de se combater o medo oriundo do estigma e do preconceito através da informação e da quebra de esteriótipos.
<p>19 Comparações a respeito das percepções sobre a esquizofrenia, depressão e outras psicoses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estigma e discriminação quanto à esquizofrenia consideravelmente maior que em relação à depressão. - O contato c/ o indivíduo em sofrimento como fator “ambíguo”. - Elucidação sobre o transtorno como fator indispensável ao combate do estigma junto da esquizofrenia.
<p>20 Percepções sobre o preconceito, a discriminação e distanciamento social a partir do olhar de uma grande amostra da população em geral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Família e círculo de amizades como local de apoio e também de discriminação. - Dificuldade do indivíduo em sofrimento mental de fazer e manter as amizades. - As diferenças sobre o afastamento pela ótica dos que evitam e pelos evitados.
<p>21 Sistematização sobre a interrelação existente entre estigma, preconceito, estereótipo e discriminação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estigma como uma condição descredibilizadora de uma marca de “ser injustamente rejeitado” - Vertente externa do estigma como a crença de estereótipos e o preconceito. - Vertente interna do estigma manifestável em forma de discriminação.
<p>22 O impacto trazido pela renomeação da esquizofrenia no Japão e a diferença de percepção entre pais e filhos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estigma como fator contrário à busca por tratamento. - Mudança de nome como fator de combate ao preconceito. - Informação como valor estratégico no combate ao preconceito.
<p>23 Diferenças de percepção acerca do estigma e do preconceito pelo que residem no campo e na cidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O fator preconceito causa sofrimento no indivíduo e em sua família. - Estigma e discriminação é maior em países de média e baixa renda. - Ex-pacientes e familiares que já tiveram contato com com o adoecimento mental percebem o tema com menos preconceito.

- 24** Estigma e preconceito em relação aos pacientes a partir do olhar dos profissionais de saúde mental e os pressupostos envolvidos nessa percepção.
- Conceito biológico do adoecimento contribui com a estigmatização.
 - Quanto maior o grau de intervenção e de atenção, menor o distanciamento social do paciente.
 - Compreensão humana do sofrimento mental contribui com a diminuição do preconceito.
- 25** O adoecimento mental dos profissionais da saúde e reflexões sobre o poder de ajudar o outro.
- Metáfora do médico ferido que cura melhor.
 - Existência de vergonha em relação ao sofrimento mental e emocional.
 - Presença de preconceito sobre o sofrimento mental entre os próprios profissionais que sofrem.
 - Concepção errônea de “quem adoece não cura”.
- 26** Diferentes modalidades de preconceito e o viés político e étnico envolvido.
- Consequências biológicas da discriminação.
 - “Brexit” como reafirmação do preconceito múltiplo.
 - Preconceito e discriminação como ferramenta de auto-desenvolvimento.
- 27** A formulação de estratégias de combate ao preconceito na saúde mental a partir da formação no curso de enfermagem.
- Abordagem de cuidado centrada na pessoa como forma de coibir o preconceito.
 - A necessidade de se cuidar da “linguagem desumanizadora”.
 - A necessidade de “conexão emocional” junto do paciente em sofrimento.
- 28** Relatos e experiências de preconceito e discriminação vividas pelos pacientes com sofrimento mental junto de profissionais da rede de atenção à saúde mental.
- Falta de informação adequada, falta de atitudes e decisões adequadas, tratamento paternalista, e a falta de cuidado como problemáticas frequentes na atenção à saúde mental.
 - Suporte emocional adequado e boa compreensão do sofrimento como fatores de combate ao preconceito e ao estigma.
- 29** A percepção do preconceito e do estigma pelo olhar do público adolescente.
- Concepção tripartite do estigma; estereótipo, preconceito e discriminação.
 - Sujeito em sofrimento percebido como possuidor de grande periculosidade.
 - Atribuições sobretudo negativas quanto ao adoecimento mental.
- 30** Sistematização acerca das pesquisas sobre o estigma frente ao adoecimento mental na América Latina e Caribe.
- Cultura como fator chave para moldar o preconceito.
 - Maioria dos estudos sobre o estigma a partir do olhar do público em geral.
 - Família com maior tendência a perceber o sofrimento mental amigavelmente.
- 31** O olhar acerca do preconceito a partir dos profissionais de enfermagem x estratégias de capacitação para o enfrentamento do tema.
- Importância de aulas simuladas como instrumento de combate ao preconceito.
 - Importância do desenvolvimento da empatia junto ao paciente.
 - Condição de empatia como dependente do comprometimento junto à profissão e ao trabalho.
 - Comprometimento enquanto dependente do estado de satisfação do profissional.
- 32** Percepções acerca de diferentes formas de adoecimento mental.
- Esquizofrenia como modalidade de maior incidência de preconceito dentre as formas de adoecimento.
 - A estigmatização como instrumento de afastamento social e de não procura ao tratamento.
 - Doenças menos severas percebidas como sendo “culpa do doente”.

33	Percepções sobre sobre a depressão e a ansiedade pelo público chinês.	<ul style="list-style-type: none"> - Depressão percebida como fraqueza pelo público chinês. - Dificuldade quanto à busca por tratamento. - Imigração como fator de risco ao estigma e à depressão. - População de mais idade como mais propensa ao sofrimento mental.
34	Revisão integrativa sobre os instrumentos de medição acerca das deficiências físicas, mentais, e sobre o sofrimento mental.	<ul style="list-style-type: none"> - Apontamento sobre a necessidade de padronização dos instrumentos de medição sobre o estigma e o preconceito. - A construção do estigma obedece critérios amplamente culturais.
35	O papel da mídia sobre a construção de um olhar acerca do adoecimento mental e dos transtornos de personalidade pelo público geral.	<ul style="list-style-type: none"> - Adoecimento mental relatado como relacionado à violência. - Problema da rotulagem dos transtornos mentais. - Internalização pelo público de atitudes como medo e receio a partir das representações midiáticas. - Adoecimento mental relacionado ao crime e à desordem.
36	Preconceito como estressor e fator de risco de adoecimento mental em grupos minoritários de imigrantes.	<ul style="list-style-type: none"> - Preconceito mais manifestado em locais de maior diversidade étnica e migracional. - Indivíduo vê-se como encargo devido ao preconceito atuante sobre ele. - Políticas públicas de atenção à saúde mental devem ser adequadas às necessidades de grupos culturais específicos.
37	Psiquiatria percebida como abordagem complexa e de exceção, vítima e ao mesmo tempo responsável por estereótipos e preconceito.	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de consenso sobre os tratamentos psiquiátricos existentes. - influência da mídia na construção da imagem da psiquiatria. - Dificuldade de integrar saúde física e mental.
38	Esquizofrenia x preconceito intra e extra-familiar na voz dos cuidadores e familiares.	<ul style="list-style-type: none"> - Sofrimento mental como fator de desestruturação familiar. - Imagem familiar como principal valor ameaçado pelo estigma e pelo preconceito. - Necessidade de inclusão dos familiares e dos pacientes na construção de políticas de atenção à saúde mental.
39	Espírito do "aloha" x discriminação e preconceito motivado pela presença da depressão. A influencia de características culturais.	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos culturais como modeladores da manifestação do preconceito e de discriminação. - A discriminação associada ao surgimento de novas formas de adoecimento mental no sujeito já portador da mesma.
40	Fatores de risco para a discriminação junto aos usuários dos serviços de atenção e cuidado à saúde mental.	<ul style="list-style-type: none"> - 4 fatores de risco apontados. - Presença de esquizofrenia. - Presença de internação compulsória. - Evitação ao preconceito e afastamento social antecipado. - Mais tempo de usos dos serviços associado à maiores índices de discriminação e preconceito.
41	Discussão sobre a construção e estruturação do fenômeno do estigma.	<ul style="list-style-type: none"> - Divisão do estigma como cognitivo, afetivo, e comportamental. - Apresenta-se nas modalidade de público, auto-estigma, e estigma estrutural.
42	O contato com o sofrimento mental x a construção do estigma e o afastamento social oriundo deste.	<ul style="list-style-type: none"> - O contato e sua influencia sobre o estigma e o preconceito. - Possibilidade de um bom contato e de um mal contato. - Literatura e educação como fatores de maior eficiência para o combate do estigma.
43	Linguagem x representação do sofrimento mental x aspectos midiáticos.	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança de nome da esquizofrenia como redutor do preconceito associado. - Endossamento dos aspectos negativos da patologia pela mídia. - Esquizofrenia relacionada pela propensão ao crime, à violência, e ao suicídio.

44	A educação baseada no contato como base de desenvolvimento de uma política educacional anti-estigma.	<ul style="list-style-type: none"> - Construção e sistematização de uma “teoria do contato”. - Bom contato dependente de conhecimento suficiente. - Redutor de ansiedade em relação ao adoecimento. - Contato como fator e mudança na perspectiva em relação ao indivíduo com sofrimento mental.
45	Sistematização dos estudos sobre os métodos de redução do estigma e do preconceito a médio e longo prazo.	<ul style="list-style-type: none"> - Evidências não endossam que a “teoria do contato” seja a mais adequada para reduzir o estigma a médio e longo prazo. - Pouco se sabe sobre a efetividade das intervenções no combate ao estigma.
46	Preconceito e discriminação sofridos pelos pacientes com sofrimento mental a partir do contato no atendimento pela equipe de atenção à saúde mental.	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes com sofrimento mental têm maiores chances de sofrerem alguma atitude discriminativa quando no tratamento do que pacientes com sofrimentos físicos. - Falta de treinamento adequado da equipe como fator de aumento do preconceito e de discriminação.
47	Estigma; consequências e estratégias de enfrentamento na atenção à saúde mental.	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagem individualizada é necessária. - Deve-se levar em conta, contexto real do sujeito, nível educacional, necessidades sociais. - Modelos generalistas falham em combater o estigma.
48	Neurociência e Estigma. Propostas de intervenção e tratamento.	<ul style="list-style-type: none"> - Estigma como resultante da interrelação entre o preconceito, o estereótipo e a discriminação. - Estigma como subproduto do comportamento normal.
49	Os desafios enfrentados por ásio-americanos com sofrimento mental em reação ao mercado de trabalho e o acesso ao emprego.	<ul style="list-style-type: none"> - Principais desafios apontados como; falta de suporte familiar, dupla discriminação, falta de acesso aos serviços culturalmente adequados. - O ressaltar da potência cultural e dos pontos positivos como forma de se combater a discriminação e o preconceito.

Dos 36 estudos que fizeram uso de estudos de caso, 45% (16) utilizaram entrevistas como método de coleta e análise de informações, outros 45% (16) utilizaram da aplicação de questionários para esse mesmo fim, 5% dos estudos (2) utilizaram diários de campo aliados à entrevistas para a coleta e análise dos dados, e por último, os 5% restantes (2) utilizaram de métodos diferenciados, sendo que, um deles, utilizou da aplicação de um teste psicológico aliado à entrevista clínica, e outro coletou informações a partir da observação de grupos focais com pacientes em tratamento de saúde mental aliado à aplicação de um questionário para a equipe de atendimento.

3 DISCUSSÃO

3.1 Preconceito, Estigma e Discriminação

Diante do estudo aqui apresentado, se faz possível dizer que a questão do preconceito emerge como da mais alta relevância no que tange às suas relações e efeitos sobre as pessoas com sofrimento mental. Associado ao processo de estigma, de discriminação, e de estereotipização, o

preconceito re-vitimiza a pessoa já vitimizada e agrava assim, o seu quadro de sofrimento mental (THORNICROFT *et al.*, 2016; CORRIGAN *et al.*, 2017; XU *et al.*, 2017). A partir de um entendimento enganoso e estereotipado sobre toda e qualquer forma de comprometimento ou adoecimento mental nasce um sentimento preconceituoso que, por sua vez, manifesta-se pragmaticamente na forma de uma conduta discriminatória. Essa somatória de fatores, quando intensa e recorrente, recebe o nome de estigma (SHEEHAN; NIEWEGLOWSKI; CORRIGAN, 2016; CORRIGAN *et al.*, 2017).

Por essa mesma via, se faz importante sistematizar a temática do preconceito conforme argumenta a maioria dos estudos selecionados, logo, afirma-se que há majoritária concordância quanto ao seguinte entendimento: estereótipos são inevitáveis, e são pois, apreendidos desde a mais tenra idade e se manifestam na forma de uma opinião pré-fixada a respeito de algo, como por exemplo, a associação do alcoolismo com sofrimento familiar, ou da depressão com a baixa produtividade (CORRIGAN *et al.*, 2017). Já o preconceito, se origina a partir de uma concordância emocional para um determinado estereótipo, trata-se pois, de uma resposta emocional e avaliativa de uma opinião pré-estabelecida sobre algo. Seria como pensar “ok, os pacientes com transtornos mentais são imprevisíveis e perigosos... tenho medo deles” (CORRIGAN *et al.*, 2017 p.3). Quando a resposta afetiva à uma atribuição estereotipada se manifesta através de comportamentos e palavras, tem-se a discriminação, essa aparece quando por exemplo, um indivíduo deixa de contratar outro, ou evita-o devido a uma crença a respeito do transtorno mental existente ser associado à violência e à condutas constrangedoras (CORRIGAN *et al.*, 2017).

O estigma pode ser descrito como uma rejeição social resultante de uma percepção negativa sobre uma ou outra característica. Essa rejeição leva a construção de uma identidade a respeito do outro descontextualizada e negativa, e insere uma espécie de gravame naquele percebido como “à parte” do grupo ou organização social. (SHEEHAN; NIEWEGLOWSKI; CORRIGAN, 2016; CORRIGAN *et al.*, 2017). Pode ainda ser definido como uma atribuição profundamente descrediteante sobre uma situação considerada como anormal. Assim, o estigma estrutura-se quando a rotulagem, a estereotipização, a perda de status, e a discriminação ocorrem intensa e simultaneamente num contexto de uma relação desequilibrada de poder (BLUNDELL *et al.*, 2016).

A reafirmação de um estigma perpassa por uma percepção preconceituosa sobre algo ou alguém, e uma vez manifestado tal como um rótulo pré-estabelecido, o estigma conduz e proporciona o emergir de idéias e pensamentos preconceituosos sobre o indivíduo vítima desse gravame. O preconceito pode ainda se manifestar na forma de atos, condutas ou em omissões, gerando discriminação, afastamento social, perda de autonomia e agravamento de sintomas do quadro de sofrimento mental. É correto ainda, dizer que preconceito, estigma, discriminação e estereotipização são conceitos que se atravessam e se complementam mutuamente.

A situação de estigma ou de preconceito é caracterizada pela exclusão, rejeição, culpa, e desvalorização, que resultam num julgamento social precipitado e adverso acerca de determinado grupo ou de um só indivíduo (CHEN *et al.*, 2016). Aplicado no contexto do sofrimento mental, tais manifestações frequentemente contribuem para o distanciamento dessas pessoas de seus tratamentos e assim, impedem sua plena participação social (CHEN *et al.*, 2016; MARCHAND; PALIS; OVIEDO-JOEKES, 2016; CORRIGAN *et al.*, 2017). A perda de status e de autonomia dos indivíduos em situação de sofrimento mental pode levar ao abandono do tratamento e à perda do acesso aos mais essenciais serviços de saúde, sendo assim, cabe dizer que o problema do preconceito se apresenta como uma barreira majorada para a recuperação em saúde mental e para a promoção de verdadeira qualidade de vida (UNGAR; KNAAK; SZETO, 2016).

3.2 Aspectos Étnicos e Demográficos

Diante da pesquisada realizada, os aspectos étnicos e demográficos relacionados à temática do preconceito frente ao sofrimento mental obtiveram relevante destaque nos estudos selecionados. A premissa é a de que a discriminação por motivadores étnicos estaria associada a um maior risco de desenvolvimento de quadros de sofrimento mental, tais como depressão, ansiedade, e até mesmo quadros psicóticos. Ainda assim, a presunção de que fatores como a fragilidade e o sofrimento emocional podem acarretar doenças não é comumente aceita (HATCH *et al.*, 2016; BHUI, 2016). Dito isso, se faz importante frisar que, as influências da discriminação sobre a saúde física e mental do indivíduo tem sido, nos últimos tempos, claramente demonstrada (HATCH *et al.*, 2016). Constatou-se, por exemplo que o estigma existente em tais casos se traduziria como uma importante barreira para recuperação do indivíduo em situação de sofrimento, ou de adoecimento mental (MASCAYANO *et al.*, 2016), e nessa esteira, passaria-se pois, a existir uma situação de tripla vitimização, onde o indivíduo em condição de vitimização pela própria condição de adoecimento psíquico seria também vítima de duas formas de preconceito, uma direcionada à essa condição de sofrimento psíquico e, outra voltada ao fato de se pertencer à essa ou àquela minoria étnica. O preconceito e a discriminação no contexto do paradigma étnico e cultural são construídos a partir da percepção de um determinado indivíduo a respeito de um grupo social distinto. Esse mesmo grupo é, prioritariamente percebido, como portador de características consideradas inferiores, sejam elas relacionadas aos costumes culturais, da raça, da cor da pele, ou de gênero (BHUI, 2016).

Um dos problemas trazidos pelo preconceito e pela discriminação, quando estes se manifestam diante desse paradigma étnico, é que o indivíduo injustamente destratado acaba por desenvolver na sua esfera íntima sentimentos de baixa auto-estima e de desempoderamento social, o que o levaria à perda de sua potência de vida, de sua própria autonomia (BHUI, 2016). Convém

reafirmar que, experiências de rejeição, isolamento, e de baixa expectativa de melhora são frequentemente reportados por usuários dos serviços de atenção à saúde mental (CORRIGAN *et al.*, 2017; MASCAYANO *et al.*, 2016). Bastante comum é a incidência dessa modalidade de preconceito sob grupos e comunidades de imigrantes, situações nas quais a experiência subjetiva é, fundamental para se compreender como o mecanismo do adoecimento funciona nesses indivíduos, pois além do preconceito e da discriminação, fatores como o aprendizado compulsório de um novo idioma, a perda de amigos e familiares pela distância, bem como a mudança do papel social desempenhado, contribuem junto da construção de uma sobrecarga psíquica de estresse que, por vezes, o organismo pode não conseguir absorver, daí a associação com enfermidades psicossomáticas e outras, tais como a depressão e a ansiedade (BHUI, 2016). A discriminação e o preconceito diante da problemática étnica possui ainda, importantes implicações no que tange ao acesso ao trabalho, que é, por sua vez parte essencial da identidade cultural do indivíduo, aqui, a dificuldade de acesso ao mercado de trabalho emergiria como relevante fator gerador de ainda mais sofrimento mental. (MILLNER; KIN, 2017).

O combate a esse tipo de preconceito perpassaria, primeiramente, pela identificação dos verdadeiros desafios que essas pessoas de fato enfrentam. Esses podem, por sua vez, estarem relacionado à falta de encorajamento familiar, suporte social, dupla discriminação, entre outros (MILLNER; KIN, 2017). Dito isso, é preciso desenvolver novas formas de *coping* e ainda, fomentar a resiliência como método de enfrentamento à tais hostilidades (BHUI, 2016), para que assim, a experiência de discriminação possa resultar em crescimento e fortalecimento pessoal. É papel dos responsáveis pelas políticas de acolhimento e cuidado junto a esses indivíduos, o de incorporar, dentro das políticas sociais, informações que digam respeito às características culturais positivas de cada um desses grupos, para que sirvam assim, de instrumento para o empoderamento social e de orgulho cultural (MILLNER; KIN, 2017). Por fim, esforços são ainda necessários para preencher a lacuna existente entre o tratamento em si, e os serviços de assistência social existentes. Assim, a integração entre esses dois campos se traduz como essencial, tanto para a recuperação psíquica, como para a tão necessária reinserção social (MILLNER; KIN, 2017).

3.3 Desafios para a Atenção em Saúde Mental

A partir dos estudos analisados, experiências junto ao preconceito e à discriminação dentro dos locais de atendimento, bem como através do contato com os profissionais dos serviços de atenção a saúde mental é tema abordado por grande número de estudos pesquisados (UNGAR; KNAAK; SZETO, 2016; MARCHAND; PALIS; OVIEDO-JOEKES, 2016; PAIVA *et al.*, 2016; DETOMINI; RASERA; PERES, 2016; CAVALCANTE; CABRAL, 2017; VENTURA; MORAES;

JORGE, 2017; PELLETIER *et al.*, 2017; FRÉSAN *et al.*, 2017; VILLANI; KOVESS-MASFETY, 2017; SARIDI *et al.*, 2017; BABA *et al.*, 2017; REAVLEY; JORM, 2016; LEBOWITZ; PHIL; AHN, 2016; TEE; ÖZÇETIN, 2016; MORGAN *et al.*, 2016; CHOI *et al.*, 2016; HATCH *et al.*, 2016; MÖLLER-LEIMKÜHLER *et al.*, 2016; KRUPCHANKA *et al.*, 2016; HAMILTON *et al.*, 2016), o que demonstra que o tema do preconceito dentro das unidades de atenção em saúde mental é uma preocupação em nível mundial, merecendo um amplo debate e profundas reflexões. Os profissionais cuidadores de pacientes usuário de serviços de atenção a saúde mental são importante alvo das intervenções anti-estigma e anti-preconceito, pois embora sejam indivíduos que dedicam suas vidas a ajudar o outro, episódios recorrentes de preconceito e de discriminação são frequentemente relatados em pesquisas (UNGAR; KNAAK; SZETO, 2016; MARCHAND; PALIS; OVIEDO-JOEKES, 2016). Tais episódios podem vir a contribuir para uma maior internalização de crenças estigmatizantes e de auto-preconceito pelos que convivem com o sofrimento mental, o que pode levar a quebra da aliança terapêutica e à evitação ao tratamento (YUAN *et al.*, 2017; UNGAR; KNAAK; SZETO, 2016). Outros aspectos e consequências dessas condutas incluem o surgimento de diagnósticos equivocados, a marginalização dos usuários, menos tempo de atendimento, atendimento inadequado e falta de um atendimento voltado ao paciente que seja ético e atencioso (UNGAR; KNAAK; SZETO, 2016; THORNICROFT *et al.*, 2016).

3.4 Acesso ao Mercado de Trabalho

Vários estudos abordaram as consequências práticas do preconceito e do estigma junto ao acesso e a manutenção do emprego e do trabalho, faz-se perceber assim que, principalmente nos estudos brasileiros, o tema parece ser da mais alta valia e merece fazer parte de uma discussão atual (MORAES; CASTRO-SILVA, 2016; MACHADO; MUROFUSE; MARTINS, 2016; VENTURA; MORAES; JORGE, 2017; LABERON; SCORDATO; CORBIÈRE, 2017; SARIDI *et al.*, 2017; HATCH *et al.*, 2016). Nesse sentido cabe ressaltar a importância do trabalho na vida do indivíduo, pois ambos coexistem desde o início da história da humanidade e, o mesmo possui ainda, a capacidade de promover o desenvolvimento da sociabilidade e o fortalecimento dos vínculos sociais (MORAES; CASTRO-SILVA, 2016). No contexto do trabalho desenvolvido pelo indivíduo com sofrimento mental, é necessário que este possua caráter emancipatório e se paute, sobretudo, em um processo de inclusão e ressocialização. Para tais objetivos, é preciso pois, que o contexto trabalhista se baseie em uma economia solidária, onde aspectos como solidariedade, autogestão e fins participativos são colocados acima de competição, heterogestão e fins lucrativos (MORAES; CASTRO-SILVA, 2016). É perceptível que a problemática é complexa, podendo o trabalho ser um

garantidor de vida e, por outro lado, um causador de doenças, de sofrimento psíquico e até de morte (MACHADO; MUROFUSE; MARTINS, 2016).

O processo de estigmatização é, nesse contexto, um dos principais freios para a contratação de indivíduos com problemas psíquicos. Nesse sentido, o entendimento e a pré-compreensão do empregador acerca do sofrimento mental passaria a ser o primeiro obstáculo para a contratação de pessoas sob estas condições (LABERON; SCORDATO; CORBIÈRE, 2017). Eventos discriminatórios no contexto do trabalho vulnerabilizam devido à presença de entendimentos altamente pejorativos que, socialmente cultivados, levam à desconfiança social, ou seja, discrimina-se e afasta-se tudo aquilo que não se encontra em conformidade com a norma social vigente e internalizada pela maioria (LABERON; SCORDATO; CORBIÈRE, 2017).

De um modo geral, concorda-se que mais pesquisas são necessárias sobre o tema do acesso e manutenção do trabalho pelos indivíduos em situação de sofrimento mental. Como métodos de combate ao estigma e ao preconceito existente nesse mesmo âmbito, cita-se a correta propagação de informações a respeito da temática, educação adequada dentro do processo de formação profissional, a proposição de treinamentos e técnicas para a redução de esteriótipos e preconceitos, entre outras (LABERON; SCORDATO; CORBIÈRE, 2017). O entendimento de que as más condições de trabalho, influenciadas por baixos salários e condições insalubres, podem acarretar situações de adoecimento e de sofrimento mental é unanimidade dentre os artigos que abordaram a temática.

3.5 Estratégias de Combate e Intervenção

No que tange às atitudes da população geral em relação as pessoas portadoras de quadros de sofrimento mental severo, essas podem ser positivas, como quanto à aceitação, neutras, ligadas à tolerância, e negativas, que vão desde o preconceito até o medo. Percebe-se com alguma segurança que, dentre a população geral, atitudes negativas como o preconceito e a discriminação são maioria (YUAN *et al.*, 2017). Em regra, pesquisas demonstram que a população geral tende a uma percepção mais preconceituosa a respeito do sofrimento mental quando comparada às atitudes dos profissionais da área da saúde mental (YUAN *et al.*, 2017), isso seria justificado, sobretudo ao maior acesso à informações acerca dos sintomas e da patologia em si, pelos profissionais da área, bem como seria explicado também, através da teoria do contato, que será abordada mais adiante. Embora tais resultados tenham sido obtidos, contatou-se também que o desejo oculto por um afastamento social para com o indivíduo com sofrimento mental é presente, tanto no público em geral quanto para os profissionais da área médica, em índices bastante parecidos (YUAN *et al.*, 2017).

O preconceito e a intolerância a partir do olhar do público em geral está relacionado à ignorância e ao pouco conhecimento a respeito do tema, tais atitudes podem ser combatidas com educação direcionada, contato com indivíduos com sofrimento mental, campanhas anti-estigma e anti-preconceito, bem como o acesso à literatura da área e, ainda, uma combinação entre esses mesmos fatores (XU *et al.*, 2017; CORRIGAN *et al.*, 2017). Alguns estudos afirmam ainda que as intervenções anti-estigma devem ser adequadas a partir da idade do público alvo. Se é citado por exemplo, que a educação seria mais eficiente para populações mais jovens e o contato direto seria mais apropriado para populações com mais idade (XU *et al.*, 2017). Os mesmos métodos de intervenção precisam ser ainda culturalmente modelados, dessa forma, uma estratégia bastante eficiente na Europa ocidental, pode não surtir os mesmos efeitos, por exemplo, na China (XU *et al.*, 2017). A inclusão dos próprios indivíduos com sofrimento mental na participação junto da construção de estratégias de enfrentamento ao preconceito parece ser ainda, bastante importante (PELLETIER *et al.*, 2018). Em tais casos, a participação dos pacientes em tais tomadas de decisões constituiriam um importante ativo junto ao levantamento de problemas existentes e, que são percebidos a partir dos olhos de quem os enfrenta.

Quanto aos métodos de combate ao estigma e ao preconceito, a teoria do contato é majoritariamente aceita pelos autores pesquisados (BLUNDELL; DAS; SCIOR, 2016; THORNICROFT *et al.*, 2016; PELLETIER *et al.*, 2018; XU *et al.*, 2017; CORRIGAN *et al.*, 2017; CHEN *et al.*, 2017; SHEEHAN; NIEWEGLOWSKI; CORRIGAN, 2016; PRADO & BRESSAN, 2016). O contato como forma de combate ao estigma é por vezes mal compreendido e, frequentemente sofre com a demasiada simplicidade com a qual é explicado, como por exemplo, a presença do contato com o indivíduo em sofrimento mental, ou a sua mera ausência (BLUNDELL; DAS; SCIOR, 2016).

O contato dentro do contexto do sofrimento mental diz respeito à experiência de percepção pessoal de um indivíduo junto a outro em situação de sofrimento ou de adoecimento mental. Há de se falar que o termo contato não diz respeito, necessariamente, a um contato pessoal ou físico. Na esfera particular ou familiar, pode-se por exemplo, ter contato com o sofrimento mental a partir de informações da mídia, ou através de experiências de terceiros. O contato é visto, de um modo geral, como um eficiente método de combate ao estigma e ao preconceito, todavia, é o contato pessoal que traz, em regra, os melhores resultados (THORNICROFT *et al.*, 2016; XU *et al.*, 2017).

Há, contudo, algumas particularidades, por exemplo: alguns estudos demonstram que o contato aqui em discussão pode ser mais eficiente quando no caso de estudantes universitários em geral do que no caso de estudantes medicina, isso se deveria à existência de um paradigma patologicista de se perceber, dentro da respectiva área de estudo, o sofrimento mental (XU *et al.*, 2017). Um outro exemplo que nos é apresentado trata do fato das intervenções baseadas no contato

serem mais eficientes em adultos e, a educação e a informação ser mais eficiente em adolescentes, a justificativa em pauta é de que o adolescente ainda não se encontra psiquicamente desenvolvido em sua plenitude e seria, por isso, mais receptivo aos ensinamentos (CHEN *et al.*, 2016).

Outro importante ponto de discussão dentro desse mesmo método se trata da possibilidade e da existência do bom e do mal contato. Os dados obtidos por alguns estudos refutam, em partes, a eficiência das intervenções baseadas em contato (THORNICROFT *et al.*, 2016), eles afirmam sobretudo, que as intervenções, sejam elas quais forem, devem ser adequadas ao caso e à realidade concreta, para que assim possam surtir efeitos positivos e não venham a comprometer ainda mais uma sistemática já prejudicada. Logo, a qualidade do contato é fundamental para a complementação de seus efeitos. Cite-se, para fins de exemplo, que um mal contato, quando ligado ao descontrole e à violência e experienciado na tenra idade, possuiria a potência necessária para aumentar o desejo por distanciamento social, e assim também a discriminação (BLUNDELL; DAS; SCIOR, 2016). Por fim, dentro desse tipo de intervenção, toda e qualquer iniciativa de perceber o outro em sofrimento em sua integralidade é amplamente recomendada como estratégia de combate ao estigma e ao preconceito (XU *et al.*, 2017; YUAN *et al.*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito do presente estudo foi o de conduzir uma revisão literária que pudesse matizar a problemática do sofrimento mental frente a revitimização gerada pelo preconceito, pelo estigma e pela discriminação. Percebe-se com clareza que, em uma escala mundial, a experiência de ser discriminado, estigmatizado ou estereotipado se traduz negativamente diante da desejada melhora de um estado de sofrimento mental. O viés é ainda mais complexo quando tais condutas são perpetradas por profissionais do ramo da saúde mental ou pelas instituições públicas de atendimento na área (SHEEHAN; NIEWEGLOWSKI; CORRIGAN, 2016). A distorção preconceituosa do entendimento existente acerca das diferentes modalidade de adoecimento ou sofrimento mental, podem contribuir contrariamente junto do tratamento experienciado pelo paciente e, prejudicar a reinserção social, fator de enorme relevância para a melhora dos quadros dessas formas de sofrimento, todavia, muito pouco ainda se sabe sobre a efetividade das intervenções anti-estigma e anti-preconceito (THORNICROFT *et al.*, 2016).

O fato é que o tema do preconceito frente ao sofrimento mental é, comprovadamente, um problema em escala mundial que precisa e deve ser debatido. Portanto, intervenções devem ser desenvolvidas, testadas e aperfeiçoadas. Nesse sentido, parece haver um consenso de que o contato pessoal, aliado a narrativas em primeira pessoa sobre o sofrimento mental trazem um benefício substancial que diz respeito à redução do preconceito e de condutas de discriminação

(THORNICROFT *et al.*, 2016; CORRIGAN *et al.*, 2017), nesse ponto, vários estudos debateram sobre a chamada teoria do contato, e concordaram, salvo raras exceções, quanto aos seus benefícios.

Das modalidades de sofrimento mental, a esquizofrenia foi considerada a mais exposta ao preconceito e à discriminação, todavia, não foi aprofundada por nenhum estudo nacional, o que demonstra, ao menos em partes, que a atenção recente em relação à essa vertente do tema está aquém do desejável. A capacitação familiar, bem como o desenvolvimento de estratégias com base nos discursos oriundos destes, parecem ser um bom caminho rumo a melhora das condições de vida dos pacientes portadores de esquizofrenia e dos familiares (KRUPCHANKA *et al.*, 2016). Ainda sobre o cenário nacional, percebe-se ainda que esse é carente de estudos cujo foco seja o preconceito frente ao sofrimento mental, apenas dois estudos tiveram esse foco, em todos os outros o intuito foi distinto e, a atenção relegada à temática, secundária, apesar disso, todos trataram do tema de maneira eficiente e trouxeram resultados importantes.

Percebeu-se ainda uma atenção bastante grande quanto ao cenário do preconceito junto dos países asiáticos, além de numerosos, os estudos tiveram sobretudo, foco na relação do sofrimento/adoecimento mental e do preconceito enfrentado por esses indivíduos. O desenvolvimento do tema, em uma escala mundial, vem sido capitaneado pelos países europeus ocidentais ao lado dos Estados Unidos, percebe-se nos estudos em análise que uma sistematização acerca da temática começa a tomar forma e, uma mesma linguagem sobre o problema está muito perto de ser falada. O tema porém é amplo e carece de mais pesquisas, desse modo, pode-se afirmar que atravessamentos entre preconceito e saúde mental junto à problemas de acesso ao trabalho, questões migratórias, demográficas, de gênero, ou ainda econômicas precisam ser suscitadas e debatidas.

Ainda nesse sentido a carência de estudos realizados em países com menor poderio econômico foi percebida, de modo que se cumpre ressaltar a eminent necessidade de pesquisas sobre o tema nesses países, onde parece haver uma complexidade ainda maior, considerando-se fatores como a má distribuição de renda, desigualdade social, e falta de escolaridade. Sugere-se assim, para a complementação literária a respeito do tema, que estudos e pesquisas seja incentivadas nessas localidades.

Pôde-se concluir mediante a análise feita que há ainda, pouca certeza quanto à eficiência dos métodos de intervenção e de combate ao estigma e ao preconceito, têm-se a certeza porém, que os seguintes fatores contribuem positivamente: a propagação de informações adequadas, programas e disciplinas anti-preconceito nas escolas, o contato com os indivíduos em sofrimento mental moderado, treinamento adequado para profissionais da área, a utilização de critérios de linguagem adequados para se referir ao tema, a atenção voltada à pessoa do paciente, grupos de apoio para

familiares, entre outros. O desafio maior parece ser quanto a implementação dessas ferramentas junto a grupos minoritários e comunidades menos favorecidas financeiramente.

Combater o estigma e o preconceito no campo da saúde mental não é tarefa fácil, o intenso ritmo de trabalho, aliado às múltiplas demandas que pesam sobre os profissionais e, sobretudo sobre os familiares cuidadores, fazem com que o problema sofra influências múltiplas. Além disso, estratégias de combate do tipo “uma serve para todos” não são adequadas e eficientes dado o coeficiente pragmático envolvido (UNGAR; KNAAK; SZETO, 2016). O preconceito e a discriminação se manifestam em formas distintas sob diferentes grupos sociais, sendo que em alguns casos o empoderamento cultural e o fortalecimento de características pessoais se fazem adequados, e em outros, atitudes coercitivas devem ser postas a prova como forma de combate à condutas até mesmo criminosas em relação às pessoas vitimizadas. O tema é complexo, mas importa ter sempre em mente, aquele que de fato sofre, e com base nos respectivos discursos e nas demandas oriundas deste, traçar estratégias viáveis e eficientes.

No contexto da educação, a informação de qualidade deve ser incentivada (PRADO; BRESSAN, 2016) como forma de combater o estigma associado à saúde mental, desse modo, a identificação de sintomas e a intervenção precoce poderá ainda ser levado a cabo, em nome da boa qualidade de vida e do respeito à figura do outro. Quando se trata de conscientizar crianças quanto àquilo que é igual ou diferente, as intervenções baseadas em educação parecem ser ainda mais eficientes do que as baseadas em contato direto (XU *et al.*, 2017).

Cabe apontar ainda a necessidade de estudos que discutam a questão da formação humana, ou seja, que exponham os fatores que motivam o surgimento de condutas preconceituosas e de sentimentos de preconceito dentro da estrutura familiar e ainda, no decorrer da formação social do indivíduo. Tal apontamento é relevante pois constatou-se que, nos estudos selecionados, tanto a questão do combate, como as sequelas e consequências do preconceito, foram robustamente debatidos. Tal como se fosse dito: o preconceito é existente, inevitável e danoso ao ser humano, logo, há plena necessidade de combatê-lo, em suas diversas formas, através das mais diversas estratégias destinadas às mais variadas populações e grupos sociais.

Pouquíssimos estudos se dedicaram a debater as causas e estratégias preventivas no que tange a formação do sujeito que, é alterado pelo preconceito que a ele se dirige, ao tempo em que, por vezes, também altera a vida alheia com seus próprios entendimentos realisticamente enviesados. Estudar o surgimento do preconceito e da discriminação durante a formação do indivíduo se apresenta como uma tarefa relevante e preventiva, para tal, tanto o contexto familiar quanto o social precisa ser investigado.

De toda forma, parece que o caminho a ser percorrido na direção se um entendimento mais justo acerca do sofrimento mental repousa muito bem descrito nestes e em outros trabalhos já

publicados. O problema é pragmático e esbarra em fatores como disponibilidade socioeconômica, vontade política e superação dos paradigmas pessoais. Dito isso, resta dizer que uma reflexão pessoal sobre a figura do outro, que se embase numa reflexão profunda acerca desse mesmo tema pode, não obstante, gerar bons frutos quanto à quebra do preconceito e da discriminação. Assim, o incentivo ao pensar ético e humanizado na direção do indivíduo em situação de sofrimento não nos parece um mal caminho. Pesquisas futuras dirão com certeza.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES C. M. C.; ROSA A. S.; BRÊTAS, A. C. P. Da doença estigmatizante à ressignificação de viver em situação de rua. **Rev Eletrônica Enfermagem**. 2016.
- BABA, Y.; NEMOTO, T.; TSUJINO, N.; YAMAGUCHI, T.; KATAGIRI, N.; MIZUNO, M. Stigma toward psychosis and its formulation process: Prejudice and discrimination against early stages of schizophrenia. **Comprehensive Psychiatry**, 73, 181–186. 2017.
- BHUI, K. S. Discrimination, poor mental health and mental illness. **International Review of Psychiatry**. 2016.
- BLUNDELL R.; DAS R.; POTTS H; SCIOR K. The association between contact and intellectual disability literacy, causal attributions and stigma. **Journal of Intellectual Disability Research**, 60 (3): 218–27, 2016.
- BOWEN, M. L. Stigma: Content analysis of the representation of people with personality disorder in the UK popular press, 2001–2012. **International Journal of Mental Health Nursing**. 25(6): 598-605. 2016.
- CHEN, S - P.; KOLLER, M.; KRUPA, S. H. Contact in the classroom: Developing a program model for youth mental health contact - based anti - stigma education. **Community Mental Health J** 52:281–293. 2016.
- CAVALCANTE, D. M.; CABRAL, B. E. B. Uso de medicamentos psicotrópicos e repercussões existenciais para usuários de um CAPS II. **Estudos de Psicologia (Natal)**, 22(3), 293-304. 2017.
- CHOI, H.; HWANG, B.; KIM, S.; KO, H.; KIM, S.; KIM, C. Clinical education in psychiatric mental health nursing: Overcoming current challenges. **Nurse Education Today**, 39(Supplement C), 109–115. 2016.
- CORRIGAN, P.; SCHOMERUS, G.; SHUMAN, V.; KRAUS, D.; PERLICK, D.; HARNISH, A. *et al.* Developing a research agenda for understanding the stigma of addictions Part I: Lessons from the Mental Health Stigma Literature. **American Journal on Addictions**, 26(1), 59–66, 2017.
- DETOMINI, V. C.; RASERA, E. F.; PERES, R. S. Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas. **Revista da SPAGESP**, 17(2), 81-95. 2016.

FRESÁN, A.; ROBLES-GARCÍA, R.; MADRIGAL, E.; TOVILLA-ZARATE, C-A.; MARTÍNEZ-LÓPEZ, N.; ARANGO DE MONTIS, I. Demographic and clinical features related to perceived discrimination in schizophrenia. **Psychiatry Research**. 2018;262:427–30.

GRIFFITH J. L.; KOHRT B. A. Managing stigma effectively: what social psychology and social neuroscience can teach us. **Academic Psychiatry**. 40(2):339–47, 2016.

HAMILTON, S. *et al.* Factors associated with experienced discrimination among people using mental health services in England. **Journal of Mental Health**, v. 25, n. 4, p. 350-358, 2016.

HARALAMBOUS, B.; DOW, B.; GOH, A. N. A.; PACHANA, C.; BRYANT, D.; LOGIUDICE *et al.*, ‘Depression is not an illness. It’s up to you to make yourself happy’: Perceptions of Chinese health professionals and community workers about older Chinese immigrants’ experiences of depression and anxiety, **Australian Journal of Ageing**. 35(4) 2016, 249–254.

HATCH, S.; GAZARD, B.; WILLIAMS, D.; FRISSA, S.; GOODWIN, L.; SELCoH Study Team, *et al.* Discrimination and common mental disorder among migrant and ethnic groups: findings from a South East London Community sample. **Society Psychiatry Epidemiology**. 51: 689–701. 2016.

JUNG, W.; CHOI, E.; YU, J.; PARK, D. H.; RYU, S. H.; HA, J. H. Attitudes toward the mentally ill among community health-related personnel in South Korea. **Indian Journal of Psychiatry**. 59(3):328–332. 2017.

KOIKE S.; YAMAGUCHI, S.; OJIO, Y.; OHTA, K.; ANDO, S. Effect of name change of schizophrenia on mass media between 1985 and 2013 in Japan: a text data mining analysis. **Schizophrenia Bulletin** 42, 552–559. 2016a.

KOIKE, S.; YAMAGUCHI, S.; OHTA, K.; OJIO, Y.; WATANABE, K. I.; ANDO, S. Mental health-related stigma among Japanese children and their parents and impact of renaming of schizophrenia. **Psychiatry and Clinical Neurosciences in press**. 2016b.

KRUPCHANKA D.; KRUK N.; MURRAY J.; DAVEY S.; BEZBORODOVS N.; WINKLER P.; BUKELSKIS L.; SARTORIUS N. Experience of stigma in private life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of Belarus. **Society Psychiatry Epidemiology** 51(5):757–765, 2016.

LABERON, S.; SCORDATO, N.; CORBIÈRE, M. Representations of Mental Disorders and Employment Fit Perceived by Employers of the Regular Labour Market in France. **Sante mentale au Québec**. 42. 133-153, 2017.

LEBOWITZ, M. S.; AHN, W. Using personification and agency reorientation to reduce mental-health clinicians’ stigmatizing attitudes toward patients. **Stigma Health** 1(3):176–184. 2016.

LEE, H-M. E.; HUI, C.; YEE-NING, C. E.; LIN, J.; CHANG, W. C.; CHAN, S.; CHEN, E. Public Stigma in China Associated With Schizophrenia, Depression, Attenuated Psychosis Syndrome, and Psychosis-Like Experiences. **Psychiatric services (Washington, D.C.)**. 2016.

MACHADO, L. DE F.; MUROFUSE, N. T.; MARTINS, J. T. Vivências de ser trabalhador na agroindústria avícola dos usuários da atenção à saúde mental. **Saúde em Debate**, 40(110), 134-147. 2016.

MARCHAND, K.; PALIS, H.; OVIEDO-JOKES, E. Patient Perceptions of Prejudice and Discrimination by Health Care Providers and its Relationship with Mental Disorders: Results from the 2012 Canadian Community Health-Mental Health Survey Data. **Community Mental Health Journal**. 52, pp. 294-301. 2015.

MASCAYANO, F.; TAPIA, T.; SCHILLING, S.; ALVARADO, R.; TAPIA, E.; LIPS, W.; YANG, L. H. Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: A systematic review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 38(1):73-85. 2016.

MENDES, K. DAL S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**. 17(4), 758-764. 2008.

MILLNER, U. C.; KIM, M. Perspectives on work and work-related challenges among Asian Americans with psychiatric disabilities. **Asian American Journal of Psychology**, 8(3), 177-189. 2017.

MOLLER-LEIMKUHLER, A. M.; MOLLER, H. J.; MAIER, W.; GAEBEL, W.; FALKAI, P. EPA guidance on improving the image of psychiatry. European Archives of Psychiatry and **Clinical Neuroscience**, 266, 139–154. 2016.

MORAES, R. C. P. DE; CASTRO-SILVA, C. R. DE Sentidos e Processos Psicossociais envolvidos na Inclusão pelo Trabalho na Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**. 36(3), 748-762, 2016.

MORGAN, A. J.; REAVLEY, N. J.; JORM, A. F.; BEATSON, R. Experiences of discrimination and positive treatment from health professionals: a national survey of adults with mental health problems. **Aust NZ J Psychiatry**. 50: 754–62. 2016.

MOSSAKOWSKI, K. N.; WONGKAREN, T. S. The Paradox of Discrimination, the “Aloha Spirit,” and Symptoms of Depression in Hawai’i. **Hawaii J Med Public Health**. 75(1):8–12. 2016.

PAIVA, P. C.; TORRENTÉ, M. DE O. N. DE, LANDIM, F. L. P.; BRANCO, J. G. DE O.; TAMBORIL, B. C. R.; CABRAL, A. L. T. Psychological distress and community approach to the voice of the community health agent. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 50(spe), 139-144. 2016.

PALAD, Y. Y.; BARQUIA, R. B.; DOMINGO, H. C.; FLORES, C. K.; PADILLA, L. I.; RAMEL, J. M. Scoping review of instruments measuring attitudes toward disability. **Disability and Health Journal**, 9(3), 354–374. 2016.

PELLETIER, J-F.; POULIOT-MORNEAU D.; HOULE, J. *et al.* Evaluation of a citizenship-oriented intervention: The citizens’ project of the university of recovery. **Sante Mentale au Quebec**. 42(1): 205–222. 2017.

PRADO, A. L.; BRESSAN, R. A. O estigma da mente: transformando o medo em conhecimento. **Revista Psicopedagogia**, 33(100), 103-109. 2016.

REAVLEY, N. J.; MORGAN, A. J.; JORM, A. F. Predictors of experiences of discrimination and positive treatment in people with mental health problems: findings from an Australian national survey. **Society Psychiatry Epidemiology**. 2017; 52: 269–77.

REIS, L. B.; PAULA, K. M. PEREIRA DE. (2018). Coping materno da Síndrome de Down: identificando estressores e estratégias de enfrentamento. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, 35(1), 77-88. 2008.

SARIDI, M., AIKATERINI, K.; TOSKA, L.; EVANGELIA P. M.; ECONOMOU, K. S. Attitudes of health professionals towards the stigma surrounding depression in times of economic crisis. **International Journal of Social Psychiatry**, Vol 63, Issue 2, pp. 115 – 125. 2017.

SHEEHAN, L.; NIEWEGLOWSKI, K.; CORRIGAN, P. The stigma of personality disorders. **Currently Psychiatry Research**, 18(1):11. 2016.

SILKE, C.; SWORDS, L.; HEARY, C. The Development of an Empirical Model of Mental Health Stigma in Adolescents. **Psychiatry Research**, 242, 262– 270. 2016.

SOARES, C. B., *et al* . Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo , v. 48, n. 2, p. 335-345, Apr. 2014.

TA, T. M.; ZIEGER, A. SCHOMERUS, G.; CAO, T. D.; DETTLING, M.; DO, X. T. *et al*. Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: A population based study in urban and rural Hanoi, Vietnam. **International Journal Society Psychiatry**. 2016;62:685–95 2017.

TAVORMINA, M.G. M., *et al*. Thinking of Psychiatric disorders as normal illness. Data from a questionnaire on social stigma: a multicenter study. **Psychiatria Danubina**, Vol. 28, Suppl. 1, pp 125-131. 2016.

TAVORMINA, R.; TAVORMINA, M. G. M. Overcoming the social stigma on mood disorders with dancing. **Psychiatr Danub**. Sep;29(Suppl 3):427-431. 2017.

TEE, S.; UZAR OZCETIN, Y. S. Promoting positive perceptions and person centred care toward people with mental health problems using co - design with nursing students. **Nurse Education Today**, 44, 116–120. 2016.

THORNicroft, G.; MEHTA, N.; CLEMENT, S. *et al*. Evidence for effective interventions to reduce mental - health - related stigma and discrimination. **The Lancet**, 387, 1123–1132. 2016.

UNGAR, T.; KNAAK, S.; SZETO, A. C. Theoretical and practical considerations for combating mental illness stigma in health care. **Community Mental Health Journal**, 52, 262–271. 2016.

VENTURA, C. A. A.; MORAES, V. C. O. DE; JORGE, M. S. Direitos humanos de pessoas com transtornos mentais: perspectiva de profissionais e clientes [Human rights of people with mental disorders: health professionals' and clients' views]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 25, p. e4344, mar. 2017.

VILLANI, M.; KOVESS-MASFETY, V. Could a short training intervention modify opinions about mental illness? A case study on French health professionals. **BMC Psychiatry** 17(1):133. 2017.

YUAN, QI, *et al*. "Attitudes to mental illness among mental health professionals in Singapore and comparisons with the general population." **PLoS ONE**, vol. 12, no. 11, 2017.

XU, Z.; HUANG, F.; KOSTERS, M.; RUSCH, N. Challenging mental health related stigma in China: Systematic review and meta - analysis. II. Interventions among people with mental illness. **Psychiatry Research**, 255, 457–464. 2017.

PRECONCEITO OU PRÉ-CONCEITO? APORTES SOBRE O PRECONCEITO EM HANS-GEORG GADAMER

INTRODUÇÃO

O tema do preconceito e as suas interrelações com o campo da saúde têm sido, nos últimos anos, objeto de aprofundamento em diversos estudos de várias partes do mundo. Pesquisas recentes sobre o tema têm feito emergir significados conceituais diversos em relação ao mesmo. O debate é relativamente novo e caminha na direção de uma sistematização de saberes diante do tema do preconceito e da estigmatização que vulnerabilizam usuários dos sistemas de atenção em saúde mental e seus familiares. Algumas dessas pesquisas percebem, por exemplo, o preconceito como uma concordância emocional para com um determinado estereótipo, uma resposta emocional e afetiva para uma opinião formulada *a priori* e precipitadamente estabelecida (CORRIGAN, 2004; CORRIGAN et al., 2017; DOVIDIO, MAJOR; CROCKER, 2000). Já outras relacionam o relacionamento à uma atitude imaginária negativa e rotulante a respeito de pessoas com características percebidas, por determinado grupo social, como diferentes ou descreditantes (HEREK, 1999; MAJOR; O'BRIEN, 2005;). Alguns autores postulam o preconceito como um pressuposto da discriminação, ainda mais relevante do que do próprio estereótipo (CORRIGAN, 2004; CORRIGAN et al., 2017).

Dentro do tema, se faz impossível deixar de citar a obra de Erving Goffman, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*⁵ (1963/1982), nela, o autor descreve o estigma como um fenômeno pelo qual um indivíduo portador de um atributo descreditante, pela ótica social na qual se insere, é por ela rejeitado em virtude desse mesmo atributo. Nesse raciocínio, condutas preconceituosas se relacionariam às primeiras impressões percebidas, quando em interação com determinado fenômeno ou com determinada pessoa (CLAIR, 2018; THOMPSON, 2015). Com características anti-dogmáticas, o autor desenvolve uma discussão que intenta no sentido de articular a relação existente entre preconceito, estigma, discriminação, e estereotipização (CORRIGAN et al., 2017).

É natural que com o passar dos anos, e com o desenvolvimento de novos estudos, a discussão a respeito do tema emerja de maneira bastante evoluída no que diz respeito à seu aprofundamento, conceitualização e desenvolvimento epistemológico. Porém, o que a maioria desses trabalhos têm em comum é justamente a ótica pela qual percebem o preconceito. Seja no

⁵ Em português, Goffman, E. "Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada". LTC. Quarta Edição. 1981.

campo social ou da saúde, o tema está, quase sempre, associado a uma atitude negativa e pejorativa por parte do indivíduo que observa um determinado fenômeno. Por esse raciocínio, o preconceito é quase sempre, visto como um entendimento superficial e pouco pensado, prejudicial, e ao mesmo tempo comum, porém, sempre com a ressalva de que o mesmo deva ser combatido e corrigido.

Objetivamos aqui apresentar uma nova abordagem, que por sua vez, percebe o preconceito como um fenômeno potencialmente positivo, ao passo em que pode ser também, negativo e estigmatizante: a Hermenêutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer. Conforme denota essa corrente epistemológica, o pensamento gadameriano parte do pressuposto de que todo entendimento surge da interpretação de um fato em uma determinada realidade e, em contrapartida toda nova interpretação tem como base um entendimento prévio, ou seja, um preconceito (GADAMER, 1997; HABERMAS, 1970; REGAN, 2012; SPENCE, 2016). Esse processo hermenêutico é também dialético, e emerge a partir das mais variadas interrelações, como por exemplo; entre duas pessoas; entre uma pessoa e um texto escrito; entre pesquisador e participante da pesquisa; entre observador e fenômeno observado; médico e paciente; etc. (BLEGEN, ERIKSSON; BONDAS, 2016; GADAMER, 1997). As possibilidades hermenêuticas dentro da fenomenalidade da vida cotidiana são diversas e flertam com o incalculável (DELUQUE JÚNIOR; COSTA, 2020).

A partir dessa perspectiva, o preconceito assume então, um novo significado: o de ser inerente ao homem e à sua percepção de verdade (GADAMER, 1997), de modo a não se conceber o próprio entendimento acerca de um determinado fenômeno sem que antes haja um pré-entendimento ou um preconceito a respeito desse mesmo fenômeno. Pode-se inclusive dizer que o elemento básico da hermenêutica filosófica são os preconceitos, os quais não são livres de vieses e de opiniões superficiais (BLEGEN, ERIKSSON; BONDAS, 2016; REGAN, 2012). Esse ciclo dialético de formação de novas compreensões e de suspensão de antigos preconceitos, traz consigo consequências diante das diversas relações humanas, e nesse sentido, o campo da atenção em saúde não é exceção, pois nele se fazem presentes relações de poder onde, quase sempre, um dos agentes dessa relação encontra-se hipossuficiente e demanda por cuidado.

Assim, a saúde como problema hermenêutico não se reduz ao endosso dos fundamentos da medicina ocidental através de métodos mensuráveis, nem tampouco limita-se à concepções contemporâneas universais sobre os conceitos de saúde (RILLO, 2015; CAPRARA, 2003). Pelo contrário, trata-se pois, de se aprofundar em sua compreensão mediante a emergência de um círculo hermenêutico pelo qual se recupera a dimensão existencial do conceito de saúde (AYRES, 2005; RILLO, 2015; GADAMER, 2011). Tal dimensão se revelaria, ao ser humano, como um processo hermenêutico constituído de interpretação, compreensão e aplicação, que intentaria na direção de perceber o paciente segundo a sua história e tradição, ou seja, uma tentativa de construir um

cuidado em saúde com base no ser-no-mundo do próprio paciente que demanda por esse cuidado existencial e de saúde.

É nessa esteira que se encontra o nosso estudo, que trata-se pois, de uma tentativa de delinear o tema do preconceito, da saúde e do cuidado junto ao marco teórico da hermenêutica gadameriana. Para tal, procedeu-se à uma pesquisa teórico-bibliográfica abrangente e profunda, que, na forma de uma revisão integrativa visou trazer à luz o modo como esses temas se interpelam dentro de uma perspectiva voltada para o campo da atenção em saúde.

1 METODOLOGIA

1.1 Revisão Integrativa de Literatura

Uma revisão integrativa possui o intuito de levantar pesquisas empíricas ou teóricas e, a partir delas se verificar, não só as linhas gerais de conclusão a respeito de determinado tema, mas ainda, a forma como esse mesmo tema tem sido tratado pela literatura. Nesse sentido, é relatada tal como um método de pesquisa desde 1980 (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), possuindo a importante função de “reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada” (p.759), bem como a de contribuir para com a compreensão geral do tema investigado. A revisão integrativa como método de pesquisa possibilita a elaboração de uma síntese sobre o estado investigativo de uma determinada questão, e pode com isso, auxiliar a produção e o direcionamento de novas pesquisas na área, bem como apontar lacunas que precisam ser preenchidas com novos estudos (MENDES et al., 2008).

Como especificidade da revisão integrativa sob outros métodos de pesquisa, tais como a revisão qualitativa, a meta-análise e a revisão sistemática, têm-se a possibilidade de integração de diferentes pesquisas teóricas e empíricas (quantitativas ou qualitativas) a respeito de um determinado tema (SOARES et al., 2013), com o objetivo final de sintetizar rigorosamente “achados provenientes de estudos primários desenvolvidos mediante desenhos de pesquisas diversos” (p.336). A partir da uma ótica da atenção e cuidado em saúde, a revisão integrativa pode auxiliar para a compreensão de fenômenos já estudados sobre assuntos relacionados ao tema, de modo a apresentar o estado no qual se encontram as pesquisas sobre esse respectivo fenômeno. A revisão integrativa pode ainda contribuir junto aos novos desenvolvimentos teóricos, bem como auxiliar na criação de práticas em saúde e políticas públicas.

O estudo aqui apresentado propõe interrogar pelo estado da seguinte questão: Quais as nuances e entendimentos acerca do tema do preconceito são trazidos pelos trabalhos publicados

pelos autores do campo da saúde, nos últimos 10 anos, desde que utilizando-se como marco teórico ou como ferramenta de análise, a Hermenêutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer.

1.2 Delineamentos do Estudo

Para o presente estudo, as seguintes bases de dados foram consultadas: PePSIC (Periódicos Eletrônicos de Psicologia); SciELO (Scientific Electronic Library Online); PsycINFO (da American Psychological Association); DOAJ (Directory of Open Access Journals) e através da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) - Pôde-se acessar os seguintes instrumentos de busca: MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; BDENF (Artigos Científicos em Enfermagem); CUMED (Centro Nacional de Informação de Ciências Médicas de Cuba) e IBECS (Literatura Internacional em Ciências da Saúde).

Adotou-se os seguintes critérios de inclusão: 1) artigos completos indexados; 2) publicados entre janeiro de 2009 e maio de 2019; 3) temática que contenha como parte integrante do marco teórico a hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer; 4) conteúdo sob análise que contenha o tema do preconceito, ou cujo enfoque seja a partir da área das ciências humanas. Não se estabeleceram limites geográficos para a seleção dos estudos, tampouco houve exclusão de estudos por motivo de idioma, sendo assim, procurou-se obter um panorama fiel e em escala mundial a respeito do tema pesquisado. Os critérios de exclusão foram: 1) produções publicadas em intervalo temporal diferente do escolhido; 2) produção de caráter diverso de artigos completos devidamente indexados; 3) temática diferente da pretendida; 4) produções com temática semelhante mas que não obedeciam aos critérios de marco teórico pretendidos, ou ainda o utilizavam com excessiva superficialidade.

A abordagem escolhida é bastante ampla, inclui estudos empíricos (quantitativos, qualitativos ou mistos), revisões de literatura, estudos teóricos, entre outro formatos. A amplitude do recorte, escolhida para a presente revisão é proposital, e intenta à obtenção do estado da referida questão nos últimos 10 anos. Assim, convém explanar que o estudo aqui proposto possui o intuito de demonstrar, a partir de uma ampla revisão de literatura, quais valorações e significados podem ser atribuídos ao tema do preconceito, a partir de uma ótica embasada, sobretudo, na hermenêutica gadameriana. Portanto, todos os artigos que não se enquadram neste molde foram excluídos. Também ficaram de fora do *corpus*, estudos que, embora trouxessem o tema do preconceito de maneira aprofundada, tratavam da teoria escolhida de maneira demasiadamente superficial, e ainda, estudos onde a teoria escolhida fosse tratada com profundidade mas o tema em análise era diverso do escolhido.

Artigos que discutiam o cuidado em saúde a partir da hermenêutica filosófica de Gadamer, mas que não contemplavam o tema do preconceito foram excluídos, o mesmo fora feito com outras pesquisas que, embora trouxessem informações relevantes à área da saúde, não discutiam a temática do preconceito. Artigos cuja análise dos dados qualitativos foi realizada a partir do método hermenêutico proposto por Gadamer e, esse foi tratado de maneira aprofundada, e que ao mesmo tempo contemplava o tema do preconceito, foram mantidos mesmo se utilizando marco teórico diverso ou semelhante.

1.3 Procedimentos

A pesquisa teve início em Maio de 2019. Inicialmente buscou-se pelos descritores “gadamer” AND “prejudice”, porém, os resultados foram escassos. Procedeu-se então à uma nova pesquisa, agora com os descritores “gadamer” AND “mental” AND “health”, ocasião na qual percebeu-se que, embora fossem trazidos resultados significantes, alguns trabalhos relevantes sobre o tema eram excluídos quando em comparação com buscadores mais amplos como quando por exemplo, fora utilizado somente “gadamer” AND “health”. Assim, optou-se por essa última configuração, sendo os resumos dos resultados obtidos lidos e selecionados um a um. A busca foi feita usando termos em inglês devido ao fato de se utilizar instrumentos de busca nacionais e internacionais, visto que, a busca pelos seus equivalentes em português resultaria em exclusões indesejáveis, uma vez que aqui se propõe a obter um panorama global sobre o tema.

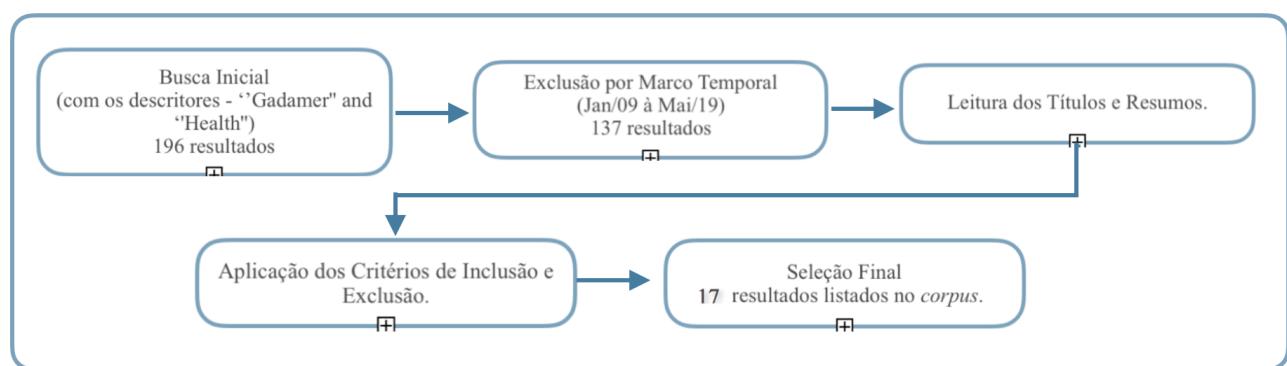
Selecionados os descritores de modo definitivo, procedeu-se então à busca. Foram obtidos, inicialmente, os seguintes resultados: 1) PePSIC - 2 artigos; 2) SciELO - 20 artigos; 3) PsycINFO - 4 artigos; 4) DOAJ - 21 artigos; 5) MEDLINE - 107 artigos; 6) LILACS - 32 artigos; 7) CUMED - 1 artigo; 8) BDENF - 8 artigos; 9) IBECS - 1 artigo. Totalizando assim, 196 resultados na busca inicial.

Dando sequência ao processo de refinamento dos instrumentos de busca, aplicou-se a exclusão por marco temporal, de modo que, lembrando, foram selecionados estudos entre os anos de 2009 e 2019, resultando em um recorte de pouco mais de dez anos de publicações sobre o mesmo tema. Após o respectivo refinamento, os resultados obtidos foram: 1) PePSIC - 2 artigos; 2) SciELO - 14 artigos; 3) PsycINFO - 2 artigos; 4) DOAJ - 13 artigos; 5) MEDLINE - 73 artigos; 6) LILACS - 25 artigos; 7) CUMED - 1 artigo; 8) BDENF - 6 artigos; 9) IBECS - 1 artigo. Totalizando assim, 137 resultados, já temporalmente refinados a partir das ferramentas disponibilizadas nos próprios buscadores. Na SciELO, PePSIC e PsycINFO, a seleção foi feita manualmente. Procedeu-se então, à leitura dos títulos e resumos, e à respectiva seleção, conforme os critérios de inclusão e exclusão já apresentados.

Uma vez lidos os resumos de todos os artigos, aplicados os critérios de inclusão e exclusão, eliminadas as repetições, e efetuado o refinamento, os seguintes resultados puderam ser obtidos: 1) PePSIC - 2 artigos; 2) SciELO - 2 artigos; 3) DOAJ - 3 artigos; 4) MEDLINE - 8 artigos; 6) LILACS - 4 artigos. 2 estudos repetidos foram constatados entre os buscadores LILACS e SciELO, estes serão citados somente uma vez.

Os indexadores PsycINFO, CUMED, BDENF e IBECS não apresentaram nenhum trabalho que se enquadrasse nos parâmetros formulados, assim, nenhum trabalho dessas ferramentas de busca foi selecionado. Por fim, (N=17) artigos foram selecionados para compor o *corpus* do presente trabalho, sendo suas informações, categorizadas, avaliadas e sintetizadas.

Tabela 1 - Processo de Busca e Refinamento dos Resultados.



2 ANÁLISE E RESULTADOS

As categorias de análise se apresentam da seguinte forma: ano de publicação; base de indexação; país de publicação; país de realização da pesquisa; periódico; área temática; área de concentração dos autores dos autores; indicadores de preconceito; delineamentos metodológicos; ferramenta para análise de dados; características das amostras; procedimentos éticos; e principais resultados e conclusões.

Tabela 2 - Artigos do *corpus* - por autoria; ano; país de publicação e país sede da pesquisa; periódico; área de concentração dos autores; e delineamentos metodológicos e características das amostras.

Nº	Citação e Ano de Publicação	Título	País de Publicação / País Sede da Pesquisa	Periódico	Área de Concentração dos Autores	Delineamentos Metodológicos e Características das Amostras
----	-----------------------------	--------	--	-----------	----------------------------------	--

Nº	Citação e Ano de Publicação	Título	País de Publicação / País Sede da Pesquisa	Periódico	Área de Concentração dos Autores	Delineamentos Metodológicos e Características das Amostras
1	Carvalho et al. (2015).	A Ética do Cuidado e o Encontro com o Outro no Contexto de uma Clínica-Escola em Fortaleza.	BRASIL/BRASIL	Revista da Abordagem Gestáltica.	Psicologia	Pesquisa de campo com delineamento qualitativo. Pesquisa fenomenológica com análise feita a partir de uma perspectiva hermenêutica de influência gadameriana. Entrevista aberta com 10 participantes.
2	Rillo (2015).	Analisis Hermenéutico de la Pregunta por la Salud.	CUBA/MÉXICO	Humanidades Médicas.	Medicina	Pesquisa teórico-bibliográfica com delineamento qualitativo.
3	Blegen, Ericsson & Bondas (2016)	Ask me What is in my Heart of Hearts! The Core Question of Care in Relation to Parents who are Patients in a Psychiatric Care Context.	INTERNACIONAL /NORUEGA	Qualitative Studies on Health and Well-Being.	Enfermagem	Pesquisa de campo com delineamento qualitativo. Análise e interpretação das falas feita a partir de uma metodologia hermenêutica de base gadameriana. Entrevista semi-estruturada com 10 mulheres, mães, diagnosticadas com transtorno mental.
4	Stanga & Rezer (2015)	Concepções de Saúde, Trabalho Docente e o Pró-Saúde: nos Caminhos da Hermenêutica.	BRASIL/BRASIL	Physis Revista de Saúde Coletiva.	Educação Física	Pesquisa de campo com delineamento qualitativo. Processo interpretativo a partir da hermenêutica de Gadamer e Habermas e embasado à partir da análise temática de Minayo. Estudo descritivo com entrevista semi-estruturada com 8 profissionais da saúde.
5	Hudson, Adams & Lauderdale (2015)	Cultural Expressions of Intergenerational Trauma and Mental Health Nursing Implications for U. S. Health Care Delivery Following Refugee Resettlement: An Integrative Review of Literature.	INTERNACIONAL /EUA	Journal of Transcultural Nursing.	Enfermagem	Pesquisa teórico-bibliográfica com delineamento qualitativo. Revisão Integrativa. Categorias do pensamento gadameriano estabelecidas para a seleção dos trabalhos. De um total de 746 trabalhos pré-selecionados, 8 compuseram o <i>corpus</i> de discussão.
6	Aranda & McGreevy (2012)	Embodied Empathy-in-Action: Overweight Nurses' Experience of their Interactions with Overweight Patients.	INTERNACIONAL /INGLATERRA	Nursing Inquiry.	Ciências da Saúde Enfermagem	Pesquisa de campo com delineamento qualitativo. Hermenêutica gadameriana como base para explorar as experiências descritas na pesquisa e assim gerar entendimentos sobre cada fala. 7 Enfermeiras registradas foram entrevistadas. 2 entrevistas com cada uma.
7	Regan (2012)	Hans-Georg Gadamer's Philosophical Hermeneutics: Concepts of Reading, Understanding and Interpretation.	ROMÉNIA/INGLATERRA	Meta: Research in Hermeneutics, Phenomenology, and Practical Philosophy.	Enfermagem	Pesquisa teórico-bibliográfica com delineamento qualitativo.

Nº	Citação e Ano de Publicação	Título	País de Publicação / País Sede da Pesquisa	Periódico	Área de Concentração dos Autores	Delineamentos Metodológicos e Características das Amostras
8	Peck & Mummary (2017)	Hermeneutic Constructivism: An Ontology for Qualitative Research.	INTERNACIONAL /AUSTRÁLIA	Qualitative Health Research.	Enfermagem Filosofia	Pesquisa teórico-bibliográfica com delineamento qualitativo.
9	Araújo, Paz & Moreira (2012)	Hermenêutica e Saúde: Reflexões sobre o Pensamento de Hans-Georg Gadamer.	BRASIL/BRASIL	Rev Esc Enferm USP.	Enfermagem	Pesquisa teórico-bibliográfica com delineamento qualitativo.
10	Miles, Chapman & Francis (2015)	Peeling the Onion: Understanding Others' Lived Experience.	INGLATERRA/AUSTRÁLIA	Contemporary Nurse.	Enfermagem	Pesquisa teórico-bibliográfica com delineamento qualitativo em forma de revisão de literatura sobre o tema da abordagem hermenêutica a partir de Gadamer e Heidegger
11	Xiao, Habel & De Bellis (2015)	Perceived Challenges in Dementia Care by Vietnamese Family Caregivers and Care Workers in South Australia.	INTERNACIONAL /AUSTRÁLIA	Journal Cross Cult Gerontol.	Enfermagem Ciências da Saúde	Pesquisa de campo com delineamento misto (quantitativo).
						Entrevistas semi-estruturadas. Análise das falas a partir da hermenêutica gadameriana.
						6 Cuidadores familiares e 7 profissionais cuidadores entrevistados.
12	Barros & Jorge (2011)	Prática de Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicosocial: O Discurso do Sujeito Coletivo.	BRASIL/BRASIL	Rev Baiana Saúde Pública Miolo.	Terapia Ocupacional Enfermagem	Pesquisa de campo com delineamento qualitativo.
						Análise e interpretação das falas à luz da hermenêutica gadameriana.
						Entrevistas semi-estruturadas mais observação sistemática de 10 pacientes de um CAPS.
13	Matos & Silva Júnior (2017)	Reflexões da Hermenêutica Filosófica para a Prática do Psicólogo em Contexto Escolar.	BRASIL/BRASIL	Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica.	Filosofia Psicologia	Pesquisa teórico-bibliográfica com delineamento qualitativo.
14	Brämberg & Nyström (2010)	To Be an Immigrant and a Patient in Sweden: A Study with an Individualized Perspective.	INGLATERRA/SUÉCIA	Int J Qualitative Stud Health Well-Being.	Enfermagem	Pesquisa de campo com delineamento qualitativo.
						Análise e interpretação das falas à luz da hermenêutica de Hans-Georg Gadamer, e à partir das contribuições hermenêuticas de Paul Ricoeur.
						Entrevista aberta com 16 participantes, sendo 10 mulheres e 6 homens.
15	Goodman & East (2013)	The "Sustainability Lens": A Framework for Nurse Education that is fit for the Future.	INTERNACIONAL /INGLATERRA	Nurse Education Today.	Enfermagem	Pesquisa teórico-bibliográfica com delineamento qualitativo.

Nº	Citação e Ano de Publicação	Título	País de Publicação / País Sede da Pesquisa	Periódico	Área de Concentração dos Autores	Delineamentos Metodológicos e Características das Amostras
1 6	Spence (2016)	Supervising for Robust Hermeneutic Phenomenology: Reflexive Engagement Within Horizons of Understanding.	INTERNACIONAL	Qualitative Health Research.	Enfermagem	Pesquisa teórico-bibliográfica com delineamento qualitativo. Relato pessoal de um pesquisador orientador.
1 7	Thorkildsen, Eriksson & Rähöln (2014)	The Core of Love when Caring for Patients Suffering from Addiction.	NORUEGA	Scandinavian Journal of Caring Sciences.	Enfermagem	Pesquisa de campo com delineamento qualitativo. Análise feita a partir da hermenêutica gadameriana. Entrevista aberta com 4 mulheres, todas enfermeiras registradas.

2.1 Aspectos Quantitativos

Absolutamente todos os estudos que se enquadram nos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados, não tendo sido feita exclusão alguma em virtude de componente linguístico ou geográfico. O estudo resultou em dezessete trabalhos selecionados ($N=17$), sendo que todos atenderam os pré requisitos listados nos delineamentos do estudo quanto aos critérios de inclusão e exclusão. Todos os estudos foram publicados dentro do intervalo do ano de 2010 à 2017. O ano de 2015 foi o que obteve o maior número de publicações, com 35% do total ($n=6$). Em seguida têm-se 2012 com 17% ($n=3$), 2017 e 2016 com 12% ($n=2$) cada, e por fim, os anos de 2014, 2013, 2011, e 2010, cada um com 6% ($n=1$) do total dos estudos selecionados.

No total, 41 autores participaram da produção dos trabalhos selecionados para o *corpus*, e investigou-se a área de formação de cada um deles. A grande maioria, 26 deles, é composta por profissionais da enfermagem. A área da psicologia contribuiu com 7 dos autores. Integrando a área das ciências da saúde foram 4, da área da filosofia 2 e, por último, as áreas da medicina e da terapia ocupacional com um autor cada uma. Somente uma autora assinou mais de um trabalho, Katie Eriksson, cuja área de concentração é o cuidado dentro do campo da enfermagem. Todos os outros autores figuraram em apenas um dos estudos selecionados.

Importante ressaltar a preponderância dos profissionais da enfermagem na composição das autorias dos presentes trabalhos, de todos os selecionados ($N=17$), 53% deles ($n=9$), foram produzidos exclusivamente por profissionais desse ramo de atuação, além disso, ainda figuraram como coautores de outros trabalhos ($n=4$) em parceria com profissionais das ciências da saúde, filosofia e terapia ocupacional. A área da psicologia por exemplo, embora seja a área com o

segundo maior número de autores, participou de um número de trabalhos bastante reduzido (n=2) se comparado aos da enfermagem.

Relacionando os estudos selecionados (N=17) com os países nos quais foram publicados, o Brasil aparece na primeira posição, com 30% das publicações (n=5), Inglaterra em segundo com 12% (n=2) e, por último, Cuba, Romênia e Noruega com 6% (n=1) dos trabalhos publicado em um deles. A maioria dos estudos (n=7), ou seja, 40% deles, foram publicados por ferramentas e jornais científicos pertencentes a instrumentos internacionais de publicação como SAGE, Taylor and Francis, e ELSEVIER, portanto, foram classificados como internacionais quanto ao país de publicação.

No que tange às sedes dos estudos presente no *corpus* (N=17), o Brasil figura com o maior número, com 29% das produções (n=5), em seguida, Austrália e Inglaterra aparecem com 17,5% cada (n=3). Noruega conta com 12% das produções selecionadas (n=2) e, por último, Estados Unidos, México, Suécia, e Nova Zelândia com 6% cada um (n=1). Trinta e cinco por cento dos trabalhos (n=6) foram publicados nos países onde foram produzidos, é o caso dos artigos brasileiros, e de um dos artigos noruegueses. Nenhum trabalho brasileiro foi publicado por jornais ou instrumentos internacionais.

Dos artigos selecionados (N=17), a maioria fora publicado em língua inglesa (n=11), seguido pela portuguesa (n=5) e, por último, espanhola (n=1). Os periódicos que mais apresentaram publicações foram: *Qualitative Health Research*, e a Revista da Abordagem Gestáltica com dois estudos cada, todos os outros periódicos forneceram apenas uma publicação. Ao todo, 94% dos estudos (n=16) envolveram alguma modalidade de trabalho com delineamentos qualitativos, apenas 6%, (n=1) apresentou delineamento predominantemente misto-integrado (quanti-qualitativo). Nenhuma pesquisa contou com delineamento exclusivamente quantitativo.

Analizando as características metodológicas de cada um dos trabalhos selecionados (N=17), notou-se que 53% deles (n=9) utilizaram de modalidades de pesquisa exclusivamente teórico-bibliográfica. Desses, contatou-se revisões de literatura (n=2), sendo uma delas na modalidade integrativa, e ainda, um outro estudo (n=1) cuja base fora um relato pessoal das experiências de um professor orientador. Os outros 47% dos trabalhos selecionados (n=8) contiveram alguma modalidade de pesquisa de campo, todos eles fizeram uso de algum tipo de entrevista, que se dividiram em semi-estruturadas (n=4), abertas (n=3), e não especificadas (n=1).

Todas estudos que contaram com pesquisa de campo, procederam também ao estudo de caso acerca dos resultados obtidos. Apenas uma delas, além da entrevista, contou também com a observação sistemática como forma de coleta de dados. Todas as pesquisas de campo foram realizadas com seres humanos, por conseguinte, todos os artigos que realizaram essa modalidade

(n=8) citaram ao menos uma aprovação por conselho de ética em pesquisa de sua respectiva região. Não foi utilizado nenhum tipo de questionário como forma de coleta de dados.

Citando apenas os artigos que utilizaram de pesquisa de campo (n=8), no total 78 pessoas foram entrevistadas por seus autores, resultando em uma média de 9,75 pessoas por trabalho. No que tange ao tamanho das amostras, a menor foi de 4 entrevistados e a maior foi de 16 entrevistados. Apenas em um estudo os autores entrevistaram mais de uma vez a mesma pessoa, sendo que, nesse mesmo estudo, esse comportamento foi o escolhido como padrão, não sendo resultante de nenhum tipo de viés que pudesse vir a comprometer a sua validade.

2.2 Aspectos Qualitativos: Das Metodologias e Análise dos Dados

Conforme já citado, foram 8 os trabalhos que apresentaram pesquisas de campo, 6 deles utilizaram exclusivamente a hermenêutica gadameriana como base para a interpretação dos dados obtidos nas respectivas pesquisas. Outros 2 trabalhos utilizaram métodos ou teorias mistas para a análise dos dados obtidos. Stanga e Rezer (2015) por exemplo, apresentaram um estudo descritivo cuja atitude de pesquisa se nas idéias de Jurgen Habermas e Hans-Georg Gadamer, de modo que o último retoma, segundo os autores, “a noção de preconceito como uma dimensão importante para o conhecimento” (p.598), pois posiciona-o como o “pré” que antecede todo e qualquer julgamento. Já para a análise e interpretação dos dados obtidos, os autores optaram em utilizar a análise temática proposta por Minayo (2010).

Brämberg e Nyström (2010) também apresentaram um trabalho com delineamentos de análise mistos. As autoras suecas basearam os procedimentos metodológicos nos descritos no trabalho de Dahlberg, Dahlberg, e Nyström (2008), no qual os sujeitos da pesquisa são percebidos como seres humanos com vida e que se encontram inseridos em um determinado contexto social, pretendeu-se, dessa forma, utilizar a visão de mundo do próprio participante da pesquisa para explicar o contexto de suas falas, e não a visão de mundo do pesquisador. Tal abordagem pressupõe uma atitude de abertura por parte do pesquisador, e essa atitude seria guiada a partir da hermenêutica filosófica proposta por Gadamer. Com o intento de se compreender o significado latente das falas dos participantes, as autoras se basearam nas contribuições de Paul Ricoeur para a hermenêutica, as quais sugerem que o fenômeno do entendimento de um texto gera uma relação dialética entre aquilo que está sendo compreendido e o que está sendo explicado.

Carvalho et al. (2015) utilizaram, para a realização da pesquisa, o método fenomenológico a partir de uma perspectiva hermenêutica gadameriana. Método por meio do qual seria “possível acessar o significado da experiência vivida dos sujeitos” (p.5) da pesquisa, a partir dessa perspectiva, a elucidação e o entendimento acerca do vivido se daria a partir da interpretação do

pesquisador, por sua vez atento à superar os preconceitos existentes *a priori*. As noções de entendimento propostas pela hermenêutica filosófica de Gadamer também foi escolhida por Blegen, Ericsson e Bondas (2016) para embasar o processo de análise dos dados obtidos em sua pesquisa de campo. O intuito da respectiva ferramenta é o de entender o mundo ontológico e existencial do ser humano que está, naquele momento, sendo pesquisado. Para tal, as considerações ontológicas presentes na hermenêutica filosófica colaboram para fazer emergir uma realidade que iria além do mundo visível e imediato do sujeito entrevistado.

Aranda e McGreevy (2012) se basearam na hermenêutica gadameriana como forma de explorar as experiências obtidas na pesquisa e gerar compreensões a respeito delas. Segundo as autoras, uma importante faceta do pensamento gadameriano é que dentro de toda interação emerge uma conexão de consciências humanas através do diálogo, a esse fenômeno dá-se o nome de fusão de horizontes. Eis que a partir disso, o entendimento tornar-se-ia possível. O estudo apresentado por Xiao, Habel e De Bellis (2015) emerge com o intuito de explorar o modo como os desafios para o cuidado da demência são percebidos pelos cuidadores e responsáveis, neste caso, a hermenêutica filosófica de Gadamer foi utilizada para interpretar as auto-descrições das experiências dos entrevistados. Nesse sentido, os significados derivados da interpretação das falas dos participantes se apresentam como uma fusão entre, o que o ator (participante) diz, e o significado que é atribuído pelo intérprete (pesquisador) dentro de um determinado contexto sócio-histórico.

No trabalho apresentado por Barros e Jorge (2011) as falas, uma vez obtidas, foram interpretadas à luz da hermenêutica de Gadamer. No contexto da teoria, a interpretação ‘é concebida como algo inerente à totalidade da experiência humana, vinculada à sua condição de possibilidade finita, sendo uma tarefa criadora, circular, a ocorrer no campo da linguagem (p.473). O homem manifestaria-se, *a priori*, ligado às projeção das suas próprias impressões de mundo e culturas prévias, ou seja, imbuído de preconceitos que transversalizariam a sua própria visão de mundo. Thorkildsen, Eriksson e Rähöln (2014) apresentaram um trabalho sobre o cuidado junto a pacientes em situação de vício em álcool e drogas, para a análise dos dados obtidos a abordagem gadameriana foi a escolhida. Como forma de adquirir novos entendimentos sobre o tema pesquisado e a partir das falas obtidas, os pré-entendimentos e os preconceitos do pesquisador desempenham papel de grande importância, devendo pois, ser objeto de constante ponderação e reflexão por parte do mesmo. Diante da interpretação de um texto, tal como é demonstrada por Gadamer no desenvolver de conceito sobre fusão de horizontes, e para se chegar à uma condição de entendimento, não se bastaria uma leitura objetiva, mas sim uma contínua releitura do texto em toda sua integralidade, bem com a suspensão dos preconceitos *a priori*.

Spence (2016) desenvolveu uma discussão teórica que enfoca a hermenêutica filosófica como um adequado instrumento à ser utilizado como marco teórico, ou como ferramenta de análise

de dados dentro do contexto de produções científicas. Segundo a professora e orientadora, existe uma tendência comum de se observar o preconceito exclusivamente como um viés, entendimento tanto quanto afastado do que postula Gadamer. O objetivo do pesquisador hermenêutico seria, segundo a autora, ouvir, ponderar, analisar, questionar, e estimular o próprio pensamento, de modo a construir uma tese que seja tocante, provocativa, e que reflita de fato, um reflexo da própria vida daquele que fora pesquisado. Nesse sentido, os preconceitos existentes naquilo que gadamer concebe como fusão de horizontes devem ser analisados, pois potencializam as descobertas, ao tempo em que podem, ao mesmo tempo, limitá-las.

Matos e Silva Júnior (2017) atribuem à hermenêutica filosófica de Gadamer uma função que transcende a mera interpretação metodológica dos textos, para além disso, sua importância repousaria na verdadeira compreensão dos “significados de fenômenos humanos, dos sentidos que permeiam as diversas expressões humanas que integram o mundo da vida” (p.85). Logo, não tratar-se-ia de onde se deseja chegar ao ler determinado texto, mas daquilo que chega ao intérprete de maneira involuntária, ou seja, aquilo que ultrapassa o próprio querer e simplesmente sobrevém ou acontece. Já o trabalho de Araújo, Paz e Moreira (2012) dedica-se a refletir sobre o pensamento gadameriano dentro do contexto da saúde. Para os autores, o primado da hermenêutica repousa sobre o ato de perguntar, pois para se proceder em tal ato é preciso antes, querer saber, ou seja, desejar aquilo que ainda não se sabe ou não se conhece. A tradição hermenêutica rejeita o conceito de mundo unitário dotado de realidades, mas preceitua a existência de “verdades, aspectos diferenciados da mesma realidade, construída na autoridade e na tradição” (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2012. p.204).

O estudo desenvolvido por Regan (2012) se dedica a discutir as ideias de Gadamer (1997) nas suas relações com a leitura, o entendimento, e a interpretação, dentro de uma perspectiva das ciências sociais e da saúde. No desenvolvimento de sua análise o autor destaca a importância da linguagem para a tarefa interpretativa, a qual consiste na atribuição de sentido adequado àquilo que é lido ou ouvido. Maior é a eficiência da tarefa hermenêutica a medida em que essa se aproxima da verdade percebida pelo emissor da mensagem interpretada. O mais significante dentro da hermenêutica gadameriana seria, segundo o autor, seu foco ontológico, bem como a capacidade de não só interpretar o entendimento humano, mas os seus (des)entendimentos como um mecanismo para a comunicação eficiente.

Por último, mas não menos importante, tem-se o estudo desenvolvido por Peck e Mummery (2017). Esse recente trabalho dedica-se a discutir as possibilidades de utilização da teoria hermenêutica de Gadamer dentro das pesquisas qualitativas, tanto como marco teórico, ou como possível ferramenta de análise interpretativa de dados coletados. As autoras identificam 11 corolários do pensamento hermenêutico que, segundo elas, explicam e detalham as relações entre a

linguagem e as estruturas e processos do funcionamento mental. Dentre tais corolários, encontrase-ia o preconceito, condição inextricável ao entendimento e, ao mesmo tempo, inerente ao ser humano pois esse “desenvolve dialogicamente uma série de pré-conceitos antecipatórios que guiam o seu processo linguajar” (PECK; MUMMERY, 2017. p.9).

2.3 Dos Indicadores de Preconceito

O intuito dessa categoria de análise consiste em fazer emergir, em breves palavras, como cada um dos trabalhos selecionados percebe a questão do preconceito. Se faz relevante pois a teoria que aqui se toma como marco, a hermenêutica filosófica de Gadamer, possui um olhar bastante peculiar sobre a questão do preconceito, afastando-se do ideal pejorativo que lhe é tradicionalmente imposto, logo, faz-se interessante apresentar, mesmo que de maneira resumida, o olhar que cada estudo possui em relação a essa mesma questão.

Carvalho et al. (2015) postula o preconceito como inerente ao pesquisador e ao entrevistador, tal se manifestaria como “*a priori*” que devem ser considerados e examinados antes e durante a execução da pesquisa. O mesmo estudo ainda trouxe como resultado de sua pesquisa, a percepção dos entrevistados sobre o tema do preconceito. Para a maioria deles, o preconceito é percebido como um obstáculo para a prática do psicólogo dentro da tarefa clínica. Os estudos desenvolvidos por Thorkildsen et al., (2014), Blegen et al., (2016), bem como por Spence (2016) também ressaltam a importância do pesquisador em agir de maneira a considerar seus próprios preconceitos dentro da própria tarefa investigativa, estes autores percebem ainda, o preconceito como uma ferramenta, que, ao mesmo tempo em que limita o ato de entender, é necessária a ele, pois sem pré-entendimento não existe entendimento. Spence (2016) ainda ressalta a importância superveniente que possui o tema do preconceito quando o pesquisador se propõe a investigar pessoas em situação de vício, para ela, tal situação agrava e potencializa os preconceitos já existentes.

Blegen et al., (2016) afirmam em seu estudo que mães portadoras de transtornos mentais percebem o preconceito imposto pelo entorno social como um obstáculo à livre manifestação de idéias, chegando a afirmar ainda, que estas, deixam de procurar ajuda pelo medo do estigma e da discriminação. Para Rillo (2015) os pré-conceitos existentes devem ser objeto de reflexão por aquele que pensam o tema da saúde humana, pois se fazem sempre presentes nos significados de suas falas. Stanga e Rezer (2015) compactuam com a opinião de que os preconceitos atuam na esfera subjetiva dos profissionais que trabalham dentro do campo da saúde humana, porém, os autores ampliam o entendimento ao dizer que preconceitos atuam quase a todo o tempo e sobre quase tudo, eles ainda influenciam o agir e o dizer daqueles que pensam o campo da saúde do

cuidado. Aranda e McGreevy (2012) destacam que o preconceito, aqui em sentido discriminatório, existente em relação a pessoas obesas, faria, segundo as autoras, com que essas pessoas sejam percebidas como fracas, preguiçosas, lerdas, e vulneráveis.

Hudson et al., (2015) desenvolveram uma revisão integrativa com o intuito de investigar o trauma intergeracional presente em populações migrantes, eles concluíram que o preconceito discriminatório contribui com a existência dessa modalidade de trauma em minorias étnicas e migrantes. Corroborando com esse entendimento, Regan (2012) afirma que o ato de interpretar e entender o novo é amplamente influenciado pelo preconceito ideológico e cultural, para a autora, tais componentes devem ser analisados antes de qualquer tarefa interpretativa. Outro indicador bastante semelhante é trazido por Brämberg e Nyström (2010), para as autoras o preconceito étnico pode comprometer o cuidado em saúde do migrante refugiado, porém, ser vítima desse mesmo preconceito ajudaria no desenvolvimento do *coping* necessário à sua auto-superação e ao auto-crescimento.

Xiao et al.,(2015) o preconceito emerge como obstáculo e barreira para a procura de tratamento para a demência dos imigrantes vietnamitas residentes na Austrália, assim, o alcance e a qualidade do cuidado para essas pessoas fica prejudicado. Miles et a., (2015) ponderam que diante da tarefa de interpretar a vida alheia, reflexão deve ser utilizada no sentido de identificar os próprios preconceitos, pois esses são dispostos no aqui e agora, resultado de toda uma tradição ensinada e aprendida. Ao mesmo tempo em que é inerente ao homem, faz também parte da sua visão de mundo, é o que postulam Barros e Jorge (2011).

Já Goodman e East (2013) ressaltam a tradição e as relações sociais como potenciais geradoras dos preconceitos existentes nas instâncias subjetivas do ser humano, para os autores, o preconceito ainda age como lente para se perceber o mundo exterior e, por consequência, o outro que nele habita. Peck e Mummery (2017) afirmam o preconceito como um precursor do próprio entendimento, não se chegaria, segundo os autores, ao entendimento de um fenômeno sem antes ter alguma prévia idéia sobre ele. Essa visão é endossada por Araújo et al., (2012) quando afirmam que a compreensão se dá a partir de pré-estruturas já existentes junto ao pensamento humano.

Para Matos e Silva Júnior (2017) o espaço hospitalar é percebido pelos que lá trabalham como um espaço de preconceitos e pré-juizos, nesse sentido, o psicólogo hospitalar precisa se fazer atento para auxiliar na elaboração desses sentimentos oriundos dos pacientes e, ao mesmo tempo, servir de tradutor da situação psíquico-afetiva dos mesmos para o restante da equipe de saúde. Todos os 17 estudos ampliaram suas bases de percepção do tema do preconceito, indo de acordo com o proposto por Gadamer (1997) quando este afirma que o preconceito, ao tempo em que pode ser prejudicial e discriminatório, é ainda inerente e fundamental à tarefa hermenêutica e à

compreensão humana, merecendo ser resgatado do lugar comum e discutido nos meios acadêmicos. Os principais resultados e conclusões obtidos serão tratados no capítulo de nossa discussão.

3 DISCUSSÃO

O preconceito dentro do espaço clínico de cuidado à saúde foi um dos temas que emergiram no presente estudo. Carvalho et al. (2015) por exemplo, chegaram a conclusão de que a prática do psicólogo dentro do espaço clínico consiste num jogo de afetações mútuas, no qual a atenção diante dos próprios preconceitos por parte do profissional envolvido deve se tornar, de fato, uma tarefa ética que consistida na aceitação das diferenças trazidas pela pessoa do paciente. Para os autores, a atividade clínica cuidadosa envolve a suspensão dos preconceitos *a priori* como forma de se fazer emergir uma escuta neutra e acolhedora. O espaço clínico seria ainda percebido, a partir da visão dos acadêmicos em psicologia entrevistados, como um local de liberdade das expressões mais íntimas do paciente, de modo a se criar uma relação interpessoal de cuidado e ir a busca de uma escuta existencial da pessoa.

Matos e Silva Júnior (2017) apresentaram uma crítica ao paradigma biomédico dentro do espaço clínico hospitalar, para os autores tal visão de ser humano é incapaz de fazer uma leitura sócio-histórica da saúde e do adoecimento. Nesse sentido o profissional da medicina deve passar a ser visto, não como aquele que cura, mas como aquele que favorece condições para que o próprio paciente se cure, o que envolve respeito ao tempo e à distância que demanda o momento do paciente. Para os autores, esse processo pressupõe ponderação no que tange aos pré-conceitos inerentes aos profissionais que atuam nos hospitais.

Barros e Jorge (2011) investigaram o discurso do sujeito coletivo que emerge a partir da realidade de um CAPS. Dos resultados que mais se destacam em sua respectiva pesquisa estão: a inclusão social proporcionada pelo CAPS, a necessidade de se criar meios de ocupação com geração de renda, e a atuação considerada cuidados por parte dos integrantes da equipe de saúde. O estudo ainda concluiu que o trabalho em harmonia diante da interrelação entre profissionais dentro da unidade de saúde é, ainda, um desafio. Nesse estudo, o preconceito e a discriminação foram apontados nas falas dos pacientes entrevistados como fenômenos que habitam o entorno de suas vidas, sendo o CAPS, por eles percebidos como um espaço livre desses mesmos fenômenos.

A pesquisa realizada por Blegen et al., (2016) traz a tona a dificuldade diante da tarefa de ser mãe ao tempo em que se é também, portadora de transtorno mental. O estudo conclui, através dos relatos das entrevistadas, que para conservar o *status quo* relativo a guarda dos filhos, essas mães se recolhem à própria subjetividade e evitam demonstrar sentimentos. Desse modo, as autoras ainda afirmam que o cuidado junto a essas pessoas tende a ser melhor quando o olhar do

profissional cuidador tende à isenção de seus preconceitos ao tempo em que caminha também à compreensão dos medos e receios do paciente.

Desenvolvendo um estudo com delineamentos parecidos, Thorkildsen et al., (2014) concluíram que os dois maiores desafios diante do cuidado da pessoa usuária de álcool e drogas consiste no sacrifício imposto à pessoa do cuidador, bem como na luta diária que é inerente àqueles que lutam contra o vício em uma esfera pessoal. Para as autoras, o amor ao próximo emerge como força que impulsiona o árduo trabalho de cuidado junto à pessoa do outro. As nuances de preconceito, presentes nesse estudo, emergiram como um fardo inerente à pessoa do cuidador, e também à pessoa do usuário ou dependente.

Xiao et al., (2015) ressaltam a ocorrência de estigma familiar em relação àqueles familiares que cumprem a tarefa de cuidadores dos parentes com demência. Afirmam ainda que populações inseridas em culturas cujo cuidado do familiar idoso é endossado pela tradição estão mais propensas a sofrerem esse tipo de estigmatização. Como grande parte dos fatores motivadores de estigma social, esse também é potencializado pela falta de informação adequada sobre o tema.

Dois estudos foram desenvolvidos de modo a se discutir os significados da saúde, desse modo, acabaram por trazer importantes contribuições nesse sentido. Rillo (2015) propõe que a pergunta pela saúde deve passar pelos aspectos biopsicossocioculturais que emergem no entorno do contexto no qual essa pergunta é feita. Nessa esteira, a resposta à pergunta pela saúde é, em concordância com Gadamer (1993), regida local e temporalmente, sempre imersa em um determinado contexto político e econômico, ou seja, resulta inevitavelmente de tradições ensinadas e aprendidas *a priori*. Insere-se pois, dentro de um contexto onde atuam profundos entendimentos e pré-entendimentos acerca do tema. Com conclusões semelhantes, Stanga e Rezer (2015) apontam a necessidade de se rediscutir a saúde e os conceitos de seu entorno, como forma de poder por em prática um cuidado que transcenda a mera tradição aprendida. Para os autores, é preciso gerar novos significados para escapar do preconceito e do lugar comum. Tal discussão qualifica, pois, o cuidado em saúde.

Ainda relacionado à temática da saúde, a pesquisa de Aranda e McGreevy (2012) se dedica a discutir o problema da obesidade. Para as autoras, tão importante quanto discutir os riscos trazidos à saúde humana trazidos pelo sobrepeso, é pensar e refletir acerca dos preconceitos que afligem as pessoas obesas e atuam em seus entornos. Profissionais da enfermagem que sofrem com o problema da obesidade precisam estar atentos para não iniciar um ciclo demasiadamente empático com pacientes também em situação de obesidade e, assim, projetar sobre eles seus preconceitos, e, acabar por contribuir, dessa forma, com à revitimização dessas pessoas.

Abordando os aspectos étnicos em relação ao cuidado dentro de uma proposta de assistência à saúde, o trabalho desenvolvido por Brämberg e Nyström (2010) demonstra a necessidade de se

desenvolver políticas de assistência à saúde para populações migrantes a partir de uma percepção individualizada de pessoa, ou seja, com base em um histórico pessoal onde possa ser levado em consideração o processo migracional pelo qual passou o indivíduo, bem como os preconceitos aos quais se sujeita e, no passado, esteve sujeito. A atenção em saúde voltada ao imigrante, desenvolvida a partir da generalização de uma identidade étnica e cultural incorre na redução desse indivíduo a generalização e a estereótipos existentes *a priori*. Dentro dessa mesma temática, Hudson et al., (2015) afirmam que o trauma intergeracional depende do clima político e social que antecede o processo migratório. Tão importante quanto esse, é ainda a realidade na qual o migrante hoje se insere, representada nas dificuldades oriundas dos preconceitos e discriminações existentes, que acaba por enfrentar no seu dia a dia. Nesse sentido, os autores ressaltam a necessidade de se promover o orgulho étnico e cultural como forma de se fomentar a capacidade de *coping* dessas populações.

Vários estudos teórico-bibliográficos tiveram com tema central de suas pesquisas a hermenêutica filosófica, trazendo resultados que, embora semelhantes, contribuem de maneira significativa para a nossa discussão. Para Regan (2012), hermenêutica não é um método, mas um guia de princípios que auxiliam o homem na árdua tarefa de entender a verdade a partir de fugazes palavras. À essa tarefa, compete contemplar a intersubjetividade como forma de identificar os próprios preconceitos por parte do intérprete. Esses emergem, por sua vez, a partir de um senso de coesão que é disposto em seu entorno no decorrer de sua vida. Já Peck e Mummery (2017) afirmam que em prol do ato de entender, as pessoas desenvolvem estruturas linguísticas, essas são, por sua vez, imbuídas de sentidos históricos e antecipatórios, à tais estruturas, dá-se o nome de preconceitos. Araújo et al., (2012) traduzem a hermenêutica enquanto um processo de compreensão que considera uma interrelação entre tradição, autoridade e preconceito. Assim, pode-se dizer que a tradição é passada através da linguagem na medida em que a autoridade ganha força para cumprir tal tarefa. Dessa relação emerge uma enormidade de pré-entendimentos que atuam no subjetivo individual, os chamados preconceitos.

Analizando os aspectos da hermenêutica dentro do contexto da pesquisa, Spence (2016) conclui que, diante de uma investigação qualitativa que se embase em hermenêutica filosófica, o reflexivo deve se sobrepor ao calculista, ou seja, os dados obtidos devem ser analisados à luz da existência de uma relação dialógica entre texto e intérprete, entre entrevistado e entrevistador, para tal, deve-se levar em conta engajamentos da filosofia e das ciências sociais. Nesse mesmo processo, é fundamental que o pesquisador identifique os próprios preconceitos antes de interpretar os resultados obtidos. Tratando dessa mesma temática, Miles et al., (2015) afirmam que o próprio ato de pesquisar é disposto em algum lugar no tempo e espaço, visando demonstrar a verdade a partir

do ponto de vista do entrevistado até o aqui e o agora, um claro reflexo da tradição e dos preconceitos *a priori*.

Por último, Goodman e East (2013) defendem que a tarefa hermenêutica deva ser cumprida em acordo com uma lente de sustentabilidade que envolva, sobretudo, uma atitude cuidadora junto ao próximo e no mundo ao seu redor. Os autores defendem que os preconceitos existentes talham a visão de mundo do ser humano, e por consequência, as opiniões pré-formadas sobre saúde, preservação dos recursos naturais, e cuidado com o meio ambiente. Logo, a capacidade de experienciar o mundo, e superar os pré-entendimentos existentes sobre a relação com o mesmo se torna relevante para a mudança de atitude que tanto se deseja.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intersecção do tema do preconceito diante do contexto da saúde é bastante emergente no cenário mundial e representa um verdadeiro campo de pesquisa e de produção de conhecimento. Cada vez mais, pesquisas vêm evoluindo e levando o tema a patamares nunca antes observados. Em uma escala mundial parece haver consenso de que o preconceito, o estigma, e a discriminação atentam contra o bom andamento das políticas e do cuidado na área da saúde. Relevantes tentativas vêm sendo feitas no sentido de uma sistematização e elucidação do tema, dentre as quais pode-se citar com segurança os trabalhos de Corrigan e Watson (2002); Sartorius (2002); Schomerus et al. (2011); Ungar, Knaak e Szeto (2016); e Thornicroft (2007). O que todos esses trabalhos têm em comum é a ótica pela qual percebem o preconceito. Tal como um fenômeno social estigmatizante, o preconceito é visto pela maioria esmagadora da literatura da área como um fator limitante, estereotipado, mal pensado, malicioso e distante daquilo que a comunidade científica possui como verdade.

Tais perspectivas não são, de modo algum, falsas e distantes da realidade. Gozam portanto de enorme respaldo e credibilidade perante a ciência, tal como é concebida atualmente. Tais estudos contribuíram e continuam a contribuir junto do combate e da prevenção que demanda o tema, bem como com a produção de novos conhecimentos na área. A questão que tentamos fazer emergir em nosso trabalho reside na raiz etimológica do vocábulo aqui em pauta, oriundo do latim *preiudicium*, o termo se refere a um julgamento *a priori* e a nada mais. Assim, o caráter pejorativo e negativista é imbuído por um processo hermenêutico que se origina nas raízes do comportamento social: a linguagem. A partir de uma relação de diálogo acabam por surgir novos entendimentos e saberes sobre determinados fenômenos, tão logo o diálogo e a observação do respectivo fenômeno cessa, tais entendimentos passam então, a categoria de “pré”, ou seja, tornam-se quase que imediatamente preconceitos a respeito de algo.

Dos artigos selecionados no presente estudo, todos utilizaram a hermenêutica gadameriana como matriz, ou uma das matrizes epistemológicas em seus respectivos trabalhos, porém, pôde-se notar que, embora fizessem uso de conceitos propostos e desenvolvidos por Gadamer, por vezes, esses mesmos conceitos foram usados isoladamente. Esse fenômeno pode, às vezes, induzir a equívocos epistemológicos. Por exemplo, notou-se que alguns estudos oportunizaram reflexões interessantes no que tange a alguns conceitos gadamerianos, como a fusão de horizontes ou o ciclo do contato, porém, ao mesmo tempo, continuaram se referindo ao preconceito de modo pejorativo ou estigmatizante.

Se faz presente a necessidade de elucidar esse ponto. Para Gadamer (2011; 1997), preconceito significa pré-julgamento. Pode ser positivo ou negativo. Esse último é concebido como um falso preconceito, ou seja, uma falha no círculo hermenêutico que emerge na fenomenalidade da vida cotidiana de todos nós. Tomar o preconceito como ilegítimo ou como negativo representa simplesmente analisá-lo à luz de um falso preconceito. Proceder com os referidos cuidados, é pois, imperioso para qualquer discussão que se embase na Hermenêutica Gadameriana.

É nessa esteira de pensamento que emerge a importância dessa epistemologia, pois ousa compreender o preconceito enquanto liberto do próprio ideal discriminatório que lhe foi imposto. Vislumbra portanto, o fenômeno do preconceito a partir de uma concepção pura e apriorística, distante das contaminações inerentes a um preconceito mau e discriminatório, que diga-se, também existe e é manifesto, mas que emerge, porém, *a posteriori*, uma falha no círculo hermenêutico de formação de novos entendimentos.

Assim, torna-se possível posicionar a Hermenêutica Filosófica, tal como é proposta por Hans-Georg Gadamer dentro dos grandes marcos teóricos que se aprofundam sob o tema do preconceito. Uma eficiente ferramenta para a construção de uma visão humanizada de saúde dentro de uma perspectiva onde todo conhecimento é precedido por um preconceito que o antecede, e isso, não é de todo ruim, mas permite compreender o modo como as verdades emergem nas mais variadas relações hermenêuticas do cotidiano.

REFERÊNCIAS

- ARANDA, K.; MCGREEVY, D. Embodied empathy-in-action: overweight nurses' experiences of their interactions with overweight patients. *NursInq.* 21 (1): 30-38. 2014.
- ARAÚJO, J. L. de; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 200-207. 2012.

BARROS M. M. M. A. de; JORGE, B. M. S. Prática de Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial: O Discurso do Sujeito Coletivo. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 34, n. 3, p. 468, set. 2010.

BLEGEN, N. E.; ERIKSSON, K.; BONDAS, T. Ask Me What Is in My Heart of Hearts! The Core Question of Care in Relation to Parents Who Are Patients in a Psychiatric Care Context. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being**, 11, 30758. 2016.

BLUNDELL, R.; DAS, R.; POTTS, H.; SCIOR, K. The association between contact and intellectual disability literacy, causal attributions and stigma. **Journal of Intellectual Disability Research**, 60 (3): 218–27. 2016.

BLUNDELL, J.; WITTKOWSKI, A.; HARE, D. J. Using the reportory grid technique to examine nursing staff's construal of mothers with mental health problems. **Clinical Psychology and Psychotherapy**, 19, 260–269. 2012.

BRÄMBERG, B. E.; NYSTRÖM, M. To be an immigrant and a patient in Sweden: A study with an individualised perspective. **International journal of qualitative studies on health and well-being**, 5(3), 10.3402/qhw.v5i3.5106. 2010.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cadernos de Saúde Pública** 19(4): 923-931. 2003.

CARVALHO, L. B.; ALVES, A. M. F.; PASSOS, C. A.; LOPES, F. G.; HOLANDA, R. B.; MOREIRA, V. A ética do cuidado e o encontro com o outro no contexto de uma clínica-escola em fortaleza. **Revista da Abordagem Gestáltica**, 21(1), 01-12. 2015.

CLAIR, M. “Stigma”. **Core Concepts in Sociology**. Harvard University. 2018.

CORRIGAN, P. How stigma interferes with mental health care. **American Psychologist**, 59(7), 614-625. 2004.

CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. **World Psychiatry**. 1:6–19, 2002.

CORRIGAN, P.; SCHOMERUS, G.; SHUMAN, V.; KRAUS, D.; PERLICK, D.; HARNISH, A.; et al. (2017). Developing a research agenda for understanding the stigma of addictions Part I: Lessons from the Mental Health Stigma Literature. **American Journal on Addictions**, 26(1), 59–66. 2017.

DAHLBERG, K.; DAHLBERG, H.; NYSTRÖM, M. Reflective lifeworld research. **Lund**, Sweden: Studentlitteratur. 2008.

DELUQUE JÚNIOR, Romano; COSTA, Márcio Luís . Mídia, Preconceito e Adoecimento Mental: Contribuições da Hermenêutica Gadameriana-Um Ensaio a partir da obra ‘‘Verdade e Método’’ de Hans-Georg Gadamer. **Revista Comunicação, Cultura e Sociedade**, v. 10, n. 2, p. 051-078, 2020.

DOVIDIO, J. F.; MAJOR, B.; CROCKER, J. Stigma: Introduction and overview. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, J. G. Hull (Eds.), **The social psychology of stigma** (pp. 1-28). New York, NY, US: Guilford Press. 2000.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**. Tradução Flávio Paulo Meurer. 3. ed. Petrópolis (RJ): Vozes. (Originalmente publicado em 1960). 1997.

GADAMER, H. G. **O Caráter oculto da saúde**. São Paulo: Vozes. (Originalmente publicado em 1993). 2011.

GOODMAN, B.; EAST, L. The 'sustainability lens': A framework for nurse education that is 'fit for the future'. **Nurse education today**. 34. 10.1016/j.nedt.2013.02.010. 2013.

GOFFMAN, E. **Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity**. New York: Simon & Schuster. 1963.

HABERMAS, J. A review of Gadamer's: truth and method. In: **Zur Logik der Sozialwissenschaften**, p. 251-290. 1970.

HEREK, G. M. **The American Behavioral Scientist; AIDS and stigma**. Thousand Oaks: 1106-1116. 1999.

HUDSON, C. C.; ADAMS, S.; LAUDERDALE, J. Cultural expressions of intergenerational trauma and mental health nursing implications for US health care delivery following refugee resettlement: an integrative review of the literature. **J Transcult Nurs**; May 25 [Epub ahead of print]. 2015.

MAJOR, B.; O'BRIEN L. T. The Social Psychology of Stigma. **Annual Review of Psychology** 56:1, 393-421. 2005.

MATOS, V. C. A. de S.; SILVA JUNIOR, A. F. Reflexões da hermenêutica filosófica para a prática do psicólogo em contexto hospitalar. **Revista da Abordagem Gestáltica**, 23(1), 84-94. 2017.

MENDES, K. DAL S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 17(4), 758-764. 2008.

MILES, M.; CHAPMAN, Y.; FRANCIS, K. Peeling the onion: Understanding others' lived experience. **Contemporary Nurse**, 50(2-3), 286-295. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p. 2010.

PECK, B.; MUMMERY, J. Hermeneutic constructivism: An ontology for qualitative research. **Qualitative Health Research**, 28, 389-407. 2018.

REGAN, P. Hans-Georg. Gadamer's philosophical hermeneutics: concepts of reading, understanding and interpretation. **META: research in hermeneutics, phenomenology, and practical philosophy**. 4(2):286-303. 2012.

RILLO, A. G. Análisis hermenéutico de la pregunta por la salud. **Humanidades Médicas**, 15(3), 401-420. 2015.

SARTORIUS, N. Iatrogenic stigma of mental illness. **Br Med J**. 324:1470-1471. 2002.

SCHOMERUS, M.; LUCHT, A.; HOLZINGER, H.; MATSCHINGER, M. G.; CARTA, M. C.; ANGERMEYER, A. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies *Alcohol, 46*, pp. 105-112. 2011.

SHEEHAN, L.; NIEWEGLOWSKI, K.; CORRIGAN, P. The stigma of personality disorders. *Curr Psychiatry Rep. 18(1):11*. 2016.

SOARES, C. B.; HOGA, L. A. K.; PEDUZZI, M. S.; CARINE, Y. T.; SILVA, D. R. A. D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 48(2)*, 335-345. 2014.

SPENCE, D. G. Hermeneutic notions illuminate cross- cultural nursing experiences. *Journal of Advanced Nursing, 35*, 624–630. 2001.

SPENCE, D. Supervising for Robust Hermeneutic Phenomenology: Reflexive Engagement Within Horizons of Understanding. *Qualitative Health Research, 10*, pp.971-980. 2016.

STANGA, A. C.; REZER, R. Concepções de saúde, trabalho docente e o Pró-Saúde: nos caminhos da hermenêutica.... *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 25(2)*, 593-614. 2015.

THOMPSON J. Pride and Prejudice, Goffman, and Strategic Interaction. In: **Jane Austen and Modernization**. Palgrave Macmillan, New York. 2015.

THORKILDSEN, K. M.; ERIKSSON, K.; RÅHOLM, M-B. The core of love when caring for patients suffering from addiction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29*, 353–360. 2014.

THORNicroft, G.; ROSE, D.; KASSAM, A.; SARTORIUS, N. Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry, 190*, 192–193. 2007.

UNGAR, T.; KNAAK, S.; SZETO, A. C. Theoretical and practical considerations for combating mental illness stigma in health care. *Community Mental Health Journal, 52*, 262–271.G. 2016.

XIAO, L.; HABEL, L.; DE BELLIS, A. Perceived challenges in dementia care by Vietnamese family caregivers and care workers in South Australia. *Journal of Cross-Cultural Gerontology 30 (3)*: 333-352. 2015.

CONSTRUINDO SENTIDOS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE À LUZ DA HERMENÊUTICA GADAMERIANA

INTRODUÇÃO

Desde o advento do paradigma biopsicossocial, o estudo dos aspectos biológicos, psíquicos e sociais dos processos de saúde e doença vêm sido, cada vez mais, influenciados por aspectos culturais, antropológicos, econômicos e políticos (RILLO, 2015; PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011). Tanto é que os aportes mais recentes na história das ciências médicas têm trazido a tona uma nova máxima a ser seguida: a humanização do cuidado e da saúde como forma de se humanizar a relação profissional-paciente. (RILLO, 2015; 2008; BENEVIDES; PASSOS, 2005; AYRES, 2005). É portanto, indiscutível que, “no âmbito de qualquer modalidade de atenção em saúde, o cuidado humanizado se configura como um aspecto primordial para uma atenção de qualidade às pessoas” (BARROS, JORGE; PINTO, 2010 p.74). Nesse sentido, humanizar a atenção em saúde significa reconhecer as pessoas que buscam nesses serviços as resoluções de suas demandas, como sujeitos de pleno direito (AYRES, 2005; FORTES; MARTINS, 2000).

Humanizar é observar cada paciente em sua individualidade, levando em conta suas necessidades específicas e subjetivas, e ampliando, pragmaticamente o seu exercício de autonomia (SILVA; FERREIRA, 2013; FORTES; MARTINS, 2000). Na prática, o tema se relaciona com uma diversidade de significados, tais como a oposição à violência institucional; o atendimento médico qualificado, tanto em excelência técnica como em capacidade de acolhimento; o cuidado com as condições de trabalho para com os profissionais da área; bem como a melhora da comunicação entre usuários e serviços (AYRES, 2005). Como se vê, os atravessamentos são variados. Parece oportuno, portanto, proceder à uma discussão a respeito do tema a partir de um olhar que vise à reflexão sobre o cuidado humanizado diante das mais variadas relações que são percebidas no campo da saúde, ou seja, perceber a problemática pelos olhos dos que lá atuam e frequentam, em seus respectivos cotidianos.

Já o vocábulo cuidado é constantemente utilizado, dentro do campo da saúde, para se referir à um conjunto de procedimentos técnicos orientados para o êxito de um determinado tratamento (SILVA; SENA, 2007; AYRES, 2004). A questão pode porém, ser remetida para um outro ponto de vista, no qual o cuidado passaria, simultaneamente, à uma categoria de compreensão filosófica e uma atitude prática frente às necessidades dos pacientes e usuários que demandam os serviços de saúde (AYRES, 2004). Isso significa perceber o tema do cuidado enquanto relacionado à interação entre duas ou mais pessoas onde, a partir dessa interação, visar-se-ia o alívio de um sofrimento e

alcance de uma condição de bem estar. Evidentemente, os saberes técnicos devem-se fazer presentes dentro dessa relação dialógica, e assim intentarem na direção dessa mesma finalidade curativa.

A noção de cuidado ainda perpassa pelo entendimento que se possui sobre a saúde. Essa última, por sua vez é comumente construída a partir de um critério negativo, relacionado à doença, adquirindo, geralmente, características causal-controlistas (AYRES, 2007). Isso significa perceber uma pessoa como doente porquê a sua glicemia está acima da média, ou por outro lado, percebê-la como saudável pois o seu teste para HIV deu negativo. O fato é que, a partir dos discursos pragmáticos oriundos da vida cotidiana, muitos portadores de HIV se sentem saudáveis, ao ponto que, outras pessoas sem patologia biofisiológica aparente ou manifestada, podem se sentir, definitivamente doentes.

O tema é complexo e aproxima-se de uma visão que contemple o subjetivo e o individualizado no que tange ao ser humano (CAPRARÁ, 2003; SCHRAIBER, 1998). Nesse sentido, a subjetividade humana deve servir de apoio para discussões sobre as novas formas de se encarar a saúde e a doença. Humanizar a atenção em saúde seria pois, humanizar o momento terapêutico no qual o profissional da área procede com competência tecnocientífica e humana, com vistas a restaurar a saúde do paciente (BETTINELLI; WASKIEWICZ; ERDMANN, 2003). Nesse sentido, tanto a compreensão do ser humano, bem como de seus processos de saúde e doença, e ainda, do seu processo de cuidar e de “ser cuidado”, estão à exigir uma verdadeira reconstrução de caminhos e valores que foram fragmentados ao longo do tempo (PESSINI, 2000).

Por este raciocínio, parece ser correto proceder à uma postura crítica em relação à visão estritamente médico-instrumental de saúde. Ao ponderar a conduta de cuidado a partir de instâncias subjetivas humanas, deseja-se dizer que, emergiria assim, uma tarefa interpretativa no que tange a descobrir qual o melhor cuidado para cada indivíduo de acordo com as suas necessidades subjetivas e individualizadas. Para auxiliar na discussão acerca dessa tarefa, propõe-se aqui, a utilização da Hermenêutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer. Em sua obra *Verdade e Método - Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*, Gadamer (1997) traz no núcleo de sua discussão, uma proposta de ruptura para com a mentalidade instrumental-metodológica, e aponta a necessidade de elaborar-se métodos mais apropriados, e por consequência, mais humanos, de realizar melhores e mais autênticos diálogos entre as pessoas.

Entender é, para Gadamer (1997), um processo que atravessa a mente humana, a partir de determinada relação dialógica, que objetiva-se a lançar luz sobre os fenômenos e assim adquirir novos e relevantes entendimentos. Isso significa focar na superação de antigos preconceitos para dar boas vindas ao novo e ao outrora desconhecido. No contexto do cuidado em saúde, isso significaria conhecer melhor o paciente e as suas necessidades, procedendo sempre, numa tarefa de

clarificar os significados daquilo que é dito e ouvido, dentro da relação terapêutica. Mais que entender simplesmente aquilo que está sendo dito, o esforço hermenêutico posiciona-se como uma maneira singular de perceber à noção de verdade, ou seja, o mundo particular de cada paciente que demanda, de maneira hipossuficiente, por atenção e cuidado.

A interpretação seria portanto, a única forma de apreender-se a verdadeira natureza do humano, que diga-se, é singular, subjetiva, e dinâmica. Varia portanto, de pessoa para pessoa. Em vista de todo o anterior, o presente estudo pretende ser um ensaio de discussão teórica, que intenta a construção de uma discussão que gere novos sentidos para o tema do cuidado em saúde à luz da Hermenêutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer. Para tal, serão utilizados textos do próprio Gadamer (1997; 2002; 2011), assim como publicações de autores que trabalham a temática a partir do mesmo marco teórico.

Para contemplar os presentes objetivos, primeiramente, discutir-se-á a respeito dos novos desafios para o cuidado diante do tema da atenção em saúde, para nessa esteira, poder intentar à identificação de demandas por um cuidado humanizado dentro do pragmatismo que emerge na fenomenalidade cotidiana dos serviços públicos de atenção em saúde. Posteriormente é-se apresentada uma breve explanação conceitual sobre o cuidado e a saúde sobre o ponto de vista da hermenêutica gadameriana, em especial, no que tange à crítica gadameriana sobre os padrões estritamente metodológicos em interpretar os manuais internacionais de doença, que culminam na construção daquilo que Gadamer (2011) define como um "caráter oculto" atuante no significado de saúde. Por último, conduz-se uma discussão onde, os significados e conceitos construídos ao longo das prévias exposições a respeito deste campo temático, são atravessados diante dos entraves pragmáticos que impedem o emergir de um momento assistencial humanizado e cuidadoso. Ainda nesse tópico, sugestões são feitas com o intuito de apontar potenciais caminhos para a superação desses impedimentos.

1 NOVOS DESAFIOS PARA O CUIDADO DIANTE DO TEMA DA ATENÇÃO EM SAÚDE

É no contexto da atenção em saúde que o tema do cuidado ganha proeminência e efetividade. Essa trata-se da sistemática com que atuam as redes de atendimento dentro de determinadas regiões. No Brasil, o tema possui contornos bastante característicos com o Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que o princípio doutrinário da integralidade emerge como articulador dos níveis de complexidade presentes no referido sistema de saúde (MACEDO; MARTIN, 2014; BRETAS, 2003). Possuir tal princípio como base, significa que a rede de atenção à saúde, na figura de seus profissionais atuantes, deve estar apta em responder adequadamente às

situações de sofrimento/adoecimento demandadas pelos usuários, de modo articulado e individualizado (MACEDO; MARTIN, 2014; SCHRAIBER, 1998). Contudo, não é necessário ir muito longe para perceber que a realidade, dentro das unidades de atenção à saúde, não é lá o que delas se espera.

Falta de médicos, longas filas de atendimento, falta de leitos, e desvalorização dos profissionais da área são apenas alguns dos problemas vivenciados diariamente pelos que estão inseridos nesse contexto. Novos desafios consistem, nesse sentido, no desenvolvimento de ações para os serviços de atenção a saúde que visem a substituição das práticas tradicionais, focadas na doença, por práticas embasadas em integralidade, que contemplem a pessoa do paciente como um sujeito de múltiplas dimensões, e como partícipe do processo de cuidado voltado a sua própria saúde (CAVALCANTE et al., 2011)

Não se pode perder de vista que, nos variados cenários da atenção em saúde, tais como os hospitais, consultórios, clínicas, ou postos de saúde, o ser humano ascende como objeto primaz, e como motivação de existência dessas mesmas instituições, (MINAYO, 1988). Nesse contexto, pensar o tema do cuidado de modo à afastá-lo dos referenciais estritamente biomédicos e protocolares, e aliá-lo, por conseguinte, à ética e à humanização, não nos parece um mal caminho. Pode-se inclusive afirmar, que a própria saúde, enquanto ciência, não se motiva à existência, senão para ponderar e refletir sobre o modo com que as relações humanas emergem dentro de um contexto de fragilidades e de resistências.

Uma análise do vocábulo *cuidado* leva-nos à compreendê-lo como um fenômeno existencial básico (CORBANI; BRÊTAS; MATHEUS, 2009), de modo que o próprio cuidado existe *a priori* ao ser humano. Vide por exemplo a importância do cuidado diante do ato do nascimento humano, sem ele, o ser humano definharia, perde o sentido e morre. Não existe homem sem que haja também o cuidado, são pois, inerentes entre si, o cuidado porque perde sua razão de ser, o homem porque perde sua humanidade (BRÊTAS, 2003). Eis que o seguinte questionamento se faz pertinente: [...] se os seres humanos não aprendem a ser seres humanos com outros seres humanos, com quem aprenderão?” (COSTA; BERNARDES, 2013 p. 171).

Nesse sentido, o cuidado passaria a ser percebido como um estado primordial e constitutivo do ser, que traz sentido ao ser-no-mundo, ao passo em que proporciona contato e afetação entre dois seres humanos (COSTA; BERNARDES, 2013). Sobre o tema, Boff (1999) realça a profunda ecodependência humana para com o seu meio e para com o outro, seríamos portanto, seres carentes e incompletos, e demandaríamos assim, por cuidados durante toda a vida. Tais cuidados seriam, por sua vez, supridos pela própria natureza, pelo contato humano, e pelas interações socioculturais. Deste modo, a disposição para cuidar do outro emergiria a partir de uma posição de perceber o outro como outro, em uma condição mútua de afetações e alteridades que se dá no contato entre

duas pessoas (COSTA; BERNARDES, 2015). Certamente, um contexto de atravessamentos múltiplos e amplamente dependentes entre si, eis que, a partir desse posicionamento, o cuidado poderia passar a ser pensado sob a ótica da hermenêutica.

Ao tempo em que o cuidado pode proporcionar ao homem superar a sua animalidade na direção da verdadeira humanidade, diferenciando-nos isolamento animal (CORBANI; BRÊTAS; MATHEUS, 2009; BRÊTAS, 2003), a própria existência do ato de cuidar pressupõe um processo de humanização *a priori*. Cuida-se porque foi-se um dia cuidado, do contrário, a tarefa pouco se sustenta. Pode-se ir além, cuida-se bem pois, se foi bem cuidado, cuida-se mal pois houveram obstáculos para um cuidado afetuoso e humanizado. Há, evidentemente, exceções. A humanidade, em seu sentido estrito e pessoal flerta com a virtude do bom cuidado, e portanto, para se proceder à um cuidado pragmaticamente bom, deve-se primeiro embasá-lo sobre um pensamento e uma conduta humanizada, distante de falsos preconceitos e de rastos entendimentos (GADAMER, 2011; GADAMER, 1997).

Questionar pelo significado da saúde parece ser, não obstante, um bom começo para falar-se em cuidado e humanização. Nesse sentido, um afastamento da coisificação que se impõe, pela própria medicina moderna ao sujeito e à saúde, condiz com um primeiro passo na direção de um entendimento primário do *ser* são e do *estar* são (RILLO, 2015; RILLO, 2008), que frise-se, se difere do estar curado ou do não estar doente. É claro que a OMS (2006) acerta ao declarar a saúde como um completo estado de bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez, uma opinião verdadeiramente pungente e adequada à contemporaneidade. Cabem naturalmente, algumas considerações.

O enunciado proposto pela OMS (2006) traz, evidentemente, um sentido existencial a respeito da saúde, e a expressa como um resultado de complexos atravessamentos, sobretudo humanos, que emergem a partir do modo como o ser humano se comunica e compartilha experiências dentro da sua própria realidade. É contudo, universalista e por conseguinte, passível de evolução. O completo estado de bem estar físico, mental e social demanda por relativização, pois quando as ciências médicas precedem à uma evolução conceitual, o fazem de um modo que é, em si mesmo, inacessível (RILLO, 2015; GADAMER, 2011). O enigma consiste no ato de perceber que a saúde, ou o bem estar físico relativiza-se de indivíduo para indivíduo, o mesmo é válido em relação ao que se possui por bem estar mental e social (VALERIUS, 2003). Relativiza-se pois possui ampla dependência das lentes pelas quais o ser humano observa seu mundo e aqueles a sua volta, ou seja, depende da tarefa hermenêutica imposta a cada um de nós ao ponto em que precisamos significar o mundo e as experiências ao nosso redor (GADAMER, 1997).

Nesse sentido, tornar-se-ia possível perceber a saúde em uma escala pormenorizada, típica das lentes afetivas que possuímos, e sentimos o mundo a nossa volta, e desse modo, o entendimento

de cuidado passaria pois, a ser matizado pelas experiências que, *a priori*, vivenciamos e acumulamos no decorrer de nossas vidas. A discussão sobre como aprimorar o cuidado na atenção em saúde não é recente, porém, ainda pode ser enriquecida pela visada teórica da hermenêutica.

Na Hermenêutica filosófica proposta por Gadamer (2011), os processos de saúde e doença são remetidos ao conceito de equilíbrio. Este, frise-se, não é somente o homeostático, mas também em sentido originário e hipocrático (MATOS; SILVA JÚNIOR, 2017), relacionando-se não só à um fato orgânico-biológico, mas como um processo social (GADAMER, 2002; 2011). A história de vida do indivíduo adquire, a partir dessa mesma perspectiva, papel fundamental junto a construção de uma interpretação a respeito do cuidado. Tais elementos são tratados dentro da sua teoria como tradição e cultura, logo, pensar um hermenêutica para se chegar a um cuidado atencioso e humanizado significa pensar também, antes de mais nada, como aquele homem ou mulher gostaria de ser cuidado. E mais, *se* gostaria de ser cuidado e *quando* gostaria de ser cuidado. O processo de cura e adoecimento passaria assim, a transitar na direção de um sentido existencial, pois o resgate da história do paciente é fundamental para se compreender a sua identidade socialmente construída (MATOS; SILVA JÚNIOR, 2017; CORREIA, 2006), bem como a constituição de si mesmo.

Parece que pensar o cuidado a partir da tradição e da cultura presentes no arcabouço psíquico de um mesmo indivíduo significa dar nova roupagem àquilo que se tem por um cuidado com características de humanização. Diante disso, Merhy (2004) argumenta em favor da necessidade dos serviços de saúde em atuarem em intervenções centradas no paciente, estimulando sua autonomia e o seu modo de *andar a vida*. Trata-se de um cuidado que se humaniza a partir do fato de ser precedido por percepções, nas quais, o homem é um sujeito histórico e de tradições.

Uma modalidade de cuidado que passaria a caminhar no caminho da desuniversalização e do egoísmo para caminhar rumo à dignificação da subjetividade individual de cada paciente que, frise-se, deve ser encarado como sujeito partícipe de seu próprio tratamento, e dono de suas próprias expressões dialógicas (GADAMER, 2011). Sendo permitido a este paciente, inclusive, manifestar suas opiniões e sentidos a respeito das próprias fragilidades e potenciais situações de saúde e doença (AYRES, 2007). Nesse interim, o médico enquanto *ser-capaz-de-fazer* passaria a atuar como um favorecedor nesse processo mútuo de afetações e de construções de sentidos distintos que, ressalta-se, somente pode ser empreendido através de uma atitude de diálogo pleno e verdadeiro (RILLO, 2015).

2 A HERMENÊUTICA GADAMERIANA E OS LIMITES PARA O DIÁLOGO.

Diante da fenomenalidade cotidiana atuante nos serviços de atenção à saúde questiona-se: a arte do diálogo está realmente desaparecendo? Gadamer (2003), em sua obra *Verdade e Método II -*

Complementos e Índice, provoca uma reflexão semelhante, que pode certamente ser aplicada às problemáticas mais recentes no entorno do tema da atenção em saúde. O *diálogo* enquanto problema hermenêutico diz respeito à capacidade humana de se abrir e ser entendido, através de gestos e palavras, pelo outro, ao tempo em que esse outro possa possibilitar a abertura para que o fio da conversa possa fluir livremente (GADAMER, 2003; RILLO, 2015).

Tal como Gadamer (2003) se referia à experiência telefônica, tal como uma limitante para o bom diálogo, hoje se têm tido a mesma experiência com fóruns de discussão *on-line* e com conversas de WhatsApp. O diálogo humano em seu sentido essencial é, em definitivo, uma atividade em extinção. Através da troca de palavras escritas pouco se pode captar sobre a disposição de abertura do outro para se entrar em diálogo, e o mesmo parece ser aplicável à conversas via telefone e videoconferências. Eis que o diálogo sai de cena para dar espaço para a transcrição de textos feitas pelo outro, que não conseguem reproduzir o verdadeiro carisma do diálogo.

Há de se dizer que a forma específica do diálogo - pessoal - entre duas pessoas desempenha uma importante função: a de estimular a fantasia produtiva e a sensibilidade da alma (GADAMER, 2003), ao ponto em que também fomenta a empatia através da possibilidade da descoberta de elementos culturais em comum. E no campo da atenção em saúde isso não parece ser uma excessão, tanto é que Gadamer (2011) afirma que cabe ao diálogo humanizar a relação médico-paciente. Essa posição também é demonstrada pelo autor, ao referir-se que o tratamento deve ultrapassar as técnicas modernas, e ao argumentar que se faz necessário um ouvido sensível e um olhar observador e cuidadoso (FRAGELLI, 2007).

Gadamer (2011) também estabelece que o diálogo estabelecido pela pessoa do médico - e aqui podem ser incluídos os profissionais da saúde - é o que vai possibilitar, através da tomada de consciência, uma atitude de cooperação do paciente frente a um determinado tratamento. Além disso, também exercerá efeitos em instâncias psicossomáticas. Nessa esteira, técnicas e abordagens médicas, que não possibilitem observar a doença com os olhos, nem ouvi-la através da voz contribuiriam para a percepção do paciente enquanto um caso e da saúde em seu caráter oculto.

O diálogo terapêutico, dentro de uma perspectiva psicanalítica - onde podem ser incluídas as demais abordagens psicoterapêuticas - possui grande relevância instrutiva para o presente tema, até porque para o paciente que demanda por esse tipo de tratamento, "a incapacidade para o diálogo é justamente o ponto a partir do qual a recuperação do diálogo se apresenta como o processo da própria cura" (GADAMER, 2003 p. 249). Isso é, procura-se pela cura através das palavras - por consequência um diálogo - pois por alguma razão interrompeu-se a comunicação com o mundo circundante.

Nessa situação o paciente que demanda por cuidado está, muitas das vezes, acometido de tal modo por idéias patológicas, que já não consegue ouvir a linguagem dos outros. Outra característica

peculiar da possibilidade de cura através do diálogo terapêutico é que a incapacidade para o diálogo constitui-se como a verdadeira enfermidade, e ironicamente, essa só pode ser superada através do próprio diálogo que, ressalta-se não deve tratar-se aqui da aplicação de um saber específico por parte do médico/analista, mas de um trabalho comum de esclarecimento e desenvolvimento pessoal (GADAMER, 2003).

Não parece haver dúvida que o diálogo terapêutico deve se fazer presente em todo e qualquer momento assistencial que se dê dentro do campo da atenção e do cuidado em saúde. A concepção da cura através das palavras, que se dá habitualmente em um *setting* psicanalítico/psicoterapêutico, também deve ser manifestado na consulta com o médico, o psiquiatra, o fisioterapeuta, etc. Pois tais cenários trazem consigo, quase sempre, a presença de alguém que, em virtude de alguma condição de adoecimento, e em uma atitude de *não-querer-percebê-la*, se afasta do mundo exterior e volta-se ao seu interior (GADAMER, 2011). Tal atitude, segundo Gadamer (2011) traduz-se de modo ainda mais intenso nos chamados pacientes “difíceis”, onde a manifestação da doença traduziria-se como uma exclusão da vida. Então, opta-se pela exclusão psíquica da própria doença. Não deixa de ser uma condição de hipossuficiência exercida por alguém que demanda por cuidado.

3 O CUIDADO À LUZ DA HERMENÊUTICA GADAMERIANA

Em sua obra *O Caráter Oculto da Saúde*, Gadamer (2011) desenvolve importantes contribuições para o campo de produção de conhecimento e de pesquisas no campo das ciências da saúde. Seus aportes consistem numa crítica aos padrões estritamente biomédicos de encarar a saúde e o ser humano (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2012), esse último muitas vezes reduzido à um mero número de prontuário, ou a um padrão dentro de determinada curva estatística (MATOS; SILVA JÚNIOR, 2017). Dentro do cuidado em saúde importa, tanto quanto a técnica e o conhecimento profissional, o “querer fazer” responsável diante do paciente (GADAMER, 2011).

Saúde não se relacionaria pois, a padrões estritamente metodológicos em interpretar os manuais internacionais de doença, mas sim à uma abordagem hermenêutica capaz de compreender os significados dos fenômenos humanos, bem como os sentidos que permeiam o mundo da vida desse ser humano (MATOS; SILVA JÚNIOR, 2017; RILLO, 2015; AYRES, 2007; SPENCE; 2001). O cuidado em saúde se relaciona, segundo Gadamer (2002; 2011), aos aspectos existenciais inerentes à aquela pessoa em particular, ou seja, à sua forma originária de *ser-no-mundo*. Nesse sentido, o próprio cuidado individualiza-se e passa a flertar com o relativo: o que pode ser cuidado para um, pode também ser sentido como uma agressão para outro, e nessa mesma esteira, uma gramática

mínima de distanciamento pode ser confundida com uma omissão de cuidado. Como se vê, o tema pede reflexão, e nesse sentido, a hermenêutica gadameriana contribui de maneira pertinente.

Uma das contribuições da hermenêutica gadameriana para o tema do cuidado em saúde reside no ponto em que impele-se, à figura do profissional atuante nesse cuidado, ter de operar observando, além daquilo que deve ser tratado, o homem na totalidade de sua situação de vida (COSTA, 2004). Daí, há de se reconhecer que, apesar dos recentes avanços têcno-científicos inerentes ao campo da medicina, nem só dessa modalidade de atuação curativa reside o cuidado em saúde. A arte de curar não envolve, portanto, somente o combate à doença, mas inclui a convalescença e o próprio cuidado em saúde, que deve, se dar por vias humanizadas (GADAMER, 1997).

O repensar do cuidado no campo da saúde também emerge na sua obra *Verdade e Método*, nela, Gadamer (1997) questiona e problematiza o alcance e a validade das experiências científicas, tomando sempre o cuidado de não proceder somente ao lado de um demasiado criticismo que não apresenta caminhos ou soluções. Como sugere o título, o cuidado em saúde não pode ser orientado unicamente pelos critérios de verdade obtidos a partir do referencial proposto pela ciência moderna, a qual, por sua vez, tende à um universalismo do tipo um serve pra todos. Tal percepção de *verdade*, sempre se constituiu, segundo o autor, a partir dos entendimentos próprios das ciências da natureza.

Os aspectos que compõem a saúde são complexos e articulados, vão desde o reequilíbrio organísmico em seu sentido fisiológico, até a reintrodução do paciente na sua posição na vida cotidiana de outrora (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2012; CAPRARA, 2003). Portanto, o cuidado diante de um tratamento deve ser estruturado de modo a ser mais apropriado à realidade do paciente ao qual se dirige, nesse sentido, o diálogo terapêutico emerge com grande relevância. Eis então que a tarefa hermenêutica sobrevem uma vez mais. Assim, interpretar aquilo que é dito pelo paciente é portanto, um pressuposto para o cuidado terapêutico humanizado. A escuta do profissional deve ser, nesse caso, atenciosa e distanciada de seus próprios preconceitos (SPENCE, 2016; GADAMER, 1997).

Compreender o cuidado dentro de um viés gadameriano significa também ouvir o que o outro, aquele que pede pelo cuidado, tem a dizer. A partir desse contato dialógico entre profissional e paciente, as possibilidades quanto ao uso de recursos técnicos e práticos na restauração da saúde emergiriam aliados à um cuidado mais adequado e eficiente. Assim, por esse raciocínio, mais que a mera parte de um tratamento, o diálogo se apresentaria como a base decisiva de toda atividade médica (STANGA; REZER, 2015; GADAMER, 2011), humanizando a relação existente entre o profissional e o paciente. Diante do exposto, há de se chamar a atenção para os delineamentos de *demora* dentro da relação entre profissional de saúde e paciente. Nesse aspecto, a hermenêutica gadameriana parece orientar para uma forma de gestão do tempo de atendimento, que permita parar

e escutar as demandas de cuidado, e assim trazê-las para dentro das estratégias e políticas de atenção em saúde.

Há contudo, um problema de ordem social. Se a orientação do pensamento gadameriano perpassa pela disposição para o diálogo entre os sujeitos, e a partir das interpretações e entendimentos oriundos desse diálogo emergiria uma *fusão de horizontes* (GADAMER, 1997), não há como negar, feita uma primeira análise, que esse processo se encontraria afetado pelas relações de poder existentes entre o médico ou profissional da saúde, e o paciente. O que se observa em cenário atual, é que ao paciente resta ouvir, e ao médico ou profissional, resta falar. Tal como um momento patológico do cuidado a partir do ponto de vista hermenêutico, tais relações se mostram cada vez mais comuns, principalmente quando, são vislumbradas a partir de sistemas de atenção à saúde de caráter público. É fato que o cuidado, tal como é percebido nessas esferas de atenção à saúde, em seu sentido técnico-instrumental, encontra-se bastante distante do cuidar em seu sentido mais profundo (COSTA; BERNARDES, 2015).

Como resultante dessa concepção hierárquica do cuidado tem-se, por vezes, um dizer e um ouvir incompleto, ou melhor, um não dito, e por conseguinte, a não escuta. Segundo Stanga e Rezer (2015), a adequada concepção de saúde reside em um meio termo entre, o relativismo proposto pela supremacia da subjetividade, e a determinação externa de possibilidades de entendimento proposto pelas concepções universalizadas de saúde como a proposta pela OMS (2006). Proceder à uma definição é tarefa delicada e meticulosa, certamente, segundo os autores, vive-se mais a saúde na prática do que se fala e se discute sobre ela. Impossível deixar de lado é a predominância do discurso fragmentado proposto pela concepção biomédica, essa sim, deve ser vista com olhos atentos pois flerta com o reducionismo típico dos "discursos causal-controlistas e outras construções discursivas relacionadas às experiências vividas de saúde e doença" (STANGA; REZER, 2015 p.600).

Para superar o reducionismo discursivo sobre a compreensão causal, objetiva e focal de saúde, é necessário enriquecer o método de escuta da experiência de saúde/doença com um componente hermenêutico que vai produzir um alargamento da escuta, esse componente hermenêutico é a *demora*, isto é, o alargamento do tempo e da espera para que a escuta hermeneuticamente qualificada aconteça.

De toda sorte, o modelo biomédico ainda se encontra enraizado no discurso predominante, de modo que profissionais da área da saúde continuam a se referir à falta de saúde como oriunda da presença de uma determinada patologia, ou reduzida à um *check list* sintomático, ou ainda, referem-se ao cuidado médico enquanto relacionado ao ato de receitar medicamentos ou de emitir atestados médicos. Todavia, de modo bastante positivo, nos círculos acadêmicos e de produção de conhecimento, tal percepção há muito deixou de ser aceita, sendo o conceito de integralidade e de humanização, as novas cartas coringa da saúde de nossos dias.

4 (RE)CONSTRUINDO SENTIDOS SOBRE O CUIDADO A PARTIR DAS CONTRIBUIÇÕES DA HERMENÊUTICA DE H. G. GADAMER.

Ao pensar o tema da assistência e da atenção em saúde, imediatamente nos remetemos à ideia do uso de conhecimento técnico e de tecnologias para o bem estar físico e mental das pessoas. A premissa parece simples: a ciência produz conhecimento sobre a doença, a tecnologia instrumentaliza esse conhecimento e permite a sua aplicação, e por último, os profissionais da saúde aplicam esse conhecimento e esses instrumentos em prol de produzir saúde (AYRES, 2004). Esse entendimento apresenta, contudo, algumas limitações, e essas se relacionam aos aspectos humanos envoltos à esse mesmo contexto (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2012). É preciso ter clareza que nem todo conhecimento técnico e capacidade instrumental importante para o bem estar pode estar disponível para ser operado naquele momento, e inversamente, mesmo que disponíveis, tais capacidades de intervenção precisam ser ponderadas e limitadas pelas nuances de autonomia daquela pessoa, daquele paciente (AYRES, 2005; AYRES, 2004).

No encontro das subjetividades que emergem no momento assistencial, há sempre alguém que pergunta, mesmo que implicitamente, "o que é bom pra mim?" "Como devo ser?", "O que devo fazer?" (SCHRAIBER, 1998). Desse modo, parece correto aferir que uma abordagem assistencial cuidadosa deve se distanciar do "objeto de intervenção", para fazer aproximações ao jogo de afetações que ali se concretizam. Isso não quer dizer que a conduta acolhedora e humanizada deve preencher o espaço da boa técnica e da boa instrumentalidade, ou nas palavras de Gadamer (1997), não é o caso da *teoría* ser substituída pela *póiesis*, mas sim de enfatizar a *práxis*, ou a atividade prática que envolve o cuidar para um, e o ser cuidado para o outro. Nesse momento, manifestar-se-ia a *phrónesis*, a sabedoria prática, uma modalidade de saber que se distancia da percepção de objetos e aproxima-se das relações entre sujeitos (GADAMER, 1997).

A hermenêutica como escuta demorada de um texto, pode, nesse caso, operar em dois níveis: escuta dos discursos sobre saúde/doença e escuta da experiência de saúde/doença. No primeiro caso, propõe para o discurso a questão que interroga sobre a duração da escuta que sustenta o discurso sobre saúde/doença. No segundo caso, propõe à escuta a questão da *demora* como duração que permitiria à experiência discursar por ela mesma.

Ao tentar reconstruir o cuidado dispensado às relações humanas presentes no momento assistencial, assume-se saúde e doença não apenas como objeto, mas como modos de "ser-no-mundo" (AYRES, 2004). Nesse sentido, o poder decisório sobre quais tratamentos escolher e sobre a forma de procedê-los se dará como resultante de um juízo prático, ou seja, com base em uma

sabedoria que a mera ciência biomédica desconhece, uma que permite e encoraja a escuta daquilo que o outro, o paciente, espera e deseja como modo de vida.

Dignificar a sabedoria prática no contexto da assistência em saúde soa, em nossos dias, como um desafio. Proceder ao uso dessa sabedoria pressupõe disposição para compreender o presente-passado-futuro da situação que envolve o paciente, e assim reconstruir sentidos e significados sobre a melhor forma de se promover saúde e felicidade à esse paciente (MELLO et al., 2017). Significa pois, mobilizar-se e desacomodar-se diante daquilo que merece ser tematizado e repensado (MELLO et al., 2017). Esse movimento se dá a partir de um movimento dialético de perguntas e respostas, uma espécie de triangulação entre dois sujeitos e um aspecto, dentro de determinada relação hermenêutica (GADAMER, 1997).

Por vezes ainda, o reconhecimento da dignidade dos conhecimentos práticos pode ser desprezado e então tomado como compreensões obscuras e pouco pensadas (AYRES, 2004). Isso parece ser um equívoco. Um paciente pode, por exemplo, dentro de determinado momento assistencial, expor suas crenças e argumentos. E esses podem, naturalmente, não ser objeto de concordância junto ao profissional da saúde, porém, certamente farão com que esse profissional se aproprie, através de uma escuta atenciosa, da história de vida e das "verdades" daquele paciente. Esse processo pode inclusive tornar mais fácil ao profissional, perfazer o convencimento daquele paciente no que tange à aceitar os métodos e as formas de tratamento, que este pensa ser mais adequado ao caso. Evidentemente, até por conta de seus saberes técnicos, é cabido ao profissional esse tipo de atuação.

A falha relacionada ao processo de cuidado está no desprezo e na não manifestação das subjetividades do paciente. Ao se desconsiderar um saber não-técnico envolvido na questão de saúde ali em pauta, não se estará permitindo que a pessoa assistida participe do próprio cuidado (ARAUJO; PAZ; MOREIRA, 2012; AYRES; 2004; SCHRAIBER, 1998). Nesse contexto, assimetrias são esperadas e até desejadas (AYRES, 2004), manifestações linguísticas podem ser diferentes, tornando o discurso médico desinteressante à pessoa do paciente. Os sentidos e as dimensões de realidade estão, para a hermenêutica gadameriana, para além da linguagem (DUQUE, 2003). Tanto que, para Gadamer (1997), a linguagem não está para uma expressão de *mundo-em-si*, mas sim em uma tentativa de expressar *uma* visão de mundo. Isso contudo não deve impedir que o profissional compreenda os significados práticos que emergem na alteridade da relação com o paciente e, que a partir disso, possa traduzir de forma humanizada e para linguagem simples as informações técnicas que permeiam o caso.

Trata-se portanto, de proceder à uma tarefa hermenêutica que possibilite o emergir de escolhas por parte do paciente no que tange ao seu próprio tratamento (CAPRARÁ, 2003). Para isso, é preciso considerar a historicidade do paciente, seus preconceitos e seus entendimentos a

priori (BONFIM, 2010). Mais do que isso, é preciso uma atitude de enfrentamento pessoal com vistas à auto-compreensão, e isso envolve, segundo Gadamer (1997), uma autocrítica perante os próprios preconceitos, para daí, operar em uma atitude de *demora* perante o paciente.

Segundo Ayres (2004), tem-se no espaço terapêutico uma condição de confiança quase incondicional do paciente para com o seu médico, enfermeiro, psicólogo, etc. Certamente, isso se daria pelo contexto de fragilidade em virtude de algum padecimento de saúde do lado do paciente, todavia, esse fenômeno não deve ser confundido com dependência ou inferioridade em relação ao profissional de saúde (AYRES, 2005; AYRES, 2004; SCHRAIBER, 1997). Nessa esteira, valorizar a sabedoria prática, a *phrónesis*, parece ser um bom caminho para o início de uma relação terapêutica, e também hermenêutica, humanizada e aberta à troca de palavras, e consequente, de experiências entre o profissional e seu paciente.

Em um sistema de saúde pautado pela racionalidade típica das ciências biomédicas, tem-se como regra maior a objetivação do sintoma e a classificação da doença. Diante dos diferentes campos que se propõem a pensar o conceito de saúde, percebe-se não haver consenso (DELUQUE JÚNIOR; COSTA, 2020), de toda forma, a definição de saúde parece não chamar tanta atenção pela sua presença, quanto a partir da doença (ALMEIDA FILHO, 2001). Essa perspectiva é retomada por Gadamer (2011), quando este argumenta em tom crítico, contrariamente à definição de saúde que surge a partir do significado de doença.

As normas construídas pelas ciências biomédicas visam combater a doença, pois é na condição de padecimento em virtude dessa, que um sentimento de perigo emergiria e a ajuda terapêutica seria demandada (GADAMER, 2011). Desse modo, fazer-se-ia presente dizer que a prática médica ocidental constrói-se de modo a dominar as manifestações patológicas, e ao mesmo tempo, relegando à segundo plano o interesse quanto ao conceito de saúde, e mesmo à prevenção de doenças (CAPRARA, 2003). Embota tais modos de operar diante da saúde humana "ocupem lugar fundamental e insubstituível, pelo tanto que já avançaram na tradução de demandas de saúde no plano da corporeidade", ao se atentar para a presença do outro, ou seja, do paciente que demanda por saúde, novos conhecimentos são necessários para que sejam observadas as coisas por uma outra perspectiva (AYRES, 2004 p. 87).

Nesse sentido, conceitos oriundos de áreas como a psicologia, da antropologia, da sociologia, e da filosofia podem ajudar na compreensão das subjetividades envolvidas nas relações terapêuticas que emergem na fenomenalidade da vida cotidiana. Em particular, tais conhecimentos oriundos dessas ciências humanas fazem-se amplamente necessários para a superação da visão individualista que impera nos círculos de saúde (AYRES, 2004). A visão da assistência em saúde consiste, segundo a perspectiva gadameriana, em um misto de ciência e arte, e nesse mesmo contexto, o problema da falta de cuidado se deveria a um suposto esquecimento da dimensão da

arte. Haveria muita tecnologia científica nos círculos de saúde contemporâneos (AYRES, 2004), e embora tais tecnologias possam incorporar e expressar a arte médica, por vezes o que se vê é o distanciamento cada vez maior, principalmente nos serviços públicos de atenção à saúde, entre profissionais e pacientes.

Há de compreender-se que, ao tempo em que o espaço terapêutico é, manifestadamente, um espaço de cuidado, é também um espaço de alteridades, onde cada sujeito guarda consigo uma perspectiva ética em ser cuidado pelo outro, principalmente quando esse cuidado não é mais possível sem a ajuda desse outro (COSTA E BERNARDES, 2015).

Uma contribuição relevante da hermenêutica gadameriana para o tema do cuidado concentra-se sobre uma ótica que vislumbra os aspectos subjetivos do adoecimento humano (CAPRARA, 2003). Dentro de uma perspectiva hermenêutica, as pessoas, além de seres biológicos são também sujeitos de sua própria subjetividade, e como tais vivenciam os processos de cura e de cuidado de uma maneira própria e de acordo com suas respectivas subjetividades (GADAMER, 2011). A questão aqui repousa quanto ao modo de se adquirir conhecimentos científicos, e a capacidade para aplicá-los (CAPRARA, 2003). Para Gadamer (2002; 2011), conhecimentos técnicos são obtidos através do estudo, já a sua correta aplicabilidade, somente será alcançada a partir de um processo hermenêutico-experiencial junto à pessoa do outro. A medicina baseada em evidências simplesmente não é, por si só, suficiente para prover um cuidado atencioso e pautado nas peculiaridades subjetivas humanas.

De toda sorte, perceber a pessoa do outro, dentro de seu contexto histórico e subjetivo, parece ser um passo necessário para proceder em um cuidado adequado e humanizado. Há de levar-se em consideração que, de maneira pragmática, isso significa levantar a surrada bandeira da interdisciplinariedade (AYRES, 2004), até por que, segundo a visada da hermenêutica gadameriana, "a racionalidade não pode ser obtida na meditação monológica e solitária de um cientista" (MINAYO, 1994 p.59).

Diante disso, faz-se necessário dignificar ciências que, na maioria das vezes são deixadas de fora quando o tema é assistência em saúde. A partir da interação de disciplinas oriundas das chamadas ciências humanas, poder-se-ia construir novos consensos intersubjetivos e instrumentais "orientados a regiões discursivas que se ocupem de experiências coletivas, grupais, culturais, institucionais, ampliando possibilidades de aproximações tecnológicas a essas regiões" (AYRES, 2004 p. 88). A ampliação de conhecimentos interdisciplinares para ponderar sobre uma forma de cuidar que se afaste do ciclo individualista que impera nos serviços de saúde, pode não ser, por si só, suficiente para a construção de uma atitude filosófica de cuidado junto ao outro, porém, é definitivamente um bom começo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerado um intelectual de pensamento amplo, Gadamer possui, como ideia central de seus escritos, o processo intelectual que atravessa o homem até a chegada ao ato de compreensão e de entendimento dos fenômenos à sua volta. Tal processo dar-se-ia, principalmente, a partir da interpretação dos fenômenos da linguagem. Para Gadamer (1997), entendimento é interpretação.

O cuidado com a saúde e o tratamento médico são regidos pelo conceito de equilíbrio, e nesse sentido, os conhecimentos práticos acerca do cuidado e da saúde não podem, para Gadamer (2011), ser desprezados. Isso significa, para o profissional do cuidado em saúde, ouvir os delineamentos pragmáticos da vida, e da realidade de cada paciente. Nesse sentido, as recomendações curativas devem ir de encontro com o tangível no universo desse paciente.

A partir do ponto de vista da formalidade, o diagnóstico médico é a subordinação de um caso concreto a uma norma geral de saúde ou enfermidade (COSTA, 2004). Nesse sentido, a verdadeira arte da medicina se constituiria na definição desse diagnóstico, momento no qual soergueria-se importante tarefa hermenêutica. Diga-se que, através dessa tarefa hermenêutica constituída na forma de um diálogo, atitudes e diretrizes mais humanizadas podem então ser tomadas naquele momento assistencial.

Quando prostrado à situações críticas e estressantes, o ser humano é existencialmente desafiado à questionar a própria vida (BLEGEN; ERIKSSON; BONDAS, 2016). Confrontar-se com a doença e com o sofrimento o leva, certamente, a um caminho que intenta ao auto-conhecimento por meio do questionamento e da auto-reflexão. Quando a própria condição é insuficiente para cessar o sofrimento, recorre-se ao cuidado de outras pessoas.

Busca-se o cuidado porque dele se necessita, e espera-se que, através dele haja um ato de liberação (GADAMER, 2002; 2011), onde pela fala e pela escuta faça-se cair as máscaras dos velhos preconceitos individuais e, a partir de um ciclo de geração de novos significados, se possa revelar novos saberes na direção de um cuidado humano, acolhedor e atencioso.

A tarefa hermenêutica tem como objetivo fazer gerar novos entendimentos sobre um determinado fenômeno, não como um método a ser seguido, mas como um caminho natural que deve-se fazer inerente ao ser humano dentro de sua caminhada ontológica (GADAMER, 1997). Trata-se de uma atitude filosófica que não é liberta no tempo e no espaço, ocorrendo pois, dentro de uma determinada relação social onde imperam subjetividades e afetações. E é nesse contexto de atravessamentos que o paciente que demanda pelo cuidado se apresenta, na grande maioria das vezes, como a parte hipossuficiente de um círculo hermenêutico onde constam, o profissional do cuidado em saúde e ele próprio.

Essa relação contém em seu cerne componentes linguísticos que se alteram mediante o diálogo, onde uma pessoa pode entender sem que tenha sido entendida, e ouvir sem ser ouvida. Desse modo, é papel do profissional da saúde imbuir em seu discurso e em sua escuta, um cuidado que seja atencioso e humanizado. Isso significa, primeiramente, permitir que o paciente se manifeste a respeito de suas crenças e de suas "verdades", para que depois se possa, mediante o que foi atenciosamente ouvido, dizer em palavras simples e cuidadosas o que pensa ser o melhor caminho terapêutico para esse paciente.

Nesse jogo de criação de novos entendimentos, não seria mais do que justo se aquele que possuísse maior arcabouço teórico e pré-disposição interpretativa procedesse no papel de um facilitador da tarefa hermenêutica que é inerente ao outro. De forma prática, isso significa falar a língua do paciente, envolver-se em seus sentidos e significados mais particulares, para que, com base nessa relação dialógica surjam novos entendimentos para ambos intérpretes de um mesmo diálogo. Estar sob tratamento de um profissional da saúde não significa estar sob suas ordens. Uma vez estabelecido um momento assistencial características de abertura e liberdade devem ser concedidas ao paciente para que esse possa, em sua manifestação, tomar decisões à respeito de seu próprio tratamento.

Tal postura implica assumir uma atitude cuidadosa e responsável diante do outro. E nesse sentido, o diálogo parece constituir uma dimensão decisiva para o estabelecimento de uma relação de abertura e igualdade (COSTA, 2004), pois sem diálogo não há empatia nem afetação. A partir do diálogo humanizar-se-ia a relação entre profissional da saúde e paciente, movimento fundamental para a cura e para o re-estabelecimento da saúde desse paciente. Uma atitude autoritária que flerte com o desprezo das opiniões e argumentos do leigo, prejudica a capacidade de cuidar e, em uma última instância, acaba por negar o "outro". Eis o momento patológico da atenção e do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar de. For a general theory of health: Preliminary epistemological and anthropological notes. *Cadernos de Saúde Pública*, 17: 753-799. 2001.
- ARAÚJO, J. L. de; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 200-207, 2012.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface*; 8(14):73-92. 2004
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, set. 2005.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, jan. 2007.

BARROS, M. M. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A. Prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 72-83 2010.

BENEVIDES, R.; PASSOS E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface** (Botucatu).;9(17):389-94. 2005.

BETTINELLI, I. L. A.; WASKLEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Organizadores. **Humanização e cuidados paliativos**. 2a ed. São Paulo. Centro Universitário Camilo: Loyola; 2003.

BLEGEN, N. E.; ERIKSSON, K.; BONDAS, T. Ask Me What Is in My Heart of Hearts! The Core Question of Care in Relation to Parents Who Are Patients in a Psychiatric Care Context.. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being**. 11, 30758. p. 87-100. 2016.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes; 1999.

BONFIM, Vinicius Silva. Gadamer e a experiência hermenêutica. **Revista CEJ**. Vol. 14 Nº 49. Brasil. Pp. 76-82; 2010.

BRETAS, Ana Cristina Passarella. Cuidadores de idosos e o sistema único de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 56, n. 3, p. 298-301, junho 2003.

CAPRARA, Andrea. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 923-931, agosto 2003.

CAVALCANTE, Cinthia Mendonça; PINTO, Diego Muniz; CARVALHO, Ana Zaiz Teixeira de; JORGE, Maria Salete Bessa; FREITAS, Consuelo Helena Aires de. (2011) Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Vol. 2, Nº 24. Brasil. Pp. 102-108; 2011.

CORBANI, N. M.; BRÊTAS, A. C.; MATHEUS, M. C. Humanization of nursing care: what is it? **Rev Bras Enferm.**;62:349–54. 2009.

CORREIA, Edgar. Uma visão fenomenológica-existencial em psicologia da saúde?!. **Aná. Psicológica**, Lisboa , v. 24, n. 3, p. 337-341, julho 2006

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 13, n. 3, p. 5-15, dezembro. 2004.

COSTA, M. L.; BERNARDES, A. G. Práticas docentes e enfrentamentos: de um modelo de intervenção a um modelo de cuidado. **Série-Estudos**. Campo Grande, MS, n. 35, p. 157-172, jan./jun. 2013.

COSTA, M. L.; BERNARDES, A. G. El cuidado en la educación del profesional de la salud: Educar para cuidar. **Revista Mexicana de Psicología**, 32(2), 190-198. 2015.

DELUQUE JÚNIOR, Romano; COSTA, Márcio Luís. (2020). Mídia, Preconceito e Adoecimento Mental: Contribuições da Hermenêutica Gadameriana - Um Ensaio a partir da obra "Verdade e Método" de Hans-Georg Gadamer. **Revista Comunicação, Cultura e Sociedade**, Vol. 10, Nº 2. Brasil. Pp. 051-078; 2020.

DUQUE, João. (2003) Da hermenêutica dos limites aos limites da hermenêutica: para uma leitura crítica de Gadamer. In: Reimão, Cassiano (Org.). **H.-G. Gadamer: experiência, linguagem e interpretação**. Lisboa: Universidade Católica. Pp. 78; 2003.

FORTES, P. A. de C.; MARTINS, C. de L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 53, n. spe, p. 31-33, dezembro. 2000.

FRAGELLI, Thaís Branquinho Oliveira. O caráter oculto da saúde. 2007.

GADAMER, Hans-Georg. **O Caráter oculto da saúde**. São Paulo: Vozes. 2011.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método**. Tradução Flávio Paulo Meurer. 3. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1997.

GADAMER, Hans-Georg. Verdade e Método II, tradução de Enio Paulo Giachini. **Vozes, Petrópolis**, 2003.

GADAMER, Hans-Georg. Mistério da saúde. In: GADAMER, Hans-Georg. **O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina**. Lisboa: Edições 70, p. 101-111. 2002

GOMES, E.; BRANDÃO, B.; ABRÃO, F.; BEZERRA, S. Contributions by Leonardo Boff for the understanding of care. **Journal of Nursing UFPE on line**, 12(2), 531-536. 2018.

MACEDO. L. M.; MARTINS, S. T. F. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface** (Botucatu). jul; 18(51):647-60. 2014.

MATOS. V. C. A. de S.; SILVA JÚNIOR, A. F. (2017). Reflexões da hermenêutica filosófica para a prática do psicólogo em contexto hospitalar. **Revista da Abordagem Gestáltica**, 23(1), 84-94. 2017.

MELLO, D. F.; SILVA, R. M. M.; PANCIERI, L. . Êxito técnico e sucesso prático em visita domiciliar para o cuidado da saúde da criança. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, p. 13-22, 2017.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: **Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. VERSUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 108-37.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363-381, dezembro. 1988.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? **Saúde e Sociedade**. Vol. 3, Nº 2. Brasil. Pp. 42-63, 1994.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2006. Disponible em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. **Mental**. jun/dez; 9(17): 523-36. 2011

PESSINI, Léo. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Bioética. Brasília: **Conselho Federal de Medicina**, v.10, n. 2., 2000.

RILLO, Arturo G. Aproximación ontológica al sentido originario de la salud desde la hermenéutica filosófica. **Rev Hum Med**, Ciudad de Camaguey , v. 8, n. 1, abr. 2008.

RILLO, Arturo G. Análisis hermenéutico de la pregunta por la salud. **Humanidades Médicas**, 15(3), 401-420. 2015.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 2, n. 2, p. 215-216, Fev. 1998.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 2008.

SILVA R. C.; FERREIRA, M. A. The practice of intensive care nursing: alliance among technique, technology and humanization. **Rev Esc Enferm USP**; 47(6):1324-31. 2013.

SPENCE, Deborah Gail. Hermeneutic notions illuminate cross-cultural nursing experiences. **Journal of Advanced Nursing**, 35, 624–630. 2001.

SPENCE, Deborah Gail. Supervising for Robust Hermeneutic Phenomenology: Reflexive Engagement Within Horizons of Understanding. **Qualitative Health Research**, 10, pp.971-980. 2016.

STANGA, A. C.; REZER, R. (2015). Concepções de saúde, trabalho docente e o Pró-Saúde: nos caminhos da hermenêutica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 25(2), 593-614. 2015.

VALERIUS, J. Autonomy, Subject-relativity, and Subjective and Objective Theories of Well-being in Bioethics. **Theoretical Medicine** 24: p.363–379, 2003.

HERMENÊUTICA E ANÁLISE DE DADOS EM PESQUISA: UM ENFOQUE GADAMERIANO

INTRODUÇÃO

Frente à fenomenalidade da vida cotidiana, histórias são frequentemente contadas e, evocam toda uma sorte de emoções e significados. Há aí, quase sempre, uma relação dialética: se algo é contado, então logo, se dirige a alguém. Quanto a isso, Gadamer (1997) sugere que novas possibilidade de compreensão “são dadas” ao ser humano quando alguém se dirige, por meio da linguagem, a ele. Trata-se pois, de uma atitude natural e inerente ao ser-no-mundo (dasein), e relaciona-se àquilo que Dilthey, seguindo Schleiermacher, introduz como sendo um círculo hermenêutico (GADAMER, 1997). Tal circularidade, não se trata de uma metáfora metafísica, mas de um conceito lógico que “representa a descrição adequada da estrutura do compreender” (GADAMER, 1997 p. 331).

Diante disso, é possível argumentar que, como parte integrante de um círculo hermenêutico, experiências contadas possuem seus significados passíveis de serem capturados através da interpretação contextualizada de suas próprias histórias (PATTON, 2014; CROWTHER et al., 2016). A visada da hermenêutica parece poder contribuir com esse propósito, pois apresenta-se como uma abordagem ontológica centrada na atitude de “ser” humano, e que intenta a um distanciamento de uma dicotomia do “certo” e “errado”, ao mesmo tempo em que concebe o ser humano enquanto um ser criativo, intuitivo e imerso num mundo de experiências dialéticas (GADAMER, 1997; HEIDEGGER, 1962).

No âmbito das aproximações científicas em pesquisa, a hermenêutica pode auxiliar o pesquisador na revelação de aspectos do fenômeno pesquisado que raramente são notados, descritos ou levados em consideração (CROWTHER et al., 2016). Uma vez em atitude hermenêutica, deve passar a ser a intenção do pesquisador, iluminar aquilo que é essencial porém muitas vezes esquecido: as dimensões da experiência humana que compõem a um estado de atenção e de futura reflexões (SPENCE, 2016; CROWTHER et al., 2016).

Nesse sentido, pode-se compreender que a atitude pessoal frente as etapas de uma determinada pesquisa está intrinsecamente ligada à atitude de “querer-saber” do pesquisador hermenêuta (SPENCE, 2016). Por meio dos procedimentos adotados, tais como a coleta de dados, estrutura de análise, e síntese dos resultados esse pesquisador experiencia um sentimento de perplexidade diante de seu objeto de pesquisa, e passa a iniciar portanto, uma redução fenomenológica sobre o fenômeno estudado objetivando-se à resolução de um problema de pesquisa ou uma interrogação norteadora dessa mesma pesquisa (KLUTH, 2005).

Essa tarefa demanda a escolha de um referencial teórico que seja, aos olhos do investigador, adequado ao fenômeno estudado, para que se possa assim, por meio de um rigor instrumental, possibilitar o emergir de um saber fidedigno no que concerne ao fenômeno intuído (KLUTH, 2005; VASCONCELOS; ARCOVERDE, 2007). No âmbito das pesquisas qualitativas, isso envolve, muitas das vezes, um interpelar, um perguntar para a pessoa do outro, e esse mesmo ato supõe uma atitude filosófica de reconhecer o outro como outro (COSTA; BERNARDES, 2013), pois se há pergunta, há também o desejo e a expectativa daquilo que pode advir como resposta (GADAMER, 1997).

A atitude pesquisadora adquire então nuances de admiração (BORNHEIM, 1998). E dessa forma, distâncias devem ser encurtadas entre o objeto de admiração e aquele que o admira (KLUTH, 2005), até porque, para se perceber o outro como outro, importa reconhecer que, mesmo possuindo saberes apriorísticos, que permitam formular hipóteses e suposições a respeito desse outro, na verdade não se sabe nada, ou sabe-se muito pouco sobre o mesmo (GADAMER, 1997). Eis que sobrevém uma tarefa hermenêutica que demandará, *a posteriori*, a elaboração e a reconvenção de tais saberes apriorísticos (PECK; MUMMERY, 2018; SPENCE, 2016).

Diante disso, novas compreensões sobre um determinado fenômeno devem ser construídas distanciamente de uma atitude dogmática e, portanto, aproximando-se de uma atitude de abertura diante de um entendimento potencialmente novo (SPENCE, 2016), o que pede, sem dúvida, uma reflexão acerca dos próprios preconceitos (GADAMER, 1997), e a adoção de técnicas e métodos de pesquisa que possibilitem, fenomenologicamente falando, “ir às coisas mesmas”⁶ (DITTRICH; LEOPARDI, 2015; STRUCHINER, 2007). Tal atitude não significa porém, falta de rigor ou de método, mas sim que diante de uma tarefa de pesquisa é natural que se forme uma coexistência estrutural entre pesquisador e objeto pesquisado (KLUTH, 2005), e esse fenômeno é intencional e espontâneo, bastante distante de uma pretendida relação de neutralidade.

Nessa atitude o pesquisador não deve perder contato com o horizonte do fenômeno pesquisado, isso significa caminhar a uma posição empática em relação a realidade que existe e atua no entorno do outro (BICUDO, 2010), aqui compreendido como a pessoa interpelada, e tida como objeto de pesquisa. O rigor do ato de pesquisar, em uma perspectiva hermenêutica, não se estabelece pela reprodução de uma técnica ou de um método, mas pela compreensão de que esse mesmo ato envolve uma atividade humana (KLUTH, 2005), que é meio para se chegar a uma

⁶ Segundo Struchiner (2007), a Fenomenologia, na contra-mão da tendência contemporânea de construir sentidos dogmáticos sobre os fenômenos, nos conclama a voltar às coisas mesmas, o que significa voltar ao mundo-da-vida (*Lebenswelt*), ao mundo da experiência. Para isso, é necessário resgatar tanto a inocência quanto o rigor do olhar fenomenológico: olhar não apenas com os olhos, mas com os ouvidos, as mãos, com todos os sentidos – e também com o coração.

síntese das verdades que, nasce da ótica dos envolvidos diretamente no fenômeno pesquisado e atravessa as subjetividades do próprio intérprete-pesquisador.

Deste modo, para a pesquisa hermenêutica, o pesquisar meramente técnico acaba por invocar efeitos colaterais que podem não condizer fidedignamente com aquilo que é dito, ouvido e posteriormente interpretado (SPENCE, 2016). Não se deve porém, desprezar tais técnicas, mas aprofundar-se em suas raízes e proceder a uma reflexão sobre a sua elaboração e seus fundamentos. De toda sorte, não dever-se-á perder de vista o caráter humano e intencional do ato de pesquisar.

Diante do exposto, objetiva-se no presente ensaio, argumentar em favor de um método hermenêutico-fenomenológico de se vivenciar a pesquisa qualitativa e ainda, a partir dessa mesma perspectiva metodológica, proceder a compreensão das falas e vivências das pessoas ouvidas dentro processo de pesquisa. Especificamente, as reflexões aqui desenvolvidas utilizarão por base, a visada da Hermenêutica proposta Hans-Georg Gadamer.

1 CONTRIBUIÇÕES DA HERMENÊUTICA FENOMENOLÓGICA PARA UMA ATITUDE PESQUISADORA

A hermenêutica fenomenológica assenta-se sobre as filosofias de Heidegger, Gadamer, Ricoer, e Derrida e possui, no cerne de suas preocupações, fenômenos relacionados à atitude humana de ser-no-mundo (KLUTH, 2005). É, ao mesmo tempo, uma abordagem criativa, intuitiva, e dialética que desafia regras e procedimentos de pesquisa pré-determinados com vista a afastar o processo de pesquisar de uma dicotomia sobre a forma “certa” ou “errada” de se fazer as coisas (CROWTHER et al., 2016).

Como atitude metodológica, apresenta-se, dentro da pesquisa qualitativa e transdisciplinar, como uma proposta que intenta fazer entender e expressar, a percepção sobre os acontecimentos que se sucederam no entorno dos sujeitos envolvidos nas vivências e na solidariedade das ações que buscam o saber (DITTRICH; LEOPARDI, 2015). Isso significa que as raízes hermenêuticas da compreensão do homem emergem a partir da dúvida e do questionamento, ou seja, nascem do “corpo-criante”⁷ que intenta dinamicamente, entender, significar, e se auto-criar-se diante da vida e dos desafios que lhes são impostos (SIDI; CONTE, 2017; GADAMER, 1997).

Nesse contexto, a hermenêutica fenomenológica argumenta em favor de uma tarefa de compreensão que se objetiva, *a priori*, à observação de um discurso autônomo por parte da pessoa

⁷ Conforme Dittrich (2010), por *corpo-criante* se quer entender o ser humano como um todo vivo dinâmico, inter-relacionado nas suas partes com capacidade de se autocriar, que implica a sua autonomia de se fazer constantemente, causando mudanças contínuas em si e fora de si, para a preservação da própria vida e a construção do conhecimento sobre o si, a sociedade e a natureza.

entrevistada em relação ao pesquisador, para que esse último possa, posteriormente analisar, interpretar, compreender e descrever o fenômeno observado de maneira sistematizada e (co)vivida (DITTRICH; LEOPARDI, 2015), e nesse sentido, tudo que é dito, é dito por alguém, e portanto, o dizer é parte constituinte do “ser” do humano (MATURANA, 1995), logo, as estruturas discursivas humanas passam a fazer parte de uma organização maior, que se relaciona à forma de ser e de perceber o mundo em seu redor.

Por essa ótica, e diante de uma atitude pesquisadora, entender o corpo-criante é condição *sine qua non*, por parte do pesquisador, sem a qual a investigação fenomenológica não se sustenta, pois o pesquisador é, sem dúvida, o centro perceptivo do fenômeno analisado (DITTRICH; LEOPARDI, 2015). É importante salientar a importância de, por vezes, o pesquisador imergir no contexto cultural que se propõe a investigar, observando atentamente tudo o que lá ocorre, visando, intencionalmente interpretar e (re)conhecer o fenômeno mediante a busca de um sentido hermenêutico (SIDI; CONTE, 2017).

É demandada portanto, desse pesquisador hermeneuta, uma postura de abertura diante do fenômeno inquirido (SPENCE, 2016), para isso é necessário porém, permitir uma compreensão histórica daquilo que é investigado, o que exige, em essência, uma atitude de libertação diante dos próprios preconceitos e pré-entendimentos (GADAMER, 1997). Dessa maneira, poder-se-á ajustar progressivamente as questões e o foco do estudo, para que os posteriores resultados descritos sejam expressados por meio de adequadas palavras por parte daquele que (con)viveu no contexto da pesquisa e com seus participantes (ALVES, 1991).

O objetivo do pesquisador hermeneuta seria, segundo Spence (2016), ouvir, ponderar, analisar, questionar, e estimular o próprio pensamento, de modo a construir uma tese que seja tocante, provocativa, e que seja de fato, um reflexo sintetizado e fidedigno do fenômeno que fora pesquisado. Nesse sentido, os preconceitos existentes naquilo que Gadamer (1997) concebe como um fenômeno de fusão de horizontes⁸ devem ser ponderados e analisados, pois potencializam as descobertas, ao tempo em que podem, ao mesmo tempo, limitá-las.

A reflexão diante dos próprios preconceitos é, para a pesquisa hermenêutico-fenomenológica, pressuposto basilar, sem a qual uma tarefa investigativa não pode ser conduzida em uma atitude de abertura para com o ponto de vista do outro (MATOS; SILVA JÚNIOR, 2017;

⁸ Segundo Cardona (2016), dentro de uma abordagem gadameriana, “fusão de horizontes implica compreensão. Contudo, tal fusão não é suficiente para que aconteça a compreensão, nem tampouco para que, de antemão, se estabeleça o acordo sobre o “quê” e o “para quê” nos entendermos uns aos outros – condição do diálogo” (p. 56). Pelo contrário, é necessário, nessa esteira, que exista ou haja interpretação: desejo de saber o que o *outro* quer dizer, isto é, mais do que uma mera compreensão. É na interpretação que se dá a “autêntica fusão de horizontes e o desejo de compreender, de compreender-nos *a partir e pelo outro*” (p.56). Todos esses elementos estão pois, implicados na fusão de horizontes: a compreensão, a interpretação, o deslocamento do próprio ponto de vista para o ponto de vista do outro, etc.

SPENCE, 2016; REGAN, 2012; RILLO, 2015), e nessa esteira também se inclui a necessidade de suspensão das proposições científicas como ideal de uma ciência rigorosa (GADAMER, 1997; SIDI; CONTE, 2017). O rigor na pesquisa hermenêutica requer que a ontologia, a epistemologia, bem como a metodologia e o método estejam em congruência uns com os outros (SPENCE, 2016).

Assim, o próprio ato de perguntar deve vir imbuído de um querer-saber autêntico, o que pressupõe uma atitude de abertura em relação ao verdadeiramente novo, ou seja, aquilo que desafia os apriorismos já existentes (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2012). O primado da hermenêutica repousa portanto, sobre o ato de perguntar, e para se proceder a tal ato é preciso antes querer saber, ou seja, desejar aquilo que ainda não se sabe ou não se conhece (GADAMER, 1997). A tradição hermenêutica rejeita o conceito de mundo unitário dotado de realidades, mas preceitua a existência de verdades, aspectos diferenciados da mesma realidade, construídas através da autoridade e da tradição (SIDI; CONTE, 2017; ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2012).

2 COLETA, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS: UMA PERSPECTIVA GADAMERIANA

Segundo nos diz Gadamer (1997), ler um texto hermeneuticamente significa considerar a experiência de choque e de estranhamento que, naquele momento, nos afeta. Diante do ponto de vista da hermenêutica, interpretar significa compreender novas, estranhas, e alheias verdades, portanto refletir sobre a questão do método analítico parece adequado. Segundo Minayo, Deslandes e Gomes (1992), entrevistas são muito mais do que um instrumento para meros relatos, e incluem, certamente, um componente de intencionalidade. Se baseiam pois, em um movimento dialético de perguntas e respostas, que possibilitam o emergir de informações a partir dos sujeitos-objetos que estão ali sendo investigados. Trata-se de uma oportunidade de conhecer o contexto do fenômeno estudado, e de (re)conhecer a realidade histórica na qual habita o entrevistado (SIDI; CONTE, 2017).

Há de se dizer que parece existir uma espécie de tensão entre, os métodos práticos de coletar e analisar dados, e a orientação que nos é trazida pela hermenêutica gadameriana (CROWTHER et al., 2016). Esta última privilegia uma perspectiva ontológica para se perceber a literalidade emergida nas referidas falas, em detrimento de perspectivas mais epistemológicas ou etnográficas (SPENCE, 2016; CROWTHER et al., 2016). A análise hermenêutica exige que o pesquisador “habite” o contexto dos dados pesquisados, e aguarde, pacientemente, a chegada de novos *insights* e entendimentos sobre os mesmos (VAN MANEN, 2014). Para tal, é preciso que este se faça atento à mais do que as meras palavras transcritas, não se tratando tão somente daquilo que “é” descrito ou falado, mas ainda sobre o modo e a atitude daquele que lhe fala (SPENCE, 2016).

Enquanto ferramenta de análise e interpretação, a hermenêutica auxilia e possibilita a exploração dos significados e a contextualização das palavras proferidas pelo entrevistado (CROWTHER et al., 2016). Até porque dentro de uma determinada situação de conversa entre duas pessoas emerge um movimento dialético de atribuições de sentidos e significados que é, ao mesmo tempo dinâmico, e intencional. É dinâmico porque sentidos e significados são construídos, inclusive no decorrer da tarefa de “vir-à-fala” (GADAMER, 1997), ou seja, se constroem a partir de um movimento de projeção da coisa ou idéia em si, na direção de uma tarefa de estruturação linguística: o construir da fala ou da resposta. E por outro lado é também intencional, pois toda conversa, ou atitude interpretativa, emerge com uma mira ou um foco, logo se há fala, há também confrontação, pois quando há a intencionalidade manifesta em forma de uma pergunta, também se supõe qual pode ser a sua resposta (GADAMER, 1997).

Pragmaticamente, isso significa que o caráter da linguagem forma a base do ato de perguntar e de responder (GADAMER, 1997). É como se desse jogo de palavras executado por pessoas bastante diferentes emergir-se-ia significados e verdades que são apreendidas em comum ali, naquele momento hermenêutico. E quando se fala de abertura e de superação dos próprios preconceitos dentro do contexto de uma determinada conversa ou entrevista, deseja-se dizer que é essa atitude que irá possibilitar a emersão de compreensões que sejam verdadeiramente novas, e distantes de verdades apriorísticas e por vezes pretensiosas. Para o pesquisador, isso pode significar que se tenha que proceder com paciência, leveza, e ponderação junto àquilo que, por vezes, não é imediatamente compreendido (SPENCE, 2016). Dessa postura, paciente e ponderada poderão emergir, mesmo sem se notar, novos sentidos, significados e, a partir daí, novas verdades (WELWOOD, 1996).

Diante de uma tarefa de pesquisa, em geral, o momento posterior à entrevista é a análise e interpretação das falas obtidas, e nessa tarefa, cabe ao pesquisador, em uma atitude hermenêutico-filosófica, intentar em um procedimento de reconstrução e de integração das falas e respostas ao movimento discursivo da atualidade (SIDI; CONTE, 2017). É pois, o momento de significar os dados coletados, que é a narrativa do sujeito, e que agora passa a adquirir nuances que levam em consideração o contexto social-político-econômico-cultural-vital da pessoa do pesquisador (GHEDIN, 2004). E nesse contexto, faz todo sentido manter em mãos as gravações e transcrições das entrevistas para depois interpretá-las, inclusive as anotações a respeito de informações paralinguísticas como suspiros, ironias, sorrisos, etc (CROWTHER et al., 2016; BARDIN, 2000).

Ilustrativamente, pode-se comparar a experiência da fala do sujeito entrevistado com uma obra de arte: ambas são produtos históricos e podem portanto ser objetos de investigação científica (GADAMER, 1997), porém tal como uma obra de arte, a experiência narrativa humana não pode ser esgotada pelo seu próprio conceito, pois a objetividade na investigação histórica é apenas uma

de suas vertentes, e esta é secundária, logo o que realmente caracteriza a experiência histórica é o fato de ‘nos encontrarmos num acontecer sem saber como isso nos acontece, e somente na reflexão nos darmos conta do que aconteceu’ (GADAMER, 1997 p. 333). Eis que a contribuição da hermenêutica parece nos dizer que a história deve, de novo e a cada vez, ser reescrita a partir de cada presente.

Em um pesquisar hermenêutico, Spence (2016) sugere cinco perguntas sobre as quais, deve o pesquisador refletir, antes e durante as etapas de análise e de interpretação dos dados obtidos, são elas:

- Que pré-entendimentos estou trazendo para o processo de pesquisa?
- Como meus entendimentos se fundem com os dos textos dos participantes e outras literaturas?
- Onde estão minhas respostas emocionais sinalizando o que é importante para mim?
- À que não estou vendo ou reagindo?
- Algumas interpretações são privilegiadas sobre outras?⁹

Permanecer aberto diante das interpretações oriundas dos dados coletados requer um processo de reflexão constante no sentido de ler, pensar, questionar, e mesmo escrever as impressões obtidas (VAN MANEM, 2014). O intuito desse movimento é exercitar as características crítico-criativas do pensar acadêmico do pesquisador (ROLFE, 2009), para assim fazer surgir um movimento de não caminhar até as compreensões, mas se permitir estar aberto à elas a medida em que elas vêm até você (SPENCE, 2016).

Nessa etapa, a atenção em torno do tema da linguagem demanda algumas considerações. Em pesquisa qualitativa por exemplo, a coleta de dados se dá, na maioria das vezes, a partir de um de uma conversa ou diálogo (SIDI; CONTE, 2017), e essa é pois, um processo de acordo para com a verdade do outro (GADAMER, 1997). Isso significa deixar espaço para os pontos de vista alheios e colocar-se em seu lugar, porém, não como alguém que intenta perceber o mundo pelos olhos do outro, mas como quem tenta compreender a sua individualidade e entender aquilo que o outro diz, a partir de seu próprio olhar (GADAMER, 1997).

Aqui, o que está em jogo é o significado da fala ou do texto (SIDI; CONTE, 2017) e, a interpretação adequada dessas informações deve se construir através de intensos e constantes questionamentos (SPENCE, 2016). Trata-se de questionar: o que é verdade e para quem? E de conceber que uma história falada sempre será mais rica e complexa para aquele que a conta do que aquele que a ouve poderia compreender (CROWTHER et al, 2016). Portanto, a caminhada intuitiva na direção das conclusões a respeito de signos linguísticos escritos ou falados deve ser precedida de

⁹ Retirado de Spence, D., 2016. Supervising for Robust Hermeneutic Phenomenology: Reflexive Engagement Within Horizons of Understanding. Qualitative Health Research, 10, pp.971-980 p.4.

uma atitude paciente e ponderada (VAN MANEN, 2014), pois a forma como as idéias são escritas ou comunicadas exercem demasiada importância quanto ao resultado final e a congruência dos delineamentos metodológicos (WATSON; GIRARD, 2004).

Em uma situação de coleta, análise e interpretação de dados emerge ainda uma preocupação relacionada ao poder e à autoridade exercida pelo entrevistando. Por exemplo, muitos autores argumentam que o pesquisador na condição de entrevistando exerce uma condição de maior poder sobre os participantes de sua pesquisa, e isso, diga-se, ocorre independente do método ou abordagem (CROWTHER et al, 2016; SANDELOWSKI, 2011). Quanto ao tema, Foucault (1982) argumenta que as relações de poder estão em todo lugar, a todo o tempo, e em todas as relações cotidianas. Portanto, o simples ato de examinar falas transcritas a partir dos próprios entendimentos supõe uma posição de autoridade sobre elas (VAN MANEM, 2014). Pela perspectiva da hermenêutica, o pesquisador é compelido a articular seus pré-entendimentos a respeito do fenômeno pesquisado, e a observar quais relações de poder podem se fazer presentes no contexto da pesquisa (SMYTHE, 2011). Estar alerta para o impacto dos próprios conceitos e idéias apriorísticas durante a tarefa auditiva-interpretativa é um imperativo para uma atitude hermenêutico-fenomenológica (GADAMER, 1997).

A principal preocupação da análise hermenêutica repousa sobre fazer emergir, a partir do compartilhamento de uma fala sobre a experiência humana, significados que possam ser explicados e, assim ressoar aos ouvidos dos ouvintes e leitores. E nessa tarefa, há um intuito de revelar o que repousa “sobre”, “entre” e por “detrás” daquelas palavras que foram ditas, de modo a tentar traduzir, ou ao menos se aproximar, da verdade de mundo, do contexto, e do fenômeno pelas lentes do entrevistado.

3 “CONSTRUINDO HISTÓRIAS” (CRAFTING STORIES) - UM MÉTODO HERMENÊUTICO DE ANÁLISE.

O compartilhamento de histórias é uma forma de dar testemunho no presente sobre eventos do passado, não importando se essas são contadas para fins de pesquisa, ensino, ou mero entretenimento, há sempre, e inevitavelmente uma tarefa hermenêutica envolvida. Isso também envolve ações de, pelo menos, duas pessoas, aquele que conta e aquele que ouve, e então interpreta. No presente tópico, referir-se a uma história como uma comunicação oriunda da transcrição literal de uma entrevista em pesquisa qualitativa. A presente tarefa de análise consiste em construir uma história que sintetize e aprimore a crua literalidade de uma entrevista.

Tal método hermenêutico de análise de dados é descrito por Crowther et al. (2016), e baseia-se em partes no trabalho de Van Manen (2014), em particular, na sua obra *Phenomenology of*

Practice. Tal método exige que o pesquisador trabalhe “junto” dos dados obtidos, e não “com” eles. Isso significa, ao pesquisador, incumbir-se em ter que “habitar” o texto transcreto e confrontá-lo, por mais de uma vez, até que dele se possa extrair uma descrição vívida, contextualizada, e reveladora sobre as nuances do fenômeno inquirido. Uma história fenomenológica bem construída pode abrir caminhos e revelar jeitos de ser, pensar, e agir que muitas vezes passam despercebidos por outros métodos analíticos (CROWTHER et al, 2016). Possuem pois, a condição de comunicar o modo como as pessoas fazem sentido dos eventos que vivenciam, tratando-se de tentar traduzir a visão do entrevistado sobre o fenômeno vivenciado naquele exato momento em que fora inquirido e relatado. Através dessa atitude analítica intenta-se a revelar a natureza ontológica das dados obtidos.

Para começar, as falas precisam ser transcritas em sua literalidade, incluindo-se na transcrição aspectos paralinguísticos considerados importantes para o pesquisador, tais como mudanças no tom de voz, ritmo de fala, choros, risadas, entre outros tantos possíveis. A figura 1 se trata de uma transcrição literal de uma situação real e fática de entrevista, os nomes de pessoas e lugares estão, por motivos de sigilo, omitidos.

Figura 1: Exemplo de uma transcrição

Entrevistador: Então, como é o contato da Sra. com o contexto do sofrimento mental e a pessoa do seu irmão?

Entrevistada: Meu irmão se chama [REDACTED], ele tem esquizofrenia. Usou drogas por muitos anos, desde que ele tinha 13 anos. Hoje ele está com 44. Acredito que isso tenha potencializado ou tornado pior essa situação de doença. Ele mora com minha nossa mãe e com uma outra irmã nossa. Eu me mudei recentemente pra essa casa e hoje moro só.

Entrevistador: Conte-me como foi o início dessa doença, como e quando vocês descobriram?

Entrevistada: Quando ele começou a apresentar os primeiros sintomas nós, os familiares, achamos que ele estava enlouquecendo, perdendo o juízo mesmo. Somente nos últimos 2 anos ele foi diagnosticado com esquizofrenia, 2 anos e pouco na verdade. Ele já foi internado 2 vezes, todas foram compulsórias, tivemos que chamar os bombeiros para levá-lo, só que os bombeiros só levam se nós tivermos a documentação com o laudo dele. Isso as vezes dá muito trabalho, tem que ir na defensoria, ficar pedindo, ficar indo atrás.

Entrevistador: E desde então, como tem sido pra vocês?

Entrevistada: É difícil. Uma vez ele foi internado no Hospital [REDACTED] e ficou bem, as pessoas cuidaram bem dele, deram remédios certinhos, ele ficou muito bem, deram atenção pro tratamento dele, foi muito bom ir lá e perceber que ele estava melhorando, só que outra vez ele foi pro Hospital [REDACTED]; lá eu não gostei, ele ficou dopado, tava babando, deram remédios muito fortes, não gostei mesmo, não cuidaram bem dele. [REDACTED] tem aquela mania de acumular lixo, é um acumulador de lixo. Ele pega os lixos da rua e leva para o quarto dele, às vezes chega de abrir o forro do teto pra poder guardar lixo lá em cima. Isso é perigoso, lixo transmite doenças. Temos que jogar o lixo fora meio que perto da hora do lixeiro passar, porque se ele perceber ele vai lá e pega e leva de volta pro quarto dele. Não deixa tirar, queria saber porque ele é tão apegado com o lixo, o que isso significa pra ele? Já chegou de ir traficante lá em casa cobrando dívida de 50 papelotes de cocaína que ele tinha pegado pra vender, só que não vendeu, ele usou, daí tivemos que conversar, explicar, e por fim dissemos que íamos pagar a dívida. Ele já foi preso várias vezes.

Entrevistador: E falando dos vizinhos, amigos, como isso tudo é para com o [REDACTED] e a sua situação de doença?

Entrevistada: Hoje ele está melhor, ele sai pra rua mais sempre volta. Graças a Deus. O pessoal da vizinhança ajuda a cuidar, sempre falam... vi o [REDACTED] em tal lugar, ele tava lá, passou por aqui, etc... isso ajuda muito, porque as pessoas tem um pouco de carinho por ele, todos já o conhecem, e ele passeia pelo bairro, mas as vezes vai longe, pega ônibus e acaba por chegar bem longe, mas sempre consegue voltar. Todos os dias ele toma café da manhã no CAPS [REDACTED], só que o café da manhã é muito fraco, nem sempre tem pão, as vezes não tem quase nada, acho que eles podiam fazer mais pelo [REDACTED], ter mais atividades pra ocupar ele, ter uma psicóloga que se preocupasse realmente em atender ele e ver o que ele gosta de fazer, até pra eu poder saber onde levar ele. Graças a Deus tem o CAPS, mas poderia ser melhor, porque lá tem gente de todo tipo e jeito, são muitos pacientes, de várias doenças.

Entrevistador: Como assim? O que poderia ser feito para melhorar a situação de vocês?

Entrevistada: O que eu queria mesmo era que alguém atendesse o [REDACTED], pq só prescrevem remédio, e as vezes ele não se adapta muito bem com eles, por isso compramos os remédios de farmácia mesmo, os de marca. Minha mãe mora no bairro [REDACTED] tem mais de 20 anos, a casa é simples, de madeira, por lá, todo mundo que tem casa simples tá vendendo e indo embora, mas ela não quer vender não, ela gosta de lá, o [REDACTED] tá acostumado, lá todo mundo ajuda a cuidar dele. Os vizinhos falam: por que vocês não vendem e vão embora? Compram um lugar maior, mais longe, mais espaçoso, é melhor por [REDACTED], pra vocês cuidarem dele. Mas a gente prefere ficar lá, é melhor, todo mundo já conhece a gente. As vezes o [REDACTED] vai e pede comida na padaria, mesmo estando com dinheiro, ele faz isso. As pessoas tem medo dele, muito medo... medo... medo... isso é o que vem na minha cabeça quando penso nas pessoas quando elas escutam falar em esquizofrenia, é medo.

Entrevistador: O que mais vem à mente da Sra. quando ouve a palavra esquizofrenia?

Entrevistada: A palavra medo é muito forte. Hoje mesmo fui comprar umas roupas pra ele e pessoal não veio me atender direito, pois ficaram com medo, às vezes ele mexe na TV e despluga os cabos, a menina que sabe arrumar não vai, ela tem medo dele, é uma vizinha nossa. Quando estou sozinha as pessoas agem de uma forma totalmente diferente comigo, me abraçam, me beijam, conversam, ficam perto, ficam juntas, mas quando to com o [REDACTED] elas se afastam, tem medo. Cumprimentam de longe. Eu acho até que a mídia contribui muito com o problema do medo e do preconceito, por exemplo, teve semana retrasada um rapaz que bateu uma criança no asfalto num ponto de ônibus, os jornais noticiaram que ele tinha esquizofrenia, e tinha mesmo, morava sozinho, não estava tomando os remédios dele, inclusive quando ele voltou a si não acreditava no que tinha feito. E é perigoso mesmo, quando surtam.

Entrevistador: E para a família, como é?

Entrevistada: Depois que ele saiu de uma das internações pediu pro pai dele pra morar com ele, ele só é nosso irmão por parte de pai. O pai dele disse que não, disse que não podia, que não tinha como, que não estava preparado, muito ocupado, ou seja dispensou ele. Eu escuthambei o pai dele, disse um monte de coisa pra ele, onde já se viu, negar o filho. Eu cuido dele (chorando...) cuido muito dele, mas queria entender melhor o que ele pensa, o que está na cabeça dele, não sei se levo ele pra fazer algum esporte, ou se compro um videogame... Queria que alguém conversasse com ele pra poder entender melhor ele, ajudar a ver o que ele gosta, eu não sei o que ele gosta, queria saber... queria saber o porquê de todo aquele lixo, mas ele não fala, não fala quase nada, mas escreve ele gosta de escrever, ele copias as coisas que ele lê, eu comprei uns cadernos pra ele, e ele escreve... bastante... (sentimento de tristeza no ar)... (momentos de silêncio)... (discute-se sobre a possibilidade de tratamento, pra ele e pra ela) (combina-se de fazer alguns contatos e ver novas possibilidades de acompanhamento psicológico para a entrevistada) ... (explica-se para a entrevistada que isso pode fazer bem pra ela e inclusive fazê-la entender e cuidar melhor do irmão)...

Encerra-se a entrevista.

Para se proceder à construção da história, alguns passos são sugeridos, um deles se trata da remoção de detalhes desnecessários que não enriquecem a narrativa, como por exemplo “como o tempo estava”, ou se o “trânsito não estava dos melhores”, aqui se trata de comentários gerais e impessoais, verificáveis caso a caso e, se constatados, devem ser suprimidos (CROWTHER et al,

2016). Outro ponto diz respeito a construir o texto no formato de uma história, ou seja, deve-se contar o que aconteceu e como isso foi experienciado. Por último, deve-se manter as frases que parecem fazer sentido e manter a narrativa, removendo outras que, embora relevantes, se repetem, ou expandem a narrativa para pontos indesejáveis e distantes do fenômeno investigado.

A história deve ser fluída. Isso significa adicionar palavras ou pequenas sentenças que conectem períodos narrativos correlacionados; adicionar pequenos detalhes sobre o contexto daquele período da narrativa; elaborar um pouco mais a gramática e eliminar possíveis erros ortográficos e de concordância; e por último ler a história elaborada em voz alta para se perceber como ela soa e, se necessário voltar ao texto transscrito para readicionar detalhes que possam fazer diferença ou modificar algum sentido. A figura 2 se trata de uma história construída a partir da transcrição apresentada na figura 1. Aqui, os nomes não foram suprimidos, mas trocados para fins de fluidez textual.

Figura 2: Estória construída

Meu nome é Francisca e eu tenho um irmão em situação de doença mental, ele tem esquizofrenia. Ele está com 44 anos, e fez uso de drogas desde os 13. Parece que isso contribuiu para desencadear e mesmo agravar sua situação de doença. Hoje ele mora com a nossa mãe e com a minha outra irmã, eu mesma não moro mais lá, mas sou a cuidadora regular dele, seu nome é Júlio.

Fazem cerca de 2 anos que ele foi diagnosticado com esquizofrenia, antes do diagnóstico nós não conhecíamos essa doença, achávamos que ele estava enlouquecendo, perdendo a cabeça mesmo... Já tivemos que interná-lo duas vezes por conta dessa doença, ambas as vezes compulsoriamente e com ajuda de bombeiros. Foi muito difícil pra nós, ele não queria ser internado, não entendia o porquê daquilo. Da primeira vez foi num lugar muito bom, muito acolhedor, cuidaram bem dele e o acompanharam de perto, já na segunda, fui num outro lugar, achamos muito ruim, ele era constantemente dopado e sedado de uma maneira desproporcional, ficava babando, era uma situação de muita tristeza.

Um dos maiores problemas que vêm com a doença do meu irmão é o fato dele acumular lixo dentro de casa. Ele pega da rua e leva pro quarto dele, chegando a deixar em cima do forro do teto. Não deixa limpar de jeito nenhum! Gostaria muito de saber o porquê disso... O que esse ato significa para ele? Outro problema é a combinação da doença com o uso esporádico de drogas, hoje ele não usa mais, mas já houve tempo de ir traficante em nossa casa para cobrar dívidas, no final, tivemos que pagar. Meu irmão já foi preso várias vezes.

Ele vai todas as manhãs no CAPS, toma café da manhã lá, mas penso que poderia ser melhor. Poderiam propor mais atividades, fazer um atendimento mais individualizado e melhor, poderiam se preocupar mesmo com a situação dele. Mas ainda vem que tem o CAPS, se não tivesse, ele estaria pior. Mas pode melhorar, com certeza! Bom mesmo seria se alguém da psicologia o atendesse regularmente, até pra poder nos instruir corretamente sobre o que é melhor pra ele e também para explicar a forma como ele pensa. Mas lá são muitos pacientes, tem todo tipo de gente, várias doenças diferentes.

Hoje a nossa situação já é um pouco melhor, ele já tem condições de sair pra passear e voltar sozinho, é claro que a vizinhança ajuda a cuidar, e se tiver algum indício de problema, a notícia chega bem rapidamente. As pessoas do nosso entorno tem uma espécie de carinho por ele, ajudam muito a cuidar. As vezes chegam a sugerir que nos mudemos para longe, vender a casa ali no bairro e comprar uma mais distante e maior, dizem que vai fazer bem pra ele, que seria melhor. Penso que não é bem assim, ali, todos nos conhecem, e isso ajuda muito no cuidado e na vigilância.

As pessoas têm medo dele. Muito medo. Isso é o que me vem à mente quando penso na esquizofrenia: as pessoas têm medo! Quando estou só, as pessoas se relacionam comigo de um modo mais natural, solto, me abraçam, chegam perto, já quando meu irmão está junto, o tratamento é o extremo oposto, cruzam pro outro lado da rua, cumprimentam de longe...

Para a família isso cuidar dele é sempre muito difícil. Uma vez ele pediu pro pai dele para morar junto (somos irmãos apenas por parte de mãe), e o pai disse não poder, o dispensou, sem mais nem menos. Onde já se viu, negar o próprio filho. Eu cuido dele, e me emociono quando falo isso, choro bastante, é meu irmão mais novo, mas queria poder saber mais e cuidar melhor, queria saber o porquê de todo aquele lixo, mas ele não fala, não fala quase nada. Queria saber o que ele gosta de fazer, ocupá-lo mais. Semana que vem vou levá-lo num projeto de esportes, quem sabe ele gosta.

O processo interpretativo ao final dessa etapa envolve o auto-questionamento sobre as seguintes questões (CROWTHER et al, 2016; SPENCE, 2016):

- A história construída demonstra a experiência do entrevistado?

- Ela faz com que o leitor se engaje em sua leitura?
- Traduz e mantém o significado da transcrição tal como foi intentado pelo entrevistado?
- Conseguiu-se formar novos sentidos ao transformar a transcrição em história?
- Funciona como uma história?
- Precisa de algum aprimoramento final?¹⁰

A depender das respostas dos questionamentos acima citados, pode-se fazer necessário o retorno às transcrições, ou mesmo às gravações iniciais. No mais, para um melhor aprimoramento da história, pode-se retornar a ela após alguns dias e proceder em uma nova reflexão sobre aquilo que fora construído, pois a tarefa hermenêutica é, sobretudo dinâmica e amplamente dependente do espaço e tempo ao qual pertence.

4 A ESCRITA HERMENÊUTICA

Sintetizar através de palavras os resultados da análise dos dados obtidos é uma tarefa que deve, dentro de uma perspectiva hermenêutica, ser elaborada junto a uma escrita reflexiva (McAFFREY et al., 2012). Isso significa que o processo de elaboração do componente textual final de determinada pesquisa deve ser desenvolvido através de questionamentos, escolha adequada de palavras, de seus significados, e da constante confrontação sobre as contradições emergentes. A maneira com que as idéias são transferidas por intermédio da escrita exercerá relevante influência tanto em termos de significados pretendidos como também em relação a congruência metodológica (SPENCE, 2016).

Nesse sentido, a seleção de palavras por parte do pesquisador ao proceder em sua análise e escrita é uma etapa crítica da pesquisa, e demanda portanto, o uso de dicionários técnicos que auxiliem na contextualização daquilo que está sendo, por ele, escrito (SANDELOWSKI, 2011). O uso de palavras no gerúndio é amplamente aconselhado pois estas auxiliam numa significação mais ontológica daquilo que está sendo dito, em vista de outros termos com significados mais absolutos (SPENCE, 2016). Outrossim, expressões como “podem ser vistos”, “sugere-se”, “estima-se”, “parece ser”, flertam com uma abertura de possibilidades que é inerente ao pensamento hermenêutico, ao tempo em que impedem que idéias sejam precocemente concluídas e fechadas (CROWTHER et al, 2016).

Finalmente, as seguintes etapas reflexivas são sugeridas ao escrever as impressões sobre os dados interpretados:

¹⁰ Retirado de Crowther, S., Ironside, P., Spence, D., & Smythe, L. (2017). Crafting Stories in Hermeneutic Phenomenology Research: A Methodological Device. *Qualitative Health Research*, 27(6), 826–835.

- Essa é a melhor palavra / frase? O leitor interpretará isso da mesma maneira que você pretende?
- Como as palavras usadas permitem e limitam a compreensão?
- Como a interpretação facilita o diálogo contínuo e a possibilidade de chegar a um entendimento diferente?¹¹

Tal estratégia procedural serve ainda como lembrete sobre a importância de superar os próprios preconceitos e conscientizar o escritor sobre a sua própria consciência histórica, tal como é proposto por Gadamer (1997). Cabe ainda dizer que, embora teses devam ser apresentadas como argumentos de sustentação, o pesquisador hermenêutico deve priorizar o ato de "demostrar" em vista do ato de "concluir" determinado achado de sua pesquisa (CROWTHER et al, 2016; SPENCE, 2016). Paradoxalmente, uma boa tese hermenêutico-fenomenológica deve, ao mesmo tempo, mostrar e dizer seus resultados, pois estes são percebidos a partir de uma relação dialética de experiências humanas, e como tais devem possibilitar uma contemplação que enseje uma abertura de possibilidades para o seu leitor (SPENCE, 2016). Como diria Gadamer (1997): "teria sido um péssimo hermeneuta aquele que pensa ter, ou pensou ter tido, a última palavra" a respeito de algo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conceber a hermenêutica fenomenológica enquanto atitude metodológica para pesquisa qualitativa implica na tentativa de abster-se de suposições teóricas, polêmicas, supositórias e emocionais que podem intoxicar o processo de pesquisa (VAN MANNEN, 2014). Significa, para o pesquisador, permitir a emersão de insights e a manutenção de seu foco sob aquilo que é mais importante: a verdade percebida pelos olhos da pessoa interpelada (SPENCE, 2016). Para tal, é preciso imersão no contexto histórico e vivencial do fenômeno pesquisado e das pessoas entrevistadas.

A pesquisa hermenêutica se relaciona menos com o estabelecimento de regras e procedimentos metodológicos do que em se manter fiel ao espírito de sua filosofia (SPENCE, 2016). A abordagem impõe portanto, o pesquisador, a habitar as obras de seus principais expoentes, como Gadamer, Heidegger, entre outros relevantes filósofos. Não estabelece um *setting* metodológico, mas aduz que as decisões sobre cada etapa da pesquisa sejam feitas de maneira ponderada e reflexiva, que se ligue à noção aristotélica de uma filosofia prática (CARR, 2006).

Pelo fato de endossar o conhecimento prático e moral em detrimento do epistemológico e técnico, a abordagem hermenêutica parece exercer, dentro do campo da saúde, um papel relevante

¹¹ Retirado de Spence, D., 2016. Supervising for Robust Hermeneutic Phenomenology: Reflexive Engagement Within Horizons of Understanding. Qualitative Health Research, 10, pp.971-980 p.5.

no que tange a possibilitar o emergir dos aspectos outrora soterrados pelo imediatismo sanitário dos novos tempos. Fazer pesquisa hermenêutico-fenomenológica implica numa auto-abertura em prol de uma jornada contemplativa para novos pensamentos, questionamentos, e escrita.

E para que os resultados da pesquisa possam apresentar uma síntese próxima à realidade do fenômeno pesquisado, a confrontação dos próprios preconceitos diante do cenário pesquisado é tarefa imperativa. Situar tais pré-entendimentos frente à realidade histórica e cultural encontrada no decorrer da pesquisa pode auxiliar o pesquisador na abertura de horizontes e de possibilidades exploratórias. No mais, incorporar incessante reflexão e questionamento até se obter o produto final da pesquisa, bem como utilizar-se criteriosamente de frases e palavras que possam traduzir significados adequados àquilo que se deseja transmitir, é ainda um bom recurso nessa jornada hermenêutica.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A. J. O planejamento de pesquisas qualitativas em educação. **Cadernos de Pesquisa**, n. 77, p. 53-61; 1991.
- ARAÚJO, J. L. de; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 46(1), 200-207, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70: Lisboa. 2000.
- CARDONA, Teresa Arbelaez. Diálogo: fusão de horizontes-para uma fundamentação gadameriana da antropologia pedagógica//Dialogue: fusion of horizons-for Gadamerian foundation of pedagogical anthropology. **CONJECTURA: filosofia e educação**, v. 21, n. 1, p. 46-62, 2016.
- CARR, W. Philosophy, methodology and action research. **Journal of Philosophy of Education**, 2006.
- COSTA, M. L.; BERNARDES, A. G. Práticas docentes e enfrentamentos: de um modelo de intervenção a um modelo de cuidado. **Série-Estudos**. Campo Grande, MS, n. 35, p. 157-172, jan./jun. 2013.
- CROWTHER, Susan et al. Crafting stories in hermeneutic phenomenology research: A methodological device. **Qualitative health research**, v. 27, n. 6, p. 826-835, 2017.
- DITTRICH, Maria Glória. Criatividade e arte, espiritualidade e cura. **Blumenau: Nova Letra**, 2010.
- DITTRICH, Maria Glória; LEOPARDI, Maria Tereza. Hermenêutica fenomenológica: um método de compreensão das vivências com pessoas. **Discursos fotográficos**, v. 11, n. 18, p. 97-117, 2015.
- GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método**. Tradução Flávio Paulo Meurer. 3. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1997.

GHEDIN, Evandro. Hermenêutica e pesquisa em educação: caminhos da investigação interpretativa. **Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos**, v. 2, p. 1-14, 2004.

KLUTH, Verilda Speridião. **Estruturas da álgebra: investigação fenomenológica sobre a construção do seu conhecimento**. 2005.

MATOS, V. C. A. de S.; SILVA JUNIOR, A. F. Reflexões da hermenêutica filosófica para a prática do psicólogo em contexto hospitalar. **Revista da Abordagem Gestáltica**, 23(1), 84-94. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**, p-95; 2016.

PECK, B.; MUMMERY, J. Hermeneutic constructivism: An ontology for qualitative research. **Qualitative Health Research**, 28, 389-407. 2018.

REGAN, P. Hans-Georg. Gadamer's philosophical hermeneutics: concepts of reading, understanding and interpretation. **META: research in hermeneutics, phenomenology, and practical philosophy**. 4(2):286-303. 2012.

RILLO, A. G. Análisis hermenéutico de la pregunta por la salud. **Humanidades Médicas**, 15(3), 401-420. 2015.

ROLFE, Gary. Writing-up and writing-as: Rediscovering nursing scholarship. **Nurse Education Today**, v. 29, n. 8, p. 816-820, 2009.

SANDELOWSKI, Margarete. When a cigar is not just a cigar: Alternative takes on data and data analysis. **Research in nursing & health**, v. 34, n. 4, p. 342-352, 2011.

SIDI, Pilar; CONTE, Elaine. A hermenêutica como possibilidade metodológica à pesquisa em educação. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 12, n. 4, p. 1942-1954, 2017.

SMYTHE, Elizabeth. From beginning to end: How to do hermeneutic interpretive phenomenology. In G. Thomson, F. Dykes, & S. Downe (Eds.), **Qualitative research in midwifery and childbirth: Phenomenological approaches** (pp. 35–54). London: Routledge. 2011.

SPENCE, D. Supervising for Robust Hermeneutic Phenomenology: Reflexive Engagement Within Horizons of Understanding. **Qualitative Health Research**, 10, pp.971-980. 2016.

STRUCHINER, Cinthia Dutra. Fenomenologia: de volta ao mundo-da-vida. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, v. 13, n. 2, p. 247-251, 2007.

VAN MANEN, M. **Phenomenology of practice: Giving meaning methods in phenomenological research and writing**. 2014.

VASCONCELOS, Ana Lúcia Fontes de S.; ARCOVERDE, Ana Cristina Brito. O rigor científico em pesquisa quanto à fidelidade e à validade dos resultados obtidos: uma experiência da utilização da técnica qualitativa na prática avaliativa. **Revista Eletrônica de Ciência Administrativa**, v. 6, n. 2, p. 1-16, 2007.

WATSON, Lorraine A.; GIRARD, Francine M. Establishing integrity and avoiding methodological misunderstanding. **Qualitative health research**, v. 14, n. 6, p. 875-881, 2004.

WELWOOD, John. **Journey of the Heart: Path of Conscious Love**, The. Harper Collins, 1996.

ESTIGMA E SOFRIMENTO MENTAL: A FORMAÇÃO DO PRECONCEITO À LUZ DA HERMENÊUTICA GADAMERIANA

INTRODUÇÃO

Examinar a experiência vivida pela ótica do outro não é tarefa simples. Há extensa literatura que intenta ao desenvolvimento de métodos que se apresentam enquanto aptos a analisar determinados fenômenos e experiências da vida humana (MILES; CHAPMAN; FRANCIS, 2015; BARDIN, 2000; BOAVENTURA, 2004). Ao envolver outras pessoas, um estudo de caso exige, quase que necessariamente, uma indagação e posteriormente um interpelar em direção ao ser humano, cuja experiência é examinada (VAN MANEN, 2014). E toda conversa requer uma atitude interpretativa, ou seja, uma tarefa hermenêutica que visa a compreensão de novos saberes e significados (GADAMER, 1997; 2002; 2011; SPENCE, 2016, 2016; REGAN, 2012).

Segundo Munhall (2007), o vocábulo “hermenêutica” é tido como uma teoria da interpretação, e origina-se do verbatim grego “*hermeneusin*”, que significa interpretar e decifrar. Como teoria, a hermenêutica foi inicialmente construída nas obras de, respectivamente, Friedrich Schleiermacher (1768-1834), e Wilhelm Dilthey (1833-1911), e através de seus trabalhos, foi introduzida a Gadamer e a Heidegger (MILES; CHAPMAN; FRANCIS, 2015), que mais tarde, viriam a se tornar críticos de suas obras, e por conseguinte, propor novos desdobramentos epistemológicos (VAN MANEN, 2014).

A hermenêutica parte do princípio de que todo indivíduo experiencia o mundo a sua volta de forma individualmente matizada (PECK; MUMMERY, 2018), e logo, intentar a uma teoria da hermenêutica que defenda um método universal é tarefa que não se sustenta (GADAMER, 1997). Assim, uma pesquisa de delineamentos qualitativos, tal como a que aqui é apresentada, necessita de um referencial teórico que leve em conta as lacunas e conexões presentes entre o indivíduo e a sua realidade, ou seja, necessita de um aparato metodológico que relativize o problema da universalização da verdade. E mais, que possibilite ainda ao pesquisador operar “a partir” e “na” linguagem do sujeito interpelado, uma vez que é a partir dela que são construídas as conexões entre “ser” e “mundo”. Pesquisar ou inquirir determinada pessoa, em uma atitude hermenêutica, é pois uma tarefa reflexiva (MATOS; SILVA JÚNIOR, 2017; SPENCE, 2016; CROWTHER et al, 2016), e exige do pesquisador que perceba o outro como outro (COSTA; BERNARDES, 2013), para que assim possa operar sua pesquisa em concordância com os pressupostos da hermenêutica.

A abordagem hermenêutica, baseada nas idéias gadamerianas, concebe que através de diálogos as pessoas desenvolvem para si uma série de estruturas antecipatórias que são, historicamente mediadas a partir da autoridade e da tradição (HABERMAS, 1970; AYRES, 2005; RILLO, 2008). À elas, dá-se o nome de pré-conceitos (*prejudices*) (GADAMER, 1997; 2011). A partir dessa atitude metodológica, a tarefa de investigar as nuances de preconceito dentro de determinado campo do saber, no presente caso o da saúde, importaria em reconhecer o significado do próprio termo (preconceito) em uma perspectiva distinta. Então, no presente trabalho preconceito não deve ser confundido com seu entendimento mais popular ou seja, não significa aqui um pensamento pretensioso ou irracional a respeito, ou contrário a algo, em vez disso, deve ser compreendido tal como é proposto por Gadamer (1997): um julgamento *a priori* das experiências e fenômenos, que se constrói automaticamente antes que todos os elementos disponíveis para consideração sejam finalmente analisados.

Para a Hermenêutica Gadameriana, o preconceito não é, necessariamente, um fator limitador à compreensão humana (AYRES, 2005; ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2012). Tampouco limita ou restringe as possibilidades de novas compreensões, em vez disso, ele é projetado ao “mundo”, ao passo em que o “mundo”, na forma de diálogos, o projetará de volta na forma de respostas, as quais diga-se, deverão ser interpretadas, ponderadas e apreendidas, para que assim se formem novos, e relevantes saberes a respeito do fenômeno que outrora fora percebido a partir de um pré-conceito (PECK; MUMMERY, 2018). Trata-se pois, de um exercício natural e inerente ao ser-no-mundo (*dasein*), e relaciona-se àquilo que Dilthey, seguindo Schleiermacher, introduz como sendo um círculo hermenêutico (GADAMER, 1997) e embasa-se, num constante exercício de projeção e ajustamento (RILLO, 2008).

Por esta ótica, o mundo parece ser o local onde preconceitos são, através da linguagem, projetados, devolvidos, e ressignificados pelo indivíduo que nele habita. Contudo, há de se ressaltar que é o próprio preconceito, já *a priori* existente, que irá modular o espectro com que o movimento da linguagem irá se manifestar (LAWN, 2004; GRONDIN, 2003). E nesse ínterim, as manifestações linguísticas e dialéticas podem adquirir nuances discriminatórias e estigmatizantes tal como comumente reconhecemos. O comportamento humano frente à atitude de formação de novas compreensões não é uma tarefa simples. É, em vez disso, um complexo fenômeno de nuances relativas, o qual se autodeterminará a partir das possibilidades históricas e estruturais que se encontrarão fundamentalmente alojadas na subjetividade do intérprete (PECK; MUMMERY, 2018).

É a partir dessa ótica que o presente trabalho se apresenta. Propõe-se aqui à apresentação de um estudo de caso sobre o tema do preconceito e da estigmatização, que será analisado a partir de uma perspectiva baseada na Hermenêutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer, dentro do campo da saúde mental. Intenta-se, através da análise e interpretação das falas obtidas, responder o seguinte

questionamento: Quais as nuances de preconceito que estão presentes no contexto daqueles que sofrem de algum tipo de sofrimento mental, como se formam, e de que maneira se tornam estigmatizantes para aqueles que habitam esse mesmo contexto?

1 MÉTODO

A referida proposta consiste, quanto à sua natureza, em executar uma pesquisa aplicada cujos objetivos apresentam-se enquanto exploratórios. Procedimentalmente, propõe-se a execução de um estudo de caso cuja abordagem se dará com enfoque qualitativo. A abordagem se elege pois, tal modelo técnico-procedimental de pesquisa se apresenta como uma forma eficiente de aplicação de conhecimentos para a solução de problemas sociais (BOAVENTURA, 2004). A categoria “estudo de caso” se refere ainda, ao estudo minucioso e profundo de um ou mais objetos, e possui assim, segundo Yin (2001), o intuito de, uma vez detectado determinado caso ou situação problema, esclarecer seus motivos, implementações, e resultados.

O suporte teórico-metodológico foi obtido a partir da Hermenêutica Filosófica fundamentada nas idéias de Hans-Georg Gadamer, por esta possibilitar a análise e interpretação das falas coletadas de modo aberto e livre de falsos preconceitos e de entendimentos precipitados. Tal referencial não foi utilizado tão somente pelos seus potenciais metodológicos, mas também por promover uma possibilidade interpretativa de mundo (STANGA; REZER, 2015; SPENCE, 2016). A abordagem gadameriana frente à análise de um componente textual permite que se opere com boa dose de atenção para com potenciais vieses tendenciosos por parte do pesquisador, este que é, segundo Prodanov e Freitas (2013), um relevante fator de risco para o rigor e a validade de um estudo de caso. Sua utilização parece portanto, adequada à abordagem e ao problema de pesquisa aqui apresentado.

1.1 Configuração e Participantes

A estratégia de seleção de participantes possuiu o intuito de obter variadas opiniões acerca das vivencias individuais ligadas ao tema do preconceito e da estigmatização, em relação à pessoas que possuem severo quadro de sofrimento psíquico, ou seus familiares cuidadores. Utiliza-se a nomenclatura “sofrimento psíquico” ou “sofrimento mental” para se referir de maneira genérica às condições de doença ou transtorno mental de alguns participantes e de seus familiares. A escolha do referido sintagma se dá em virtude da presença de estigma incrustado nos termos “doença” ou “transtorno” mental, além do mais, alguns dos participantes da pesquisa não possuíam, de fato, laudos psiquiátricos comprobatórios, nem tampouco diagnósticos fechados.

O distanciamento de expressões e títulos pejorativos condiz com a característica hermenêutica de proceder à humanização das relações, tal como é proposto por Crowther et al. (2016); Spence (2016); Ayres (2005); e Rillo (2008). Além disso, os efeitos positivos da renomeação de algumas patologias, e a sua substituição por vocábulos mais técnicos e humanizados já vêm sendo comprovados por Koike et al. (2016a; 2016b); Tee e Ozcetin (2016); e Tavormina et al. (2016).

Ao todo, foram entrevistadas quatro pessoas, três do sexo feminino e uma do sexo masculino. Dos 4 participantes, um possui condição severa de sofrimento psíquico, e quanto aos outros três, se tratam de familiares cuidadores que estão diariamente envolvidos no dia a dia de pessoas com condição severa de sofrimento psíquico.

Como instrumento de coleta de dados, optou-se por entrevista aberta que, quando autorizado pelos participantes, teve seu áudio gravado na integralidade. Em acordo com a abordagem hermenêutica, as entrevistas serão aqui referenciadas como “conversas”. Essas conversas tiveram duração variada, indo de 28 a 93 minutos, e foram conduzidas na cidade de Campo Grande no Estado do Mato Grosso do Sul. A idade dos participantes variou de 19 a 56 anos, e todos foram contactados previamente via contato telefônico, cada um deles foi entrevistado somente uma vez.

1.2 Considerações Éticas

A presente pesquisa integra o projeto “Questões Éticas nas Políticas Públicas de Saúde: o cuidado nas estratégias de atenção em saúde mental” de autoria do pesquisador Dr. Márcio Luís Costa, tendo sido aprovado sob o Parecer Consustanciado do CEP de Nº 2.797.667, cuja instituição proponente é a Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). O referido projeto também exerce parceria com a Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAU), homologado no dia 12/03/2018.

Primeiramente os participantes receberam informações sobre o tema e os objetivos da pesquisa, informações também foram prestadas a respeito da aprovação da mesma em comitê de ética. Os participantes foram informados sobre o direito de se negarem a participar, sobre o direito de desistirem a qualquer momento da pesquisa, da asseguração de anonimato, bem como sobre o fato de que nenhum dado gravado será guardado e reutilizado para qualquer outra finalidade. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi pré-requisito para a realização da entrevista, sendo assinado pelo participante, e em caso de incapacidade e havendo concordância verbal, por seus responsáveis.

1.3 Coleta de Dados

As conversas se sucederam em locais de escolha dos participantes. Duas se deram em locais públicos cuja escolha se deu pela vontade dos participantes, uma ocorreu na residência do respectivo participante, e por fim, outra se deu em local de trabalho a pedido do participante. Nelas, os entrevistados foram encorajados a falar abertamente sobre suas experiências com a situação de sofrimento mental que enfrentam, bem como sobre os possíveis problemas e entraves que têm enfrentado em virtude dessa mesma condição.

O tema do preconceito e da estigmatização não foi abordado de forma direta pelo pesquisador, tal atitude é proposital e intenta a um maior rigor na pesquisa hermenêutica. Assim, os dados obtidos, no que tange à presença de indicadores de experiências sobre alguma forma de estigma ou discriminação, emergiram única e exclusivamente por espontaneidade dos próprios entrevistados. Aos participantes foi permitido formular e expressar seus próprios pensamentos, idéias, e experiências associadas ao tópico indagado.

Três perguntas de abertura foram utilizadas com cada um dos participantes como forma de iniciar ou expandir o diálogo, sendo em alguns casos, adaptadas para melhor atender ao momento e as necessidades requeridas pelo momento hermenêutico: "Você / A Sra. / O Sr. poderia me contar sobre a sua experiência com essa situação de sofrimento / doença / de ter que ir ao médico / de ter que tomar remédios?" "Como é isso para você / a Sra. / o Sr.?" "O que é mais difícil nisso tudo?" Todas as conversas foram transcritas pelo pesquisador.

1.4 Análise de Dados

Segundo Gadamer (1997), ler um texto hermeneuticamente significa considerar a experiência de choque e de estranhamento que, naquele momento, nos afeta. Diante do ponto de vista da hermenêutica, interpretar significa compreender novas, estranhas, e alheias verdades, portanto, uma breve reflexão sobre a questão do método analítico parece adequada. Segundo Minayo (1992), entrevistas são muito mais do que um instrumento para meros relatos, e incluem, certamente, um componente de intencionalidade. Se baseiam pois, em um movimento dialético de perguntas e respostas, que possibilitam o emergir de informações a partir dos sujeitos-objetos que estão ali sendo investigados. Trata-se de uma oportunidade de conhecer o contexto do fenômeno estudado, e de (re)conhecer a realidade histórica na qual habita o entrevistado (SIDI; CONTE, 2017).

Diante de determinada atitude pesquisadora, o momento posterior à entrevista é a análise e interpretação das falas obtidas, e nessa tarefa, cabe ao pesquisador hermenêutico um procedimento de reconstrução e de integração das falas e respostas ao movimento discursivo da atualidade (SIDI;

CONTE, 2017). É pois, o momento de significar os dados coletados, que é o discurso do sujeito, e que agora passa a adquirir nuances que levam em consideração o contexto social-político-econômico-cultural-vital da pessoa do pesquisador (GHEDIN, 2004). E nesse contexto, faz todo sentido manter em mãos as gravações e transcrições das entrevistas para depois interpretá-las, inclusive as anotações a respeito de informações paralinguísticas como suspiros, ironias, sorrisos, etc (BARDIN, 2000).

Nesta etapa, Spence (2016) sugere cinco perguntas sobre as quais, deve o pesquisador refletir, antes e durante as etapas de análise e de interpretação dos dados obtidos, são elas:

- Que pré-entendimentos estou trazendo para o processo de pesquisa?
- Como meus entendimentos se fundem com os dos textos dos participantes e outras literaturas?
- Onde estão minhas respostas emocionais sinalizando o que é importante para mim?
- À que não estou vendo ou reagindo?
- Algumas interpretações são privilegiadas sobre outras?¹²

A principal preocupação da análise hermenêutica repousa sobre fazer emergir, a partir do compartilhamento de uma fala sobre uma experiência humana, significados que possam ser explicados e, assim, ressoar aos ouvidos dos ouvintes e leitores. E nessa tarefa, há um intuito de revelar o que repousa “sobre”, “entre” e por “detrás” daquelas palavras que foram ditas, de modo a tentar traduzir, ou ao menos se aproximar, da verdade de mundo, do contexto, e do fenômeno pelas lentes do entrevistado.

1.4.1 Construindo Histórias (Crafting Stories) - Um Método Hermenêutico de Análise.

Na presente pesquisa, optou-se por utilizar da construção de histórias (Crafting Stories) enquanto método analítico de base gadameriana para a análise das falas coletadas. Em pesquisa hermenêutica o compartilhamento de histórias é uma forma de dar testemunho no presente sobre eventos do passado, não importando se são contadas para fins de pesquisa, ensino, ou mero entretenimento, há sempre, e inevitavelmente uma tarefa hermenêutica envolvida.

Envolve portanto, ações de, pelo menos, duas pessoas, aquele que conta e aquele que ouve. No presente tópico, referir-se-á a uma história tal como uma comunicação oriunda da transcrição literal de uma entrevista em pesquisa hermenêutica. A presente tarefa consiste em construir uma história que sintetize e aprimore a crua literalidade de uma entrevista.

¹² Retirado de Spence, D., 2016. Supervising for Robust Hermeneutic Phenomenology: Reflexive Engagement Within Horizons of Understanding. Qualitative Health Research, 10, pp.971-980 p.4.

O método é descrito por Crowther et al. (2017), e baseia-se, em partes, no trabalho de Max van Manen, em particular, em sua obra *Phenomenology of Practice* (2014). Tal método exige que o pesquisador trabalhe “junto” aos dados obtidos, e não “com” eles. Isso significa “habitar” o texto transscrito e confrontá-lo por mais de uma vez, até que dele se possa extrair uma descrição vívida, contextualizada, e reveladora sobre as nuances do fenômeno inquirido. No desenvolvimento do método, as inspirações na Hermenêutica Gadameriana trazidas pelos autores são latentes.

Uma história fenomenológica bem construída pode abrir caminhos e revelar jeitos de ser, pensar, e agir que muitas vezes passam despercebidos por outros métodos analíticos (Crowther et al., 2017). Possuem pois, a condição de comunicar o modo como as pessoas fazem sentido dos eventos que vivenciam, tratando-se de tentar traduzir a visão do entrevistado sobre o fenômeno vivenciado naquele exato momento em que fora inquirido e relatado.

Através dessa atitude analítica intenta-se a revelar a natureza ontológica das dados obtidos. Para começar, as falas precisam ser transcritas em sua literalidade, incluindo-se na transcrição aspectos paralinguísticos considerados importantes para o pesquisador, tais como mudanças no tom de voz, ritmo de fala, choros, risadas, entre outros tantos possíveis. A figura 1 se trata de uma transcrição literal de uma situação real e fática de entrevista, os nomes de pessoas e lugares estão, por motivos de sigilo, omitidos.

Figura 1: Exemplo de uma transcrição

Entrevistador: Então, como é o contato da Sra. com o contexto do sofrimento mental e a pessoa do seu irmão?

Entrevistada: Meu irmão se chama [REDACTED], ele tem esquizofrenia. Usou drogas por muitos anos, desde que ele tinha 13 anos. Hoje ele está com 44. Acredito que isso tenha potencializado ou tornado pior essa situação de doença. Ele mora com minha nossa mãe e com uma outra irmã nossa. Eu me mudei recentemente pra essa casa e hoje moro só.

Entrevistador: Conte-me como foi o início dessa doença, como e quando vocês descobriram?

Entrevistada: Quando ele começou a apresentar os primeiros sintomas nós, os familiares, achamos que ele estava enlouquecendo, perdendo o juízo mesmo. Somente nos últimos 2 anos ele foi diagnosticado com esquizofrenia. 2 anos e pouco na verdade. Ele já foi internado 2 vezes, todas foram compulsórias, tivemos que chamar os bombeiros para levá-lo, só que os bombeiros só levam se nós tivermos a documentação com o laudo dele. Isso as vezes dá muito trabalho, tem que ir na defensoria, ficar pedindo, ficar indo atrás.

Entrevistador: E desde então, como tem sido pra vocês?

Entrevistada: É difícil. Uma vez ele foi internado no Hospital [REDACTED] e ficou bem, as pessoas cuidaram bem dele, deram remédios certinhos, ele ficou muito bem, deram atenção pro tratamento dele, foi muito bom ir lá e perceber que ele estava melhorando, só que outra vez ele foi pro Hospital [REDACTED], lá eu não gostei, ele ficou dopado, tava babando, deram remédios muito fortes, não gostei mesmo, não cuidaram bem dele. [REDACTED] tem aquela mania de acumular lixo, é um acumulador de lixo. Ele pega os lixos da rua e leva para o quarto dele, às vezes chega de abrir o forro do teto pra poder guardar lixo lá em cima. Isso é perigoso, lixo transmite doenças. Temos que jogar o lixo fora meio que perto da hora do lixeiro passar, porque se ele perceber ele vai lá e pega e leva de volta pro quarto dele. Não deixa tirar, queria saber porque ele é tão apegado com o lixo, o que isso significa pra ele? Já chegou de ir traficante lá em casa cobrando dívida de 50 papelotes de cocaína que ele tinha pegado pra vender, só que não vendeu, ele usou, daí tivemos que conversar, explicar, e por fim dissemos que íamos pagar a dívida. Ele já foi preso várias vezes.

Entrevistador: E falando dos vizinhos, amigos, como isso tudo é para com o [REDACTED] e a sua situação de doença?

Para se proceder à construção da história, alguns passos são sugeridos, um deles se trata da remoção de detalhes desnecessários que não enriquecem a narrativa, como por exemplo “como o tempo estava”, ou se o “trânsito não estava dos melhores”, aqui se trata de comentários gerais e impessoais, verificáveis caso a caso e, se constatados, devem ser suprimidos. Outro ponto diz respeito a construir o texto no formato de uma história, ou seja, deve-se contar o que aconteceu e como isso foi experienciado. Por último, deve-se manter as frases que parecem fazer sentido e manter a narrativa, removendo outras que, embora relevantes, se repetem, ou expandem a narrativa para pontos indesejáveis e distantes do fenômeno inquirido.

A história deve ser fluída, isso significa adicionar palavras ou pequenas sentenças que conectem períodos narrativos correlacionados; adicionar pequenos detalhes sobre o contexto daquele período da narrativa; elaborar um pouco mais a gramática e eliminar possíveis erros ortográficos e de concordância; e por último, ler a história elaborada em voz alta para se perceber como ela soa e, se necessário, voltar ao texto transscrito para readicionar detalhes que possam fazer diferença ou modificar algum sentido. A figura 2 se trata de uma história construída a partir da transcrição feita na figura 1. Aqui, os nomes não foram suprimidos, mas trocados para fins de fluidez textual.

Figura 2: Estória construída

Meu nome é Francisca e eu tenho um irmão em situação de doença mental, ele tem esquizofrenia. Ele está com 44 anos, e fez uso de drogas desde os 13. Parece que isso contribuiu para desencadear e mesmo agravar sua situação de doença. Hoje ele mora com a nossa mãe e com a minha outra irmã, eu mesma não moro mais lá, mas sou a cuidadora regular dele, seu nome é Júlio.

Fazem cerca de 2 anos que ele foi diagnosticado com esquizofrenia, antes do diagnósticos nós não conhecíamos essa doença, achávamos que ele estava enlouquecendo, perdendo a cabeça mesmo... Já tivemos que interná-lo duas vezes por conta dessa doença, ambas as vezes compulsoriamente e com ajuda de bombeiros. Foi muito difícil pra nós, ele não queria ser internado, não entendia o porquê daquilo. Da primeira vez foi num lugar muito bom, muito acolhedor, cuidaram bem dele e o acompanharam de perto, já na segunda, fui num outro lugar, achamos muito ruim, ele era constantemente dopado e sedado de uma maneira desproporcional, ficava babando, era uma situação de muita tristeza.

Um dos maiores problemas que vêm com a doença do meu irmão é o fato dele acumular lixo dentro de casa. Ele pega da rua e leva pro quarto dele, chegando a deixar em cima do forro do teto. Não deixa limpar de jeito nenhum! Gostaria muito de saber o porquê disso... O que esse ato significa para ele? Outro problema é a combinação da doença com o uso esporádico de drogas, hoje ele não usa mais, mas já houve tempo de ir traficante em nossa casa para cobrar dívidas, no final, tivemos que pagar. Meu irmão já foi preso várias vezes.

Ele vai todas as manhãs no CAPS, toma café da manhã lá, mas penso que poderia ser melhor. Poderiam propor mais atividades, fazer um atendimento mais individualizado e melhor, poderiam se preocupar mesmo com a situação dele. Mas ainda vem que tem o CAPS, se não tivesse, ele estaria pior. Mas pode melhorar, com certeza! Bom mesmo seria se alguém da psicologia o atendesse regularmente, até pra poder nos instruir corretamente sobre o que é melhor pra ele e também para explicar a forma como ele pensa. Mas lá são muitos pacientes, tem todo tipo de gente, várias doenças diferentes.

Hoje a nossa situação já é um pouco melhor, ele já tem condições de sair pra passear e voltar sozinho, é claro que a vizinhança ajuda a cuidar, e se tiver algum indício de problema, a notícia chega bem rapidamente. As pessoas do nosso entorno tem uma espécie de carinho por ele, ajudam muito a cuidar. As vezes chegam a sugerir que nos mudemos para longe, vender a casa ali no bairro e comprar uma mais distante e maior, dizem que vai fazer bem pra ele, que seria melhor. Penso que não é bem assim, ali, todos nos conhecem, e isso ajuda muito no cuidado e na vigilância.

As pessoas têm medo dele. Muito medo. Isso é o que me vem à mente quando penso na esquizofrenia: as pessoas têm medo! Quando estou só, as pessoas se relacionam comigo de um modo mais natural, solto, me abraçam, chegam perto, já quando meu irmão está junto, o tratamento é o extremo oposto, cruzam pro outro lado da rua, cumprimentam de longe...

Para a família isso cuidar dele é sempre muito difícil. Uma vez ele pediu pro pai dele para morar junto (somos irmãos apenas por parte de mãe), e o pai disse não poder, o dispensou, sem mais nem menos. Onde já se viu, negar o próprio filho. Eu cuido dele, e me emociona quando falo isso, choro bastante, é meu irmão mais novo, mas queria poder saber mais e cuidar melhor, queria saber o porquê de todo aquele lixo, mas ele não fala, não fala quase nada. Queria saber o que ele gosta de fazer, ocupá-lo mais. Semana que vem vou levá-lo num projeto de esportes, quem sabe ele gosta.

O processo interpretativo ao final dessa etapa envolve o auto-questionamento sobre as seguintes questões:

- A história construída demonstra a experiência do entrevistado?
- Ela faz com que o leitor se engaje em sua leitura?
- Traduz e mantém o significado da transcrição tal como foi intentado pelo entrevistado?
- Conseguiu-se formar novos sentidos ao transformar a transcrição em história?
- Funciona como uma história?
- Precisa de algum aprimoramento final?¹³

À depender das respostas dos questionamentos acima citados, pode-se fazer necessário o retorno às transcrições, ou mesmo às gravações iniciais. No mais, para um melhor aprimoramento da história, pode-se retornar à ela após alguns dias e proceder à uma nova reflexão sobre aquilo que fora construído, pois a tarefa hermenêutica é, sobretudo dinâmica e amplamente dependente do espaço e tempo ao qual pertence.

2 RESULTADOS

Os conteúdos apresentados no presente tópico originam-se a partir das falas das pessoas entrevistadas, nesse sentido, optou-se aqui por dividi-los em temas, delineados tão somente em virtude daquilo que fora emergido naturalmente nas respectivas falas. São falas que, uma vez transcritas e transformadas em histórias, intentam a construir compreensões sobre a experiência de ser portador de uma condição de sofrimento psíquico severo ou, de ser então, familiar e cuidador de pessoas com esse tipo de sofrimento. De um modo ou de outro, as nuances de sofrimento são latentes, seja pelo comprometimento cognitivo trazido pela condição patológica, por sua sintomatologia, ou pelo preconceito imbuído em seu próprio espectro que se torna latente em condutas discriminatórias e na construção de mentalidades de estigma.

Conforme fora exposto no objetivo do presente estudo, bem como na sua questão norteadora, o mesmo limitar-se-á aos entendimentos emergidos nas histórias contadas que digam respeito ao modo como os participantes se sentem percebidos pelos outros e pela sociedade de maneira mais ampla, e ainda, como essas experiências ajudam ou dificultam no gerenciamento de suas próprias vidas, de seus tratamentos, e em suas respectivas relações sociais. Correlacionar-se-á então, a partir daí, as nuances e os indicadores da presença de preconceitos, aqui em conotação

¹³ Retirado de Crowther, S., Ironside, P., Spence, D., & Smythe, L. (2017). Crafting Stories in Hermeneutic Phenomenology Research: A Methodological Device. *Qualitative Health Research*, 27(6), 826–835.

gadameriana, e de condutas de discriminação que agem dinamicamente junto às pessoas que habitam o contexto e o entorno dessas modalidades de sofrimento mental.

Todos os nomes de pessoas são, por motivo de sigilo, pseudônimos. Suas idades, aproximadas. Os nomes de locais foram substituídos por iniciais falsas. As experiências contadas são contudo, reais.

2.1 Um Pouco sobre as Pessoas que Contribuíram com as suas Experiências

As histórias aqui contadas intentam à uma descrição vívida e contextualizada a respeito do modo como as pessoas entrevistadas descrevem suas vidas até o atual momento. Também possuem o intuito de, dentro de uma perspectiva gadameriana, aproximar o leitor, intérprete dessa situação hermenêutica, das pessoas que foram inquiridas e contribuíram contando suas experiências e enriquecendo o presente trabalho.

Essa atitude de aproximação é proposital, e condiz com os princípios da hermenêutica de Gadamer (1997) no que tange à formação de novas compreensões e significados. As palavras e expressões utilizadas, bem como o modelo de escrita foram construídos de forma a representar as experiências, e mesmo o linguajar dos respectivos participantes.

Francisca é a quinta filha de uma sequência de seis mulheres, está hoje com 48 anos de idade. É irmã e cuidadora de Júlio, seu único irmão, de 42 anos. Júlio possui quadro de sofrimento mental severo, e tem suas funções cognitivas bastante comprometidas. Há dois anos Júlio foi diagnosticado com esquizofrenia, desde então, a família se une para ajudar a cuidar dele, mas não tem sido fácil, segundo ela, pois Júlio possui o costume de acumular lixo dentro de casa e dentro de seu próprio quarto. Francisca conta que o fato de Júlio ter sido usuário de drogas desde os seus 13 anos contribuiu em muito para agravar o seu quadro clínico, bem como para aumentar o sofrimento psíquico daqueles que cuidam e moram junto dele. Francisca conta que sofreu muito quando teve que chamar os bombeiros para internar seu irmão, vê-lo internado, sedado, dopado, também foi muito difícil. Lembra ainda de outros episódios que trouxeram sofrimento à família, como ser cobrada por traficantes de droga na porta de casa, “tivemos que pagar a dívida” diz ela, pois ao invés de vender, Júlio consumiu toda a droga. Francisca destaca, em palavras simples, o “preconceito” que as pessoas têm com esse tipo de sofrimento, pois quando está só, as pessoas se aproximam, abraçam, beijam, conversam, mas quando está na presença do irmão, os comportamentos são exatamente opostos, chegando a cruzar para o outro lado da rua em algumas ocasiões. Para Francisca, a idéia que mais lhe vem à cabeça quando a pensar sobre a esquizofrenia,

é medo. As pessoas tem medo, diz ela, muito medo. Boa parte desse preconceito existe, segundo ela, pela ação da mídia, que só realça os aspectos negativos da doença.

Maria topou participar da presente pesquisa para, segundo ela, poder ajudar outras pessoas que também sofrem “desse tipo de doença”. Ela está com 56 anos e tem dois filhos, o nome de um deles é Joaquim, de 27 anos. Maria já teve depressão quando era mais jovem, passou por um diagnóstico de “bipolar”, até chegar em seu diagnóstico mais atual, esquizofrenia. Maria já foi internada mais de 5 vezes por conta dessa doença, e algumas dessas internações foram, em suas palavras: “péssimas, pois teve lugar que fui tão dopada que nem sentia minhas pernas, não cuidavam bem de mim, me amarravam, foi horrível”. Outras internações em lugares diferentes foram boas: “saía me sentindo melhor” diz ela. O convívio familiar sempre foi muito difícil, principalmente em relação à sua mãe e à sua falecida avó, que segundo ela são pessoas muito “descompensadas”. Sua maior queixa se dá por, no contexto familiar, ser vítima dos acessos de raiva por parte da mãe e da falecida avó: “descontam tudo em mim, sempre na parte mais fraca, em quem não tem condição de reagir, no elo mais frágil”. Para Maria existe muito “preconceito” em relação à doença mental, sobre suas experiências ela diz que algo muito difícil é ser tratada como “boba”, como “débil”, como uma pessoa “assexuada”. Outra característica do “preconceito” e da discriminação acerca desse contexto é que as pessoas se preocupam mais com os remédios que se tomam do que com a pessoa que os toma, ou nas palavras dela: “as pessoas dizem: toma certinho! Pessoas que nem te conhecem bem, dizem isso como se fosse ficar mal e descontrolada sem o remédio, como se você fosse surtar. É a primeira coisa que se preocupam”. As pessoas demonstram medo às vezes. Maria demonstra muita gratidão à sua primeira médica psiquiatra, que segundo ela, também fazia “psicanálise” nas sessões, “saía me sentindo outra depois de conversar com ela, era caro, mais valia a pena”. Hoje, para Maria o que importa são os filhos, o futuro deles, se têm dinheiro para viver, se são felizes, se têm qualidade de vida.

Joaquim é um dos filhos de Maria, é advogado e tem 27 anos. Ele nos conta suas experiências de morar junto e ser um dos cuidadores de sua mãe. Minha mãe tem esquizofrenia desde que eu era criança, diz ele, e isso é muito difícil, pois pede muita paciência. As vezes “você tem que ficar ouvindo as coisas que ela fala, e que vêm de dentro da cabeça dela e contrarargumentar”. Segundo ele, isso é uma tarefa que demanda paciência, muita calma, e causa um tipo de sofrimento, pois escancara a condição de doença vivida por sua mãe. É um diálogo tenso, duro, e necessário, pois às vezes sua mãe imagina coisas que não existem de verdade, e as projeta como se verdade fossem. Joaquim aponta o problema do “preconceito” em relação à esse tipo de patologia como um mal a ser combatido, mas não consegue apresentar exemplos onde tenha visto a mãe ser

tratada mal ou discriminada por conta de sua condição, segundo ele: "ela já está muito melhor, e leva uma vida normal". Ela trabalha comigo, diz ele, e fica de secretária no meu escritório, e como ela fica responsável por muitas coisas, as pessoas acabam que confiam muito mais. As pessoas se sentem mais seguras pelo fato dela estar trabalhando. Em seu íntimo, Joaquim tem medo de "acabar como sua mãe", ele diz: "tenho medo de ficar igual a ela. As vezes me pego pensando e conversando sozinho e fico com medo. Também tenho medo de assistir vídeos e documentários sobre o tema, acho que é possível que se eu relembrar muito o que eu passei, possa ficar igual a ela". O momento mais difícil que Joaquim experienciou em relação ao tratamento de sua mãe foi ter que ficar sem ela quando a mesma ficava internada, ele confessa: "uma vez me ofenderam por causa dela, disseram que eu vivia de pensão por ter uma mãe louca. Foi muito difícil. Foi uma briga muito feia com um colega. Eu tinha uns 20 anos na época".

Eugênia está com 55 anos e trabalha no ramo da educação. É mãe de Gilson, que passou, segundo as suas palavras, por suspeita diagnóstica de possuir "hiperatividade" e "transtorno bipolar". Hoje sabe-se que ele tem esquizofrenia. Ele está com 19 anos. Quando criança, ela conta que o filho tinha problemas de concentração e de aprendizagem, aos 12 anos, tentou suicídio pela primeira vez, não seria a última. O pai, Ricardo, embora more na mesma casa, é, segundo ela, muito ausente. Trata o filho muito mal, ela diz, esfrega as coisas na cara dele, diz que nunca vai ser alguém na vida, que tem desvio de caráter, "essas coisas". Mas Eugênia diz que com ela, ele é bom, à tratar bem, mas à culpa pelo que aconteceu com Gilson, e diz que ela nunca teve tempo pra cuidar dele. Eugênia acha que o pai não entende a situação do filho, que vive em uma "negação mesmo", que acha que nada disso é verdade. Ela diz: "ele nega até o que a psiquiatra fala, imagine". Eugênia sofre muito com tudo isso, ele é para ela, o filho querido. Ela diz: "eu amo ele, mas não consigo me conectar com ele, ele me mantém distante, me expulsa do quarto dele". Uma vez, conta ela, ele deitou em seu colo e chorou muito, disse que aquilo não era pra ele, que não se encaixava no mundo. Isso a deixa muito triste. No começo, a idéia que tinha era que o esquizofrênico é louco e que vai te atacar, que ouve vozes, que tem olhar esbugalhado e que pode estar à espreita pra te atacar com uma tesoura. Hoje, Eugênia está estudando mais, conhecendo sobre a doença. Segundo ela, preconceito ele sofre dentro de casa, com o pai: "o pai compete com ele, se ele vai em alguma confraternização o pai se nega a ir também, e fica sem falar com ninguém ainda por cima". Ela conclui: "mas eu preciso dele, preciso de alguém com força por causa dos momentos de surto".

2.3 Principais Categorias e Temáticas Emergidas nas Histórias à Luz das Contribuições da Hermenêutica Gadameriana

2.3.1 Medo, Estigma e Preconceito

Vários estudos corroboram com a assertiva de que modalidades diferentes de sofrimento mental provocam respostas também distintas nos diversificados cenários sociais. E nesse sentido, as atitudes da população geral frente às modalidades de sofrimento psíquico podem ser positivas, quando se ligam ao apoio, compreensão e aceitação, neutras, quando ligadas à tolerância, e negativas, que vão desde estereotipização, passando pela discriminação, e chegando ao medo e até a agressão (Yuan et al., 2017). Dentre as modalidades de sofrimento psíquico, nenhuma parece causar mais medo do que a esquizofrenia (KRUPCHANKA et al., 2016; TEE; ÖZÇETIN, 2016; KOIKE et al., 2016a; KOIKE et al., 2016b). O exposto parece ser corroborado por algumas das histórias foram então construídas.

As pessoas têm medo dele. Muito medo. Isso é o que me vem à mente quando penso na esquizofrenia: as pessoas têm medo! Quando estou só, as pessoas se relacionam comigo de um modo mais natural, solto, me abraçam, chegam perto, já quando meu irmão está junto, o tratamento é o extremo oposto, cruzam pro outro lado da rua, cumprimentam de longe (Francisca, 48 anos, irmã e cuidadora de Júlio 44 anos, há dois anos diagnosticado com esquizofrenia).

Maria está com 56 anos, e luta contra a esquizofrenia desde seus 25 anos de idade. Já teve depressão, e foi, durante um tempo, e segundo ela, diagnosticada com Transtorno Afetivo Bipolar, porém, o diagnóstico de esquizofrenia foi o mais marcante de sua vida.

Já fui internada 5 ou 6 vezes, algumas vezes isso foi péssimo, outras nem tanto. Houve uma clínica que eu odiei, me doparam, só ficava na cama, minhas pernas travaram, foi péssimo, fui muito mal tratada, muito mal cuidada. Os piores momentos que tive com essa doença foram as crises mais feias, quando tinham que me pegar e me arrastar a força, era horrível, muito difícil. (Maria, 56 anos, diagnosticada com esquizofrenia desde os 25 anos).

Embora revisões de literatura demonstrem que algumas modalidades de sofrimento psíquico, dentre elas a esquizofrenia, possuem sintomatologia, e por essa consequência, a imagem associada à imprevisibilidade e à violência, pode-se dizer que uma parcela muito pequena da população geral tem acesso à dados, ou mesmo, contato direto com pessoas nessa situação de adoecimento. Como pode ser explicado então, o estigma incrustado à algumas dessas modalidades?

Parte dessa resposta parece se amparar nas informações que são propagadas pela grande mídia (ANGERMEYER; SCHULZE, 2001). E tal questão possui, certamente, influências de componentes linguísticos. Ao se associar um termo, esquizofrenia por exemplo, à recorrentes atos de violência, surtos, assassinatos, e a eventos bizarros, automaticamente esse mesmo termo,

inicialmente técnico, adquire nuances pejorativas (KOIKE et al., 2016a). Tanto é que, em países onde o uso do termo “esquizofrenia” foi compulsoriamente substituído por outros, mais técnicos e humanizados, e a grande mídia, obrigada a pô-lo em desuso, resultados bastante benéficos começaram a emergir no que tange à redução do estigma e da imagem equivocada quanto à essa particular modalidade de sofrimento psíquico (KOIKE et al., 2016b).

Segundo Gadamer (1997), é através de diálogos que as pessoas desenvolvem para si uma série de estruturas antecipatórias denominadas pré-conceitos ou preconceitos. Essa processo é dinâmico e ocorre a todo tempo e nas mais diversas relações dialéticas, tais como: leitor e seu texto; entrevistador e entrevistado; professor e aluno; e inclui, evidentemente; os meios de comunicação e a sua audiência. O processo de construção dessas estruturas antecipatórias, os chamados preconceitos é para Gadamer (1997), normal e inerente a todo ser humano, e culmina dinamicamente em uma fusão de horizontes¹⁴ onde, dela nascem novos conhecimentos e verdades que vêm a superar esses pré-conceitos tidos *a priori* (CARDONA, 2016).

Tal processo, conforme já dito, possui dinamismo ao passo em que dúvidas são levantadas por pessoas e projetadas ao mundo e, o mundo, na figura de seus interlocutores, dialoga em sentido contrário trazendo novas informações, que em relação confrontados com a pergunta norteadora da presente pesquisa, podem ser irreais e pejorativas. Exemplificando: é como um movimento de perguntas e repostas, onde o indivíduo que quer saber mais, e ao mesmo tempo já concebe algo *a priori*, pergunta. E o outro sujeito dessa relação dialética, no caso as diferentes mídias (sociais e tradicionais), respondessem indireta e repetitivamente: “esquizofrenia é associada com violência”, “o tratamento para esquizofrenia é de remédios psicotrópicos fortes”, ou “esquizofrênico vive em estado de surto”. O resultado só pode ser uma lacuna na construção de novos e mais fidedignos conhecimentos acerca do tema.

O tema do medo também emergiu na história de outro participante. Joaquim é advogado, tem 27 anos e é filho de Maria que, conforme já dito, possui quadro de esquizofrenia. Sobre o medo, ele nos conta:

Minha avó tinha medo de deixar ela viajar comigo, talvez medo de eu não cuidar direito dela. Mas ela é a responsável jurídica pela minha mãe, e isso influencia com certeza. Ela tem medo de ser responsabilizada se algo vir a acontecer (Joaquim, 27 anos. Convive e

¹⁴ Segundo Cardona (2016), dentro de uma abordagem gadameriana, “fusão de horizontes implica compreensão. Contudo, tal fusão não é suficiente para que aconteça a compreensão, nem tampouco para que, de antemão, se estabeleça o acordo sobre o “quê” e o “para quê” nos entendermos uns aos outros – condição do diálogo” (p. 56). Pelo contrário, é necessário, nessa esteira, que exista ou haja interpretação: desejo de saber o que o *outro* quer dizer, isto é, mais do que uma mera compreensão. É na interpretação que se dá a “autêntica fusão de horizontes e o desejo de compreender, de compreender-nos *a partir e pelo outro*” (p.56). Todos esses elementos estão pois, implicados na fusão de horizontes: a compreensão, a interpretação, o deslocamento do próprio ponto de vista para o ponto de vista do outro, etc.

cuida da mãe, Maria, 56 anos, que possui diagnóstico de esquizofrenia).

A roupagem adquirida pelo sentimento de medo parece ser, nesse caso, relacionada ao possível fardo em ser cuidador e responsável por alguém em situação de relativo comprometimento das suas funções cognitivas. De toda forma, o sentimento de medo parece habitar algumas das experiências daqueles que vivem no contexto do adoecimento mental severo, em especial, a esquizofrenia. Um trecho da história construída a partir das vivências de Eugênia parece se relacionar com o referido sentimento, ela diz:

Ele (o pai) ofende muito o rapaz, diz que ele não presta e que nunca vai ser alguém na vida. Diz inclusive que o que ele tem é desvio de caráter. Mas eu preciso dele, de alguém com força, até por causa dos episódios de surto (Eugênia, 55 anos, mãe e cuidadora de Gilson, 19 anos, hoje com esquizofrenia).

Pela fala de Eugênia, e sem entrar no mérito de seus experiências, é possível perceber a importância relegada à uma espécie de sentido de amparo e proteção que se faz necessário diante do comportamento de seu próprio filho. Há, muito provavelmente, a presença de um sentimento de medo em relação ao comportamento do filho que, por sua vez pode, em seu ponto de vista, ser de perigo ou violência.

Através dessas experiências também se permite discutir sobre a possibilidade de existência quanto a um estado de tensão entre, o sofrimento psíquico severo, e as respostas que essa mesma condição de provoca em outras pessoas em uma esteira mais genérica e social. Isso pode significar que o medo, embora em partes justificável pela ocorrência de situações de risco inerentes ao espectro da doença, não se sustentaria, nessa mesma proporção, a partir de um ponto de vista mais racional (LEVEY; HOWELLS, 1994). Sabe-se pois, que as crenças e o conhecimento acerca de um determinado fenômeno carregam, em si mesmos, componentes cognitivos e emocionais (ASCH, 1987), e a esquizofrenia possui, nesse sentido, uma forte relação com componentes linguísticos como violência, agressão, surtos psicóticos, perigo, dentre outros (KRUPCHANKA et al., 2016; TEE; ÖZÇETİN, 2016; KOIKE et al., 2016a; LEVEY; HOWELLS, 1994).

Levey e Howeels (1994) argumentam que a resposta emocional de medo que existe, e atua diante da esquizofrenia se deve, em grande parte, à uma desproporcional imprecisão no que tange à construção de sentidos inter-relacionados dos termos “esquizofrenia” e “periculosidade”. É como se as informações propagadas pela mídia (KOIKE et al., 2016a; KOIKE et al., 2016b), e a presença de graves lacunas informativas e educacionais (LABERON; SCORDATO; CORBIÈRE, 2017; PRADO; BRESSAN, 2016) elevassem a questão a um status de estereotipização que imbuiria, muito mais “periculosidade” ao tema já conhecido da “esquizofrenia”, ou mesmo em relação à

doença mental de uma maneira mais genérica. Sobre essa percepção acerca do tema da esquizofrenia, Eugênia contribui com as suas experiências:

O que eu sabia sobre a esquizofrenia quando fiquei sabendo desse diagnóstico é o genérico, o popular, de que o esquizofrênico é louco e vai te atacar, que ouve vozes, que tem olhar esbugalhado e que pode estar à espreita pra te atacar com uma tesoura. Hoje estou estudando mais, conhecendo sobre a doença (Eugênia, 55 anos, mãe e cuidadora de Gilson, 19 anos, hoje com esquizofrenia).

É oportuno questionar acerca das origens de tais componentes pré-conceituais a respeito do sofrimento mental. A resposta contudo, não se fará emergir com facilidade, isso é certo. Gadamer (1997) estabelece, como postulado fundamental de sua hermenêutica, o homem enquanto ser linguístico. Isso significa que todos os processos de aquisição de novos conhecimentos são guiados, e têm sua origem em eventos e experiências linguísticas (PECK; MUMMERY, 2017). Nesse sentido, o homem é, para Gadamer (1997), um hermeneuta em pleno exercício de sua escuta e linguagem desde a hora em que nasce até o findar de sua existência. E essa atitude envolve, certamente, componentes involuntários, instintivos, intuitivos e espontâneos, ou seja, decorrem de maneira independente à vontade humana, em um arraigado e complexo sistema de perguntas e respostas e de projeções e ajustamentos (RILLO, 2008).

Assim, para se compreender a formação do “preconceito”, tal como genericamente o conhecemos, portador de nuances negativas e discriminatórias, há de se retornar à Gadamer (1997) quando este afirma que sem a concretização adequada de um entendimento que seja novo, e que ao mesmo tempo, emerja a partir de embasada ponderação e reflexão, o mundo das experiências tende a reduzir-se à pouco mais do que um conjunto indefinido e ambíguo de informações sensoriais. E ao se referir ao “preconceito” de uma maneira genérica, deseja-se concebê-lo enquanto dotado de uma atitude descreditarante em relação ao sujeito a que se destina (CORRIGAN et al., 2017; THORNicroft et al., 2016; THORNicroft; SLADE, 2002), o que Gadamer (1997) entende como sendo um *falso preconceito*, gerado a partir de uma falha no círculo hermenêutico¹⁵ de perguntas e respostas que permeia a todos os seres humanos.

Logo, se o processo de obtenção de novos conhecimentos e conceitos perpassa pela construção de um diálogo, que pode ser linguístico ou paralinguístico, então, não seria irrazoável

¹⁵ Uma adequada definição acerca do conceito de círculo hermenêutico nos é trazido pelo trabalho de Souza e Galiazzi (2016), quando os autores afirmam que o mesmo “é considerado uma das doutrinas mais fundamentais da teoria hermenêutica. Contemporaneamente, é a ideia de que sempre compreendemos ou interpretamos um texto a partir de algumas pressuposições. De maneira clássica, é a ideia de que apenas podemos compreender as partes fora da ideia geral do todo e somente podemos alcançar esse todo ao compreender suas partes. Assim, em ambas as perspectivas, não há compreensão sem pressuposições. Estas, que Heidegger chama de “estrutura antecipatória”, Gadamer chama de “prejuízos” ou “preconceitos” e são determinadas pela cultura, história, linguagem e educação” (p.48). Ver também Regan (2012) para uma descrição desse e de outros conceitos da hermenêutica gadameriana.

conceber que, dentro desse mesmo diálogo, e a partir de lacunas e falhas dentro de seu processo comunicativo, soergueriam-se “pré-conceitos” arraigados e discriminatórios (SOUSA; GALIAZZI, 2017). É como se concepções descabidas ou mal concebidas sobre os fenômenos surgissem, necessariamente, de um processo interpretativo e dialético onde, por algum motivo a informação interpretada envolveu matizes pejorativas e inadequadas. Esse “incidente” na tarefa hermenêutica possui delineamentos variados ou variáveis, e pode envolver situações diversas: algo que foi adequadamente falado mas não foi adequadamente interpretado, algo falado que já trazia em si componentes discriminatórios e que foi interpretado e entendido aquém de uma atitude de ponderação, ou mesmo, algo que tampouco foi falado e nem mesmo a possibilidade de interpretação foi oportunizada.

2.3.2 Contato, Conexão e Linguagem

Na esteira do tema da linguagem enquanto ferramenta para a hermenêutica das relações humanas e interpessoais, um trecho da história construída à partir das falas de Francisca parecem fazer emergir um categoria de discussão relevante: o estabelecimento de uma conexão emocional entre familiar cuidador e paciente.

Para a família isso cuidar dele é sempre muito difícil. Uma vez ele pediu pro pai dele para morar junto (somos irmãos apenas por parte de mãe), e o pai disse não poder, o dispensou, sem mais nem menos. Onde já se viu, negar o próprio filho (Francisca, 48 anos, irmã e cuidadora de Júlio 44 anos, há dois anos diagnosticado com esquizofrenia).

O exposto por Francisca faz emergir um tema que não faz parte de discussões usuais sobre o cuidado em saúde mental. O que se deseja aqui chamar a atenção, é para a barreira simbólica existente entre, a pessoa em situação de sofrimento psíquico, e os familiares de seu convívio que são, em grande parte das vezes, os cuidadores responsáveis. Isso significa lançar luz sobre a questão do fardo em ser cuidador e familiar de pessoas nessa condição de saúde, mais especificamente em tentar levantar pontos de discussão sobre as dificuldades de entender, bem como de ser entendido, quando no contexto do sofrimento mental severo. Nesse sentido, alguns trechos das histórias construídas podem contribuir na construção dessa discussão.

Eu cuido dele, e me emociono quando falo isso, choro bastante, é meu irmão mais novo, mas queria poder saber mais e cuidar melhor, queria saber o porquê de todo aquele lixo, mas ele não fala, não fala quase nada. Queria saber o que ele gosta de fazer, ocupá-lo mais. Semana que vem vou levá-lo num projeto de esportes, quem sabe ele gosta

(Francisca, 48 anos, irmã e cuidadora de Júlio 44 anos, há dois anos diagnosticado com esquizofrenia).

Eu sofro muito nesse processo, não consigo me comunicar com ele, não consigo entrar no mundo dele, eu o amo muito. O dia a dia é péssimo, ele acorda, vai na academia, e volta pra casa pra ficar no computador o resto do dia. Todo o dia é isso, cheguei de pedir pra conhecidos simularem dar emprego pra ele só pra ele ter o que fazer, eu que pagaria o salário escondida (Eugênia, 55 anos, mãe e cuidadora de Gilson, 19 anos, hoje com esquizofrenia).

Minha mãe se chama Maria, ela tem esquizofrenia desde que eu era criança. Acho que o mais difícil nisso tudo é o fato de você ter que ter muita paciência em relação a algumas coisas que ela fala. Por exemplo: as vezes ela fala coisas que não fazem sentido algum com a realidade e você tem que respirar e contra-argumentar (Joaquim, 27 anos. Convive e cuida da mãe, Maria, 56 anos, que possui um quadro de esquizofrenia).

O que as experiências de vida dos três participantes demonstram em comum é que há, em maior ou menor proporção, evidentes lacunas que se referem à entendimentos sobre a pessoa de seus familiares em situação de sofrimento ou adoecimento psíquico. Isso significa o emergir de potenciais falhas em tarefas hermenêuticas consideradas simples, tais como apropriar-se de saberes sobre os gostos e opiniões mais comuns de seus familiares. O problema parece localizar-se na esfera da comunicação, e parece portanto, relacionar-se ao tema da linguagem.

Segundo Witbourne e Halgin (2015), algumas formas de adoecimento psíquico, dentre elas a esquizofrenia, possuem sintomatologia associada a distúrbios, tanto no conteúdo e na forma daquilo que é falado, como também no afeto, na vontade, e na percepção da fala do outro. Tais características podem reduzir funções na área da vontade, do pensamento, da linguagem e do âmbito afetivo (SANTOS, 2017). Com isso, o que se deseja demonstrar é que, além das dificuldades inerentes à tarefa interpretativa que já foram aqui demostradas, quando em se tratando de condições de sofrimento psíquico severo com relativo grau de comprometimento cognitivo, o cenário adquire ainda, delineamentos de maior complexidade e muito mais atravessados. Ou seja, operar a hermenêutica diante do já truncado jogo de perguntas e respostas presente no mundo-da-vida é uma coisa, agora, executar essa mesma tarefa quando um dos interlocutores é portador de tais condições de adoecimento mental é bem outra.

Uma adequada maneira de conduzir ou iniciar qualquer diálogo com pessoas com algum grau de comprometimento cognitivo em virtude de alguma modalidade de adoecimento, perpassa por saber perceber as suas necessidades mais emergentes (THORNICROFT; SLADE, 2002). Uma sugestão pode ser encontrada nas idéias de Maslow (1954), onde esse postula, dentre outras coisas, que as necessidades fisiológicas fundamentais, como a de água e alimento, sustentam outras necessidades como, segurança, amor, auto-estima e auto-realização. Proceder à tarefa hermenêutica junto a um paciente com quadro severo de sofrimento psíquico, tal como os com esquizofrenia, a

partir de uma ótica que contemple a satisfação de suas necessidades mais básicas parece, definitivamente um bom caminho.

Acho que o maior problema de se ter esse tipo de doença é o fato das pessoas te tratarem como boba, ou como uma pessoa assexuada. Mas o que é mais forte mesmo é todos acharem que você tem algum tipo de retardo mental, ser boba, ingênuo, etc. Eu lembro das pessoas me tratarem assim, elas inclusive demonstram medo, às vezes. Existe muito preconceito em relação ao uso de remédios inclusive. As pessoas dizem: toma certinho! Pessoas que nem te conhecem bem, dizem isso como se fosse ficar mal e descontrolada sem o remédio, como se você fosse surtar. É a primeira coisa que se preocupam (Maria, 56 anos, diagnosticada com esquizofrenia desde os 25 anos).

Esse trecho da história construída a partir das palavras de Maria chamam a atenção para um outro lado de uma mesma situação. Se por um lado existem óbvias limitações dada a sintomatologia inerente ao adoecimento, por outro, uma atitude desproporcionalmente paternalista pode prejudicar ainda mais a emersão de novos e relevantes entendimentos sobre a pessoa cujo cuidado à ela se objetiva. O tema do paternalismo em relação ao sofrimento mental é de ordem mundial e vem sido discutido por diversos estudos (BREEZE, 1997; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1989). Por um lado, tais estudos parecem se afastar da defesa de um paternalismo considerado forte ou exacerbado e, a partir daí, uma tendência a se relegar tanta autonomia quanto possível a esses pacientes parece se tornar imperativa (BREEZE, 1997). Essa discussão parece se concentrar sob um aspecto que pergunta pela “gramática mínima” de intervenção paternalista em caso de sofrimento psíquico severo, ademais, a potencial ausência de racionalidade lógica e de competência para tomar decisões aparenta justificar o que se tem por “paternalismo justificável” (CHILDRESS, 1989).

De toda forma, intentar, nesses casos, a uma comunicação dialética adequada e com clareza parece ser uma tarefa árdua. É porém, muitas vezes tangível, assim como a obtenção, por meio do diálogo, de novas e importantes compreensões a respeito do outro. Tais compreensões quebram, segundo Gadamer (1997), significados que seriam, dotados de inverdades ou pré-conceituosos. E nesses casos, entender o novo a partir da fala do outro, significa muito mais que concluir uma tarefa de interpretação. Significa poder saber mais, e assim, poder cuidar melhor e de maneira mais eficiente, da pessoa cujo cuidado geralmente se objetiva, e claro, de si mesmo enquanto familiar ou cuidador.

2.3.3 Sofrimento, Des-informação e Preconceito

Francisca leva seu irmão Júlio, que tem esquizofrenia, quase todos os dias no CAPS próximo à sua residência. Lá ele toma café da manhã, conversa com algumas pessoas, e de vez em

quando, passa por uma consulta com o psiquiatra. Mas bom mesmo, diz Francisca, seria se alguém dissesse à ela algumas informações a respeito da condição e do cuidado clínico de seu irmão.

Ele vai todas as manhãs no CAPS, toma café da manhã lá, mas penso que poderia ser melhor. Poderiam propor mais atividades, fazer um atendimento mais individualizado e melhor, poderiam se preocupar mesmo com a situação dele. Mas ainda vem que tem o CAPS, se não tivesse, ele estaria pior. Mas pode melhorar, com certeza! Bom mesmo seria se alguém da psicologia o atendesse regularmente, até pra poder nos instruir corretamente sobre o que é melhor pra ele e também para explicar a forma como ele pensa (Francisca, 48 anos, irmã e cuidadora de Júlio 44 anos, há dois anos diagnosticado com esquizofrenia).

Maria faz tratamento contra a esquizofrenia há mais de 25 anos. Hoje, com seu quadro clínico bastante estável, tem condições de dar sua opinião e de contar as suas experiências. Para ela, ser tratada como uma “doente” prejudicou em muito o andamento do seu tratamento.

Com a família, toda essa situação foi, e ainda é muito difícil. Minha mãe não ajudava muito, me tratava com alguém doente mesmo, como uma retardada. Com minha falecida avó era ainda mais difícil, ela prejudicou muito o meu tratamento, quando vinha morar comigo, afi era certo, dentro de 20 dias eu tinha que me internar. Não tinha como aguentar, era muito estressante. Quando juntava as duas, todos saíam dos seus limites, não aguentava, era muito estresse, estouravam todas as mágoas em mim pois era a mais fraca, o elo mais fraco (Maria, 56 anos, diagnosticada com esquizofrenia desde os 25 anos).

Joaquim é o filho mais novo de Maria. Para ele, as pessoas tem preconceito em relação aos que tem doença mental, e, segundo ele, sabem que tem algo errado.

Um grande problema sobre essa doença é o preconceito que existe na mente das pessoas. Aqui na região por exemplo, todos conhecem ela e sabem da sua doença. As pessoas olham de uma forma diferente, algumas conversam bastante com ela, mas as pessoas sabem que tem algo errado (Joaquim, 27 anos. Convive e cuida da mãe, Maria, 56 anos, que possui um quadro de esquizofrenia).

Por último, Eugênia, mãe de Gilson, 19 anos e portador de esquizofrenia. Ela diz que o pior do preconceito e da discriminação repousa dentro de casa. Para ela, seu esposo, e pai de Gilson, não entende o filho, e talvez por isso, o trate muito mal. Ela conta:

Nós temos muitos problemas em relação ao pai dele, moramos todos juntos, mas o Ricardo (pai) é muito ausente, acho que não entende o problema que o filho tem. É o primeiro a apontar o dedo e a delegar culpa, para ele, até a psiquiatra está errada. Aqui no meu trabalho todos gostam dele, ele não sofre com preconceito aqui, mas em casa já é diferente. O pai compete com ele, se ele vai em alguma

confraternização o pai se nega a ir também, e fica sem falar comigo ainda por cima. Mas enfim, como eu disse, eu preciso dele (Eugênia, 55 anos, mãe e cuidadora de Gilson, 19 anos, hoje com esquizofrenia).

Em maior ou menor grau, e ressalvadas as particularidades de cada caso, todos esses relatos se relacionam ao tema da informação adequada diante do sofrimento mental. Esse que é, segundo Xu et al., (2017) e Corrigan et al., (2017), um dos temas mais relevantes para se intentar ao combate e a elucidação do estigma e dos falsos preconceitos.

Quando a informação adequada sobre os diferentes tipos de adoecimento mental não chega, atitudes negativas como o preconceito, a discriminação e o afastamento social predominam (YUAN et al., 2017). E no sentido do presente trabalho, promover boas informações significa pois, oportunizar a obtenção de novas e relevantes compreensões às pessoas que, através de uma dúvida e de um “querer-saber” legítimo, interrogam por mais a relação ao quadro de sofrimento mental de seus familiares.

Evidencia-se que o próprio ato de perguntar deve vir imbuído de um querer-saber autêntico, o que pressupõe uma atitude de abertura em relação ao novo (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2012). O primado da hermenêutica repousa sobre a atitude de indagar, pois para se proceder à mesma, é preciso antes querer saber, ou seja, desejar aquilo que ainda não se sabe ou não se conhece. A tradição hermenêutica rejeita o conceito de mundo unitário dotado de realidades, mas preceitua a existência de verdades, aspectos diferenciados da mesma realidade, construída na autoridade e na tradição (SIDI; CONTE, 2017; ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2012).

No contexto da atenção pública em saúde mental, o que se percebe é que os profissionais cuidadores são, geralmente, os principais alvo das intervenções anti-estigma e anti-discriminação (UNGAR; KNAAK; SZETO, 2016; MARCHAND; PALIS; OVIEDO-JOEKES, 2016). Tal movimento é relevante e necessário, pois episódios discriminatórios partindo de profissionais da atenção em saúde são constantemente relatados em pesquisas (MÖLLER-LEIMKHÜLER et al., 2016; KRUPCHANKA et al., 2016). Nota-se porém, a ausência de suporte em forma de informações para os familiares cuidadores. E é certo que a intolerância e a estereotipização a partir do olhar do público em geral estão associados à ignorância e ao pouco conhecimento a respeito do tema (CORRIGAN et al., 2017; XU et al., 2017)).

Estudos que corroboram com a necessidade de se promover medidas que intentem à reconstrução dos preconceitos negativos e estereotipados a partir da ótica do público em geral, são vastos, e direcionam para medidas tais como: educação direcionada sobre o tema (XU et al., 2017); promoção de contato (direto ou indireto) com indivíduos em situação de sofrimento mental (PELLETIER et al., 2017; BLUNDELL et al., 2016; THORNICROFT et al., 2016); campanhas anti-estigma e anti-discriminação propagadas pelos meios de comunicação (KOIKE et al., 2016a;

KOIKE et al., 2016b); fácil acesso à literatura da área (PELLETIER et al., 2017; LABERON, SCORDATO; CORBIÈRE, 2017); e ainda, uma combinação de todos esses recursos.

3 DISCUSSÃO

A partir das histórias construídas com base nas falas coletadas pelo presente estudo, é possível identificar a influência de, pelo menos, três fatores condicionantes e formadores de crenças e atitudes estigmatizantes ou estereotipadas, ou, genericamente falando, três fatores que agem na formação daquilo que, genericamente conhece-se como preconceito.

3.1 A Influência da Mídia e dos Meios de Comunicação

A quantidade de estudos que demonstram a influência dos processos midiáticos na formação de estigmas e estereótipos no imaginário social é robusta o suficiente a ponto de poder ser afirmado que, através desses processos, falsos preconceitos são formados. Cabe ressaltar que os efeitos propagados pela mídia nas atitudes em relação aos em condição de adoecimento mental pode, além de construir novos e estereotipados significados e representações sociais (MOSCOVICI, 2011), contribuir para o enraizamento das condições estigmatizantes já existentes (ANGERMEYER; SCHULZE, 2001; LEVEY; HOWELLS, 1994). A capacidade de influência da mídia na questão aqui discutida é, portanto, contundente. E essa influência demonstra-se também ser antiga, e revela-se atuante desde muito antes dos meios de comunicação em massa que hoje se conhecem, tanto que Winslow (1857) citado por Renvoize (1991) argumenta que, desde o início do século XIX, imagens equivocadas a respeito do adoecimento mental vêm sido propagadas por poetas, dramaturgos, romancistas, e pintores.

Embora a formação de estigmas e de falsos preconceitos frente ao sofrimento psíquico severo seja, de fato, um fenômeno dinâmico e multifacetado, parece que a mídia desempenha um papel de majorada relevância no que tange à essa questão. Isso ocorre, em grande parte, devido ao fato de a maioria das pessoas não ter contato direto com pessoas nessas mesmas condições de adoecimento (PELLETIER et al., 2017; LABERON, SCORDATO; CORBIÈRE, 2017; LEVEY; HOWELLS, 1994). E nesse sentido, é compreensível que as pessoas busquem outros tipos de respostas que sanem ou solucionem suas indagações a respeito desse mesmo tema. Eis a manifestação dinâmica de formação de um círculo hermenêutico. Até mesmo a exibição de um filme que retrate a doença mental como portadora de nuances de intensa violência podem impactar na formação e/ou manutenção de falsos preconceitos (WAHL; LEKOWITS, 1989).

Em grande parte das vezes, relatos propagados pelos meios de comunicação sobre pessoas em situação de sofrimento mental severo tendem a estar relacionados a crimes e à violência (CARPINELLO; GIRAU; ORRÚ, 2007; LEVEY; HOWELLS, 1994)), sobretudo à eventos de suicídio, homicídio, e de outros atos de violência (CARPINELLO, 1991). Diferentes modalidades de sofrimento mental estão propensas a serem associadas a eventos de violência distintos. Esquizofrenia por exemplo, associa-se a agressões e a homicídios (ANGERMEYER; SCHULZE, 2001), muito embora os índices de crimes de qualquer espécie, bem como atos de agressões, promovidos por pessoas com esquizofrenia fiquem abaixo de 10% (WALSH; BUCHANAN; FAHY, 2002). Já as tentativas de suicídio são mais associadas a episódios de depressão severa, ou a quadros de bipolaridade. O fato é que em ambos os casos, os fatores que dão causa para a desproporcional associação entre violência e sofrimento mental parecem ser oriundos de pré-julgamentos e estereótipos pessoais de jornalistas, e não de conhecimento baseado em evidência (CARPINELLO, 1991; CARPINELLO; GIRAU; ORRÚ, 2007).

As resultantes deste fenômeno dinâmico acabam por superenfatizar de forma pejorativa a sintomatologia das diversificadas modalidades de sofrimento psíquico. Portanto, torna-se provável que, através desses mecanismos, associações entre sofrimento mental e violência sejam mantidas, incorporadas, ou potencializadas às crenças sociais a respeito do tema. Porém, novos estudos permitem vislumbrar novos horizontes e possibilidades de enfrentamento à referida questão. Inclusive, Carpinello, Girau e Orrú (2007) explicitam uma melhora significativa no que tange ao modo com que os meios de comunicação vêm retratando as modalidades de adoecimento mental como um todo, havendo inclusive estudos comprobatórios a respeito dessa mesma tendência nos Estados Unidos e na Austrália (CORRIGAN et al., 2001; MILES; CHAPMAN; FRANCIS, 2015).

Isso significa que matérias e reportagens jornalísticas estão, ao menos nesses locais, cada vez menos, estatisticamente falando, produzindo conhecimentos cuja ênfase seja a violência associada ao sofrimento mental e, aos poucos, produzindo conteúdos com novas aproximações, tais como a promoção de narrativas pessoais a respeito da vida, e do dia a dia de pessoas com sofrimento mental, de modo onde sujeitos comuns, ou mesmo celebridades, compartilham histórias sobre si mesmas. Tais atitudes podem, conforme amplamente teorizado, ajudar na diminuição do estigma e do afastamento social em relação às pessoas com adoecimento mental, inclusive por se tratarem de uma medida de promoção de contato social/interpessoal indireto com pessoas nessas condições de saúde (PELLETIER et al., 2017; CORRIGAN et al., 2017; THORNICROFT et al., 2016).

3.2 Sobre a Teoria do Contato

Afere-se que qualquer discussão a respeito do tema do preconceito deve se dar a partir de uma análise a respeito do contexto histórico e social, nos quais o viés preconceito emerge. Apesar de tal análise não fazer parte do escopo do presente trabalho, há de se ressaltar que a atitude negativamente preconceituosa se constrói atravessada por uma mediação psíquica, ou seja, a partir da interpretação que determinada pessoa faz a respeito de seu contexto e entorno social (RUTLAND; KILLEN; ABRAMS, 2010). Logo, à essa equação podem ser incorporados fatores que servem de variáveis e, consequentemente, atravessam e exercem influência, como antecedentes históricos, culturais e linguísticos.

Não é tarde para afirmar que a atitude estigmatizante ou discriminante é oriunda de um sentimento de pertença a determinado grupo social (ABRAMS; HOGG, 1988), ou seja, diz respeito à identidade social que é construída pelo indivíduo pertencente ao grupo, e aos ideais que são possuídos por seus integrantes no que diz respeito à "normalidade" interior à essas relações grupais (ELLEMERS; SPEARS; DOOJSE, 2002). Logo, aquilo que é reconhecido e traduzido em um sentimento de pertença e de normalidade, tende a ser aceito e incluído, já o que não se enquadra ou não se é entendido, tende a permanecer do lado de fora ou, se uma vez encontrando-se dentro, tende a ser expurgado.

Ainda nessa esteira de raciocínio, contribuições da hermenêutica gadameriana a respeito do tema da formação do preconceito se mostram relevantes, pois para Gadamer (1997), é natural que o ser humano se encontre no caminho do incompreensível, e a partir daí, o mesmo é trazido para o caminho do questionamento e obrigado a compreender. Conforme já dito, tal processo é dinâmico e beira o involuntário. Ao mesmo tempo, não se trata de um assenhoramento previamente estabelecido, como se todas as coisas já possuíssem um significado universal, mas ao contrário, trata-se de interpretar respostas a um desafio que sempre se renova: o de compreender o novo, ou algo espantosamente outro, alheio, obscuro, e até mesmo profundo (GADAMER, 1997). Driblar, superar ou elaborar uma atitude psíquica de preconceito, ou para Gadamer (1997), de *falsos preconceitos*, envolve acolher o outro de uma forma que flerta à uma verdadeira hospitalidade, e para tal é preciso conhecer, interpretar e compreender o novo, e nessa tarefa, construir uma relação de contato afetuosa parece ser um bom caminho.

A premissa é bastante simples: quanto mais distantes ficamos de determinado fenômeno, menos conhecimentos a respeito dele obtemos, e portanto, enraizar-se-ão cada vez mais os conhecimentos apriorísticos que já são possuídos acerca daquilo que se supõe ser esse mesmo fenômeno, ou seja, em palavras simples, mais preconceitos irão se formar no entorno de suas compreensões. Por outro lado, ao trazer o fenômeno para perto, a atitude hermenêutica será naturalmente obrigatória, e novos sentidos serão, necessariamente construídos. E para que os novos

sentidos sejam construídos adequada e, ponderadamente, não basta que sejam disponibilizadas porções suficientes de informações baseadas em evidências.

O contato¹⁶ é visto como um caminho fundamental para se combater estigmas e falsos preconceitos. Diversos estudos se dispõem a construir teorias e sistematizações a respeito do tema (PELLETIER et al., 2018; XU et al., 2017; CORRIGAN et al., 2017; CHEN et al., 2017; BLUNDELL et al., 2016; THORNICROFT et al., 2016; SHEEHAN; NIEWEGLOWSKI; CORRIGAN, 2016). De um modo geral, os autores chamam a atenção para o fato de que a qualidade e o tipo do contato, bem como as circunstâncias da experiência, irão determinar as novas construções de sentidos que serão feitos naquele momento hermenêutico (BLUNDELL et al., 2016). Algumas revisões de literatura trazem, inclusive, considerações sobre o tema de maneira bastante atualizada (DELUQUE JÚNIOR; COSTA, 2019a; DELQUE JÚNIOR; COSTA, 2019b).

Eis que o suporte afetivo necessário, e a disponibilização de informações adequadas sobre o tema se fazem, nesse sentido, relevantes. Segundo Evans-Lacko et al., (2012), a divulgação de informações adequadas a respeito da condição de adoecimento, naquele momento em foco, é um elemento importante para a compreensão adequada do fenômeno, pois os estados de sofrimento mental não possuem características visivelmente aparentes. Os autores ainda argumentam que a auto-revelação, ou seja, o adoecimento mental contado por aquele que o vivencia, pode ser um fator-chave para facilitar ou possibilitar o contato social positivo através da intimidade criada pela referida circunstância.

Além dessas diretrizes, algumas sugestões são feitas para aprimorar a qualidade do contato diante da tarefa hermenêutica de compreensão do novo, e da redução dos preconceitos negativos. Segundo Allport (1954) citado por Evans-Lacko et al., (2012), a atribuição de relevância e de igualdade de status à pessoa em situação de sofrimento mental, e a abertura de diálogo para a livre manifestação de suas experiências, parecem contribuir para a humanização daquele momento hermenêutico, bem como para o surgimento de novas e verdadeiras verdades. Outro fator apontado por Allport (1954) refere-se ao desenvolvimento de medidas de apoio por parte das autoridades, leis ou costumes, de modo que haja real incentivo e possibilidade para que as pessoas possam ouvir, umas, as experiências das outras.

Ademais, cabe ainda endossar que o estigma e a discriminação em relação à pessoas com sofrimento mental severo tende a diminuir ainda mais quando tais pessoas são capazes de se manter empregadas, bem como de se estabelecerem como bons vizinhos e amigos (CORRIGAN;

¹⁶ Para um ponto de vista complementar sobre o tema e a relevância do contato na prevenção e no combate ao estigma em relação ao sofrimento mental sugere-se o trabalho de Blundell, R., Das, R., Potts, H., e Scior, K. (2016). The association between contact and intellectual disability literacy, causal attributions and stigma. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(3), 218–227. doi:10.1111/jir.12241.

WATSON, 2002). Assim, derruba-se por terra uma antiga premissa segregacionista de que doentes mentais devem ser mantidos distantes e em muros fechados (FOUCAULT, 2014).

3.3 O Tema da Informação e da Educação

A reflexão sobre o tema da informação como forma de combate ao estigma e ao preconceito refere-se a uma problemática de delineamentos voltados ao público em geral. Movimentos de protestos públicos vêm emergindo no sentido de desestruturar representações imprecisas e hostis de modalidades de sofrimento mental (CORRIGAN; PENN, 1999). Tais esforços querem na verdade dizer, para a mídia: pare de relatar representações imprecisas sobre o sofrimento ou adoecimento mental! E para o público: parem de acreditar em opiniões negativas e simplistas sobre tais formas de adoecimento (CORRIGAN; WATSON, 2002)! Embora o público em geral seja o mais influenciável por informações imprecisas a respeito do tema do sofrimento mental, isto não é uma exclusividade. Há de se dizer que até mesmo profissionais bem treinados do campo da saúde mental demonstram possuir pensamentos estereotipados e preconceituosos a respeito do referido tema (KEANE, 1990).

Pouco se pode vislumbrar a respeito dos efeitos futuros de tais manifestações mas, tanto a questão do contato, que já fora aqui discutida, bem como o tema da educação parecem ser ferramentas eficientes para se combater essa modalidade de estigma (CORRIGAN; WATSON, 2002). A respeito da educação enquanto método de combate ao estigma, a dinâmica parece funcionar da seguinte forma: a educação, na forma de aulas, cursos, programas, e cartilhas educacionais, fornece informações essenciais que permitem às pessoas procederem em suas respectivas interpretações e assim gerarem novos entendimentos a respeito do tema do sofrimento mental, e por consequência sobre pessoas que vivenciam essa realidade. Há inclusive estudos que comprovam que pessoas que possuem uma melhor compreensão a respeito do referido tema têm menor probabilidade de endossar atitudes de preconceito, de estigma e de discriminação (BROKINGTON et al., 1993).

Enquanto informações imprecisas e estereotipadas sobre o tema acabam por formar falsos preconceitos, informações técnicas, adequadas e positivas fazem por auxiliar na conclusão de círculos hermenêuticos e, por consequência, ajudar na superação de antigos pré-conceitos por novos entendimentos. E não menos importante há ainda a falta de informações disponíveis. Nesse caso, a tarefa hermenêutica pouco se sustenta e o indivíduo tende a permanecer preso naquilo que Gadamer (1997) define por compreensões apriorísticas - os falsos preconceitos. Em todos esses casos, há pois, um relação que supõe-se ser dialética, onde há um sujeito que interroga e que aguarda pela resposta que lhe possa talhar novas opiniões e compreensões, ao tempo em que também supõe-se

quais podem ser essas mesmas respostas, pois possui-se, *a priori*, preconceitos capazes de predizer algo sobre o fenômeno inquirido.

Portanto, o fornecimento de informações estratégicas a respeito do tema do sofrimento ou adoecimento mental parece diminuir significativamente os estereótipos negativos que se encontram incrustados no espectro dessas condições. Quanto às estratégias e programas educacionais, há relevantes e numerosos estudos que apontam a melhora das atitudes em relação ao sofrimento mental, por parte daqueles que compuseram esses mesmos programas (CORRIGAN et al., 2017; KEANE, 1990). Tais programas parecem ser eficazes para os mais diversificados grupos sociais, incluindo estudantes de graduação e de pós graduação, o público em geral, jovens e adolescentes, residentes do entorno comunitário, e até mesmo para pessoas portadoras de quadros de sofrimento psíquico severo (CORRIGAN; WATSON, 2002).

Ademais, estratégias educacionais e de divulgação de informações pertinentes a respeito do referido tema, têm ainda importância significativa em conjunto com outras estratégias de prevenção e combate ao estigma e aos falsos preconceitos, tais como as baseadas em contato. E ainda, parecem estar relacionadas diretamente ao tema da influência da mídia e dos meios de comunicação como formadores de estigma e de preconceito nas representações sociais de um modo geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fazer pesquisa à luz da abordagem hermenêutica implica, ao pesquisador, posicionar-se tal como um sujeito em constante interpretação diante do fenômeno inquirido. Isso significa permitir a emersão de insights que, de maneira ponderada e autônoma, caminham na direção do pesquisador, e tal como em uma postura de oposição à atitude pesquisadora que intenta a obtenção de resultados de forma ávida e faminta por resultados. Enquanto método, a atitude hermenêutica compele o pesquisador a habitar aquilo que é o mais importante: a verdade do “mundo-da-vida” percebida pelos olhos da pessoa entrevistada. E no sentido dessa abordagem, frise-se, convém-se operar linguisticamente de modo humanizado, chamado pois, de “pessoa”, o sujeito, objeto, ou indivíduo pesquisado. Em uma atitude pesquisadora de abordagem hermenêutico-gadameriana, os detalhes fazem toda a diferença. E nessa atitude, se é permitido tecer algumas conclusões sobre aquilo que fora inquirido, interpretado, analisado e discutido no presente estudo.

Tem-se por “sofrimento mental”, uma terminologia que intenta à humanização das relações sociais direcionadas ao tema das doenças, dos transtornos, ou das patologias mentais, e que é, muitas vezes utilizada como sinônimo dos mesmos. De fato, não se faz leviano afirmar, que aquele que se vê acometido por uma patologia ou por um transtorno mental, vê-se também acometido por relevante sofrimento psíquico. Porém, a condição de adoecimento psíquico possui outros

atravessamentos, que trazem consigo, todo um contexto de nuances familiares e sociais que habitam em seu entorno. E o entorno também sofre, e como sofre.

Assim, sofrimento mental não significa, necessariamente, estar mentalmente doente ou algo parecido, pelo contrário, para sua adequada categorização, basta que se sofra, e não há na fenomenalidade da vida humana, uma modalidade de sofrimento que não possua relevância psíquica. E quanto ao sofrimento dos participantes da referida pesquisa, em resumo, pode-se dizer que são intensos e presentes, e, sem entrar no mérito de suas experiências, pode-se afirmar que cada qual sofre à sua maneira e de acordo com as suas “verdades de mundo”. Nessa percepção, o método hermenêutico em muito contribui, pois compele ao intérprete-pesquisador perceber o outro como outro.

Dentre os fatores que produzem sofrimento mental, o preconceito, em seu sentido genérico e pejorativo, apresenta-se, a depender do cenário, como um dos mais preponderantes. E no presente trabalho, uma distinção se faz necessária. Preconceito relaciona-se, para Gadamer (1997), como uma atitude de pré-conhecer ou de pré-compreender algo, e deverá naturalmente ser superado à medida em que se apreende e se interpreta o novo. Logo, preconceito em sentido gadameriano (*prejudice*), não intenta à representação de uma atitude mental pejorativa a respeito de algo, e ao nos referimos, no presente trabalho, à expressões como “preconceito em sentido genérico” ou, “em sentido pejorativo ou popular”, deseja-se na verdade relacioná-lo áquilo que Gadamer (1997) têm por um *falso preconceito*, uma quebra no círculo hermenêutico de obtenção de novas verdades e compreensões sobre as coisas e os fenômenos.

Então, falsos preconceitos auxiliam na construção de estigmas, e esses últimos, quando intensos e recorrentes, podem formar mentalidades e condutas discriminatórias como o medo e evitação. No presente trabalho, o medo foi, de longe, a categoria hermenêutica mais citada pelos participantes. O que se percebe, é que no contexto do sofrimento psíquico severo, o medo emerge com delineamentos de desproporcionalidade no que tange à real periculosidade de um quadro de adoecimento mental. Isso significa, hermeneuticamente falando, que há evidentes lacunas no ciclo de construção de novas compreensões que se referem às potências atitudes das pessoas portadoras de transtornos e doenças mentais.

E esse ciclo sustenta-se a partir da linguagem. É através dela que se faz possível interpretar e entender informações que são “respondidas” a todo o tempo em que se está no “mundo-da-vida”. Através de sua capacidade linguística e cognitiva, é permitido à sociedade a apreensão de informações adequadas e ponderadas a respeito dos fenômenos a sua volta, dentre eles, sobre as pessoas em condição de adoecimento mental. Então, faz-se evidente que, nesse contexto as atitudes e informações propagadas pelos meios de comunicação em massa, bem como pelos órgãos governamentais responsáveis pela atenção em saúde possuem relevância majorada para o combate

aos falsos preconceitos. Combatendo-os, combate-se também a intolerância, o estigma, o medo e a discriminação.

Por fim, o presente trabalho pôde identificar três fatores que corroboram para a formação de falsos e pejorativos preconceitos: A ação inadequada ou a omissão da mídia e dos meios de comunicação no que tange ao modo de se retratar o tema; o distanciamento físico e emocional, bem como a falta de contato com pessoas em situação de adoecimento mental; e por último, a não propagação de informações relevantes e pertinentes a respeito do tema, bem como dos reais riscos e sintomatologia, na direção da população geral e do cenário educacional e acadêmico. A partir de tais resultados, inúmeras possibilidades investigativas se abrem. E como boa pesquisa hermenêutica, poucas verdades podem, depois de tudo que fora discutido e analisado, ser fechadas, pois como diria Gadamer (1997), teria sido um péssimo hermeneuta aquele que pensa ter, ou pensou ter tido, a última palavra a respeito de algo.

6 REFERÊNCIAS

- ABRAMS, Dominic; HOGG, Michael A. Comments on the motivational status of self - esteem in social identity and intergroup discrimination. **European journal of social psychology**, v. 18, n. 4, p. 317-334, 1988.
- ANGERMEYER, Matthias C.; SCHULZE, Beate. Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 10, n. 1, p. 1-7, 2001.
- ARAÚJO, Janieiry Lima de; PAZ, Elisabete Pimenta Araujo; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Hermenéutica y salud: reflexiones sobre el pensamiento de Hans-Georg Gadamer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 200-207, 2012.
- ASCH, S. E. Social Psychology.-Oxford U. **England: Oxford Uni**, 1987.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, p. 549-560, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (original publicado em 1977). Lisboa, PT: Edições, v. 70, 2000.
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. Principles of biomedical ethics 3rd ed. **New York: Oxford University Press**, p. 5, 1989.
- BOAVENTURA, Edivaldo M. **Metodologia da pesquisa: monografia, dissertação, tese**. Atlas, 2004.
- BLUNDELL, Rachel et al. The association between contact and intellectual disability literacy, causal attributions and stigma. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 60, n. 3, p. 218-227, 2016.

BREEZE, Jayne. Can paternalism be justified in mental health care?. **Journal of Advanced Nursing**, v. 28, n. 2, p. 260-265, 1998.

CARDONA, Teresa Arbelaez. Diálogo: fusão de horizontes-para uma fundamentação gadameriana da antropologia pedagógica/Dialogue: fusion of horizons-for Gadamerian foundation of pedagogical anthropology. **CONJECTURA: filosofia e educação**, v. 21, n. 1, p. 46-62, 2016.

BROCKINGTON, Ian F. et al. The community's tolerance of the mentally ill. **The British Journal of Psychiatry**, v. 162, n. 1, p. 93-99, 1993.

CARPINIELLO, Bernardo et al. L'altro diverso da me. Il pregiudizio sul malato mentale attraverso l'esame di alcune ricerche sul campo. 1991.

CARPINIELLO, Bernardo; GIRAU, Roberta; ORRÙ, Maria Germana. Mass-media, violence and mental illness. Evidence from some Italian newspapers. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 16, n. 3, p. 251-255, 2007.

CHILDRESS, James F.; MOUNT JR, Eric. Who should decide? Paternalism in health care. 1983.

CORRIGAN, P. W.; PENN, D. L. Lessons from social psychology on discrediting. 1999.

CORRIGAN, Patrick et al. Developing a research agenda for understanding the stigma of addictions Part I: Lessons from the Mental Health Stigma Literature. **The American journal on addictions**, v. 26, n. 1, p. 59-66, 2017.

CORRIGAN, Patrick W. et al. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. **Schizophrenia bulletin**, v. 27, n. 2, p. 187-195, 2001.

CORRIGAN, Patrick W.; WATSON, Amy C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. **World psychiatry**, v. 1, n. 1, p. 16, 2002.

COSTA, Márcio Luis; BERNARDES, Anita Guazzelli. Práticas docentes e enfrentamentos: de um modelo de intervenção a um modelo de cuidado. **Série-Estudos-Periódico do Programa de Pós-Graduação em Educação da UCDB**, 2013.

CROWTHER, Susan et al. Crafting stories in hermeneutic phenomenology research: A methodological device. **Qualitative health research**, v. 27, n. 6, p. 826-835, 2017.

DELUQUE JUNIOR, R. ; COSTA, M. L. . Prejudice, stigma, and mental health: an integrative review of literature - quantitative findings between the years of 2016 and 2018. **INTERNATIONAL JOURNAL OF DEVELOPMENT RESEARCH** , v. 10, p. 33163, 2019.

DELUQUE JUNIOR, R. ; COSTA, M. L. . Prejudice, stigma and mental health: an integrative review of literature - qualitative findings between the years of 2016 and 2018. **INTERNATIONAL JOURNAL OF DEVELOPMENT RESEARCH** , v. 10, p. 33153-33162, 2019.

ELLEMERS, Naomi; SPEARS, Russell; DOOSJE, Bertjan. Self and social identity. **Annual review of psychology**, v. 53, n. 1, p. 161-186, 2002.

EVANS-LACKO, Sara et al. Mass social contact interventions and their effect on mental health related stigma and intended discrimination. **BMC public health**, v. 12, n. 1, p. 489, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Vigar e punir**. Leya, 2014.

GADAMER, Hans-Georg. **O Caráter oculto da saúde**. São Paulo: Vozes. 2011.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método**. Tradução Flávio Paulo Meurer. 3. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1997.

GADAMER, Hans-Georg. Mistério da saúde. In: GADAMER, Hans-Georg. **O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina**. Lisboa: Edições 70, p. 101-111. 2002.

GHEDIN, Evandro. Hermenêutica e pesquisa em educação: caminhos da investigação interpretativa. **Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos**, v. 2, p. 1-14, 2004.

GRONDIN, J. The philosophy of Gadamer (K. Plant, Trans.). Montreal, QC, Canada: McGill-Queens University Press (Original work published 1999), 2003.

HABERMAS, Jürgen. A review of Gadamer's Truth and Method. **The hermeneutic tradition: From Ast to Ricoeur**, p. 213-244, 1990.

KEANE, RN Mary. Contemporary beliefs about mental illness among medical students: Implications for education and practice. **Academic psychiatry**, v. 14, n. 3, p. 172-177, 1990.

KOIKE, Shinsuke et al. Mental - health - related stigma among Japanese children and their parents and impact of renaming of schizophrenia. **Psychiatry and clinical neurosciences**, v. 71, n. 3, p. 170-179, 2017.

KOIKE, Shinsuke et al. Effect of name change of schizophrenia on mass media between 1985 and 2013 in Japan: a text data mining analysis. **Schizophrenia bulletin**, v. 42, n. 3, p. 552-559, 2016.

KRUPCHANKA, D. et al. Experience of stigma in private life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of Belarus. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 51, n. 5, p. 757-765, 2016.

LABERON, Sonia; SCORDATO, Nadia; CORBIÈRE, Marc. Représentations du «trouble psychique» et adéquation à l'emploi perçue par des employeurs du milieu ordinaire de travail en France. **Santé mentale au Québec**, v. 42, n. 2, p. 133-153, 2017.

LAWN, Chris. Wittgenstein and Gadamer: Towards a post-analytic philosophy of language. A&C Black, 2007.

LEVEY, Susan; HOWELLS, Kevin. Accounting for the fear of schizophrenia. **Journal of community & applied social psychology**, v. 4, n. 5, p. 313-328, 1994.

MARCHAND, Kirsten; PALIS, Heather; OVIEDO-JOEKES, Eugenia. Patient perceptions of prejudice and discrimination by health care providers and its relationship with mental disorders: results from the 2012 Canadian community health-mental health survey data. **Community mental health journal**, v. 52, n. 3, p. 294-301, 2016.

MASLOW, Abraham H. Motivación y personalidad. 1954.

MATOS, Valéria Christine Albuquerque de Sá; SILVA JÚNIOR, Almir Ferreira. Reflexões da hermenêutica filosófica para a prática do psicólogo em contexto hospitalar. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, v. 23, n. 1, p. 84-94, 2017.

MILES, M.; CHAPMAN, Y.; FRANCIS, K. Peeling the onion: Understanding others' lived experience. **Contemporary Nurse**, 50(2-3), 286–295. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**, p-95; 2016.

MÖLLER-LEIMKÜHLER, A. M. et al. EPA guidance on improving the image of psychiatry. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, v. 266, n. 2, p. 139-154, 2016.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**. Trad. Pedrinho A. Guareschi. 6^a ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MUNHALL, P. Nursing research: A qualitative perspective (4th ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett. PALMER, R. (1969). Hermeneutics: Interpretation theory in **Schleiermacher, Dilthey, Heidegger and Gadamer**. Evanston: Northwestern University Press, 2007.

PECK, B.; MUMMERY, J. Hermeneutic constructivism: An ontology for qualitative research. **Qualitative Health Research**, 28, 389-407. 2018.

PELLETIER, Jean-Francois et al. Evaluation of a citizenship-oriented intervention: The Citizens' Project of the University of Recovery. **Sante mentale au Quebec**, v. 42, n. 1, p. 205, 2017.

PRADO, Alessandra Lemes; BRESSAN, Rodrigo Affonseca. O estigma da mente: transformando o medo em conhecimento. **Revista Psicopedagogia**, v. 33, n. 100, p. 103-109, 2016.

PRODANOV, Cleber Cristiano; DE FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico** - 2^a Edição. Editora Feevale, 2013.

REGAN, Paul. Hans-Georg Gadamer's philosophical hermeneutics: Concepts of reading, understanding and interpretation. **Meta: Research in hermeneutics, phenomenology, and practical philosophy**, v. 4, n. 2, p. 286-303, 2012.

RENOVIZE, Edward. The Association of Medical Officers of Asylums and Hospitals for the Insane, the Medico-Psychological Association, and their Presidents. **GE Berrios and H. Freeman (eds)**, v. 150, p. 1841-1991, 1991.

RILLO, Arturo G. Aproximación ontológica al sentido originario de la salud desde la hermenéutica filosófica. **Humanidades Médicas**, v. 8, n. 1, p. 0-0, 2008.

RUTLAND, Adam; KILLEN, Melanie; ABRAMS, Dominic. A new social-cognitive developmental perspective on prejudice: The interplay between morality and group identity. **Perspectives on Psychological Science**, v. 5, n. 3, p. 279-291, 2010.

SANTOS, Ariana Elite dos. Comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia: efetividade da intervenção fonoaudiológica. **Tese de Doutorado**. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2017 189. : il. : 30 cm Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem Ribeirão Preto/USP. 2017.

SHEEHAN, Lindsay; NIEWEGLOWSKI, Katherine; CORRIGAN, Patrick. The stigma of personality disorders. **Current Psychiatry Reports**, v. 18, n. 1, p. 11, 2016.

SIDI, Pilar de Moraes; CONTE, Elaine. A hermenêutica como possibilidade metodológica à pesquisa em educação. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 12, n. 4, p. 1942-1954, 2017.

SOUZA, R. S.; GALIAZZI, M. C. Compreensões acerca da hermenêutica na análise textual discursiva: marcas teórico-metodológicas à investigação. **Revista Contexto & Educação**, Ijuí, v. 31, n. 100, p. 33-55, 2017.

SPENCE, Deborah Gail. Supervising for robust hermeneutic phenomenology: Reflexive engagement within horizons of understanding. **Qualitative health research**, v. 27, n. 6, p. 836-842, 2017.

STANGA, Adriani Cristiani; REZER, Ricardo. Concepções de saúde, trabalho docente e o Pró-Saúde: nos caminhos da hermenêutica... *Physis* [online]. 2015, vol. 25, n. 2. ISSN, v. 4481, p. 593-614, 1809.

TAVORMINA, Maurilio GM et al. THINKING OF PSYCHIATRIC DISORDERS AS “NORMAL” ILLNESS Data from. **Psichiatria Danubina**, v. 28, n. 1, p. 125-131, 2016.

TEE, Stephen; ÖZÇETIN, Yeter Sinem Üzar. Promoting positive perceptions and person centred care toward people with mental health problems using co-design with nursing students. **Nurse education today**, v. 44, p. 116-120, 2016.

THORNicroft, Graham et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. **The Lancet**, v. 387, n. 10023, p. 1123-1132, 2016.

THORNicroft, Graham; SLADE, Mike. Comparing needs assessed by staff and by service users: paternalism or partnership in mental health?. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 11, n. 3, p. 186-191, 2002.

UNGAR, Thomas; KNAAK, Stephanie; SZETO, Andrew CH. Theoretical and practical considerations for combating mental illness stigma in health care. **Community mental health journal**, v. 52, n. 3, p. 262-271, 2016.

VAN MANEN, M. **Phenomenology of practice: Giving meaning methods in phenomenological research and writing**. 2014.

YIN, Robert K. Estudo de Caso:- Planejamento e métodos. Bookman editora, 2015.

YUAN, Qi et al. Attitudes to mental illness among mental health professionals in Singapore and comparisons with the general population. **PLoS one**, v. 12, n. 11, p. e0187593, 2017.

WAHL, Otto F.; LEFKOWITS, J. Yonatan. Impact of a television film on attitudes toward mental illness. **American journal of community psychology**, v. 17, n. 4, p. 521-528, 1989.

WALSH, Elizabeth; BUCHANAN, Alec; FAHY, Thomas. Violence and schizophrenia: examining the evidence. **The British Journal of Psychiatry**, v. 180, n. 6, p. 490-495, 2002.

WHITBOURNE, S. K.; HALGIN, R. P. **Psicopatologia: perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos**. 7. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

XU, Ziyang et al. Challenging mental health related stigma in China: Systematic review and meta-analysis. II. Interventions among people with mental illness. **Psychiatry research**, v. 255, p. 457-464, 2017.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer dessa jornada acadêmica, aproximações foram construídas no intuito de construir novos sentidos, a respeito dos significados presentes no tema do preconceito e do estigma em face do sofrimento mental. Para dar cabo de tão relevante tarefa, elegeu-se, como marco teórico, a Hermenêutica Filosófica de Hans-Georg Gadamer. A referida abordagem concebe, que através de diálogos as pessoas desenvolvem para si uma série de estruturas antecipatórias, que são, historicamente mediadas a partir da autoridade e da tradição. À elas, dá-se o nome de preconceitos (*prejudices*).

A partir dessa perspectiva, o preconceito assume então, um novo significado: o de ser inerente ao homem e à sua percepção de verdade, de modo a não se conceber a própria compreensão acerca de um determinado fenômeno sem que antes houvesse um pré-entendimento ou um preconceito a respeito do mesmo. Pode-se inclusive dizer que o elemento básico da hermenêutica filosófica são os preconceitos, os quais não são livres de vieses e de opiniões superficiais. Esse ciclo dialético de formação de novos entendimentos e de suspensão de antigos preconceitos, traz consigo consequências diante das diversas relações humanas, e nesse sentido, o campo da saúde não é exceção, pois nele se fazem presentes relações de poder onde, quase sempre, um dos agentes dessa relação hermenêutica encontra-se hipossuficiente e demanda por cuidado.

E no contexto do tema do cuidado, há de se dizer que uma contribuição relevante da hermenêutica gadameriana assenta-se sob uma ótica que vislumbra também os aspectos subjetivos do adoecimento humano. Dentro de uma perspectiva hermenêutica, as pessoas, além de seres biológicos são também sujeitos de sua própria subjetividade, e como tais vivenciam os processos de cura e de cuidado de uma maneira própria e de acordo com suas respectivas subjetividades. A questão aqui repousa quanto ao modo de se adquirir conhecimentos científicos, e a capacidade para aplicá-los. Para Gadamer (2011), conhecimentos técnicos são obtidos através do estudo, já a sua correta aplicabilidade, somente será alcançada a partir de um processo hermenêutico-experiencial junto à pessoa do outro. A medicina baseada em evidências simplesmente não é, por si só, suficiente para prover um cuidado atencioso e pautado nas peculiaridades subjetivas humanas.

No âmbito da pesquisa em saúde, caberia então ao pesquisador hermenêutico, a função de revelar nuances do fenômeno pesquisado que seriam, rara e dificilmente, notados, descritos, ou levados em consideração. Trata-se pois, de uma tarefa de lançar luz sobre o essencial, que é muitas

vezes esquecido: as dimensões da experiência humana que nos impele à uma auto-confrontação, e à constante reflexão.

Como atitude metodológica, a hermenêutica apresenta-se, dentro da pesquisa qualitativa e transdisciplinar, como uma proposta que intenta fazer entender e expressar, a percepção sobre os acontecimentos que se sucederam no entorno dos sujeitos envolvidos nas vivências e na solidariedade das ações que buscam o saber. Isso significa que as raízes hermenêuticas da compreensão do homem emergem à partir da dúvida e do questionamento, ou seja, nascem do "corpo-criante" que intenta, dinamicamente, entender, significar, e se auto-criar-se diante da vida e dos desafios que lhes são impostos

E esse ciclo, sustenta-se pois, a partir da linguagem. É através dela que se faz possível interpretar e entender informações que são "respondidas" em todo o tempo em que se está no *mundo-da-vida*. Através de sua capacidade linguística e cognitiva, é permitido à sociedade a apreensão de informações adequadas e ponderadas a respeito do tema do adoecimento mental. Faz-se evidente que, nesse contexto, as atitudes e informações propagadas pelos meios de comunicação em massa, bem como pelos órgão governamentais responsáveis pela atenção em saúde, possuem relevância moral para o combate de mentalidades de estigma e dos *falsos preconceitos*. Combatendo-o, combate-se também a intolerância, o medo e a discriminação.

Enquanto resposta à questão norteadora do presente estudo (a formação do preconceito), pôde-se aventar três hipóteses que, percebeu-se serem amplamente indicadas pela literatura consultada, ao tempo que também foram amplamente citadas nas falas dos participantes de nosso estudo de caso: a influência das mídias e dos meios de comunicação; o tipo e a qualidade do contato junto a pessoas em condição de sofrimento ou adoecimento mental; e por fim a presença e qualidade das informações disponíveis para o público em geral, bem como as estratégias educacionais anti-estigma. Tais são, segundo as conclusões do presente estudo, os principais fatores que podem influenciar na formação do preconceito, nesse contexto compreendido enquanto atitude estigmatizante que, Gadamer (1997) postula enquanto sendo *falsos preconceitos*.

Tais hipóteses são discutidas ao longo dos capítulos um, dois e, em especial no tópico "discussão" do capítulo cinco. Eis que a partir daí soergue-se ainda a função social de nosso estudo: poder predizer caminhos para a elaboração de políticas de combate aos falsos preconceitos, e de estratégias anti-estigma. Tal atitude adquire relevância ao ponto em que movimentos de protestos públicos vêm emergindo ao redor do mundo no sentido de desconstruir representações imprecisas e hostis de modalidades de sofrimento mental (CORRIGAN; PENN, 1999).

Como futuros direcionamentos, pode-se apontar a necessidade de estudos e pesquisas que tenham como objetivo esmiuçar e melhor detalhar as nuances dessas mesmas hipóteses a respeito da formação de *falsos preconceitos*. Em relação a teoria de que o contato de qualidade, próximo às

pessoas em situação de sofrimento mental pode contribuir para a extinção de mentalidades de estigma, a premissa é bastante simples: quanto mais distantes ficamos de determinado fenômeno, menos conhecimentos a respeito dele obtemos, e portanto, enraizar-se-ão cada vez mais os conhecimentos apriorísticos que já são possuídos acerca daquilo que se supõe ser esse mesmo fenômeno, ou seja, em palavras simples, mais preconceitos irão se formar no entorno de suas compreensões. Trata-se de uma vertente que já vem sendo discutida em alguns estudos internacionais, mas esses ainda são esparsos. Já em âmbito nacional, estudos com essa perspectiva inexistem.

O tema da influência das mídias e dos meios de comunicação na formação de mentalidades já é amplamente discutido, porém o Brasil ainda carece de estudos que relacionem essa questão com o tema do adoecimento ou sofrimento mental. Infelizmente, em grande parte das vezes, relatos divulgados pelos meios de comunicação sobre pessoas em situação de sofrimento mental severo tendem a estar relacionados a crimes e à violência (CARPINELLO; GIRAU; ORRÚ, 2007; LEVEY; HOWELLS, 1994)), sobretudo à eventos de suicídio, homicídio, e de outros atos criminosos (CARPINELLO, 1991).

O fato é que, na maioria dos casos, os fatores que dão causa para a desproporcional associação entre violência e sofrimento mental parecem ser oriundos de pré-julgamentos e estereótipos pessoais de jornalistas, e não de conhecimento baseado em evidência (CARPINELLO, 1991; CARPINELLO; GIRAU; ORRÚ, 2007). Em acordo com os direcionamentos aqui expostos, o presente autor construiu um artigo, que na forma de um ensaio de discussão teórica se dedicou a análise deste casado temático. O mesmo encontra-se publicado em periódico nacional¹⁷, de responsabilidade da Universidade Estadual de Mato Grosso (UNEMAT), sob o título *“Mídia, Preconceito e Adoecimento Mental: Contribuições da Hermenêutica Gadameriana-Um Ensaio a partir da obra ‘Verdade e Método’ de Hans-Georg Gadamer”*.

Já o tema dos benefícios da boa informação, bem como das estratégias educacionais no combate ao estigma e aos falsos preconceitos, é amplamente discutido em estudos internacionais (CORRIGAN et al., 2017; CORRIGAN; WATSON, 2002; BROKINGTON et al., 1993; KEANE, 1990). No Brasil, manifestações sobre o tema ainda são, infelizmente, bastante tímidas. Pesquisas sobre tais atravessamentos, e seus efeitos na formação de mentalidades de estigma, são amplamente endossadas por este pesquisador.

De toda sorte, a partir dos resultados que aqui foram obtidos, pode-se dizer que inúmeras possibilidades investigativas se abrem. No entanto, os achados aqui demonstrados não possuem o

¹⁷ Artigo indexado e disponível em <https://periodicos.unemat.br/index.php/ccs/article/view/4430>. DOI: <http://dx.doi.org/10.30681/rccs.v10i2.4430>.

intuito, nem tampouco a possibilidade, de se fazerem definitivos. Compreende-se que os caminhos para se compreender a formação dos preconceitos nas mentalidades humanas são complexos e multiatravessados, de modo que qualquer atitude que se considere definitiva a respeito da presente temática se torne, em essência, insustentável. E em um atitude pautada pela hermenêutica gadameriana, há de se dizer que poucas verdades podem, depois de tudo o que fora aqui exposto, ser fechadas. Como diria gadamer (1997), péssimo hermeneuta seria, aquele que pensa ter, ou pensou ter tido, a última palavra sobre algo.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como fatores que limitam o presente estudo, pode-se apontar: o pequeno número de participantes; o fato dos operadores dos aparelhos sociais na vizinhança não terem sido escutados, bom como os vizinhos, outros familiares e os trabalhadores das unidades referência de saúde mental.

DIRECIONAMENTOS FUTUROS

Aprofundar o uso do método de “construção de histórias” na pesquisa em saúde mental.

Estudar a formação do estigma e do preconceito em saúde mental nas histórias construídas por operados de aparelhos sociais, profissionais da atenção em saúde, familiares e vizinhos

A partir do estudo da formação do estigma e do preconceito, propor conteúdos e estratégias formativas para intervenções capazes de modificar a maneira de ver, sentir e tratar a pessoa com sofrimento mental.

REFERÊNCIAS GERAIS

ABRAMS, Dominic; HOGG, Michael A. Comments on the motivational status of self - esteem in social identity and intergroup discrimination. **European journal of social psychology**, v. 18, n. 4, p. 317-334, 1988.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. For a general theory of health: Preliminary epistemological and anthropological notes. **Cadernos de Saúde Pública**, 17: 753-799. 2001.

ALVES, A. J. O planejamento de pesquisas qualitativas em educação. **Cadernos de Pesquisa**, n. 77, p. 53-61; 1991.

ANGERMEYER, Matthias C.; SCHULZE, Beate. Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 10, n. 1, p. 1-7, 2001.

ANTUNES C. M. C.; ROSA A. S.; BRÊTAS, A. C. P. Da doença estigmatizante à ressignificação de viver em situação de rua. **Rev Eletrônica Enfermagem**. 2016.

ARAÚJO, Janieiry Lima de; PAZ, Elisabete Pimenta Araujo; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Hermenéutica y salud: reflexiones sobre el pensamiento de Hans-Georg Gadamer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 200-207, 2012.

ASCH, S. E. Social Psychology.-Oxford U. **England: Oxford Uni**, 1987.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface**; 8(14):73-92. 2004

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, p. 549-560, 2005.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, jan. 2007.

BABA, Y.; NEMOTO, T.; TSUJINO, N.; YAMAGUCHI, T.; KATAGIRI, N.; MIZUNO, M. Stigma toward psychosis and its formulation process: Prejudice and discrimination against early stages of schizophrenia. **Comprehensive Psychiatry**, 73, 181–186. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (original publicado em 1977). Lisboa, PT: Edições, v. 70, 2000.

BARROS, M. M. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A. Prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 72-83 2010.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. Principles of biomedical ethics 3rd ed. **New York: Oxford University Press**, p. 5, 1989.

BENEVIDES, R.; PASSOS E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface** (Botucatu).;9(17):389-94. 2005.

BETTINELLI, I. L. A.; WASKLEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Organizadores. **Humanização e cuidados paliativos**. 2a ed. São Paulo. Centro Universitário Camilo: Loyola; 2003.

BHUI, K. S. Discrimination, poor mental health and mental illness. **International Review of Psychiatry**. 2016.

BLEGEN, N. E.; ERIKSSON, K.; BONDAS, T. Ask Me What Is in My Heart of Hearts! The Core Question of Care in Relation to Parents Who Are Patients in a Psychiatric Care Context.. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being**. 11, 30758. p. 87-100. 2016.

BLUNDELL R.; DAS R.; POTTS H; SCIOR K. The association between contact and intellectual disability literacy, causal attributions and stigma. **Journal of Intellectual Disability Research**, 60 (3): 218-27, 2016.

BOAVENTURA, Edivaldo M. **Metodologia da pesquisa: monografia, dissertação, tese**. Atlas, 2004.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes; 1999.

BONFIM, Vinicius Silva. Gadamer e a experiência hermenêutica. **Revista CEJ**. Vol. 14 N° 49. Brasil. Pp. 76-82; 2010.

BOWEN, M. L. Stigma: Content analysis of the representation of people with personality disorder in the UK popular press, 2001–2012. **International Journal of Mental Health Nursing**. 25(6): 598-605. 2016.

BREEZE, Jayne. Can paternalism be justified in mental health care?. **Journal of Advanced Nursing**, v. 28, n. 2, p. 260-265, 1998.

BRETAS, Ana Cristina Passarella. Cuidadores de idosos e o sistema único de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 56, n. 3, p. 298-301, junho 2003.

BROCKINGTON, Ian F. et al. The community's tolerance of the mentally ill. **The British Journal of Psychiatry**, v. 162, n. 1, p. 93-99, 1993.

CAPRARA, Andrea. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 923-931, agosto 2003.

CARDONA, Teresa Arbelaez. Diálogo: fusão de horizontes-para uma fundamentação gadameriana da antropologia pedagógica/Dialogue: fusion of horizons-for Gadamerian foundation of pedagogical anthropology. **CONJECTURA: filosofia e educação**, v. 21, n. 1, p. 46-62, 2016.

CARPINIELLO, Bernardo et al. L'altro diverso da me. Il pregiudizio sul malato mentale attraverso l'esame di alcune ricerche sul campo. 1991.

CARPINIELLO, Bernardo; GIRAU, Roberta; ORRÙ, Maria Germana. Mass-media, violence and mental illness. Evidence from some Italian newspapers. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 16, n. 3, p. 251-255, 2007.

CARR, W. Philosophy, methodology and action research. **Journal of Philosophy of Education**, 2006.

CAVALCANTE, Cinthia Mendonça; PINTO, Diego Muniz; CARVALHO, Ana Zaiz Teixeira de; JORGE, Maria Salete Bessa; FREITAS, Consuelo Helena Aires de. (2011) Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Vol. 2, Nº 24. Brasil. Pp. 102-108; 2011.

CAVALCANTE, D. M.; CABRAL, B. E. B. Uso de medicamentos psicotrópicos e repercuções existenciais para usuários de um CAPS II. **Estudos de Psicologia (Natal)**, 22(3), 293-304. 2017.

CHEN, S - P.; KOLLER, M.; KRUPA, S. H. Contact in the classroom: Developing a program model for youth mental health contact - based anti - stigma education. **Community Mental Health J** 52:281–293. 2016.

CHILDRESS, James F.; MOUNT JR, Eric. Who should decide? Paternalism in health care. 1983.

CHOI, H.; HWANG, B.; KIM, S.; KO, H.; KIM, S.; KIM, C. Clinical education in psychiatric mental health nursing: Overcoming current challenges. **Nurse Education Today**, 39(Supplement C), 109–115. 2016.

CORBANI, N. M.; BRÊTAS, A. C.; MATHEUS, M. C. Humanization of nursing care: what is it? **Rev Bras Enferm.**;62:349–54. 2009.

CORREIA, Edgar. Uma visão fenomenológica-existencial em psicologia da saúde?!. **Aná. Psicológica**, Lisboa , v. 24, n. 3, p. 337-341, julho 2006

CORRIGAN, P.; SCHOMERUS, G.; SHUMAN, V.; KRAUS, D.; PERLICK, D.; HARNISH, A. *et al.* Developing a research agenda for understanding the stigma of addictions Part I: Lessons from the Mental Health Stigma Literature. **American Journal on Addictions**, 26(1),59–66, 2017.

CORRIGAN, Patrick W. *et al.* Three strategies for changing attributions about severe mental illness. **Schizophrenia bulletin**, v. 27, n. 2, p. 187-195, 2001.

CORRIGAN, P. W.; PENN, D. L. Lessons from social psychology on discrediting. 1999.

CORRIGAN, Patrick W.; WATSON, Amy C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. **World psychiatry**, v. 1, n. 1, p. 16, 2002.

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 13, n. 3, p. 5-15, dezembro. 2004.

COSTA, M. L.; BERNARDES, A. G. Práticas docentes e enfrentamentos: de um modelo de intervenção a um modelo de cuidado. **Série-Estudos**. Campo Grande, MS, n. 35, p. 157-172, jan./jun. 2013.

COSTA, M. L.; BERNARDES, A. G. El cuidado en la educación del profesional de la salud: Educar para cuidar. **Revista Mexicana de Psicología**, 32(2), 190-198. 2015.

CROWTHER, Susan et al. Crafting stories in hermeneutic phenomenology research: A methodological device. **Qualitative health research**, v. 27, n. 6, p. 826-835, 2017.

DETOMINI, V. C.; RASERA, E. F.; PERES, R. S. Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas. **Revista da SPAGESP**, 17(2), 81-95. 2016.

FRESÁN, A.; ROBLES-GARCÍA, R.; MADRIGAL, E.; TOVILLA-ZARATE, C-A.; MARTÍNEZ-LÓPEZ, N.; ARANGO DE MONTIS, I. Demographic and clinical features related to perceived discrimination in schizophrenia. **Psychiatry Research**. 2018;262:427–30.

GRIFFITH J. L.; KOHRT B. A. Managing stigma effectively: what social psychology and social neuroscience can teach us. **Academic Psychiatry**. 40(2):339–47, 2016.

DAHLBERG, K.; DAHLBERG, H.; NYSTRÖM, M. Reflective lifeworld research. **Lund**, Sweden: Studentlitteratur. 2008.

DELUQUE JÚNIOR, Romano; COSTA, Márcio Luís . Mídia, Preconceito e Adoecimento Mental: Contribuições da Hermenêutica Gadameriana-Um Ensaio a partir da obra “Verdade e Método”de Hans-Georg Gadamer. **Revista Comunicação, Cultura e Sociedade**, v. 10, n. 2, p. 051-078, 2020.

DOVIDIO, J. F.; MAJOR, B.; CROCKER, J. Stigma: Introduction and overview. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, J. G. Hull (Eds.), **The social psychology of stigma** (pp. 1-28). New York, NY, US: Guilford Press. 2000.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**. Tradução Flávio Paulo Meurer. 3. ed. Petrópolis (RJ): Vozes. (Originalmente publicado em 1960). 1997.

GADAMER, H. G. **O Caráter oculto da saúde**. São Paulo: Vozes. (Originalmente publicado em 1993). 2011.

GOODMAN, B.; EAST, L. The 'sustainability lens': A framework for nurse education that is 'fit for the future'. **Nurse education today**. 34. 10.1016/j.nedt.2013.02.010. 2013.

GOFFMAN, E. **Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity**. New York: Simon & Schuster. 1963.

DELUQUE JÚNIOR, Romano; COSTA, Márcio Luís. Mídia, Preconceito e Adoecimento Mental: Contribuições da Hermenêutica Gadameriana - Um Ensaio a partir da obra “Verdade e Método”de Hans-Georg Gadamer. **Revista Comunicação, Cultura e Sociedade**, Vol. 10, Nº 2. Brasil. Pp. 051-078; 2020.

DELUQUE JÚNIOR, Romano; COSTA, Márcio Luís. Prejudice, stigma, and mental health: an integrative review of literature - quantitative findings between the years of 2016 and 2018. **INTERNATIONAL JOURNAL OF DEVELOPMENT RESEARCH** , v. 10, p. 33163, 2019.

DELUQUE JÚNIOR, Romano; COSTA, Márcio Luís. Prejudice, stigma and mental health: an integrative review of literature - qualitative findings between the years of 2016 and 2018. **INTERNATIONAL JOURNAL OF DEVELOPMENT RESEARCH** , v. 10, p. 33153-33162, 2019.

DITTRICH, Maria Glória. Criatividade e arte, espiritualidade e cura. **Blumenau: Nova Letra**, 2010.

DITTRICH, Maria Glória; LEOPARDI, Maria Tereza. Hermenêutica fenomenológica: um método de compreensão das vivências com pessoas. **Discursos fotográficos**, v. 11, n. 18, p. 97-117, 2015.

DUQUE, João. (2003) Da hermenêutica dos limites aos limites da hermenêutica: para uma leitura crítica de Gadamer. In: Reimão, Cassiano (Org.). **H.-G. Gadamer: experiência, linguagem e interpretação**. Lisboa: Universidade Católica. Pp. 78; 2003.

ELLEMERS, Naomi; SPEARS, Russell; DOOSJE, Bertjan. Self and social identity. **Annual review of psychology**, v. 53, n. 1, p. 161-186, 2002.

EVANS-LACKO, Sara et al. Mass social contact interventions and their effect on mental health related stigma and intended discrimination. **BMC public health**, v. 12, n. 1, p. 489, 2012.

FORTES, P. A. de C.; MARTINS, C. de L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 53, n. spe, p. 31-33, dezembro. 2000.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Leya, 2014.

FRAGELLI, Thaís Branquinho Oliveira. O caráter oculto da saúde. 2007.

GADAMER, Hans-Georg. Mistério da saúde. In: GADAMER, Hans-Georg. **O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina**. Lisboa: Edições 70, p. 101-111. 2002

GADAMER, Hans-Georg. **O Caráter oculto da saúde**. São Paulo: Vozes. 2011.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método**. Tradução Flávio Paulo Meurer. 3. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1997.

GADAMER, Hans-Georg. Verdade e Método II, tradução de Enio Paulo Giachini. **Vozes, Petrópolis**, 2003.

GHEDIN, Evandro. Hermenêutica e pesquisa em educação: caminhos da investigação interpretativa. **Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos**, v. 2, p. 1-14, 2004.

GOMES, E.; BRANDÃO, B.; ABRÃO, F.; BEZERRA, S. Contributions by Leonardo Boff for the understanding of care. **Journal of Nursing UFPE on line**, 12(2), 531-536. 2018.

GRONDIN, J. The philosophy of Gadamer (K. Plant, Trans.). Montreal, QC, Canada: McGill-Queens University Press (Original work published 1999), 2003.

HABERMAS, Jürgen. A review of Gadamer's Truth and Method. **The hermeneutic tradition: From Ast to Ricoeur**, p. 213-244, 1990.

HAMILTON, S. et al. Factors associated with experienced discrimination among people using mental health services in England. **Journal of Mental Health**, v. 25, n. 4, p. 350-358, 2016.

HARALAMBOUS, B.; DOW, B.; GOH, A. N. A.; PACHANA, C.; BRYANT, D.; LOGIUDICE et al., 'Depression is not an illness. It's up to you to make yourself happy': Perceptions of Chinese health professionals and community workers about older Chinese immigrants' experiences of depression and anxiety, **Australian Journal of Ageing**. 35(4) 2016, 249–254.

HATCH, S.; GAZARD, B.; WILLIAMS, D.; FRISSA, S.; GOODWIN, L.; SELCoH Study Team, *et al.* Discrimination and common mental disorder among migrant and ethnic groups: findings from a South East London Community sample. **Society Psychiatry Epidemiology**. 51: 689–701. 2016.

HEREK, G. M. **The American Behavioral Scientist; AIDS and stigma**. Thousand Oaks: 1106-1116. 1999.

HUDSON, C. C.; ADAMS, S.; LAUDERDALE, J. Cultural expressions of intergenerational trauma and mental health nursing implications for US health care delivery following refugee resettlement: an integrative review of the literature. **J Transcult Nurs**; May 25 [Epub ahead of print]. 2015.

JUNG, W.; CHOI, E.; YU, J.; PARK, D. H.; RYU, S. H.; HA, J. H. Attitudes toward the mentally ill among community health-related personnel in South Korea. **Indian Journal of Psychiatry**. 59(3):328–332. 2017.

KEANE, RN Mary. Contemporary beliefs about mental illness among medical students: Implications for education and practice. **Academic psychiatry**, v. 14, n. 3, p. 172-177, 1990.

KLUTH, Verilda Speridião. **Estruturas da álgebra: investigação fenomenológica sobre a construção do seu conhecimento**. 2005.

KOIKE, Shinsuke et al. Mental - health - related stigma among Japanese children and their parents and impact of renaming of schizophrenia. **Psychiatry and clinical neurosciences**, v. 71, n. 3, p. 170-179, 2017.

KOIKE, Shinsuke et al. Effect of name change of schizophrenia on mass media between 1985 and 2013 in Japan: a text data mining analysis. **Schizophrenia bulletin**, v. 42, n. 3, p. 552-559, 2016.

KRUPCHANKA, D. et al. Experience of stigma in private life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of Belarus. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 51, n. 5, p. 757-765, 2016.

LABERON, Sonia; SCORDATO, Nadia; CORBIÈRE, Marc. Représentations du «trouble psychique» et adéquation à l'emploi perçue par des employeurs du milieu ordinaire de travail en France. **Santé mentale au Québec**, v. 42, n. 2, p. 133-153, 2017.

LAWN, Chris. **Wittgenstein and Gadamer: Towards a post-analytic philosophy of language**. A&C Black, 2007.

LEBOWITZ, M. S.; AHN, W. Using personification and agency reorientation to reduce mental-health clinicians' stigmatizing attitudes toward patients. **Stigma Health** 1(3):176–184. 2016.

LEE, H-M. E.; HUI, C.; YEE-NING, C. E.; LIN, J.; CHANG, W. C.; CHAN, S.; CHEN, E. Public Stigma in China Associated With Schizophrenia, Depression, Attenuated Psychosis Syndrome, and Psychosis-Like Experiences. **Psychiatric services (Washington, D.C.)**. 2016.

LEVEY, Susan; HOWELLS, Kevin. Accounting for the fear of schizophrenia. **Journal of community & applied social psychology**, v. 4, n. 5, p. 313-328, 1994.

MACEDO. L. M.; MARTINS, S. T. F. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface** (Botucatu). jul; 18(51):647-60. 2014.

MACHADO, L. DE F.; MUROFUSE, N. T.; MARTINS, J. T. Vivências de ser trabalhador na agroindústria avícola dos usuários da atenção à saúde mental. **Saúde em Debate**, 40(110), 134-147. 2016.

MAJOR, B.; O'BRIEN L. T. The Social Psychology of Stigma. **Annual Review of Psychology** 56:1, 393-421. 2005.

MARCHAND, K.; PALIS, H.; OVIEDO-JOKES, E. Patient Perceptions of Prejudice and Discrimination by Health Care Providers and its Relationship with Mental Disorders: Results from the 2012 Canadian Community Health-Mental Health Survey Data. **Community Mental Health Journal**. 52, pp. 294-301. 2015.

MASCAYANO, F.; TAPIA, T.; SCHILLING, S.; ALVARADO, R.; TAPIA, E.; LIPS, W.; YANG, L. H. Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: A systematic review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 38(1):73-85. 2016.

MASLOW, Abraham H. **Motivación y personalidad**. 1954.

MATOS, V. C. A. de S.; SILVA JUNIOR, A. F. Reflexões da hermenêutica filosófica para a prática do psicólogo em contexto hospitalar. **Revista da Abordagem Gestáltica**, 23(1), 84-94. 2017.

MELLO, D. F.; SILVA, R. M. M.; PANCIERI, L. . Êxito técnico e sucesso prático em visita domiciliar para o cuidado da saúde da criança. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, p. 13-22, 2017.

MENDES, K. DAL S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**. 17(4), 758-764. 2008.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: **Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. VERSUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 108-37.

MILES, M.; CHAPMAN, Y.; FRANCIS, K. Peeling the onion: Understanding others' lived experience. **Contemporary Nurse**, 50(2-3), 286-295. 2015.

MILLNER, U. C.; KIM, M. Perspectives on work and work-related challenges among Asian Americans with psychiatric disabilities. **Asian American Journal of Psychology**, 8(3), 177-189. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 4, p. 363-381, dezembro. 1988.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? **Saúde e Sociedade**. Vol. 3, Nº 2. Brasil. Pp. 42-63, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**, p-95; 2016.

MOLLER-LEIMKUHLER, A. M.; MOLLER, H. J.; MAIER, W.; GAEBEL, W.; FALKAI, P. EPA guidance on improving the image of psychiatry. European Archives of Psychiatry and **Clinical Neuroscience**, 266, 139–154. 2016.

MORAES, R. C. P. DE; CASTRO-SILVA, C. R. DE Sentidos e Processos Psicossociais envolvidos na Inclusão pelo Trabalho na Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**..36(3), 748-762, 2016.

MORGAN, A. J.; REAVLEY, N. J.; JORM, A. F.; BEATSON, R. Experiences of discrimination and positive treatment from health professionals: a national survey of adults with mental health problems. **Aust NZ J Psychiatry**. 50: 754–62. 2016.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**. Trad. Pedrinho A. Guareschi. 6^a ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MOSSAKOWSKI, K. N.; WONGKAREN, T. S. The Paradox of Discrimination, the “Aloha Spirit,” and Symptoms of Depression in Hawai’i. **Hawaii J Med Public Health**. 75(1):8–12. 2016.

MUNHALL, P. Nursing research: A qualitative perspective (4th ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett. PALMER, R. (1969). Hermeneutics: Interpretation theory in **Schleiermacher, Dilthey, Heidegger and Gadamer**. Evanston: Northwestern University Press, 2007.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2006. Disponible em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

PAIVA, P. C.; TORRENTÉ, M. DE O. N. DE, LANDIM, F. L. P.; BRANCO, J. G. DE O.; TAMBORIL, B. C. R.; CABRAL, A. L. T. Psychological distress and community approach to the voice of the community health agent. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 50(spe), 139-144. 2016.

PALAD, Y. Y.; BARQUIA, R. B.; DOMINGO, H. C.; FLORES, C. K.; PADILLA, L. I.; RAMEL, J. M. Scoping review of instruments measuring attitudes toward disability. **Disability and Health Journal**, 9(3), 354–374. 2016.

PECK, B.; MUMMERY, J. Hermeneutic constructivism: An ontology for qualitative research. **Qualitative Health Research**, 28, 389-407. 2018.

PELLETIER, J-F.; POULIOT-MORNEAU D.; HOULE, J. *et al.* Evaluation of a citizenship-oriented intervention: The citizens’ project of the university of recovery. **Sante Mentale au Quebec**. 42(1): 205–222. 2017.

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. **Mental**. jun/dez; 9(17): 523-36. 2011

PESSINI, Léo. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Bioética. Brasília: **Conselho Federal de Medicina**, v.10, n. 2., 2000.

PRADO, Alessandra Lemes; BRESSAN, Rodrigo Affonseca. O estigma da mente: transformando o medo em conhecimento. **Revista Psicopedagogia**, v. 33, n. 100, p. 103-109, 2016.

PRODANOV, Cleber Cristiano; DE FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico** - 2^a Edição. Editora Feevale, 2013.

REAVLEY, N. J.; MORGAN, A. J.; JORM, A. F. Predictors of experiences of discrimination and positive treatment in people with mental health problems: findings from an Australian national survey. **Society Psychiatry Epidemiology**. 2017; 52: 269–77.

REGAN, P. Hans-Georg. Gadamer's philosophical hermeneutics: concepts of reading, understanding and interpretation. **META: research in hermeneutics, phenomenology, and practical philosophy**. 4(2):286-303. 2012.

REIS, L. B.; PAULA, K. M. PEREIRA DE. (2018). Coping materno da Síndrome de Down: identificando estressores e estratégias de enfrentamento. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, 35(1), 77-88. 2008.

RENOVIZE, Edward. The Association of Medical Officers of Asylums and Hospitals for the Insane, the Medico-Psychological Association, and their Presidents. **GE Berrios and H. Freeman (eds)**, v. 150, p. 1841-1991, 1991.

RILLO, A. G. Análisis hermenéutico de la pregunta por la salud. **Humanidades Médicas**, 15(3), 401-420. 2015.

RILLO, Arturo G. Aproximación ontológica al sentido originario de la salud desde la hermenéutica filosófica. **Rev Hum Med**, Ciudad de Camaguey , v. 8, n. 1, abr. 2008.

ROLFE, Gary. Writing-up and writing-as: Rediscovering nursing scholarship. **Nurse Education Today**, v. 29, n. 8, p. 816-820, 2009.

RUTLAND, Adam; KILLEN, Melanie; ABRAMS, Dominic. A new social-cognitive developmental perspective on prejudice: The interplay between morality and group identity. **Perspectives on Psychological Science**, v. 5, n. 3, p. 279-291, 2010.

SANDELOWSKI, Margarete. When a cigar is not just a cigar: Alternative takes on data and data analysis. **Research in nursing & health**, v. 34, n. 4, p. 342-352, 2011.

SANTOS, Ariana Elite dos. Comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia: efetividade da intervenção fonoaudiológica. **Tese de Doutorado**. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2017 189. : il. : 30 cm Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem Ribeirão Preto/USP. 2017.

SARIDI, M., AIKATERINI, K.; TOSKA, L.; EVANGELIA P. M.; ECONOMOU, K. S. Attitudes of health professionals towards the stigma surrounding depression in times of economic crisis. **International Journal of Social Psychiatry**, Vol 63, Issue 2, pp. 115 – 125. 2017.

SARTORIUS, N. Iatrogenic stigma of mental illness. **Br Med J**. 324:1470–1471. 2002.

SCHOMERUS, M.; LUCHT, A.; HOLZINGER, H.; MATSCHINGER, M. G.; CARTA, M. C.; ANGERMEYER, A. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. **Alcohol. Alcohol**, 46, pp. 105-112. 2011.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 2, n. 2, p. 215-216, Fev. 1998.

SHEEHAN, L.; NIEWEGLOWSKI, K.; CORRIGAN, P. The stigma of personality disorders. **Currently Psychiatry Research**, 18(1):11. 2016.

SIDI, Pilar de Moraes; CONTE, Elaine. A hermenêutica como possibilidade metodológica à pesquisa em educação. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 12, n. 4, p. 1942-1954, 2017.

SILKE, C.; SWORDS, L.; HEARY, C. The Development of an Empirical Model of Mental Health Stigma in Adolescents. **Psychiatry Research**, 242, 262– 270. 2016.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 2008.

SILVA R. C.; FERREIRA, M. A. The practice of intensive care nursing: alliance among technique, technology and humanization. **Rev Esc Enferm USP**; 47(6):1324-31. 2013.

SMYTHE, Elizabeth. From beginning to end: How to do hermeneutic interpretive phenomenology. In G. Thomson, F. Dykes, & S. Downe (Eds.), **Qualitative research in midwifery and childbirth: Phenomenological approaches** (pp. 35–54). London: Routledge. 2011.

SOARES, C. B., *et al* . Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo , v. 48, n. 2, p. 335-345, Apr. 2014.

SOUSA, R. S.; GALIAZZI, M. C. Compreensões acerca da hermenêutica na análise textual discursiva: marcas teórico-metodológicas à investigação. **Revista Contexto & Educação**, Ijuí, v. 31, n. 100, p. 33-55, 2017.

SPENCE, D. G. Hermeneutic notions illuminate cross- cultural nursing experiences. **Journal of Advanced Nursing**, 35, 624–630. 2001.

SPENCE, D. Supervising for Robust Hermeneutic Phenomenology: Reflexive Engagement Within Horizons of Understanding. **Qualitative Health Research**, 10, pp.971-980. 2016.

STANGA, Adriani Cristiani; REZER, Ricardo. Concepções de saúde, trabalho docente e o Pró-Saúde: nos caminhos da hermenêutica. **Physis** [online]. 2015, vol. 25, n. 2. ISSN, v. 4481, p. 593-614, 1809.

STRUCHINER, Cinthia Dutra. Fenomenologia: de volta ao mundo-da-vida. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, v. 13, n. 2, p. 247-251, 2007.

TA, T. M.; ZIEGER, A. SCHOMERUS, G.; CAO, T. D.; DETTLING, M.; DO, X. T. *et al*. Influence of urbanity on perception of mental illness stigma: A population based study in urban and rural Hanoi, Vietnam. **International Journal Society Psychiatry**. 2016;62:685–95 2017.

TAVORMINA, M.G. M., *et al*. Thinking of Psychiatric disorders as normal illness. Data from a questionnaire on social stigma: a multicenter study. **Psychiatria Danubina**, Vol. 28, Suppl. 1, pp 125-131. 2016.

TAVORMINA, R.; TAVORMINA, M. G. M. Overcoming the social stigma on mood disorders with dancing. **Psychiatr Danub.** Sep;29(Suppl 3):427-431. 2017.

TEE, S.; UZAR OZCETIN, Y. S. Promoting positive perceptions and person centred care toward people with mental health problems using co - design with nursing students. **Nurse Education Today**, 44, 116–120. 2016.

THOMPSON J. Pride and Prejudice, Goffman, and Strategic Interaction. In: **Jane Austen and Modernization**. Palgrave Macmillan, New York. 2015.

THORKILDSEN, K. M.; ERIKSSON, K.; RÅHOLM, M-B. The core of love when caring for patients suffering from addiction. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 29, 353–360. 2014.

THORNicroft, G.; ROSE, D.; KASSAM, A.; SARTORIUS, N. Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? **The British Journal of Psychiatry**, 190, 192–193. 2007.

THORNicroft, G.; MEHTA, N.; CLEMENT, S. *et al.* Evidence for effective interventions to reduce mental - health - related stigma and discrimination. **The Lancet**, 387, 1123–1132. 2016.

THORNicroft, Graham; SLADE, Mike. Comparing needs assessed by staff and by service users: paternalism or partnership in mental health?. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 11, n. 3, p. 186-191, 2002.

UNGAR, T.; KNAAK, S.; SZETO, A. C. Theoretical and practical considerations for combating mental illness stigma in health care. **Community Mental Health Journal**, 52, 262–271. 2016.

VALERIUS, J. Autonomy, Subject-relativity, and Subjective and Objective Theories of Well-being in Bioethics. **Theoretical Medicine** 24: p.363–379, 2003.

VAN MANEN, M. **Phenomenology of practice: Giving meaning methods in phenomenological research and writing**. 2014.

VASCONCELOS, Ana Lúcia Fontes de S.; ARCOVERDE, Ana Cristina Brito. O rigor científico em pesquisa quanto à fidelidade e à validade dos resultados obtidos: uma experiência da utilização da técnica qualitativa na prática avaliativa. **Revista Eletrônica de Ciência Administrativa**, v. 6, n. 2, p. 1-16, 2007.

VENTURA, C. A. A.; MORAES, V. C. O. DE; JORGE, M. S. Direitos humanos de pessoas com transtornos mentais: perspectiva de profissionais e clientes [Human rights of people with mental disorders: health professionals' and clients' views]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 25, p. e4344, mar. 2017.

VILLANI, M.; KOVESS-MASFETY, V. Could a short training intervention modify opinions about mental illness? A case study on French health professionals. **BMC Psychiatry** 17(1):133. 2017.

YUAN, QI, *et al.* "Attitudes to mental illness among mental health professionals in Singapore and comparisons with the general population." **PLoS ONE**, vol. 12, no. 11, 2017.

WAHL, Otto F.; LEFKOWITS, J. Yonatan. Impact of a television film on attitudes toward mental illness. **American journal of community psychology**, v. 17, n. 4, p. 521-528, 1989.

WALSH, Elizabeth; BUCHANAN, Alec; FAHY, Thomas. Violence and schizophrenia: examining the evidence. **The British Journal of Psychiatry**, v. 180, n. 6, p. 490-495, 2002.

WATSON, Lorraine A.; GIRARD, Francine M. Establishing integrity and avoiding methodological misunderstanding. **Qualitative health research**, v. 14, n. 6, p. 875-881, 2004.

WELWOOD, John. **Journey of the Heart: Path of Conscious Love**, The. Harper Collins, 1996.

WHITBOURNE, S. K.; HALGIN, R. P. **Psicopatologia: perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos**. 7. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

XIAO, L.; HABEL, L.; DE BELLIS, A. Perceived challenges in dementia care by Vietnamese family caregivers and care workers in South Australia. **Journal of Cross-Cultural Gerontology** 30 (3): 333-352. 2015.

XU, Z.; HUANG, F.; KOSTERS, M.; RUSCH, N. Challenging mental health related stigma in China: Systematic review and meta - analysis. II. Interventions among people with mental illness. **Psychiatry Research**, 255, 457–464. 2017.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso-: Planejamento e métodos**. Bookman editora, 2015.

YUAN, Qi et al. Attitudes to mental illness among mental health professionals in Singapore and comparisons with the general population. **PloS one**, v. 12, n. 11, p. e0187593, 2017.