



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

**A DOENÇA MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA REPRESENTADAS POR
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

GISELLI LUCY SOUZA SILVA

João Pessoa - PB

Fevereiro de 2014



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

A DOENÇA MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA REPRESENTADAS POR
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Giselli Lucy Souza Silva, *Mestranda*

Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel, *Orientadora*

João Pessoa, fevereiro de 2014



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

**A DOENÇA MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA REPRESENTADAS POR
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba por Giselli Lucy Souza Silva, sob a orientação da Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social.

João Pessoa, fevereiro de 2014

S586d Silva, Giselli Lucy Souza Silva
A doença mental e a reforma psiquiátrica representadas por
profissionais de saúde / Giselli Lucy Souza Silva.-- João Pessoa, 2014.
122f. : il.
Orientadora: Silvana Carneiro Maciel
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHL
1. Psicologia social. 2. Saúde mental. 3. Reforma psiquiátrica.
4. Representação Social. 5. Profissionais de saúde - psiquiatria.

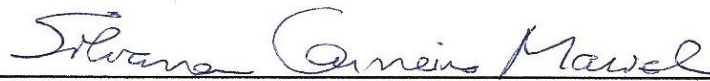
UFPB/BC

CDU: 316.6(043)

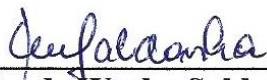
**A DOENÇA MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA REPRESENTADAS POR
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Giselli Lucy Souza Silva

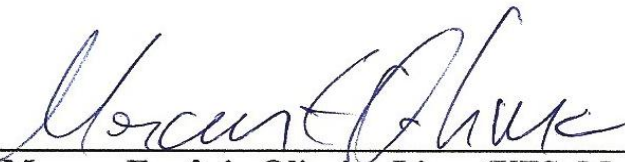
BANCA AVALIADORA:



Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel (UFPB, Orientadora)



Profa. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli (UFPB, Membro interno)



Prof. Dr. Marcus Eugênio Oliveira Lima (UFS, Membro externo)

João Pessoa, fevereiro de 2014

*Aos meus pais.
Ao meu amor.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados pais, agradecimentos sem fim. Por nunca medirem esforços em prol da minha educação e sempre proporcionarem o melhor que podiam a mim e a minha irmã. Agradeço imensamente à **Dona Vanda** por suas palavras e suas orações e a **Seu Marcos** por toda disponibilidade e apoio. Sem dúvida ouvir a forma orgulhosa como falavam de mim às outras pessoas me impulsionava a seguir em frente e me dava forças para tentar sempre melhorar. Sou quem sou por conta do amor e da educação que me dedicaram.

À minha irmã, **Gislayne**, que sempre me recebia quando aos finais de semana eu voltava para casa, com um sorriso estampado no rosto, e que por ser mais nova, tomei a responsabilidade de agir como exemplo, de incentivá-la a estudar e a buscar seu crescimento; por ter me dado a felicidade de vê-la passar no vestibular e de tornar-se bolsista PIBIC.

Um agradecimento especial ao meu amor **Wilson Júnior**, maior incentivador durante a seleção do mestrado e a quem também dedico esta dissertação. Durante todos esses anos juntos, não há como falar da minha vida e tudo que a envolve sem mencioná-lo. Agradeço por me amar, me estimular, me apoiar e principalmente por acreditar em mim; mostrar-me que sou capaz e não me deixar cair; por compartilhar comigo planos e sonhos, por lutar ao meu lado em busca de uma vida em comum. Apesar de termos uma longa história juntos, tenho certeza que é apenas o início. Agradeço também a **sua família**, por me receber tão bem, se preocupar e torcer por mim.

Enfim, quero agradecer aos meus avós, padrinhos e tios, que se alegraram comigo, me incentivaram e me ajudaram, sempre com uma palavra de carinho para ofertar. Em especial a **Vanice, Magna, Pedro e Neves, Marivaldo e Suedineide** que se preocuparam

quando me preocupei e se alegraram quando me alegrei. Muito obrigada pelo amor e orações de vocês.

À minha orientadora, **Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel** por quem tenho uma grande admiração como profissional e como mulher guerreira, por acreditar em mim e ter me dado a oportunidade de ser sua orientanda. Agradeço seus ensinamentos, sua disponibilidade e sua paciência.

Aos professores **Drs. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli e Marcus Eugênio Oliveira Lima**, pela disponibilidade de serem avaliadores deste trabalho e as considerações realizadas com o intuito de aprimorar o texto.

Ao **Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química**, por todos os momentos e ensinamentos partilhados. Em especial, a **Juliana** pelo carinho, pela amizade e por toda ajuda dispensada. A **Katruccy e Patrícia**, companheiras de jornada, pelas conversas e angústias compartilhadas, bem como pelas boas risadas. A **Carla**, pelo auxílio na coleta de dados e por sua alegria contagiante.

Agradeço também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**), que subsidiou a realização desta investigação através da bolsa de estudo.

Por fim, agradeço a **Deus**, provedor de todas as coisas, meu sustentáculo e meu guia. Sua presença foi mais que nunca sentida em minha vida. Desde as provas seletivas, onde na alegria da aprovação e nos momentos de angústia, quase pude sentir seu abraço acolhedor. Por saber que nada é possível sem Ele deixei para agradecê-lo ao final, pois assim posso agradecer não apenas pela conclusão deste trabalho, as alegrias, as conquistas e as dificuldades ultrapassadas; mas também posso agradecer por todas essas pessoas que acabei de mencionar. Sei que Ele foi o grande responsável por colocar essas pessoas em minha vida e assim tornar minha jornada menos árdua. A Ele toda honra e toda glória.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| LISTA DE TABELAS | 3 |
| LISTA DE FIGURAS | 4 |
| LISTA DE ABREVIACÕES | 5 |
| RESUMO | 6 |
| ABSTRACT | 7 |
| INTRODUÇÃO | 8 |
| PARTE I – MARCO TEÓRICO | |
| CAPÍTULO 1. Do enclausuramento à “liberdade”: um resgate da história da loucura até os tempos de Reforma | |
| 1.1 A Loucura e sua história..... | 14 |
| 1.2 Reforma Psiquiátrica: o “novo” na história da saúde mental? | 24 |
| 1.3 Delineamentos da história da saúde mental no Estado da Paraíba | 31 |
| CAPÍTULO 2. Teoria das Representações Sociais | |
| 2.1 Origem e conceito das representações sociais | 41 |
| 2.2 Função e processos formadores das representações sociais..... | 46 |
| 2.3 Diferentes correntes teórico-metodológicas..... | 49 |
| 2.3.1 As representações sociais: seu núcleo central e sistema periférico | 50 |
| PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS | |
| CAPÍTULO 3. ESTUDO 1 – Estrutura das representações sociais sobre o louco/doente mental e a Reforma Psiquiátrica | |
| 3.1 Objetivo geral..... | 57 |
| 3.1.1 Objetivo específico | 57 |
| 3.2 Tipo de estudo | 57 |
| 3.3 Método | 58 |
| 3.3.1 Amostra..... | 58 |
| 3.3.2 Instrumentos..... | 59 |
| 3.3.3 Procedimento de coleta de dados e considerações éticas..... | 60 |
| 3.3.4 Análise dos dados | 60 |
| 3.4 Apresentação e discussão dos resultados | 61 |
| 3.4.1 Estrutura das representações sociais do Doente Mental | 61 |
| 3.4.2 Estrutura das representações sociais do Louco | 64 |
| 3.4.3 Estrutura das representações sociais da Reforma Psiquiátrica..... | 66 |
| CAPÍTULO 4. ESTUDO 2 – Representações sociais dos profissionais | |
| 4.1 Objetivo..... | 70 |
| 4.2 Tipo de estudo | 70 |

| | |
|---|-----------|
| 4.3 Método | 70 |
| 4.3.1 Amostra..... | 70 |
| 4.3.2 Instrumentos..... | 71 |
| 4.3.3 Procedimento de coleta de dados e considerações éticas..... | 72 |
| 4.3.4 Análise dos dados | 72 |
| 4.4 Resultados | 72 |
| 4.4.1 Resultado do ALCESTE | 72 |
| 4.4.2 Resultado da Análise de Conteúdo Temática | 77 |
| 4.5 Discussão geral dos dados..... | 87 |
| | |
| CAPÍTULO 5. Considerações finais | 93 |
| REFERÊNCIAS | 98 |
| APÊNDICES | |
| ANEXOS | |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Serviços de saúde mental no Estado da Paraíba | 38 |
| Tabela 2 – Frequências e porcentagens das subcategorias sobre louco/doente mental | 78 |
| Tabela 3 – Frequências e porcentagens das subcategorias sobre a relação da sociedade com o louco/doente mental..... | 80 |
| Tabela 4 – Frequências e porcentagens das subcategorias relacionadas e definição e posicionamento sobre a Reforma Psiquiátrica..... | 83 |
| Tabela 5 – Frequências e porcentagens das subcategorias referentes às formas de melhorar a saúde mental | 85 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Evocações dos profissionais (N=100) acerca do estímulo doente mental | 62 |
| Figura 2. Evocações dos profissionais (N=100) acerca do estímulo louco | 64 |
| Figura 3. Evocações dos profissionais (N=100) acerca do estímulo Reforma Psiquiátrica..... | 67 |
| Figura 4. Dendograma (análise padrão) | 73 |

LISTA DE ABREVIACOES

CAPS – Centro de Ateno Psicossocial

CG – Campina Grande

EVOC – Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCAERF – Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitao Funcional

JP – Joo Pessoa

JR – Joo Ribeiro

MG – Minas Gerais

MS – Ministrio da Sade

PB – Paraíba

PNASH – Programa Nacional de Avaliao dos Servios Hospitalares

PSF – Programa Sade da Família

PT – Partido dos Trabalhadores

SRT – Servio Residencial Terapêutico

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema nico de Sade

TALP – Técnica de Associao Livre de Palavras

TNC – Teoria do Núcleo Central

TRS – Teoria das Representaes Sociais

UCE – Unidade de Contexto Elementar

UCI – Unidade de Contexto Inicial

A DOENÇA MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA REPRESENTADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

RESUMO

A visão estigmatizada do louco/doente mental prevaleceu ao longo dos tempos e levou à exclusão social desses indivíduos, fazendo-os viverem à margem da sociedade dita normal. Atualmente, em uma tentativa de inversão desse quadro, surge uma nova proposta de atenção voltada para esses sujeitos sociais, que visa oferecer um tratamento mais humanizado e voltado para a inclusão, através de dispositivos de atendimento extra-hospitalar implementados com o advento da Reforma Psiquiátrica. É diante dessa nova realidade social promovida pela Reforma Psiquiátrica que este trabalho se desenvolveu com o objetivo de conhecer e analisar os conteúdos representacionais dos profissionais de saúde mental acerca do louco/doente mental e da Reforma Psiquiátrica. Trata-se de dois estudos descritivos, qualitativos, realizados em instituições psiquiátricas e CAPS nas cidades de Campina Grande e João Pessoa. Na parte empírica desta dissertação, o Estudo 1 teve como objetivo identificar a estrutura das representações sociais sobre o louco/doente mental e a Reforma Psiquiátrica, a fim de descrever e analisar os elementos do núcleo central e sistema periférico constituintes dessas representações, contemplou uma amostra de 100 profissionais da rede de saúde mental e os instrumentos utilizados foram: questionário sociodemográfico, analisado através de estatística descritiva e a Técnica de Associação Livre de Palavras, com os estímulos: Doente Mental, Louco e Reforma Psiquiátrica, analisada a partir do *software* EVOC. O Estudo 2, buscou conhecer e analisar as representações sociais elaboradas por profissionais de saúde mental acerca do louco/doente mental e da Reforma Psiquiátrica através de entrevista semiestruturada e o método conjugado de análise, por meio do *software* ALCESTE e de uma análise temática de conteúdo. O Estudo 2 contou com uma amostra de 38 profissionais de saúde mental. Nos dois estudos os instrumentos foram aplicados no ambiente de trabalho dos profissionais, individualmente e com o auxílio de gravador, tendo-se todos os cuidados éticos necessários quando realizada pesquisa com seres humanos. Os resultados apontam uma representação ainda estigmatizada dos usuários da rede de saúde mental, ancorada sobretudo pela incapacidade social. O louco/doente mental é reconhecido como alguém que vivencia um intenso sofrimento, vítima de preconceito e que necessita de cuidados e tratamento. Segundo os profissionais, a Reforma Psiquiátrica e a implantação dos serviços substitutivos não foram ainda capazes de modificar a realidade social dessas pessoas, e muito embora a Reforma seja representada como uma mudança, uma melhoria no tratamento ofertado, são reconhecidas falhas na nova política de saúde mental que desemboca, em alguns casos, em um posicionamento contrário à Reforma, uma vez que os hospitais psiquiátricos ainda são concebidos por alguns profissionais como necessários.

Palavras-chave: Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Representação Social, Profissionais.

MENTAL DISEASE AND PSYCHIATRIC REFORM REPRESENTED BY HEALTH PROFESSIONALS

ABSTRACT

The stigmatized view of the crazy/mentally sick prevailed over time and led to social exclusion of these individuals, making them live on the margins of society dictates normal. Currently, in an attempt to reverse this, a new proposal for attention on these social subjects, which aims to provide a more humane and targeted treatment for inclusion emerges through extra-hospital care devices implemented with the advent of the Psychiatric Reform. It is against this new social reality promoted by the psychiatric reform that this work was developed with the purpose of knowing and analyzing the representational content of mental health professionals about the crazy/mentally disease and of the Psychiatric Reform. Are two descriptive studies, qualitative in psychiatric institutions and CAPS in the cities of Campina Grande and João Pessoa. In the empirical part of this dissertation, the Study 1 aimed to identify the structure of social representations about the crazy/mentally disease and psychiatric reform in order to describe and analyze the elements of the core and peripheral system constituents of these representations, included a sample of 100 professionals in the mental health system and the instruments used were: sociodemographic questionnaire and analyzed by descriptive statistical and technique of free association words, with the stimulus: disease mental, crazy and psychiatric reform, analyzed from *EVOC software*. Study 2, had purpose to understand and analyze the social representations made by mental health professionals about the crazy/mentally disease and psychiatric reform through semi-structured interview and the conjugate method analysis by *ALCESTE software* and a thematic content analysis. Study 2 involved with a sample of 38 mental health professionals. In both studies, the instruments were applied in the work of the professional environment, individually and with the help of writer, having all needed ethical care when performed research with humans. The results show a representation still stigmatized by users of mental health services, anchored mainly by social disability. The crazy/mentally disease is recognized as someone who experiences intense suffering, victim of prejudice and requires care and treatment. According to the professionals, the psychiatric reform and deployment of substitute services have not yet been able to change the social reality of these people, and although the Reformation is represented as a change, an improvement in the treatment offered, are the faults new mental health policy which leads, in some cases, in a positioning opposed to reform since the psychiatric hospitals are still designed as required by some professionals.

Keywords: Mental Health, Psychiatric Reform , Social Representation , Professionals.

INTRODUÇÃO

A Loucura como denunciou Foucault (2012), além de ser objeto de discurso, ela mesma sustenta um discurso sobre si; a figura do Louco sempre foi associada à periculosidade, devido à inconsistência de suas atitudes e emoções. O tratamento e as relações estabelecidas com as pessoas com transtornos mentais sempre foram conflituosas e polêmicas, relações marcadas pela exclusão e cerceamento de direitos.

Contrapondo-se a isso e buscando a inclusão social, a garantia de direitos e um tratamento mais humanizado aos portadores de transtornos mentais, movimentos conhecidos como reformistas eclodiram no mundo inteiro. Cada qual com uma configuração específica para o seu país de origem, esses movimentos propõem, de uma forma geral, um modelo de atenção mais inclusivo, onde os sistemas de saúde e de serviço público garantam uma prestação de serviços mais universal e equitativa.

Alertando para a aceitação das diferenças do outro, os movimentos reformistas defendem que a saúde pública é universal e coletiva, um bem que não deve ser excluído, mas aprimorado e compartilhado com todos, aqui se incluem os portadores de transtornos mentais (Desviat, 2011).

No Brasil esses movimentos provocaram o que recebeu o nome de Reforma Psiquiátrica, a qual ganhou força com a aprovação de uma lei, a Lei 10.216, vigente no país desde 2001. Versando sobre a saúde mental, a nova regra reorientou o modelo de assistência à saúde mental no Brasil, normatizando a redução progressiva de leitos hospitalares e a implantação de serviços comunitários substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

Diante dessa nova realidade social proposta pela Reforma Psiquiátrica, não apenas a saúde pública e a estruturação dos serviços são modificadas, alterações na relação entre louco/doente mental e a sociedade também são suscitadas, haja vista que o usuário que

antes era mantido isolado, ou até mesmo abandonado em um hospital psiquiátrico, agora passa a circular livre pelas ruas e, como preconiza a Reforma, faz uso de dispositivos comunitários, como praças, centros de convivência, associações e outros, que antes eram comuns apenas aos ditos normais.

Porém, como toda mudança, a reestruturação dos serviços causados pela Reforma e a transição do modelo de assistência, antes mais fechado, o biomédico, para um mais inclusivo, o psicossocial, desafia a sociedade para uma convivência harmoniosa e inclusiva; e é mediante esse desafio ocasionado pela transição, que este trabalho busca os conteúdos representacionais dos profissionais de saúde mental acerca da loucura/doença mental e da Reforma Psiquiátrica. Esses profissionais representam uma parte da sociedade que está cotidianamente em contato com o louco/doente mental, além de serem peças fundamentais na efetivação da Reforma e na mudança paradigmática proposta por essa política.

A importância de se tomar os profissionais de saúde mental como objeto de análise neste estudo advém não apenas do interesse teórico sobre a temática, como também de necessidades práticas derivadas dos programas de saúde mental que têm atribuído papel relevante à interação usuário-família-profissionais-sociedade. O estudo das representações sociais desses profissionais também se justifica por serem estes os responsáveis, no atual sistema de saúde da nossa sociedade, pelo tratamento e pela reinserção do doente na família e na sociedade, sendo também um dos eixos principais da desospitalização e do redirecionamento do tratamento da doença mental, atendendo às novas prerrogativas do sistema de saúde com a Reforma Psiquiátrica e o atendimento extra-hospitalar.

Foram então abordados profissionais da saúde mental das cidades de Campina Grande e João Pessoa. O interesse em utilizar como amostra profissionais destas duas cidades está no fato de, além de serem as duas maiores cidades da Paraíba (IBGE, 2010),

elas concentrarem a maior estrutura de apoio à saúde mental do Estado. Segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba (2013), apenas 53 dos 223 municípios da Paraíba possuem algum serviço substitutivo. Em um total de 101 serviços substitutivos de atenção à saúde mental implantados no Estado, 20 estão localizados nas duas cidades pesquisadas. Os únicos hospitais psiquiátricos do Estado também estão localizados nas duas cidades.

Para atender ao objetivo proposto, esta dissertação foi estruturada em duas partes principais. A primeira diz respeito ao seu **Marco teórico**, composto por dois capítulos. No Capítulo 1, nomeado **Do enclausuramento à “liberdade”: um resgate da história da loucura até os tempos de Reforma**, é realizado um resgate histórico das concepções e tratamentos da loucura no decorrer das épocas. Este capítulo é dividido em três subcapítulos: (a) **A Loucura e sua história**; (b) **Reforma Psiquiátrica: o “novo” na história da saúde mental?** e (c) **Delineamentos da história da saúde mental no Estado da Paraíba**. O capítulo 2 intitulado **Teoria das Representações Sociais**, discorre sobre o aporte teórico que respalda este estudo. Os subcapítulos presentes nesta sessão são: (a) **Origem e conceito das Representações Sociais**; (b) **Função e processos formadores das Representações Sociais**; (c) **Diferentes correntes teórico-metodológicas**.

A segunda parte da dissertação, correspondente aos **Estudos empíricos**, contempla dois estudos. O Estudo 1, descrito no Capítulo 3, teve como objetivo identificar a **estrutura das representações sociais sobre o louco/doente mental e a Reforma Psiquiátrica**; a fim de descrever e analisar os elementos do núcleo central e sistema periférico constituintes dessas representações, na ocasião são descritos os objetivos; tipo de estudo; o método e apresentação e discussão dos resultados. O Estudo 2, por sua vez, foi realizado com a finalidade de aprofundar os resultados obtidos no Estudo 1, possibilitando uma maior exploração dos conteúdos representacionais da amostra estudada e teve como objetivo conhecer e analisar as representações sociais elaboradas por

profissionais de saúde mental acerca do louco/doente mental e da Reforma Psiquiátrica. O Estudo 2 é descrito no Capítulo 4, que está subdividido em objetivo; tipo de estudo; método; resultados do Alceste, resultados da análise de conteúdo e discussão geral dos dados.

Finalizando a dissertação, no Capítulo 5 encontram-se as **Considerações finais** deste trabalho. Neste capítulo são reunidos e discutidos os achados dos dois estudos, bem como são realizadas considerações acerca dos achados. Ao final, espera-se que esta dissertação traga contribuições para avaliação do processo reformista na conjuntura atual, servindo como ferramenta de reflexão do processo em andamento.

PARTE I – MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

Do enclausuramento à “liberdade”: um resgate da história da loucura até os tempos de Reforma

Este capítulo trará um breve resgate histórico dos relatos filosóficos que retratam a concepção e o tratamento da loucura na Antiguidade, passando pela Idade Média, Moderna e Contemporânea, além de discutir o movimento da Reforma Psiquiátrica dando destaque para a evolução do processo reformista no Estado da Paraíba.

1.1 A Loucura e sua história

A Loucura ganha significados e tratamentos distintos nas diferentes épocas, de acordo com o momento político, econômico e social em que se encontra. Apesar de apresentarem conteúdos relativamente permanentes, as seguidas concepções de loucura recebem conotações típicas de cada período histórico. Retomar essas distintas concepções proporciona um repensar sobre a forma como ela é representada na atualidade e desnaturaliza a maneira como é assistida.

Na Antiguidade a loucura era experimentada em “estado livre”. A atenção aos loucos era diluída, porque além de fazerem parte do convívio diário da sociedade, as crises e agitações eram frequentemente consideradas como manifestações de cunho sobrenatural. A loucura seria, então, um recurso da divindade para que seus projetos ou caprichos não fossem contrariados pela vontade dos homens; isto concedia aos insanos um *status* de “extraterritorialidade” (Pessotti, 1994).

Apesar de nesse período histórico o comportamento dos loucos não ser relacionado ainda à doença, e da sua circulação livre pelas ruas, a relação da sociedade com esses indivíduos não foi tão afável; grande parte das famílias mais abastadas mantinha seus familiares considerados loucos, em suas residências; enquanto os mais pobres circulavam pelas ruas e eram mantidos em sua maioria pela caridade pública ou através da realização de pequenas atividades que garantiam algum rendimento ou benefício. Atos de violência,

acorrentamento e prisão foram realizados nessa época, mas a loucura não ocupava lugar de discussão privilegiado nas antigas civilizações, uma vez que o insano era visto como um problema privado ou familiar e não um problema social (Foucault, 2012).

Através das obras de grandes filósofos, como Homero, Ésquilo, Eurípedes, Hipócrates e Galeno é possível perceber as formas de conceber e lidar com a loucura e as mudanças que dentro desse período foram se estabelecendo. A atribuição de comportamentos insólitos, mesmo socialmente aceitáveis e que foram atribuídos aos deuses inicialmente, aos poucos deram lugar a uma visão mais organicista da doença a partir das obras de Hipócrates.

Em Homero a loucura era a desrazão, a perda do contato com a realidade física ou social, e poderia levar o sujeito acometido por ela a praticar transgressões das normas sociais, agressão, homicídio, delírios e até a própria morte. A sua etiologia era mitológica e, em certo sentido, teológica, portanto reversível: mudando o humor dos deuses a loucura e seus efeitos desapareceriam. Considerando esta atribuição de causa, a loucura não carregava nenhum estigma, pois não passava de uma (des)ordem (Alessander & Selesnick, 1980).

A concepção de loucura em Ésquilo admitia no próprio homem o processo causador do desvario, a loucura retratada em suas obras era produto de conflitos impostos pelo destino, contra o qual o homem não podia lutar. Ela era sentida com sofrimento. Sua manifestação se caracterizava pelo surgimento de delírios e/ou alucinações, oscilando com momentos de lucidez (Pessotti, 1994).

Para Eurípedes, assim como para Ésquilo, a loucura também foi tida como produto de conflitos, no entanto, com a peculiaridade de que esses conflitos eram internos e resultantes da contradição entre os dilemas da paixão e da norma, razão e instinto, desejo e vergonha. A loucura representada nas obras de Eurípedes se afastou do mito, foi traçado

um quadro clínico mais completo, uma loucura considerada como a perda da razão e do controle sobre as paixões e que resultava em conflitos que desencadeavam delírios. O delírio aparecia em suas obras como o núcleo central da loucura. Houve uma substituição do modelo mítico-teológico por uma visão mais racionalista (Pessotti, 1994).

Mas foi na obra de Hipócrates que o distanciamento mítico-teológico se extremou e foi substituído por uma visão organicista. A loucura passou a ser tida como um processo orgânico e que, como tal, independia da vontade do homem. Sua causa foi atribuída à localização e movimentação do cérebro no interior do corpo, ou ainda a um desequilíbrio humoral. Hipócrates acreditava que o corpo humano era regido sob quatro humores: sangue; bílis amarela; bílis verde; e escura, e que o desequilíbrio entre esses humores resultaria no adoecimento. A loucura, como doença, seria provocada pelo desequilíbrio dos humores e a sua distinção (mania ou melancolia) dependeria do tipo de desequilíbrio estabelecido (Foucault, 2012; Pessotti, 1994).

A terapêutica indicada ia desde alterações de hábitos alimentares e de comportamentos cotidianos até a ingestão de purgantes; dessa forma, seria possível restabelecer o equilíbrio humoral e reverter o quadro do paciente. Os descontroles e os delírios se encaixavam na medicina hipocrática como meros sintomas da doença. Ao conceber a loucura como doença Hipócrates instalou uma definição clínica e etiológica. Suas ideias influenciaram decisivamente o pensamento médico e a psicopatologia durante muitos séculos mais adiante (Sevalho, 1993).

Galeno, no seu turno, trouxe inovações conceituais sobre a doença, e apesar de permanecer uma doutrina organicista na forma de conceber a loucura, abriu espaço para conceitos também psicológicos. Galeno chamou atenção para um dualismo alma-corpo, ou mente-corpo; ele combinou conceitos humorais e categorias mentalistas, atribuindo uma natureza híbrida à doença: ela seria orgânica, por conta dos desarranjos humorais e crise;

mas também psicológica, já que os sintomas afetavam as faculdades mentais. As ideias de Galeno insinuavam o início de uma fisiologia menos mecânica (Pessotti, 1994; Sevalho, 1993).

No final da Antiguidade e início da Idade Média, sob a influência da nova ordem religiosa que surgia, o Cristianismo, algumas classes marginalizadas da sociedade, como os miseráveis e os insanos, tornaram-se alvo principal dos mais abastados, que viam neles a possibilidade de expiação dos seus pecados através da promoção de atos de caridade. Nesse contexto, os loucos desfrutavam de uma relativa liberdade, acreditava-se que tal fenômeno (a loucura) fora um castigo recebido por pecados cometidos, uma possessão demoníaca, ou ainda a evasão da própria alma (Foucault, 2012).

A influência religiosa inspirou explicações sobre comportamentos concebidos como desviantes para a época. Rituais religiosos de exorcismo eram realizados com frequência. Entre os insanos, os que tinham distúrbios mais graves ou eram mais agressivos, sob a alegação de estarem possuídos por demônios, eram perseguidos, flagelados, acorrentados e alguns queimados na fogueira da Santa Inquisição; a outros era oferecido abrigo em Santas Casas de Misericórdia¹ (Foucault, 2012; Pessotti, 1994). Na Idade Média a Igreja se apropria da loucura. Foi, segundo Silva Filho (1998), de responsabilidade da Igreja, a construção do primeiro Hospital Psiquiátrico do Ocidente, o Hospital de Nuestra Dona Santa Maria del Inocents, fundado em 1410 pelo frade Gilalberto Jofré, na cidade de Valência (Espanha), contando com o apoio do Rei da Espanha D. Martinho I e do Papa Bento XII.

Embora muitas resistências tenham sido ultrapassadas para que a atribuição sobrenatural da loucura desse lugar à ideia de que esses indivíduos pudessem estar sofrendo de uma doença mental, a representação construída na Idade Média perdura até os

¹Instituições criadas pela Igreja para atender a população mais necessitada. Atuavam junto aos pobres, presos e doentes dando-lhes pousada, roupas, alimentos e medicamentos (Foucault, 2012).

dias atuais. Diversos estudos (Maciel, 2007; Silva, 2011a; Oliveira Filho, Veloso, Nascimento, Melo, Lima, & Silva, 2011) reportam nos discursos de diferentes grupos sociais, explicações sobrenaturais como causalidade da loucura; bem como o tratamento ligado a aspectos caritativos, refletindo concepções e comportamentos de outros períodos históricos, o que corrobora com a ideia de que a representação é sócio-historicamente construída e revela a importância do resgate histórico do objeto social estudado, a fim de se obter uma melhor compreensão de como ele é representado na atualidade.

Já na Idade Moderna o pensamento religioso medieval foi substituído por uma retomada aos princípios racionalistas, onde o misticismo da religião perdeu lugar para a observação e a descrição das doenças mentais, garantindo alguns escassos avanços na forma de conceber e de se relacionar com a loucura. Os métodos aplicados pela Igreja, de exorcismo e morte na Fogueira Santa, chegaram ao fim; mas práticas segregadoras de exclusão e confinamento começaram a ser aplicadas a todos os que fossem considerados desviantes sociais, em decorrência da nova forma econômica que se desenvolvia, o mercantilismo (Szasz, 1978).

Com a ascensão do mercantilismo as cidades começaram a crescer de forma avançada e problemas sociais e sanitários começaram a afligir a população. A caridade pública, comum na Idade Média, deu lugar ao pensamento burguês. A Igreja, após enfrentar a crise promovida pela Reforma Protestante no século XVI, não abrigava mais os insanos nas Santas Casas de Misericórdia e asilos. A nova ordem econômica vigente, marcada pela busca de produtividade e de lucro, foi responsável por fazer com que pobres e loucos passassem a ser vistos como uma ameaça para a sociedade, porque eram tidos como desocupados e improdutivos, não podendo, pois, compartilhar o mesmo espaço da nova sociedade que emergia.

O século XVI, marcado por problemas econômicos, trouxe medidas de eliminação dessa população marginalizada, eles eram tutelados às famílias ou eram destinados ao isolamento. Como denunciou Foucault (2012), eles eram escorraçados das cidades, ficavam vagando a esmo de vila em vila ou eram embarcados em navios que os deixavam em terras distantes. Enquanto os mais inofensivos pediam esmolas nas ruas ou executavam pequenas tarefas a eles designadas, os doentes mentais mais agressivos eram trancados em celas, masmorras e prisões, sendo submetidos a tratamentos cruéis como o flagelamento, ingestão de purgantes e sangria. Na Inglaterra, o rei Henrique VII chegou a criar um asilo exclusivo para os insanos, o Hospital de Bethlehem. Os antigos leprosários, espalhados por toda a Europa e outrora vazios em decorrência do desaparecimento da lepra, também abriram suas portas para um novo público. Segundo Foucault (2012, p. 06),

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem.

O estigma e o isolamento destinado aos leprosos durante muitos anos deixaram um herdeiro, o doente mental, que a partir de então teve seu espaço assegurado no Hospital Geral. Vistas como uma ameaça à sociedade, os séculos seguintes foram marcados por um internamento maciço de pessoas com transtornos mentais.

Antes de apresentar um sentido médico e objetivar a cura, a internação no século XVII tinha como função impedir a ociosidade e a mendicância. Entre interpretações

religiosas ou metafísicas havia quem acreditasse que a loucura era transmitida. A crença de um “contágio mental”, produto da postura científica da época, trouxe avanços para a psicopatologia em andamento, pois indicava que a medicina passava a ocupar-se de processos não orgânicos. Muito embora a loucura tivesse passado do campo mitológico para o campo médico, não havia elementos ainda que a pudessem definir.

Já no século XVIII a Psiquiatria instituiu-se como ciência, logo após a Revolução Francesa (Oliveira & Alessi, 2005), e a psicopatologia buscou classificar os distúrbios mentais através da conciliação de critérios neurofisiológicos com os de natureza somática e comportamental. Para Pessotti (1994), “é na descrição dos sintomas ou manifestações dessas disfunções cerebrais que se dá cada vez mais importância ao desempenho cognitivo, intelectual, verbal ou, numa palavra, comportamental” (p. 139), marcando esse século por um forte predomínio da visão organicista. Os distúrbios no comportamento passaram a ser observados e considerados para o diagnóstico, ponderando inclusive os diferentes tipos de loucura.

Mudanças na psicopatologia resultaram em atenção aos aspectos sociais, afetivos e físicos. Foi no século XIX que essas tendências ganharam evidência e contribuíram para uma nova terapêutica. Através da publicação do Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental, publicado em 1801, a Psiquiatria se assumiu como especialidade médica e o médico psiquiatra Philippe Pinel, responsável por organizar o Hospital Bicêtre, em Paris, separou os alienados dos demais reclusos e com essa medida chamou atenção para a importância da observação sistemática e demorada da conduta dos pacientes. Com isso ele introduziu uma mudança profunda e inovadora na função da internação, que deixou de ser apenas reclusão e abrigo (um asilo) e se tornou parte essencial do tratamento. O manicômio ganhou a função de curar o paciente (Amarante, 2003).

Hereditariedade, traumas orgânicos, afetos morais contrastados, questões de ordem social, afetiva e passional passaram a fazer parte da etiologia da alienação, que ao deixar de ser tida como uma lesão anatômica passou a ser considerada uma distorção do comportamento, um problema de ordem moral, e, portanto, uma possibilidade humana de qualquer ser dito racional, mas que precisava ser evitada (Pessotti, 2001).

Sendo considerada uma incoerência entre a realidade e as ideias, o tratamento proposto para a loucura visava atuar como uma “correção” do comportamento. O tratamento moral (como ficou conhecido) reordenaria os desvios através de sua função educativa fazendo uso de métodos que oscilavam entre a benevolência filantrópica e a repressão. O médico, responsável por ordenar a vida psíquica do paciente e a ordem social tornou-se uma autoridade moral (Amarante, 1995; Foucault, 2012; Pessotti, 1994; Pessotti, 2001).

Porém, com a difusão dos manicômios, a aplicação do tratamento moral transformou-se em um abuso das práticas repressivas, uma forma de controle institucional e de ordem disciplinar. O manicômio e o tratamento moral permaneceram pouco eficazes no que condiz a mudanças sociais, uma vez que ele continuou se configurando como depósito humano, onde os doentes mentais eram usados muitas vezes como cobaias pela medicina (Pereira & Costa-Rosa, 2012). Ao ser transformada e apropriada pela medicina como um saber médico, a loucura passou a carregar concepções e práticas que, de acordo com Lüchmann e Rodrigues (2007), ancoradas por comportamentos normativos, romperam violentamente com a pertença social. Através da legitimação do discurso médico, a morte social do louco/doente mental passou a ser justificada.

A loucura perdeu seu *status* de fenômeno humano, e aprisionada pelo discurso psiquiátrico, foi reduzida à doença. Encarcerado sob muitos rótulos, dentre eles o da improdutividade e da periculosidade, o louco foi privado do contato social, e esses rótulos

serviram de base para a construção e solidificação de representações na sociedade que atenderam (e atendem) às necessidades de manutenção da dinâmica social (Santos, 2013).

Aliando-se a instituições normatizadoras, a sociedade passou a exercer um controle social que garantia a ordem e o progresso da coletividade. Diante da necessidade de preservação da identidade a população passou a vigiar a circulação dos loucos pelas ruas e assim garantir o seu afastamento (Santos, 2013).

O século XIX remontou o momento em que o hospital se constituiu como psiquiátrico ou o “lugar dos loucos”, um meio de repressão e de exclusão social, espaço violento de mortificação das subjetividades e de uma extrema vulnerabilidade social. Nesse período histórico o hospital psiquiátrico se estabeleceu como lugar de diagnóstico e de classificação de doenças e a figura do médico ganhou *status* de mestre da loucura (Amarante, 1995; Foucault, 2012).

A Psiquiatria assumiu uma posição positivista, centrada na medicina biológica. Aspirando ao reconhecimento legal por parte do Estado, que lhe legitimasse o poder e autorizasse intervenções cada vez mais ativas no campo da doença mental, a ordem psiquiátrica se apresentou como paradigma de organização da sociedade (Amarante, 1994). A institucionalização ocultou o paradigma biomédico e se afirmou como forma mais recorrente de se operar em saúde mental (Pereira & Costa-Rosa, 2012). Além da pretensa finalidade terapêutica, segundo Acioly (2009), a internação no hospital psiquiátrico “institucionaliza necessidades da sociedade” (p.03), a partir do momento em que rejeita, segrega, pune e invalida o indivíduo.

A partir desse momento o modelo biomédico se instalou definitivamente como paradigma norteador de condutas. Dentro da lógica organicista, segundo Wetzel, Kantorski, Olschowsky, Schneider e Camatta (2011), o hospital psiquiátrico se apresentou como a única opção terapêutica possível para o doente mental. Visão que influenciou as

representações durante muitos séculos e que, na atualidade, ao ser confrontado com um novo paradigma, onde o doente mental é reconhecido em suas dimensões biopsicossociais e culturais, resiste e se faz evidente nas representações da população.

Foi diante da hegemonia galgada pelo paradigma biomédico e da grande incidência de práticas abusivas tomadas pela Psiquiatria, que surgiram diversos movimentos políticos que reivindicavam condições sociais mais igualitárias e humanas para as pessoas com transtornos mentais. Os hospitais psiquiátricos viraram foco de discussão e movimentos em defesa dos doentes mentais surgiram em todo o mundo. As mudanças reivindicadas por esses movimentos de reestruturação do atendimento à saúde mental se organizaram em torno de movimentos denominados reformistas (Cirillo, 2006; Maciel, 2007; Silva, 2011a).

Projetos de intervenção psiquiátrica surgiram mundialmente. A Inglaterra, a fim de amenizar a grave situação de superlotação e inoperância dos hospitais psiquiátricos após a II Guerra Mundial, passou a oferecer terapias de grupo. A França deu início a um movimento de mudança na organização interna dos hospitais através da quebra da hierarquia piramidal até então estabelecida. Ficando conhecida como Psicoterapia Institucional Francesa, no início dos anos de 1950, a França reconfigurou o modelo de atendimento e passou a tratar o doente através da instituição e a instituição como doente. Os Estados Unidos, por sua vez, preocupados em diminuir os custos com as internações, traçaram um programa de ação social denominado de Psiquiatria Comunitária, que objetivava atender os pacientes em sua própria comunidade, uma tentativa de conter as crises e evitar internações. Trabalhando sob a óptica da prevenção, o modelo estadunidense substituiu o conceito de doença mental para saúde mental. Já na Itália, a fim de acabar com os manicômios, uma lei em 1978 passou a proibir novas internações em hospitais psiquiátricos e passou a oferecer estruturas territoriais que abarcassem a demanda. A Psiquiatria Democrática Italiana, que tem como seu fundador Franco

Basaglia, propôs um modelo de atendimento psicossocial às pessoas com transtorno mental (Pereira & Costa-Rosa, 2012; Souza & Eulálio, 2011).

A propositura desses movimentos reformistas reivindicavam uma nova forma de intervenção na saúde mental. A mudança no campo da psiquiatria foi vislumbrada por seus idealizadores como algo possível e necessário, que buscava não só oferecer um tratamento mais humanizado, mas também garantir a prática da cidadania através da inclusão dos pacientes na sociedade. Os movimentos de reforma da psiquiatria sugerem além de uma modificação estrutural de atendimento, uma mudança conceitual sobre os usuários dos serviços de saúde mental, propondo um novo olhar sobre a temática da loucura (Rotelli, 1994).

Segundo Pereira e Costa-Rosa (2012), esses movimentos de contestação social foram de fundamental importância para introdução de um novo paradigma no campo da saúde mental, o paradigma psicossocial, onde o sujeito em sofrimento é considerado em suas dimensões políticas e biopsicossocioculturais, bem como a implicação do sujeito durante o tratamento e a sua inserção na sociedade.

1.2 Reforma Psiquiátrica: o “novo” na história da saúde mental?

Opondo-se ao paradigma biomédico construído ao longo dos séculos, a Reforma Psiquiátrica apresenta forte sentido cultural e se sustenta essencialmente através da técnica científica e da evolução da medicina compreendida socialmente. Ela propõe um modelo psicossocial de atenção, tendo como proposta a construção de um centro de gravidade que considera o paciente e suas possibilidades terapêuticas; a Reforma se apresenta como uma solução não asilo-confinante para as pessoas com transtornos mentais, o que se traduz em

uma humanização no atendimento e redução das desvantagens sociais provocadas por esses transtornos (Delgado, 2011).

A proposta de um novo tratamento voltado para a saúde mental, com possibilidade de reinserção das pessoas com transtornos mentais, significa a extinção do modelo asilar e requer a inovação terapêutica dos modelos atuais, pois mesmo com os avanços no campo da saúde mental nas últimas décadas, grande parte da assistência continua sendo realizada em hospitais psiquiátricos (Feitosa, Silva, Silveira & Santos Júnior, 2012). A adoção desse novo modelo traz importantes modificações não só na forma de tratar a loucura, mas também na sua forma de abordagem e conceptualização, pois o foco da atenção deixa de ser a doença e passa a vigorar um modelo de atenção à saúde, o que desemboca na formulação de políticas públicas e criação de novos serviços e práticas profissionais para o atendimento dessa população (Patriota, Eulálio, Lima & Silva, 2010).

No Brasil, a reforma do modelo de saúde mental foi fortemente influenciada pelo modelo implantado na Itália nos anos de 1970, por Franco Basaglia. Para a Psiquiatria Democrática Italiana “a loucura foi compreendida como uma forma de alienação social e o projeto político de cidadania para os loucos seria a própria estratégia para o seu reconhecimento como sujeitos de razão e de vontade” (Oliveira & Alessi, 2005, p.194). O movimento reformista de Basaglia é um processo crítico sobre a instituição psiquiátrica.

Paralelamente aos movimentos reformistas no mundo inteiro, na década de 1970, a efervescência política dos movimentos sociais no Brasil culminou em mudanças em diversos campos da saúde, inclusive na saúde mental. Trabalhadores da saúde denunciaram ao governo militar práticas de assistência psiquiátrica que incluía tortura, fraudes e corrupção. A reivindicação desses trabalhadores estava pautada na busca por melhores salários e condições de trabalho, críticas à cronificação do manicômio, o uso indiscriminado do eletrochoque e a busca por um tratamento mais humanizado. O

movimento dos trabalhadores paralisou os serviços prestados durante um período de oito meses e ganhou grande repercussão na imprensa. Os trabalhadores em saúde mental protagonizaram movimentos em prol da transformação da assistência psiquiátrica no país. Tal movimento resultou em experiências pioneiras em municípios do Rio Grande do Sul e São Paulo, através da implantação de programas de assistência à saúde mental ainda na atenção primária (Lüchmann & Rodrigues, 2007).

Nesse período de mobilização para a transformação na saúde mental e de reorganização institucional, o movimento dos trabalhadores em saúde mental abandonou sua especificidade para tornar-se um movimento social pela Reforma Psiquiátrica, com a estratégia de uma sociedade sem manicômios. Essa passagem demarcou a Luta Antimanicomial, que surgiu durante um congresso dos trabalhadores em saúde mental, em São Paulo, em 18 de maio de 1987. O Movimento Antimanicomial foi disseminado em todos os estados brasileiros e, em paralelo ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, buscou a promoção de um atendimento inclusivo, pautado no paradigma psicossocial, direcionado às pessoas com sofrimento psíquico (Barbosa, Costa & Moreno, 2012; Lüchmann & Rodrigues, 2007; Pereira & Costa-Rosa, 2012).

Entre os anos de 1983 e 1987, em alguns Centros de Saúde da cidade de São Paulo foi montado um programa de atenção à saúde mental, onde equipes formadas por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais deram origem aos chamados Ambulatórios de Saúde Mental, que prestavam um apoio comunitário à população com sofrimento psíquico, e que nesta conjuntura podem ser considerados “embriões” dos atuais Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (Pitta, 2011).

Considerado um marco inaugural nos cuidados despendidos com a pessoa em sofrimento psíquico, o CAPS Luiz Cerqueira surgiu em 1987, no distrito de Bela Vista, cidade de São Paulo. Outra experiência exitosa foi realizada em Santos, onde denúncias de

maus-tratos levaram ao fechamento da Casa de Saúde de Anchieta, o que proporcionou o deslocamento dos eixos de cuidado em saúde mental para Centros Comunitários de Saúde Mental que serviam de apoio todos os dias da semana, vinte e quatro horas por dia. A experiência de Santos serviu de modelo para diversos estados do país, mostrando a possibilidade de dispositivos alternativos e substitutivos ao manicômio (Pitta, 2011).

Diante de tais acontecimentos e objetivando impedir a construção de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; direcionar verbas públicas para dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos; e obrigar o aviso às autoridades judiciárias quando da ocorrência da internação involuntária, surgiu em 1989 o Projeto de Lei de nº 3.657/89, de propositura do então deputado Paulo Delgado. O projeto, no entanto, tramitou durante 12 anos no senado e após algumas modificações foi aprovado em 2001 sob a Lei de nº 10.216, que ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica (Pitta, 2011).

A Lei da Reforma Psiquiátrica objetivou normatizar e reorientar o modelo assistencial à saúde mental, garantindo a redução de leitos hospitalares e uma transição segura para serviços substitutivos e de base comunitária. Sob a égide da desinstitucionalização pacientes egressos de hospitais psiquiátricos e internados por longos períodos de tempo recebem benefícios do governo através de programas criados com a finalidade de promover a socialização². Ainda compartilhando do princípio da desinstitucionalização, foi criada uma rede de atenção à saúde mental composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais (Ministério da Saúde, 2005).

²O Programa “De Volta para Casa” foi criado e sancionado em 2003 sob a lei federal 10.708. Visando contribuir através de um auxílio-reabilitação para inserção social dos pacientes, cada beneficiário habilitado no programa recebe um cartão magnético da Caixa Econômica Federal que lhe possibilita movimentar recursos mensais. Atualmente o valor do benefício é de R\$320,00.

Os Centros de Atenção Psicossocial, apesar de existirem antes da sanção da lei, foram normatizados e expandidos por todo o território nacional, tornando-se um dos principais serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Organizados de acordo com o perfil populacional de cada município, os CAPS diferenciam-se pelo porte, capacidade de atendimento e clientela atendida (Ministério da Saúde, 2005).

Os serviços CAPS diferenciam-se em tipo I; II; III; CAPSi e CAPSad. Os CAPS de tipo I são instalados em municípios com uma população entre 20.000 e 50.000 habitantes e são destinados a atender adultos com transtornos mentais severos e usuários de álcool e outras drogas. Com uma equipe de no mínimo nove profissionais de nível médio e superior, funcionam os cinco dias úteis da semana e têm capacidade para acompanhar 240 pessoas por mês (Ministério da Saúde, 2005).

Os CAPS II oferecem suporte aos municípios com uma população acima de 50.000 habitantes, sua clientela é formada por pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Com uma equipe mínima de 12 profissionais de nível médio e superior, funcionam os cinco dias úteis da semana e chegam a acompanhar cerca de 360 pessoas por mês (Ministério da Saúde, 2005).

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede de saúde mental e visam cobrir municípios com população superior a 200.000 habitantes. Esses serviços funcionam 24 horas, todos os dias da semana e realizam, quando necessário, acolhimento noturno (podendo o usuário em crise ficar até sete dias no serviço). A equipe deve contar com no mínimo 16 profissionais que chegam a acompanhar 450 pessoas por mês (Ministério da Saúde, 2005).

Os CAPSi oferecem atendimento especializado a crianças a adolescentes com transtornos mentais, atendem municípios com mais de 200.000 habitantes durante os cinco

dias úteis da semana e, com uma equipe de cerca de 11 profissionais, atendem em média 180 crianças a adolescentes por mês (Ministério da Saúde, 2005).

Os CAPSad, por sua vez, também oferecem atendimento especializado, mas nesse caso, a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Sendo implantados em municípios com mais de 200.000 habitantes e funcionando os cinco dias úteis da semana, sua equipe de 13 profissionais atende cerca de 240 pessoas por mês (Ministério da Saúde, 2005).

Além de prestar atendimento clínico e se estruturar como serviço substitutivo, e não complementar ao hospital psiquiátrico, os CAPS são serviços que devem promover a autonomia dos usuários dos serviços. Funcionando como um articulador na rede de saúde mental devem oferecer recursos para a reinserção social do usuário na sua comunidade através de ações intersetoriais.

Compondo a rede de serviços substitutivos, a Reforma Psiquiátrica ainda conta com os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Os SRT são moradias localizadas em espaço urbano que abrigam pessoas egressas de hospitais psiquiátricos que perderam os vínculos familiares. Estas casas garantem o direito à moradia e à reintegração na comunidade. Um cuidador é designado a apoiar os moradores das residências, que devem acolher no máximo oito pessoas e que devem estar referenciadas por um CAPS (Vêloso, Oliveira Filho, Nascimento, Nóbrega & Pinto; 2011).

Centros de Convivência, no seu turno, são dispositivos públicos criados para oferecer às pessoas com transtornos mentais espaços de socialização, produção e acesso à cultura, facilitando a construção de laços sociais e a inclusão dos usuários na cidade através de sua articulação com a vida cotidiana e a cultura (Ministério da Saúde, 2005).

Com o advento da Reforma, ambulatórios especializados ganharam a configuração de serviços substitutivos ao hospital. Os Ambulatórios de Saúde Mental, segundo Santos,

Oliveira e Yamamoto (2009), realizam atividades terapêuticas ressocializadoras e promotoras de autonomia. Composto por uma equipe de psiquiatras, psicólogos, terapeuta ocupacional e auxiliar de enfermagem, acolhe manifestações de sofrimento dos usuários e oferece atendimento individual, grupal e visitas domiciliares.

Articulando todos esses serviços substitutivos, formou-se uma rede que possibilita a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos. Pacientes em crise passaram a ser assistidos por um modelo menos fechado, e quando da necessidade de leitos hospitalares, segundo o paradigma da Reforma, devem ser encaminhados para alas em hospitais gerais, criadas justamente para essa finalidade de acolhimento e contenção das crises.

A aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica possibilitou a criação e manutenção dos serviços substitutivos aqui expostos, através de financiamentos específicos do Ministério da Saúde. Também foram estruturadas fiscalizações nos hospitais psiquiátricos através do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), instrumento de avaliação instituído em 2002 e que reorienta o modelo de atenção em saúde mental promovendo avaliações anuais nos hospitais credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2005).

Uma equipe formada por técnicos-clínicos, da vigilância sanitária e do controle normativo, avalia a estrutura física dos hospitais, os recursos terapêuticos, a dinâmica de funcionamento e a adequação às normas técnicas do SUS. Hospitais psiquiátricos classificados como de baixa qualidade são descredenciados do SUS. As vistorias nos hospitais psiquiátricos visam garantir a efetivação da desinstitucionalização e um tratamento mais humanizado aos pacientes, além de reorganizar a rede hospitalar possui a função de, gradativamente, diminuir a quantidade de leitos nos hospitais e consequentemente, expandir a rede extra-hospitalar (Ministério da Saúde, 2005).

Em muitos municípios o PNASH impulsionou o processo de desospitalização, como foi o caso de Campina Grande, uma das cidades pesquisadas nesta dissertação. O descredenciamento pelo SUS de um dos dois hospitais psiquiátricos de Campina Grande estimulou a reconfiguração da assistência à saúde mental na cidade e nos municípios circunvizinhos. Além de suscitar discussões sobre a temática em todo o estado, o fechamento do hospital promoveu uma reflexão sobre o tratamento psiquiátrico na Paraíba (Souza & Eulálio, 2011). Diante do exposto, faz-se importante conhecer como se deu o processo de Reforma no Estado da Paraíba, local onde se desenvolveu esta pesquisa.

1.3 Delineamentos da história da saúde mental no Estado da Paraíba

A história da psiquiatria na Paraíba tem como marco a inauguração do primeiro hospital exclusivo para pacientes psiquiátricos, o Asylo de Sant'Anna. Construído no "Sítio Cruz do Peixe" e localizado afastado do perímetro urbano da capital João Pessoa, o Asylo Sant'Anna era anexo à Santa Casa de Misericórdia da Paraíba (atual Hospital Santa Isabel) e contava inicialmente com dois pavilhões: um destinado aos portadores de doenças contagiosas e epidêmicas e outro pavilhão destinado aos doentes mentais. Este último recebeu o nome de Asylo de Sant'Anna e é considerado o primeiro hospício do Estado (Silva Filho, 1998).

Os primeiros internos no Asylo foram trazidos da Cadeia Pública da capital, "pois encontravam-se recolhidos (como prisioneiros comuns) já que esta era uma atitude bastante normal para época" (Silva Filho, 1998, p. 63). Encaminhamentos para o Asylo começaram a surgir mesmo antes de sua inauguração, porém entre os anos de 1877-1879, devido a grandes problemas sociais causados pela seca intensa que assolou a região na

época, um grande número de pessoas foi internado no Asylo de Alienados, ou Hospício da Cruz do Peixe, nomes pelo qual ficou conhecido o Asylo Sant'Anna.

Com muros altos, grades de ferro e oferecendo condições subumanas de sobrevivência, o hospital possuía 12 celas escuras, seis para homens e seis para mulheres, sem ventilação, com portas pesadas e grades com pequenas aberturas pelas quais se passava a comida e a medicação para os internos. No piso das celas havia orifícios de fossas que serviam de sanitário e cujo cheiro enchia todo o recinto (Silva Filho, 1998; Brito, 2011). Essa caracterização encontrada na literatura sobre o primeiro hospício da Paraíba endossa a história das instituições psiquiátricas no mundo inteiro (Foucault, 2012; Szasz, 1978), e assevera que, assim como os demais, o Asylo Sant'Anna era um espaço não de tratamento, mas de isolamento e exclusão.

Entre os anos de 1906 e 1910 iniciou-se um movimento por parte dos gestores da Santa Casa de Misericórdia da Paraíba, que denunciava e protestava contra o tratamento dado aos doentes mentais, sendo solicitado aos governantes do Estado, através do psiquiatra Dr. Octávio Ferreira Soares³ a construção de um novo hospício. Os dados revelam que no ano de 1928 (ano em que é extinto o Asylo Santa'Anna) havia 24 internos, mais 11 deram entrada, desse total 12 receberam alta, 10 morreram nesse mesmo ano dentro da instituição e 13 foram removidos para a nova Colônia (Silva Filho, 1998).

Em meados de 1917 o governador do estado em exercício, Dr. Francisco Camilo de Holanda (1916-1920), enviou psiquiatras paraibanos, entre eles o Dr. Octávio Soares, para o Rio de Janeiro a fim de estudarem uma assistência mais especializada para os pacientes psiquiátricos. Apesar dos esforços, problemas financeiros enfrentados na gestão de Camilo de Holanda impossibilitaram a construção de um novo hospício na capital. O pedido de um

³O primeiro médico psiquiatra da Paraíba, Dr. Octávio Ferreira Soares começou a trabalhar gratuitamente no Asylo Sant'Anna e através de sua especialização deu início a um novo período da história da psiquiatria no Estado, uma fase mais científica da Psiquiatria Paraibana.

novo espaço para tratar os doentes mentais só foi atendido em 1928 através da inauguração do Hospital Colônia Juliano Moreira (Brito, 2011; Maciel, 2007; Silva Filho, 1998).

Sendo uma obra planejada e executada pelo governo federal, na gestão do presidente da república Dr. Epitácio da Silva Pessoa (1919-1922), a construção do Hospital-Colônia Juliano Moreira teve início em 1922 e ficou sob os encargos da federação até o ano de 1924, que a deixou semiconcluída. Com a saída do governo federal, o governo do estado através do Dr. João Suassuna (1924-1928) concluiu e inaugurou a obra (Silva Filho, 1998).

Seguindo os moldes de uma planta cedida pelo psiquiatra baiano Dr. Juliano Moreira, o prédio que inicialmente seria construído na Fazenda São Rafael, local que “hoje corresponde às terras do bairro do Castelo Branco (I, II, II), o prédio da rádio Tabajara e a Cidade Universitária (Campus I-UFPB)” (Silva Filho, 1998, p. 72), foi erguido em um terreno amplo, arborizado, com água potável, e mais próximo ao centro da cidade, na Estrada dos Macacos, atual avenida Dom Pedro II (Silva Filho, 1998).

Constituído por pavilhões masculinos e femininos, alojamentos para a equipe técnica, laboratório, sala para pequenas cirurgias e grandes pátios, o hospital que tinha capacidade inicial para atender 100 pacientes, chegou a atender 500. Havia também no Hospital-Colônia Juliano Moreira um pomar que era destinado ao trabalho agrícola dos pacientes, terapêutica comum no Brasil da época, que via nessa atividade a possibilidade de recuperação e reinserção social dos pacientes. É importante destacar, porém, que a política da colônia agrícola declinou ao ponto de ser abolida por falta de investimentos (Maciel, 2007).

Em todo o país novos hospitais psiquiátricos não paravam de surgir. Na Paraíba, após a inauguração do Hospital-Colônia Juliano Moreira, de acordo com Silva Filho

(1998), seguiu-se a abertura de outras instituições destinadas ao público de saúde mental, algumas delas são listadas abaixo:

- Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (INCAERF) - (1963-2005)⁴ – fundado pelo Dr. João Ribeiro na cidade de Campina Grande.
- Instituto de Psiquiatria da Paraíba (IPP) – (1965 até os dias atuais) - fundado pelo Dr. Oswaldo Rodrigues das Neves na cidade de João Pessoa.
- Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande S/C Ltda. – (1966 até os dias atuais) – fundado pelo Dr. Raimundo Maia de Oliveira na cidade de Campina Grande.
- Casa de Saúde São Pedro Ltda. – (1966 até os dias atuais) – fundada pelos Drs. Danilo de Lira Maciel e Maria das Neves Carneiro Maciel na cidade de João Pessoa.
- Clínica Sta. Amália – (1967-1981) – fundada pelo Dr. Gutemberg Botelho na cidade de João Pessoa.
- Clínica Coelho Filho Ltda. (1967-1970) – fundada pelo Dr. Heronides Coelho Filho na cidade de João Pessoa.
- Hospital de Saúde Mental de Guarabira (1976-1976) – fundado pelo Dr. Oswaldo Rodrigues das Neves, na cidade de Guarabira.
- Clínica do Stress (1982 até os dias atuais) – fundada pelo Dr. José Donato Braga, na cidade de Cabedelo.
- Casa de Saúde Sta. Bárbara (1994-1994) – fundada pelo Dr. Danilo de Lira Maciel na cidade de João Pessoa.

É possível perceber que desde a inauguração do primeiro hospital psiquiátrico do estado até o início do movimento da Reforma Psiquiátrica na Paraíba, houve uma

⁴Após avaliação do PNASH, o hospital foi fechado em 2005. Sendo o primeiro hospital a funcionar no interior do estado, o INCAERF descentralizou os atendimentos da capital, abrangendo pacientes vindos das regiões do Sertão, Cariri, Curimataú, Borborema e cidades vizinhas do interior de Pernambuco. Também fez história ao inaugurar dentro de suas dependências o primeiro “Serviço de Tratamento de Alcoolismo” dentro de um hospital psiquiátrico, no ano de 1987, com 20 leitos.

disseminação desse tipo de instituição, que acabou por se estabelecer no eixo Campina Grande - João Pessoa. Paralela à criação desses hospitais iniciou-se o Movimento da Luta Antimanicomial em todo o país.

Na Paraíba o Movimento ganhou força por volta do ano de 1995 através de um Ante-Projeto de Lei apresentado pelo deputado estadual Francisco Lopes da Silva (PT/PB) à Assembleia Legislativa. Sendo apenas uma repetição do Projeto de Lei nº 3.657/89, do deputado federal Paulo Delgado (PT/MG), que visava à Reforma Psiquiátrica no país, o projeto que apresentava falhas técnicas não chegou a ser aprovado na assembleia estadual.

Foi apenas com a aprovação da Lei 10.216, no ano de 2001, que o contorno da história da psiquiatria no estado ganhou novas formas, precisamente no ano de 2005, com o fechamento de um dos maiores hospitais do estado, o INCAERF, popularmente conhecido como Hospital João Ribeiro⁵. Após diversas irregularidades encontradas, e avaliações negativas do PNASH, o INCAERF foi descredenciado da rede SUS, gerando muita polêmica na sociedade civil e na mídia local.

O caso tomou grandes proporções, na mídia escrita e televisionada, a intervenção do PNASH no hospital tornou-se notícia constante nos dias que se seguiram. Um jornal de grande circulação no Estado, o jornal Correio da Paraíba, trouxe na edição do dia 28 de abril de 2005 como matéria principal uma fotografia dos pacientes do INCAERF com o sugestivo título: “Doentes nus e abandonados levam o MS a intervir no JR”. A matéria que dava sequência à notícia esclarecia os procedimentos e motivos da intervenção:

Interventores do Hospital Psiquiátrico João Ribeiro em Campina denunciaram “caos” no lugar, ontem. Doentes mentais estão abandonados.

⁵Nome do seu proprietário-fundador.

Camas não têm colchão e o banho feito com uma mangueira, é em grupo. Ministério da Saúde prometeu “mudança radical”. [...] embora não seja privilégio de Campina Grande, o caso do “João Ribeiro” extrapolou os limites da tolerância humana⁶.

O panorama encontrado durante a avaliação do INCAERF foi, segundo Cirilo (2006), a presença de fezes e urina em lugares que não tinham banheiro; paredes com infiltração ou sujas; banheiros com descargas quebradas; janelas sem vidro; pacientes nus deitados no chão; pacientes com problemas de saúde visíveis; falta de projetos terapêuticos; pacientes custeando a própria medicação; recursos humanos insuficientes; falta de colchões; ausência de equipamentos médicos; superlotação; mau cheiro em vários ambientes do hospital; irregularidades na cozinha, lavanderia, almoxarifado e farmácia. Os “limites da tolerância humana” relatados no jornal referem-se além da condição do ambiente, aos períodos de longa permanência em que foram encontrados 78 pacientes com um tempo de internação entre 10 e 20 anos, destes, 47 (muitos por não possuírem contato com a família) eram moradores do hospital.

Diante do quadro, e considerando que o hospital atendia boa parte da demanda da região, o descredenciamento do INCAERF obrigou as autoridades a organizarem uma rede de serviços substitutivos para abrigar os 176 pacientes internos na instituição. Silva (2011b) relata que 69 pacientes internos foram encaminhados para o Serviço de Referência de Saúde Mental do município, e posteriormente foram transferidos para o Posto de Emergência Psiquiátrica, situado no Hospital Geral Dr. Edgley, na mesma cidade; outros

⁶Trecho integralmente extraído do trabalho “Relatos Orais e Reforma Psiquiátrica: instaurando rasuras e produzindo discursos”, de autoria de Fátima Saionara Leandro Brito, apresentado no X Encontro Nacional de História Oral: testemunhos, história e política, na cidade de Recife.

Ao entrar em contato com a edição do jornal citado a fim de obter o exemplar, a equipe responsável afirmou que mantinha em seus arquivos apenas exemplares dos últimos cinco anos, impossibilitando a consulta direta à fonte neste trabalho.

16 foram encaminhados para as Residências Terapêuticas (recém-inauguradas), e os demais foram entregues as famílias.

Diante do inesperado quadro com que o município de Campina Grande se encontrou, com a diminuição drástica de leitos psiquiátricos, toda a região no seu entorno, e pode-se dizer que todo o estado, precisou de políticas emergenciais que garantissem o atendimento às pessoas que precisavam de tratamento psiquiátrico. Foi nesse interim que foi planejada uma expansão dos serviços extra-hospitalares através de discussões coletivas realizadas entre os estados da Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte (Barbosa, Souza & Dimenstein, 2009; Ministério da Saúde, 2005).

Antes do processo de intervenção, a rede de serviços substitutivos de saúde mental de Campina Grande que era composta por um CAPS II e um CAPSad, foi ampliada e fortalecida na época com a implantação dos CAPSi e CAPS III (Cirilo, 2006). Com a expansão dos dispositivos substitutivos, os municípios no entorno de Campina Grande passaram a estruturar serviços próprios, responsabilizando-se assim por seus pacientes. Campina Grande transformou a assistência prestada em saúde mental à população ao efetivar o processo de desinstitucionalização e reduzir o número de leitos hospitalares, além de mobilizar os gestores do SUS para novas soluções nos cuidados com saúde mental e mobilizar a sociedade local para o processo da Reforma Psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2005).

A intervenção possibilitou a expansão dos serviços substitutivos. Segundo dados do Ministério da Saúde (2012), o panorama atual da cobertura de serviços de saúde mental no Estado da Paraíba pode ser visto na tabela abaixo:

Tabela 1

Serviços de saúde mental no Estado da Paraíba

| SERVIÇOS | NÚMERO (2006)* | NÚMERO (2011)** |
|--------------------------------------|-------------------|-----------------|
| CAPS I | 08 | 39 |
| CAPS II | 06 | 08 |
| CAPS III | 01 | 03 |
| CAPSad | 03 | 08 |
| CAPSi | 01 | 08 |
| Residência terapêutica | 14 | 23 |
| Hospitais psiquiátricos | 06 | 05 |
| Leitos em hospitais psiquiátricos | 801 | 706 |
| Leitos em hospital geral | 04 | 52 |

* Fonte: Ministério da Saúde (2006). Saúde Mental em Dados 02.

**Fonte: Ministério da Saúde (2012). Saúde Mental em Dados 10.

Ocupando, de acordo com o Ministério da Saúde, o primeiro lugar no *ranking* de cobertura de CAPS (que considera um CAPS para cada 100.000 habitantes) o Estado da Paraíba possui uma cobertura de 1,27 CAPS/100.000 habitantes, sendo classificada pelo Ministério da Saúde como uma cobertura “muito boa” (Ministério da Saúde, 2012); porém, o que se percebe no estado hoje, é que grande parte dessa cobertura adequada de CAPS se deve ao município de Campina Grande, que conta com uma rede de serviços substitutivos ampla, se comparada aos demais municípios. Relatados os dados é possível vislumbrar como se encontra a saúde mental da Paraíba. O que deveria se traduzir em um salto qualitativo no atendimento prestado em saúde mental acaba revelando a disparidade existente entre os municípios.

Essa discrepância fica mais evidente se for considerado que o estado possui 223 municípios, e que deste total apenas 50, segundo dados da Secretária de Saúde do Estado (2012), possuem serviços substitutivos. Através dos dados é possível inferir que, apesar do Ministério da Saúde através de seus cálculos afirmar que a Paraíba possui uma cobertura adequada de serviços substitutivos (Ministério da Saúde, 2012), muitos municípios

paraibanos permanecem desassistidos, pois há uma concentração de serviços substitutivos nas grandes cidades da Paraíba, carecendo o estado de uma rede mais ampla e efetiva na saúde mental.

Ao falar de desassistência, é importante esclarecer que neste trabalho a desassistência não é compreendida apenas como a quantidade de serviços implantados, sua cobertura e expansão no estado; mas é compreendida também como a qualidade desses serviços e a sua forma de execução, pois apesar da pretensa meta de deixar os muros do hospital, o grande desafio da Reforma Psiquiátrica continua sendo a transformação da prática clínica e a inclusão social, uma vez que representações de discriminação e preconceito permanecem fortemente arraigadas na sociedade (Maciel, 2007; Silva, 2011a).

É por isso que, considerando a posição da Paraíba no *ranking* do Ministério da Saúde; realizadas as considerações acerca da distribuição dos serviços no estado; pontuando que durante anos a história da saúde mental no Estado se desenvolveu no eixo Campina Grande-João Pessoa, este trabalho promove uma reflexão sobre o andamento da Reforma Psiquiátrica na Paraíba, mais especificamente nessas cidades, pois diante de tais acontecimentos cabe questionar se o aumento no número de CAPS e as alterações na configuração da rede de saúde mental foram acompanhados de maior adesão ao modelo Psicossocial.

Mediante tais reflexões e utilizando para tal finalidade a Teoria das Representações Sociais como aporte teórico, buscou-se conhecer as representações sociais sobre a loucura/doença mental e a Reforma Psiquiátrica de profissionais que trabalham com saúde mental nas cidades citadas, haja vista que as representações são socialmente construídas a partir da realidade social e que têm como função orientar a prática pessoal.

CAPÍTULO 2

Teoria das Representações Sociais

Este capítulo abordará o aporte teórico que respalda o presente estudo. Durante o decorrer da sessão será resgatada a origem, conceito, função e a importância das representações sociais no estudo dos fenômenos cotidianos, bem como seus processos formadores e as principais correntes teórico-metodológicas desenvolvidas, dando destaque, porém, às duas correntes utilizadas para a análise dos dados desta dissertação: a Abordagem Dimensional, proposta por Moscovici e Jodelet; e a Abordagem Estrutural, desenvolvida por Abric.

2.1 Origem e conceito das representações sociais

A Teoria das Representações Sociais foi desenvolvida no campo da Psicologia Social no ano de 1961 pelo psicólogo Serge Moscovici. Observando como ocorreu a penetração da psicanálise no saber cotidiano dos franceses, Moscovici se apropria deste fenômeno como objeto de estudo na sua tese de doutoramento intitulada *La psychanalyse: Son image et son public*, e propõe, baseado na Teoria das Representações Coletivas de Durkheim, a Teoria das Representações Sociais (TRS).

Moscovici estava interessado em compreender de que maneira a ciência provoca impacto nas mudanças históricas, nos pensamentos e nas perspectivas sociais. Ele questionou a força da ciência na cultura das pessoas, como ela altera suas mentes e comportamento, e por que ela se torna parte de um sistema de crenças. O problema a ser desvendado por Moscovici era: Como o conhecimento científico é transformado em conhecimento comum ou espontâneo? (Moscovici, 2003).

Com a gênese da TRS, Moscovici dá origem a um trabalho inovador, que lança duas problemáticas: uma mais específica, que se preocupa em saber como o senso comum consome e transforma uma teoria; e uma segunda problemática mais geral, que analisa o

homem em sua interação social, como ele constrói teorias e como isso organiza sua comunicação e seu comportamento (Moscovici, 2012).

Ao dar origem ao conceito de representação social Moscovici tinha em mente uma psicologia social do conhecimento como centro da ciência. Tornando o insólito, familiar, a representação possibilita a compreensão de determinado objeto, “ela transforma em sociais as ciências, e em científicas, as sociedades” (Moscovici, 2012, p.28), as representações sociais são identificadas no senso comum e são análogas a paradigmas científicos. Quando uma nova ideia, ou conhecimento científico, penetra na esfera pública, na vida cultural de uma sociedade, então acontecem lutas culturais, polêmicas intelectuais e oposição entre diferentes modos de pensar (Moscovici, 2003).

Segundo Moscovici (2003), as representações sociais estão relacionadas ao pensamento simbólico e a toda forma de vida mental que pressupõe linguagem. As representações são absorvidas desde a infância, juntamente com outros elementos da cultura e com a língua materna. É a constituição dessa linguagem específica que acompanha a formação de uma representação. Uma vez conseguido isso, as palavras obtêm seus sentidos específicos e estes, por sua vez, justificam seu uso. A repetição dos elementos formaliza e solidifica o pensamento, tornando-o parte da constituição linguística e cognitiva do indivíduo.

Foi dado o nome de representações sociais a um conjunto de ideias partilhadas por um grupo sobre determinado fenômeno; elas são consideradas sociais, segundo Franken, Coutinho e Ramos (2012. p.208), “porque se referem a fenômenos sociais e porque nascem e são geradas na sociedade”. Mas também pode ser considerado um sistema cognitivo, na medida em que apontam para uma forma particular de conhecimento, a saber, o conhecimento do senso comum.

Na fala de Jovchelovitch (2000, p.32) “as representações sociais são saberes sociais construídos em relação a um objeto social, que elas também ajudam a formar”. As representações sociais são concebidas como conhecimentos de sentido comum que têm como origem e como objetivo a comunicação com os grupos sociais. As mudanças e transformações têm lugar constante em ambas as direções, as representações se comunicam entre si, elas se combinam e se separam, introduzem uma quantidade de novos termos e novas práticas no uso cotidiano e “espontâneo”. Na verdade, as representações sociais diárias e “espontaneamente” se tornam senso comum, enquanto representações do senso comum se transformam em representações científicas e autônomas (Moscovici, 2003).

É nesse âmbito que as representações sobre o louco/doente mental e sobre a Reforma Psiquiátrica se produzem. Essas representações remetem a uma visão estereotipada do louco/doente mental, ancorados no princípio religioso de possessão, de perigo, de disfunções orgânicas e/ou traumas psicológicos; e objetivadas na imagem da criança, que como um ser dependente e sem razão, precisa ser tutelado (Cirilo, 2006; Maciel, 2007; Nascimento, Silva, Vêloso, Morais; Silva, 2011b). Construídas e influenciadas historicamente pelo contexto social e ideológico ao qual loucos/doentes mentais foram submetidos, essas representações foram difundidas e compartilhadas pela ciência e pelo senso comum.

O senso comum, o conhecimento popular, oferece acesso direto às representações sociais. São, até certo ponto, as representações sociais que combinam nossa capacidade de perceber, inferir, compreender, que vêm à nossa mente para dar um sentido às coisas, ou para explicar a situação a alguém. Elas são tão “naturais” e exigem tão pouco esforço que é quase impossível suprimi-las. As representações sociais têm como finalidade tornar a comunicação, dentro de um grupo, relativamente não problemática e reduzir o “vago”

através de certo grau de consenso entre seus membros. Elas variam dentro de uma mesma sociedade e cultura, de acordo com os princípios de racionalidade distinta (Moscovici, 2003; Moscovici, 2012).

A falta de informação aliada à incerteza da ciência são, segundo Jodelet (2001), elementos que favorecem o surgimento das representações, que irão circular “de boca em boca” ou de um veículo de comunicação a outro. Cumprindo a dupla função de tornar o desconhecido familiar e o invisível perceptível, elas orientam o indivíduo em seu mundo e promovem o intercâmbio social (Mora, 2002).

Sendo assim, as representações se apresentam como imagens que condensam um conjunto de significados, um sistema de referência interpretativa que dá sentido ao inesperado (Mora, 2002), e estão relacionadas ao pensamento simbólico e toda forma de vida mental que pressupõe a linguagem (Moscovici, 2003). Elas circulam nos discursos e são veiculadas e cristalizadas nas organizações e nas condutas (Jodelet, 2001).

Mediadas pela linguagem, essas mensagens são socialmente construídas e estão ancoradas na realidade dos indivíduos que as emitem, ou seja, refletem as condições contextuais dos sujeitos que as elaboram, suas condições socioeconômicas e culturais. São elaborações mentais construídas a partir da dinâmica estabelecida entre a atividade psíquica do sujeito e o objeto de conhecimento; relação que se dá na prática sócio-histórica da humanidade e que se generaliza pela linguagem. Nesse sentido, sujeito e objeto formam um conjunto indissociável (Franco, 2004).

Segundo Moscovici, as representações sociais emergem determinadas pelas condições em que são pensadas e construídas, tendo como denominador o feito de surgir em momentos de crise e conflito. Mora (2002) destaca as três condições de surgimento de uma representação inferidas por Moscovici:

- A *dispersão da informação*: a multiplicidade e desigualdade qualitativa entre as fontes de informação em relação à quantidade de campos de interesse tornam precários os vínculos entre os julgamentos, e complexa a tarefa de buscar todas as informações e relacioná-las; ou seja, a informação que um grupo possui sobre determinado objeto social pode advir de diversas fontes.
- A *focalização do sujeito individual e coletivo*: uma pessoa ou uma coletividade se focalizam porque estão implicadas na interação social como feitos que comovem julgamentos ou opiniões. Aparecem como fenômenos que se deve olhar detidamente.
- A *pressão à inferência do objeto socialmente definido*: na vida cotidiana as circunstâncias e as relações sociais exigem do indivíduo e do grupo social que sejam capazes, em todo momento, de estar em situação de responder ao que se apresenta.

Moscovici propõe uma abordagem dimensional para as representações sociais, podendo ser analisadas com fins didáticos e empíricos em três dimensões: *a informação*, a organização de conhecimentos que possui um grupo acerca de um acontecimento; *o campo da representação*, expressa a organização do conteúdo da representação de forma hierarquizada, variando de grupo em grupo, ou até mesmo dentro do grupo; *e a atitude*, a dimensão que significa a orientação favorável ou não em relação ao objeto da representação social, significa uma espécie de componente motivacional e afetivo (Mora, 2002).

Realizadas essas considerações, é possível inferir que, cognitivamente, as representações são responsáveis pela familiarização do objeto social apreendido; e que a articulação entre as elaborações sociais e individuais, característica das representações sociais, garante a função de orientação de condutas além de proteger e legitimar as

identidades sociais. A função das representações sociais, porém, não se limita à familiarização e orientação de condutas; ao longo dos anos alguns autores atribuíram a esta teoria outras funções.

2.2 Função e processos formadores das representações sociais

As representações sociais têm como função facilitar a comunicação e orientar a conduta. Ao ressaltar o papel fundamental ocupado pelas representações nas práticas sociais, Abric (2000) declara quatro funções que as sustentam:

- *A função de saber*: permite que os atores sociais adquiram saberes práticos e compreensíveis do senso comum.
- *A função de orientação*: essa função atua como um guia que orienta aprioristicamente as condutas do sujeito, é um guia para a ação. Neste sentido, investigar as representações sociais dos profissionais acerca do louco/doente mental e da Reforma Psiquiátrica permitirá compreender a forma como esses indivíduos orientam suas práticas.
- *Função identitária*: permite a construção de uma identidade pessoal e social através da identificação do indivíduo com o contexto no qual está inserido. Essa função preserva as especificidades do grupo e mantém o controle exercido pela coletividade sobre cada membro e o seu processo de socialização.
- *Função justificadora*: permite que o ator social justifique sua conduta perante o grupo no qual está inserido. Dito desta forma, a representação possibilita que o sujeito justifique além de sua tomada de decisão, a sua diferenciação ou manutenção social, uma vez que pode corroborar com a discriminação ou com a manutenção das distinções intergrupais.

É através das funções desempenhadas pelas representações sociais que é possível a compreensão dos diferentes fenômenos, a apreensão dos objetos sociais, o esclarecimento do porquê de alguns problemas se sobressaírem em detrimento a outros, e a explicação de múltiplas e distintas condutas envolvendo diferentes grupos e atores sociais (Maciel, 2007). Nesse contexto, tomar o louco/doente mental e a Reforma Psiquiátrica como objetos representacionais permite compreender as condutas que foram e que estão sendo direcionadas a eles.

Considerando que a construção da realidade social é realizada em partes por uma dimensão psicossocial, e que esta dimensão envolve saberes simbólicos do cotidiano e agentes sociais responsáveis pela difusão dessas práticas comunicativas, é possível inferir que as representações sociais são fenômenos simbólicos produzidos na esfera pública e que estão radicadas em todos os tipos de reuniões e meios de comunicação; é no encontro com o outro que elas se incubam, se cristalizam e são transmitidas (Jovchelovitch, 2000).

Nas relações, nas interações diárias, nos encontros públicos onde os atores sociais se reúnem para “dar sentido ao cotidiano que as representações sociais são formadas. Enquanto fenômeno elas expressam, em sua estrutura interna, permanência e diversidade, tanto a história como realidades atuais. Elas contêm em si tanto resistência à mudança como sementes de mudança” (Jovchelovitch, 2000. p.40). Permitindo um diálogo entre o velho e o novo elas (re)apresentam alguma coisa, permitindo a construção ou (re)construção da realidade, as representações sociais permitem a produção de imagens e significantes, expressando o trabalho do psiquismo humano sobre o mundo, demonstrando assim que são móveis; versáteis e que estão o tempo todo mudando a fim de dar um sentido, estabelecer uma relação com o ausente e evocar o possível (Jovchelovitch, 2000).

Tal processo é possível pela configuração estrutural das representações, onde há a substituição de um sentido por uma figura (processo de objetivação), e a duplicação de

uma figura por um sentido (processo de ancoragem). Este esquema repousa sobre a dinâmica da familiarização que rege a formação das representações (Sá, 1996).

Dentre os muitos elementos que tornam clara a gênese das representações sociais, destacam-se dois processos sociocognitivos: a *objetivação* e a *ancoragem*, e seus desenvolvimentos como núcleo central e sistema periférico (Franco, 2004). Estes processos evidenciam a interdependência entre a atividade psicológica e suas condições sociais, pois transformam um conhecimento em representação e evidenciam a maneira como essa representação transforma o social (Melo, 2013).

Detalhando um pouco mais esses processos é importante destacar que a objetivação é o processo responsável por tornar real um esquema conceptual, transforma uma ideia em algo concreto, uma imagem (Franco, 2004). Jodelet (2008) diferencia três fases que culminam na objetivação, são elas: a *seleção da informação*, onde através de critérios culturais e normativos uma triagem acerca do objeto representacional é realizada; a *esquematisação*, onde os elementos resultantes da seleção se organizam esquematicamente; e a *naturalização*, onde as projeções ganham representação concreta, se solidificam e cristalizam.

A ancoragem, no seu turno, é um processo de integração cognitiva do objeto representado ao pensamento preexistente. Esse processo torna possível a absorção de uma novidade. A ancoragem se liga com o marco de referência da coletividade e funciona como um instrumento que contribui para interpelar a realidade e modelar as relações sociais (Mora, 2002). Integra a representação a uma rede de significância preexistente e permeada de valores sociais (Abric, 1996). Constitui-se na parte operacional do núcleo central.

2.3 Diferentes correntes teórico-metodológicas

Partindo dos postulados moscovicianos, podem ser encontradas no campo das representações sociais três principais correntes teórico-metodológicas, são elas: a *dimensional* (segue uma abordagem mais processual, representada por Moscovici e Jodelet, já brevemente trabalhada neste texto); uma perspectiva mais *societal* (defendida por Doise); e uma dimensão *cognitiva-estrutural* (representada por Abric).

Doise (2002) propõe uma psicologia societal, que teria o objetivo de articular explicações no nível do indivíduo com explicações de ordem social, destacando as dinâmicas sociais como orientadoras dos processos interacionistas, posicionais, de valores e de crenças. Neste sentido, a definição de representação social para Doise é de que estas são “princípios organizadores das relações simbólicas entre indivíduos e grupos” (p.30).

No dizer de Abric (2000) a representação é um conjunto organizado de opiniões, de atitudes, de crenças e de informações referentes a um objeto ou uma situação. A teoria de Abric acrescenta “a noção de centralidade qualitativa e estrutural, o núcleo central” (Flament, 2001, p.175), tendo como núcleo central uma estrutura própria da representação responsável por organizar os elementos desta, conferindo-lhes sentido.

Embora ambas as abordagens concebam as representações como orientadoras de comportamento, Doise defende o caráter não consensual das representações; ao contrário, Abric através da Teoria do Núcleo Central (TNC) defende a consensualidade das representações. As diferenças persistem no campo metodológico, uma vez que a análise estatística utilizada por Doise e seu grupo é “incompatível com uma concepção consensual das representações sociais e, por outro lado, a pesquisa empírica conduzida segundo a teoria do núcleo central continua privilegiando, através de uma metodologia própria, o acesso às cognições consensuais centrais” (Sá, 1996, p.174).

Após esse breve resgate das principais abordagens teóricas referentes a TRS, este trabalho destaca duas abordagens: a corrente estruturalista de Abric e a corrente dimensional proposta por Moscovici e Jodelet, uma vez que os objetivos deste trabalho são: identificar a estrutura das representações sociais sobre o louco/doente mental e a Reforma Psiquiátrica, a fim de descrever e analisar os elementos do núcleo central e periférico constituintes dessas representações (Estudo 1), e conhecer e analisar as representações sociais elaboradas por profissionais de saúde mental acerca do louco/doente mental e da Reforma Psiquiátrica (Estudo 2).

2.3.1 As representações sociais: seu núcleo central e sistema periférico

Fruto de uma tese de doutorado, Jean-Claude Abric propõe em 1976 a hipótese de que a representação social é constituída por elementos hierarquizados que são organizados em torno de um núcleo central, e que esse núcleo seria responsável por determinar os comportamentos dos sujeitos.

A Teoria do Núcleo Central proposta por Abric responde às aparentes contradições empíricas existentes na teoria das representações sociais, onde as representações são definidas como estáveis e móveis ao mesmo tempo, rígidas e flexíveis, consensuais e também marcadas por diferenças individuais. A TNC responde a essas contradições ao afirmar que a representação social apesar de ser “uma entidade unitária, é regida por um sistema interno duplo, em que cada parte tem um papel específico, mas complementar ao da outra” (Sá, 1996, p. 73).

De acordo com Abric (1994, 1996, 2000) toda representação se organiza em torno de um elemento fundamental que determina ao mesmo tempo sua significação e sua organização propriamente dita, o núcleo central da representação; e um sistema que atua na interface da representação com a realidade, denominado de elementos periféricos.

Concebido como elemento principal da representação, o núcleo central desempenha três funções essenciais: a *função geradora*, que promove a significação dos elementos constitutivos da representação; e a *função organizadora*, que garante o caráter de continuidade ou permanência de uma representação, unificando os elementos entre si de maneira coerente; e, por fim, a *função estabilizadora* torna os elementos mais resistentes a mudanças (Abric, 1993; Lima & Machado, 2011).

O núcleo central é determinado pela natureza do objeto representado e pela relação do sujeito com esse objeto. Ele se caracteriza como um subconjunto da representação, podendo ter mais de um elemento constituinte. Sendo considerada a parte mais estável, coerente e consensual da representação, o núcleo central é determinado pelas condições históricas, sociológicas e ideológicas; é a parte da representação marcada pela memória coletiva e pelo sistema de normas e valores ao qual se refere. Neste sentido, é a base comum compartilhada da representação, sendo a sua identificação capaz de, quando avaliada a homogeneidade em diferentes grupos, garantir que esses grupos partilham a mesma representação (Abric, 1993, 1996).

A estabilidade do núcleo central lhe confere um caráter normativo, não negociável, onde a transgressão de suas normas e regras colocaria em risco a própria representação. Sua ausência daria uma significação totalmente diferente à representação. Nessa linha de pensamento, Abric (1993) afirma que o fato de compartilhar o mesmo conteúdo não define a homogeneidade dos grupos em relação ao objeto representacional, mas sim se compartilharem o mesmo valor referente ao núcleo central, sendo então o núcleo central a raiz social na qual se funda a representação.

Neste sentido, uma representação só muda de significação, se transforma, quando o núcleo central é posto em questão. No entanto, para atingir o núcleo central de uma representação, os elementos periféricos a esse núcleo e constitutivos dessa representação,

que atuam como “protetores do núcleo central” devem sofrer modificações radicais que acabem por enfraquecer o núcleo central (Abric, 1994, 1996; Sá, 1996).

Em torno do núcleo central encontram-se os elementos periféricos, que são elementos que estão fora do núcleo central da representação e que asseguram o funcionamento da mesma. No sistema periférico estão presentes as modulações individuais (Santos, 2013). O sistema periférico é a parte operatória da representação, ou seja, ele é o responsável pela flexibilidade das representações, uma vez que permite que a representação seja formulada de maneira concreta e compreensível, possui ainda a *função de concretização*; que permite que as representações se adaptem ao contexto, integrando novos elementos ou modificando outros de acordo com as situações a que são confrontadas, *função de regulação*; que orienta as tomadas de posições, *função de modulação personalizada*; que absorve e reinterpreta novas informações que ameaçam a estabilidade do núcleo central; e por fim, *a função de proteção do núcleo central* (Abric, 2000; Lima & Machado, 2011).

Os esquemas periféricos asseguram o funcionamento quase instantâneo da representação como grade de decodificação de uma situação: indicam, às vezes de modo muito específico, o que é normal (e, por contraste, o que não é); e, portanto, o que é preciso fazer para compreender ou memorizar. Esses esquemas normais permitem a representação funcionar economicamente, sem que seja necessário, a cada instante, analisar a situação em relação ao princípio organizador, que é o núcleo central (Flament, 2001, p. 177).

Realizadas essas considerações, é possível inferir que o papel dos elementos periféricos é de decifrar as situações circundantes e se inscrever diretamente sobre o

núcleo central, garantindo sua preservação, haja vista que, caso os elementos que se encontram em desacordo com a representação entrem em contato com o núcleo podem promover a sua desestruturação, e conseqüentemente, a mudança da representação, deixando-a em constante transformação. O sistema periférico atua então como um “para-choque” entre uma realidade que questiona a representação e um núcleo central; que aprioristicamente não deve ser tão passível de mudanças (Flament, 2001).

As discordâncias que são confrontadas com as representações, ao se inscreverem no sistema periférico garantem a proteção do núcleo central, porém, se o fenômeno se amplia pode atingir o núcleo central, modificando a sua estrutura e realizando uma transformação na representação. É como se houvesse uma fratura do núcleo central, que provoca uma dispersão de seus elementos que passam a evoluir segundo uma lógica própria, e uma vez que o sentido foi modificado passam a integrar uma nova representação (Flament, 2001).

Diante dessa afirmação cabe questionar: Será que o processo de Reforma Psiquiátrica e os novos dispositivos de cuidado foram capazes de modificar as representações acerca das pessoas com transtornos mentais? Considerando que a representação prepara para a ação, e que uma das questões preconizadas pela Reforma Psiquiátrica é uma nova forma de tratar, estariam os profissionais, principais atores envolvidos no processo reformista, utilizando práticas diferenciadas?

É em busca de respostas para estes questionamentos que este trabalho visa conhecer como os profissionais de saúde mental representam o louco/doente mental e a Reforma Psiquiátrica. O Estudo 1, trazendo os elementos, a estrutura da representação; e o Estudo 2, um aprofundamento desses elementos, onde através das entrevistas é possível se ter acesso aos conteúdos dessas representações. É neste sentido que a teoria das representações sociais se corporifica neste trabalho, buscando identificar através das

representações dos profissionais da rede de saúde mental, se o objeto social aqui estudado, o louco/doente mental, e os novos dispositivos implantados para oferecer suporte aos portadores de transtornos mentais, têm provocado uma (re)construção da realidade.

PARTE II - ESTUDOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO 3

ESTUDO 1 – ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O LOUCO/DOENTE MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Este capítulo revela os resultados encontrados no Estudo 1, que teve como objetivo identificar a estrutura das representações sociais sobre o louco/doente mental e a Reforma Psiquiátrica, a fim de descrever e analisar os elementos do núcleo central e periférico constituintes dessas representações. São descritos os objetivos, o percurso metodológico e os resultados e discussões dos dados obtidos através da Técnica de Associação Livre de Palavras – TALP.

3.1 Objetivo geral

Identificar a estrutura das representações sociais sobre o louco/doente mental e a Reforma Psiquiátrica, a fim de descrever e analisar os elementos do núcleo central e sistema periférico constituintes dessas representações.

3.1.1 Objetivo específico

Verificar se os profissionais representam o louco da mesma forma que representam o doente mental, ou se a diferença na nomenclatura faz que esses sujeitos sejam percebidos como diferentes objetos representacionais.

3.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo e descritivo. De acordo com Santos (2009), articulação entre técnicas quantitativas e qualitativas é uma tendência na pesquisa social, pois possibilita uma análise integral dos dados. Ao serem combinados dados quantitativos e qualitativos, diferentes facetas da realidade são reveladas, sendo assim, a

junção destes procedimentos traz uma melhor compreensão dos fenômenos estudados (Creswell, 2010; Richardson, 2009; Santos, 2009).

3.3 Método

3.3.1 Amostra

Participaram desta pesquisa 100 profissionais da área da saúde mental, inseridos em hospitais psiquiátricos e CAPS nas cidades de João Pessoa e Campina Grande. A amostra foi selecionada por um procedimento não probabilístico, amostragem por conveniência (Cozby, 2009).

No que concerne à presente pesquisa, a amostra deste estudo contou com alguns critérios de inclusão: Que os profissionais trabalhassem nos hospitais psiquiátricos e/ou em CAPS destinados ao atendimento adulto de transtornos mentais severos; sua formação e atuação profissional nos serviços fossem na área de Assistência Social, Enfermagem, Psicologia, Psiquiatria e Técnico em Enfermagem (haja vista que são profissões comumente encontradas em todos os serviços da rede de saúde mental); aceitassem participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). Dados os critérios de inclusão, todos os profissionais se encontravam aptos a participar do estudo, não havendo, pois, critério de exclusão.

A distribuição da amostra ficou da seguinte forma: com relação à cidade foram selecionadas 50 de cada. No que se refere ao sexo 15% masculino e 85% feminino; no que se refere à distribuição entre as profissões, Psicologia e Técnico de enfermagem com 23% cada, Enfermagem com 22%, Assistente social com 19% e Psiquiatria com 13%; sendo 55% de hospitais psiquiátricos e 45% de CAPS. A idade da amostra variou entre 24 e 72

anos, sendo que 51,0% da amostra encontravam-se entre 24 e 42 anos e 82,3% até 52 anos. 50% da amostra revelaram que trabalham há no máximo 05 anos na área de saúde mental.

3.3.2 Instrumento

a) Questionário sociodemográfico (Apêndice 2): A fim de caracterizar o perfil da amostra, foi elaborado pela pesquisadora um questionário sociodemográfico, contendo perguntas que versavam sobre idade, sexo, profissão, tempo de trabalho na área da saúde mental, tipo de instituição em que trabalha (CAPS ou hospital psiquiátrico) e se possuía algum parente com transtorno mental.

b) Técnica de Associação Livre de Palavras (Apêndice 3): A TALP é uma técnica projetiva que possibilita a investigação de universos semânticos relacionados a um determinado objeto, sua aplicação consiste em solicitar evocações de respostas dadas com base em um estímulo indutor (Nóbrega & Coutinho, 2011).

No caso deste estudo, a técnica consistiu em pedir aos profissionais que escrevessem cinco palavras que lhes viessem imediatamente à lembrança ao ouvirem a expressão *doente mental*, imediatamente à lembrança ao ouvirem a expressão *Reforma Psiquiátrica* e, em seguida, ao ouvirem o estímulo *louco*. O tempo de aplicação foi de três minutos.

Apesar de a TALP ter sido desenvolvida por Jung, em 1905, foi apenas em 1981 que Di Giácomo adaptou a técnica, utilizando-a como instrumento de pesquisa no campo das representações sociais, possibilitou que através de sua aplicação os objetos representacionais latentes fossem postos em evidência. Ajustada a TALP, Pierre Vergès desenvolveu uma técnica de análise lexográfica, em 1992, que combina a frequência e a ordem dos termos evocados (Melo, 2013; Nóbrega & Coutinho, 2011).

3.3.3 Procedimento de coleta de dados e considerações éticas

Atendendo às determinações do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96, que versa sobre as normas reguladoras com pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS, sob o Protocolo nº 0347/12, CAAE: 03224612.6.0000.5188. O certificado encontra-se em anexo (Anexo 1).

Após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, a pesquisadora contactou os responsáveis pelas instituições onde o estudo foi realizado a fim de obter autorização para abordar os profissionais em seu ambiente de trabalho.

Os profissionais eram, de acordo com sua disponibilidade, abordados nas instituições, informados sobre a pesquisa e convidados a participar. Posteriormente pesquisadora e participante encaminhavam-se para algum lugar no próprio serviço, que estivesse desocupado e que fosse reservado. Os participantes eram informados dos procedimentos que seriam adotados, da confidencialidade dos dados e era solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.3.4 Análise dos dados

Os dados do questionário sociodemográfico foram tabulados e analisados, por meio de porcentagem simples, através do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS) para Windows versão 21.0.

Os dados obtidos pela TALP foram analisados por meio do Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations - EVOC (Vergès, 2002). O EVOC é um *software* composto por um conjunto de 16 subprogramas, que possibilitam identificar a estrutura da representação social através da análise lexográfica (estudo da frequência das

palavras, ordem de aparecimento, importância e valor) das evocações. O EVOC organiza graficamente as evocações em quadrantes que dividem as representações pertencentes ao núcleo central e ao sistema periférico (Saraiva, Vieira & Coutinho, 2011). Nesta pesquisa, para os três estímulos dados, o programa gerou 1.500 evocações. Os dados foram analisados considerando a ordem de evocação dos participantes.

3.4 Apresentação e discussão dos resultados

A partir das respostas evocadas pelos participantes, foram preparados no Excel três bancos de dados, um para cada estímulo, que foram analisados pelo *software* EVOC e que gerou um quadro de quatro casas para cada estímulo e que serviu de base para a elaboração das Figuras 1, 2 e 3, que revelam as palavras evocadas, sua Frequência (F) e a Ordem Média de Evocação (OME).

A seguir, tem-se a estrutura da representação social para cada um dos estímulos indutores da amostra pesquisada.

3.4.1 Estrutura da representação social do Doente Mental

A Figura 1 contém os quadrantes relativos ao núcleo central e ao sistema periférico das representações sociais referentes ao estímulo *doente mental*, dos profissionais das cidades de João Pessoa e Campina Grande.

A Figura 1 foi construída a partir da frequência média igual, maior ou menor do que 10 respostas, numa ordem média de evocação em torno de 2,5. No quadrante superior esquerdo encontra-se a palavra *humano*. Esta evocação diz respeito, provavelmente, ao núcleo central da representação social do doente mental, sendo responsável pela estabilização da representação social desse objeto.

| Núcleo Central | | | Sistema Periférico Próximo | | |
|----------------------------|----|------|-----------------------------|----|------|
| F ≥ 10 OME < 2,5 | | | F ≥ 10 OME ≥ 2,5 | | |
| Evocações | F | OME | Evocações | F | OME |
| Humano | 14 | 2,07 | Preconceito | 14 | 2,85 |
| | | | Sofrimento | 14 | 2,50 |
| | | | Tratamento | 12 | 3,08 |
| Sistema Periférico Próximo | | | Sistema Periférico Distante | | |
| F < 10 OME < 2,5 | | | F < 10 OME ≥ 2,5 | | |
| Evocações | F | OME | Evocações | F | OME |
| Ajuda | 07 | 1,85 | Abandono | 07 | 4,00 |
| | | | Amor | 07 | 3,00 |
| | | | Cuidado | 08 | 2,50 |
| | | | Medicação | 07 | 2,85 |

Figura 1. Evocações dos profissionais (N=100) acerca do estímulo doente mental. F= frequência. OME = Ordem Média das Evocações.

Sobre o achado, é possível dizer que o doente mental recebeu durante alguns períodos históricos, tratamentos e representações imagéticas que o comparavam a animais (Foucault, 2012; Gil, 2010, Pessotti, 1994; Pessotti, 2001; Szazs, 1978). No contexto atual o termo *humano* emerge no centro da representação social sobre o doente mental. Além deste trabalho, a representação do doente mental como *humano* também foi encontrada no estudo desenvolvido por Paes, Borba, Labronici e Maftum (2010) com profissionais de enfermagem sobre a percepção sobre os portadores de transtornos mentais, onde a amostra pesquisada define o doente mental como *ser humano*, embora reconheça que muitas vezes ele não seja considerado como tal.

Essa representação poderia indicar que o doente mental está sendo representado de forma mais positiva se comparado com outros períodos históricos. Porém, ao nos debruçarmos sobre os elementos constitutivos do sistema periférico dessa representação é possível identificar, nos demais quadrantes, o aparecimento de termos como *preconceito*, *sofrimento*, *tratamento*, *ajuda*, *abandono*, *amor*, *cuidado* e *medicação*.

Os elementos constitutivos do sistema periférico, que demonstram os desdobramentos do núcleo central (Abric, 1994) remetem, para esse estímulo, não uma

visão despida de preconceito, mas sim uma visão benevolente do doente mental. Termos como *sofrimento*, *ajuda*, *abandono*, *amor* e *cuidado* possuem uma conotação na qual o doente mental é visto como um “coitadinho”, como alguém frágil, abandonado, carente de amor e de afeto. Caracterizadas como uma forma menos ostensiva do preconceito, as atitudes benevolentes embora tenham, como afirmam Crisp e Turner (2013), uma valência positiva, elas restringem o objeto ao qual direcionam a atitude a determinados papéis sociais, reforçando estereótipos e justificando a dominação social. Nesse sentido, pode-se inferir que essa representação reforça o lugar de passividade que é dado ao doente mental na sociedade, pois o concebe como alguém que, por ser frágil, precisa ser cuidado por outrem, amparado e tutelado.

Essa representação, embora não seja aparentemente negativa, reflete um preconceito que se expressa de forma sutil, pois reforça a ideia de que o doente mental é alguém que não pode ter autonomia, nem nenhum tipo de responsabilização por si mesmo. Conforme Avanci, Malaguti e Pedrão (2002), essa representação implica em um modo de agir não terapêutico, que influencia de forma negativa na abordagem da doença mental e que não contribui para a recuperação do doente.

3.4.2 Estrutura da representação social do Louco

Os participantes da pesquisa também foram apresentados ao estímulo *louco*, com o intuito de saber se os profissionais têm uma representação social distinta de quando do termo doente mental, como pode ser contemplado na Figura 2.

| Núcleo Central | | | Sistema Periférico Próximo | | |
|----------------------------|----|------|-----------------------------|----|------|
| F ≥ 11 OME < 2,5 | | | F ≥ 11 OME ≥ 2,5 | | |
| Evocações | F | OME | Evocações | F | OME |
| Doente | 15 | 1,86 | Família | 11 | 3,81 |
| Preconceito | 26 | 2,46 | Medicação | 16 | 2,50 |
| Sufrimento | 16 | 2,31 | Medo | 11 | 3,45 |
| | | | Tratamento | 11 | 2,63 |
| Sistema Periférico Próximo | | | Sistema Periférico Distante | | |
| F < 11 OME < 2,5 | | | F < 11 OME ≥ 2,5 | | |
| Evocações | F | OME | Evocações | F | OME |
| Transtorno | 08 | 2,12 | Cuidado | 09 | 2,88 |
| | | | Discriminado | 09 | 2,66 |

Figura 2. Evocações dos profissionais (N=100) acerca do estímulo louco. F = frequência. OME= ordem média das evocações.

A Figura 2 foi construída a partir da frequência média igual, maior ou menor do que 11 participantes, numa ordem média de evocação em torno de 2,5. No quadrante superior esquerdo encontram-se os termos *doente*, *preconceito* e *sofrimento*, que foram identificados como o núcleo central da representação dos profissionais e apresentam uma carga afetiva negativa com relação ao louco, uma vez que remetem à fragilidade e à marginalização social vivenciada por essas pessoas. Alguns elementos periféricos também apresentaram uma conotação negativa referente ao termo em questão; emergiram nesse contexto termos como *medo*, *transtorno* e *discriminado*.

Nesse sentido, é possível perceber que os elementos constitutivos da representação do louco trazem aspectos ligados à relação estabelecida entre o louco e a sociedade, onde mais uma vez a dependência dessas pessoas é ressaltada, desta vez atrelada à família. O louco é representado através de suas limitações, como aquele que apenas possui necessidades, sejam elas de tratamento ou de cuidado. Bem como, é destacada a visão estigmatizante da sociedade, que o vê com temor. Embora seja natural do ser humano separar, categorizar e rotular, em uma tentativa de organização e compreensão da realidade, ao realizar essas classificações, são criados protótipos que levam a uma

generalização e que induzem à formação de estereótipos baseados no fato de as pessoas pertencerem a determinado grupo ou categoria social. (Camino, 1996).

Realizando um contraponto entre os objetos representacionais: *doente mental* e *louco* é possível verificar que, embora em algumas ocasiões esses termos tenham sido questionados pela amostra pesquisada se não seriam sinônimos, o primeiro foi representado de forma menos negativa, pois embora os elementos constituintes dessa representação remetam ao preconceito e ao caráter assistencialista destinado às pessoas com transtornos mentais, ele também apresenta elementos de carga afetiva positiva como *amor*, diferenciando-se, por exemplo, do termo *louco* que apresentou, no sistema periférico próximo, o termo *medo*.

Em suma, pode-se inferir diante dos achados que, embora muitos dos profissionais ao serem apresentados ao termo *doente mental*, e, em seguida às associações, apresentados ao termo *louco*, questionassem se não estava havendo repetição dos estímulos, o resultado das associações feitas por eles demonstrou que são objetos sociais com diferentes representações. Embora as duas terminologias apresentem aspectos preconceituosos, neste estudo o termo *louco* demonstrou ser mais negativo que o termo *doente mental*.

Com resultados semelhantes aos obtidos por Maciel (2007), essas representações demonstram que o doente mental é passível de receber uma atenção mais cuidadosa e assistencialista, enquanto que o louco, embora apresente muitas semelhanças com o doente mental, é aquele que provoca *medo* no imaginário popular.

Embora haja um entrave sobre a terminologia mais adequada a ser empregada para essas pessoas, e seja amplamente difundido por militantes da Luta Antimanicomial que o termo *louco* seria mais adequado, uma vez que a loucura seria uma forma de expressão e que o termo *doente mental* estaria carregado de preconceito e reforçaria o caráter biomédico, imprimindo uma apropriação que durante séculos promoveu a exclusão dessas

peessoas, algumas pesquisas (Maciel, 2007; Silva, 2011a) corroboram com os achados desta dissertação, que sinalizam uma representação mais negativa do termo *louco* em detrimento ao *doente mental*. Foi diante desse quadro e a fim de evitar um embate terminológico, que no decorrer do texto as duas terminologias foram aplicadas concomitantemente.

Sobre esse achado Rosa (2003) acredita que todos os termos empregados como referências às pessoas com transtornos mentais implicam uma concepção específica a respeito de quem são eles, embora todos os termos estejam carregados de preconceito e indiquem um desvio em relação à norma e aceitação social. Nesse sentido, a questão não se resume e a terminologia empregada, em discutir qual seria a terminologia mais adequada, mas a discussão deve se centrar em torno da carga que cada concepção detém, na representação que irá orientar as formas de se relacionar e de intervir com essas pessoas, e é nessa questão que a Reforma Psiquiátrica ganha destaque.

3.4.3 Estrutura da representação social da Reforma Psiquiátrica

A Figura 3 contém os quadrantes relativos ao sistema central e ao sistema periférico das representações sociais referentes ao estímulo Reforma Psiquiátrica.

| Núcleo Central | | | Sistema Periférico Próximo | | |
|----------------------------|----|------|-----------------------------|----|------|
| F ≥ 12 OME < 2,5 | | | F ≥ 12 OME ≥ 2,5 | | |
| Evocações | F | OME | Evocações | F | OME |
| Melhora | 16 | 2,25 | Cuidado | 13 | 3,38 |
| Mudança | 19 | 1,84 | Família | 13 | 3,15 |
| | | | Humanização | 17 | 2,82 |
| Sistema Periférico Próximo | | | Sistema Periférico Distante | | |
| F < 12 OME < 2,5 | | | F < 12 OME ≥ 2,5 | | |
| Evocações | F | OME | Evocações | F | OME |
| Novo | 11 | 2,45 | CAPS | 11 | 2,90 |
| | | | Liberdade | 11 | 2,81 |
| | | | Respeito | 09 | 3,22 |

Figura 3. Evocações dos profissionais (N=100) acerca do estímulo Reforma Psiquiátrica. F= frequência. OME= ordem média das evocações.

A Figura 3 foi construída a partir da frequência média igual, maior ou menor do que 12 participantes, numa ordem média de evocação em torno de 2,5. Através da TALP foi possível perceber que o núcleo central da representação social elaborada pelos profissionais é constituído por termos aparentemente positivos, como *melhora* e *mudança*. Diferente dos achados encontrados por Maciel (2007), onde os 72% dos participantes da pesquisa (profissionais de saúde mental da cidade de João Pessoa), posicionaram-se de forma contrária à Reforma, pois embora acreditassem que a Reforma fosse uma mudança boa e necessária, não seria o momento apropriado para sua efetivação, entre outras coisas, pela falta de serviços substitutivos e de preparo profissional.

Os dados encontrados nesta dissertação revelam, porém, uma inversão da concepção encontrada por Maciel (2007), haja vista que grande parte da amostra pesquisada coloca-se a favor da Reforma. Essa mudança nas representações poderia estar sinalizando uma melhor adesão ao processo reformista.

No entanto, realizar tal afirmação de forma decisiva não é possível, uma vez que, embora os elementos constitutivos do núcleo central e sistema periférico sejam concebidos de forma positiva, talvez essa representação esteja escamoteando uma realidade diferente, pois contrastando a representação da Reforma com as representações sobre o louco/doente mental diferenças significativas podem ser observadas.

Dito isto, é importante ressaltar que apesar da representação da Reforma apresentar carga afetiva positiva, estudos (Gil, 2010, Paes et al. 2010; Pinho, Hernández & Kantorski, 2010; Silva, 2011a; Spadini & Souza, 2006) relatam que ainda há preconceito e discriminação com relação ao louco/doente mental, inclusive perpetrados pelos próprios profissionais de saúde. Então, a representação da Reforma que é de certa forma algo abstrato, uma entidade intangível, é positiva; mas a representação do louco/doente mental,

que se põe na ordem do concreto, que é corporificado e está presente no cotidiano das pessoas, é negativa, uma vez que expressa benevolência que é associada à discriminação.

Por isso, talvez, a Reforma ainda encontre tanta dificuldade na sua efetivação; pela representação acerca do louco/doente mental, uma vez que, como sinaliza Pérez-Nebra e Jesus (2011), o sucesso da Reforma não depende apenas da implementação de serviços substitutivos, mas também, e principalmente pela representação que se tem sobre o louco/doente mental, pois como um movimento ideológico a Reforma Psiquiátrica deveria proporcionar uma mudança paradigmática, neste caso, direcionada ao modelo psicossocial.

CAPÍTULO 4

ESTUDO 2 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS

Este capítulo revela os resultados encontrados no Estudo 2. Para aprofundar os resultados do Estudo 1, o Estudo 2 teve como objetivo conhecer e analisar as representações sociais elaboradas por profissionais de saúde mental acerca do louco/doente mental e da Reforma Psiquiátrica. São descritos o objetivo, o percurso metodológico e os resultados obtidos pela organização tópica realizada pelo ALCESTE, e em seguida os resultados obtidos pela submissão do *corpus* à Análise de Conteúdo Temática. Os resultados são descritos separadamente e ao final do capítulo são discutidos de forma conjunta em uma sessão denominada de Discussão parcial dos dados.

4.1 Objetivo

Conhecer e analisar as representações sociais elaboradas por profissionais de saúde mental acerca do louco/doente mental e da Reforma Psiquiátrica.

4.2 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo.

4.3 Método

4.3.1 Amostra

Selecionados de forma não probabilística, por conveniência, e obedecendo aos critérios de ponto de saturação (Minayo, 1995), participaram desta pesquisa 38 profissionais de saúde mental, sendo 19 profissionais da cidade de Campina Grande e 19 de João Pessoa, onde 10 trabalham em hospitais psiquiátricos e nove trabalham em CAPS.

Foram entrevistados profissionais de cinco categorias profissionais: Assistência Social (oito), Enfermagem (oito), Psicologia (oito), Psiquiatria (seis) e Técnico em enfermagem (oito).

No que concerne à presente pesquisa, a amostra deste estudo contou com alguns critérios de inclusão: que os profissionais trabalhassem nos hospitais psiquiátricos e/ou em CAPS destinados ao atendimento adulto de transtornos mentais severos; sua formação e atuação profissional nos serviços fossem na área de Assistência Social, Enfermagem, Psicologia, Psiquiatria e Técnico em Enfermagem (haja vista que são profissões comumente encontradas em todos os serviços da rede de saúde mental) e aceitassem participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). Dados os critérios de inclusão, todos os profissionais encontravam-se aptos a participar do estudo, não havendo, pois, critério de exclusão.

4.3.2 Instrumentos

Para a coleta de dados deste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) Questionário sociodemográfico (Apêndice 2): Mesmo instrumento e procedimento de análise utilizados no Estudo 1.

b) Entrevista semiestruturada (Apêndice 4): Utilizando um roteiro de entrevista elaborado pela pesquisadora. Este tipo de instrumento é um roteiro de perguntas que atuam como guia para que o pesquisador alcance os seus objetivos. Enquanto técnica de coleta de dados, a entrevista semiestruturada mostra-se um instrumento eficaz, uma vez que permite ao pesquisador ter contato com a realidade vivida pelos atores sociais (Gil, 2008), possibilitando, assim, que o pesquisador explore determinado fenômeno, apreendendo seus significados, valores, opiniões crenças e motivações (Maciel & Melo, 2011).

4.3.3 Procedimento de coleta de dados e considerações éticas

Destacam-se para o Estudo 2 os mesmos procedimentos éticos elucidados no Estudo 1.

4.3.4 Análise dos dados

As entrevistas obtidas foram gravadas, transcritas e analisadas através de dois métodos conjugados: inicialmente com o auxílio do programa Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte – ALCESTE, que é um *software* que permite realizar de maneira automática a análise do texto, com o objetivo de quantificar e extrair dele as estruturas mais significativas, alocando-as em classes (Saraiva, Coutinho & Miranda, 2011); e, em seguida, foi realizada uma Análise de Conteúdo Temática (Bardin, 1977), a fim de destacar as pluralidades temáticas presentes no texto e abarcar não apenas o que foi dito, mas também como foi dito.

A opção por utilizar dois métodos conjugados de análise deu-se com a finalidade de melhor aprofundar as análises, uma vez que, como relatam Nascimento e Menandro (2006, p. 73), a análise conjugada permite uma leitura mais abrangente e “potencializa o entendimento do material de interesse”, onde aspectos confluentes das análises de conteúdo e do ALCESTE são ressaltados.

4.4 Resultados

4.4.1 Resultado do ALCESTE

No processo da análise padrão, o *corpus* foi constituído de 38 Unidades de Contexto Iniciais (UCI), totalizando 81.065 ocorrências, sendo 5.671 palavras distintas, tendo cada palavra uma ocorrência média de 14. Para análise dos dados foram

consideradas as palavras com frequência igual ou superior à média. Após a redução do vocabulário às suas raízes, foram encontradas 1.144 palavras reduzidas e analisáveis e 1.684 Unidades de Contexto Elementar (UCE). A classificação hierárquica descendente reteve 99,07% das UCEs do *corpus*, organizadas em três classes. Como pode ser observado na Figura 4, o programa computacional particionou o *corpus* em dois eixos, subdividindo-os em três classes.

| Rede de Atenção Psicossocial | | | | | |
|------------------------------|----------------|------------------|----------------|-----------------------|----------------|
| Atores da Rede de Saúde | | | | | |
| CLASSE 1 | | CLASSE 2 | | CLASSE 3 | |
| 51,0% | | 24,0% | | 25% | |
| Rede de saúde mental | | Interação social | | Prática profissional | |
| Palavra/Atributo | X ² | Palavra/Atributo | X ² | Palavra/Atributo | X ² |
| Psiquiátrico | 141 | Pessoa | 91 | Sair | 58 |
| Serviço | 105 | Sociedade | 73 | Você | 35 |
| Reforma Psiquiátrica | 82 | Empresa | 63 | Mundo | 35 |
| CAPS | 67 | Doença | 61 | Casa | 30 |
| Hospital Psiquiátrico | 61 | Preconceito | 53 | Medo | 30 |
| Profissionais | 40 | Mercado | 47 | Tranquilo | 30 |
| Serviços Substitutivos | 40 | Mental | 42 | Chegar | 27 |
| Terapêutico | 38 | Familiar | 35 | Ficar | 25 |
| Saúde Mental | 37 | Transtornos | 35 | Gostar | 25 |
| Necessário | 30 | Inserir | 32 | Mudar | 24 |
| Funcionário | 30 | Incluir | 30 | Paciente | 24 |
| Residência Terapêutica | 29 | Comportamento | 30 | Conversar | 23 |
| Equipe | 27 | Portador | 29 | Entra | 22 |
| Reformar | 24 | Diferente | 28 | Termina | 21 |
| Dessa | 23 | Distante | 26 | Dar | 18 |
| | | Normal | 26 | Quer | 18 |
| | | Rótulo | 25 | | |
| VARIÁVEL | X ² | VARIÁVEL | X ² | VARIÁVEL | X ² |
| Participante 21 | 48 | Participante 16 | 40 | Técnico de Enfermagem | 72 |
| CAPS | 34 | Participante 20 | 18 | Participante 12 | 62 |
| Assistente Social | 21 | Psiquiatra | 18 | Hospital psiquiátrico | 61 |
| Participante 24 | 16 | Participante 32 | 13 | Participante 36 | 55 |

Figura 4: Dendrograma (análise padrão).

O primeiro eixo denominado “Rede de Atenção Psicossocial” é constituído da Classe 1, chamada de “Rede de Saúde Mental”, apesar de características próprias, uma vez que revela representações ligadas à política e à estrutura dos serviços de saúde mental; também abarca o segundo eixo “Atores da Rede de Saúde Mental”, formado pelas Classes 2 e 3 e direcionadas para a atual relação dos loucos/doentes mentais com a sociedade e com os profissionais, respectivamente.

A Classe 1, “Rede de Saúde Mental” abrigou 51% do *corpus*, a Classe 2, denominada como “Interação Social” expressou 24% e a Classe 3, cujo eixo temático foi denominado de “Prática profissional”, abrigou 25% do *corpus*. A configuração obtida através do programa computacional revelou o predomínio da Classe 1, denotando que as objetivações dos profissionais dão destaque para a estruturação do atendimento aos usuários dos serviços de saúde mental, bem como aos dispositivos encontrados atualmente na rede de atenção.

Descrevendo separadamente cada uma das três classes na ordem em que se apresentam, de acordo com a Figura 4, a Classe 1, “Rede de Saúde Mental”, foi composta por radicais e palavras no intervalo entre $\chi^2= 141$ (Psiquiátrico) e $\chi^2= 23$ (Dessa). Os participantes 21 (assistente social) e 24 (psicóloga) foram os que mais representaram essa classe, ambos profissionais da cidade de João Pessoa; destacando-se também a instituição 2, referente ao CAPS; e a profissão 1, referente à categoria profissional de Serviço Social.

A Classe 1 revela as representações sociais dos profissionais sobre a estruturação da rede de saúde mental na atualidade, que, apesar de ser representada como um avanço, destacam-se falhas em sua efetivação. Há nesta classe uma representatividade da Reforma, dos serviços oferecidos e do modo de funcionamento, como mostram os termos: *psiquiátrico, serviço, Reforma Psiquiátrica e CAPS*. A exemplo disso, seguem os relatos a seguir:

Eu tenho expectativa depois de 11 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica, eu acho que a gente avançou muito, muitos hospitais psiquiátricos já foram fechados (...) mas a gente ainda tem algumas dificuldades da rede (Participante 21, Assistente Social, CAPS, João Pessoa).

O CAPS um serviço substitutivo em relação ao hospital psiquiátrico, porque hoje a proposta precisou ser reformulada (Participante 24, Psicóloga, CAPS, João Pessoa).

Enquanto a Classe 1 revela aspectos ligados à Reforma Psiquiátrica, a Classe 2, intitulada de “Interação Social”, traz juntamente com a Classe 3, aspectos ligados à representação do louco/doente mental. A Classe 2, especificamente, remonta aspectos relacionados à interação da sociedade com essas pessoas e promove uma reflexão de como, mediante a nova política pública e as tentativas de inclusão promovidas pela Reforma, a sociedade ainda mantém comportamentos de marginalização perante o louco/doente mental, que por conta da rotulação e do preconceito sofridos, tem sua inserção social comprometida; como demonstram os termos: *preconceito, doença, transtorno, incluir, inserir, diferente, rótulo e capacidade*.

A Classe 2 correspondente a “Interação Social” é composta por radicais e palavras no intervalo entre $\chi^2= 91$ (Pessoa) e $\chi^2= 23$ (Capacidade); houve saliência das variáveis atributo das UCIs dos participantes 16 (psiquiatra), 20 (assistente social) e 32 (enfermeiro); o primeiro participante da cidade de Campina Grande e os dois últimos da cidade de João Pessoa. Outra variável de destaque nessa Classe foi a categoria profissional 4, correspondente à psiquiatra. A seguir estão algumas falas representativas dessa classe.

Se a própria família não aceita aquele paciente, não tem respeito, não cuida dele, como que a sociedade em si vai ter respeito por ele? (Participante 32, Enfermeiro, Hospital Psiquiátrico, João Pessoa).

Porque não podemos diminuir o preconceito com as doenças mentais, e tem que ser inserido no mercado de trabalho, dependendo da patologia, normalmente tem que ser inserido, não tem que haver preconceito (Participante 31, Enfermeiro, Hospital Psiquiátrico, João Pessoa).

No seu turno, a Classe 3, nomeada de “Prática profissional” por revelar organizações tópicas referentes às práticas e experiência profissional da amostra estudada, revela uma representação de que para trabalhar com o louco/doente mental é preciso não ter medo, ou desconstruir o medo; que é preciso gostar de trabalhar com essa demanda, caso contrário não suporta; como pode ser visto nos termos através: *sair, você, medo, tranquilo, gostar* etc.

Composta por radicais e palavras no intervalo entre $\chi^2= 58$ (Sair) e $\chi^2= 18$ (Quer), esta classe tem como variáveis significativas as UCI 12 (enfermeiro) e 36 (psiquiatra), contemplando igualmente profissionais das duas cidades onde a pesquisa foi realizada e destaca os discursos dos técnicos de enfermagem, bem como a variável instituição, no caso, a hospitalar.

Tem que querer estar aqui, tem que gostar de estar aqui, tem que não ter medo de correr risco (Participante 31, Enfermeiro, Hospital Psiquiátrico, João Pessoa).

Para mim é muito gratificante saber que você está contribuindo com isso (Participante 37, Psiquiatra, Hospital Psiquiátrico, João Pessoa).

É possível identificar, através da análise do material coletado, que a representação sobre a Reforma Psiquiátrica (Classe 1) é pautada na estruturação da rede, nos dispositivos ofertados. As representações também destacam a relação discriminatória e excludente com que a sociedade, e aqui também se inclui a família, ainda se relaciona com o louco/doente mental (Classe 2) e como essa representação repercute inclusive na escolha do profissional de trabalhar com saúde mental e na sua prática diária, onde se acredita que apenas os que estão dispostos a se arriscar, os que gostam, é que suportam essa relação profissional (Classe 3). Esse mapeamento do *corpus* realizado pelo ALCESTE apresentou pontos de confluência com a análise de conteúdo, como pode ser verificado a seguir.

4.4.2 Resultado da Análise de Conteúdo Temática

Observou-se através da Análise de Conteúdo a emergência de quatro categorias, denominadas: *Definição do louco/doente mental*, *Relação da sociedade com o louco/doente mental*, *Definição e posicionamento sobre a Reforma Psiquiátrica e Mudanças que melhorariam a saúde mental*. A seguir, serão descritas as categorias encontradas e suas respectivas subcategorias, bem como as tabelas de cada categoria com a frequência de aparecimento de cada subcategoria. Nas quatro categorias, a subcategoria de maior destaque (com maior frequência) está ilustrada por trecho das entrevistas dos participantes.

Categoria 1: Definição do louco/doente mental – Nesta categoria, encontram-se as unidades temáticas que se referem ao conceito que os profissionais atribuem ao louco/doente mental.

Tabela 2

Frequências e porcentagens das subcategorias sobre louco/doente mental

| SUBCATEGORIAS | F | % |
|---|-----------|------------|
| Pessoa com necessidades/ com transtorno | 44 | 46,80 |
| Pessoa como qualquer outra | 14 | 14,89 |
| Produto do meio | 13 | 13,83 |
| Excluídos | 11 | 11,70 |
| Pessoa difícil de se trabalhar/conviver | 08 | 8,58 |
| Doente sem cura | 04 | 4,25 |
| Total | 94 | 100 |

Englobando definições específicas, as subcategorias encontradas e expostas na Tabela 2, são abaixo discriminadas:

a) Pessoa com necessidades/com transtorno: Esta subcategoria compreende definições do louco/doente mental como uma pessoa com necessidades; com limitações; com transtornos; fora do senso normal e também como uma criança grande, uma vez que, assim como a criança, essas pessoas são vistas como dependentes.

Ex.: “é uma pessoa que necessita de cuidados”, “é um indivíduo que tem os seus transtornos”; “o doente mental é como uma criança, uma criança grande”;

As representações obtidas na Categoria 1 revelam que o louco/doente mental mais uma vez foi, majoritariamente, reduzido às suas necessidades e limitações e, talvez por conta do grupo de pertença da amostra, essas necessidades ficaram atreladas ao tratamento ou a cuidados paternalistas de carinho e afeto, como ilustram os relatos abaixo:

“precisa de um tratamento, tanto medicamentoso como terapêutico” (Participante 24, Psicólogo, CAPS, João Pessoa).

“É uma pessoa que precisa de ajuda (...) são pessoas que precisam de um olhar e um cuidado carinhoso” (Participante 23, Enfermeiro, CAPS, João Pessoa).

“são pessoas que necessitam muito do apoio do outro, do ser humano” (Participante 07, Técnico de Enfermagem, CAPS, Campina Grande).

“precisa ser amado, precisa de carinho, e todos aqueles direitos, carinhos e atenção que uma família deve ter e ainda não tem (...)” (Participante 01, Assistente Social, CAPS, Campina Grande).

b) Pessoa como qualquer outra: Nesta subcategoria encontram-se as unidades temáticas referentes ao louco/doente mental como uma pessoa comum, normal, sem distinção das demais.

Ex.: “é uma pessoa como qualquer outra”, “é uma pessoa normal, como qualquer um de nós”, “é uma pessoa comum, normal”;

c) Produto do meio: Esta subcategoria compreende definições do louco/doente mental como um produto do meio em que ele vive, das suas condições familiares e sociais.

Ex.: “o doente mental é um processo que ele tem do meio em que ele vive”, “o doente é o bode expiatório da família”, “ele foi levado a isso”;

d) Excluídos: Esta subcategoria engloba as definições que estão relacionadas a processos de exclusão e desprezo do louco/doente mental.

Ex.: “são totalmente excluídos da família”, “a maioria despreza”, “ninguém quer ter um louco em casa”;

e) Pessoa difícil de se trabalhar/conviver: Esta subcategoria compreende as unidades temáticas onde o louco/doente mental é concebido como uma pessoa difícil de se trabalhar e de conviver.

Ex.: “não é um paciente fácil de lidar”, “são pessoas difíceis”, “trabalhar com o psicótico é um desafio muito grande”;

f) Doente sem cura: Esta subcategoria compreende as definições do louco/doente mental como pessoa limitada à sua doença e destaca o fato de ser uma doença incurável.

Ex.: “não tem cura mesmo”, “é uma doença que não tem cura, mas tem tratamento”, “nem fica bom, nem tem cura e nem morre dela”.

Categoria 2: Relação da sociedade com o louco/doente mental – Nesta categoria, encontram-se as unidades temáticas correspondentes às relações estabelecidas entre a sociedade e o louco/doente mental.

Tabela 3

Frequências e porcentagens das subcategorias sobre a relação da sociedade com o louco/doente mental

| SUBCATEGORIAS | F | % |
|----------------------|------------------------|------------|
| Vergonha/Preconceito | 110 | 88 |
| Medo | 10 | 08 |
| Desrespeito | 05 | 04 |
| Total | 125⁷ | 100 |

Descrevendo as subcategorias encontradas:

a) Vergonha/Preconceito: Esta subcategoria compreende as unidades temáticas referentes à vergonha, preconceito, discriminação e rotulação; bem como faz referências às relações de exclusão, abandono e rejeição com que a sociedade trata o louco/doente mental.

⁷ Cabe destacar que as frequências apresentadas nesta tabela e nas tabelas subsequentes ultrapassam o número de participantes, isto se deve ao fato de cada participante poder dá a mesma resposta várias vezes.

Ex.: “a sociedade que de certa forma rejeita”, “a família muitas vezes tenta esconder, escamotear, negar”, “até hoje existe esse preconceito com o doente mental, isso é inegável”, “preconceito, discriminação, isso é a porta fechada deles”;

Os resultados obtidos nesta subcategoria, de forma geral, demonstram que as representações dos profissionais estão ancoradas no preconceito sofrido pelos usuários da rede de saúde mental; que sendo uma minoria social tem sua inserção na sociedade comprometida. Santos (2013, p. 38) afirma que “o estigma e a segregação continuam a marcar a experiência e a condição do louco”, no que as falas dos profissionais confirmam:

“eles carregam um estigma muito forte nesse sentido da própria família muitas vezes esconder isso também, escamotear, negar, adiar uma solução, procurar o auxílio quando já está tarde (...) às vezes até a família eles tem preconceito” (Participante 26, Psiquiatra, CAPS, João Pessoa).

“eu ainda percebo muito preconceito” (Participante 10, Assistente Social, Hospital Psiquiátrico, Campina Grande).

“tudo o que o paciente faz é motivo de muita graça, eu acho que ainda tem muito disso, tem muita coisa de um preconceito muito forte, preconceito eu acho que tanta coisa, que se fosse nomear, porque é muita coisa mesmo” (Participante 15, Psicóloga, Hospital Psiquiátrico, Campina Grande).

“o pessoal tem muito preconceito com o paciente psiquiátrico (...) é muito difícil você voltar pra sociedade e o pessoal lá não ter um preconceito” (Participante 19, Técnico de Enfermagem, Hospital Psiquiátrico, Campina Grande).

“a sociedade às vezes vê eles como loucos que têm que ser isolados” (Participante 32, Enfermeira, Hospital Psiquiátrico, João Pessoa).

“a sociedade que de certa forma o rejeita” (Participante 07, Técnico de Enfermagem, CAPS, Campina Grande).

b) Medo: Esta subcategoria compreende as unidades temáticas referentes aos sentimentos de medo e insegurança da sociedade com relação ao louco/doente mental.

Ex.: “todo mundo tem medo”, “a população tem muito medo”, “chegam com aquele medo de serem agredidos”;

c) Desrespeito: Esta subcategoria compreende as unidades temáticas referentes às relações de desrespeito às quais o louco/doente mental é submetido.

Ex.: “eu acho um desrespeito você ser motivo de constrangimento, de chacota”, “vemos o desrespeito”, “é um desrespeito”;

Categoria 3: Definição e/ou posicionamento sobre a Reforma Psiquiátrica – Nesta categoria, encontram-se as unidades temáticas referentes ao processo reformista. Como pode ser contemplado na tabela a seguir.

Tabela 4

Frequências e porcentagens das subcategorias relacionadas e definição e posicionamento sobre a Reforma Psiquiátrica

| SUBCATEGORIAS | F | % |
|--|------------|------------|
| Um avanço, mas que precisa de melhorias | 177 | 54,63 |
| Um avanço, mas é contra o fechamento dos hospitais psiquiátricos | 143 | 44,13 |
| Não sabe o que é Reforma Psiquiátrica | 03 | 0,93 |
| É contra a Reforma Psiquiátrica | 01 | 0,31 |
| Total | 324 | 100 |

Esta categoria engloba as seguintes subcategorias:

a) Um avanço, mas que precisa de melhorias: As unidades temáticas desta subcategoria apontam as mudanças, os avanços obtidos através da Reforma Psiquiátrica, mas também ressaltam que ainda há muitas lacunas que precisam ser preenchidas, seja em termos de efetivação da Lei, de estruturação dos serviços ou relacionadas à visão e relação da sociedade com os usuários da rede de saúde mental.

Ex.: “a Reforma Psiquiátrica foi um avanço, um grande passo, mas que deve avançar mais”, “a Reforma não se consolidou ainda, ela está em processo”, “a Reforma psiquiátrica foi positiva, mas deixa muito ainda a desejar”;

No tocante às representações sobre a Reforma Psiquiátrica, os resultados da pesquisa revelaram que Reforma é representada como uma mudança, mas que apresenta uma rede substitutiva frágil, que além de dificuldades internas (de estrutura física e recursos humanos) enfrenta barreiras externas no tocante à articulação com outros dispositivos.

“na verdade nós precisamos fazer uma lei funcionar (...). Espero que a Reforma se consolide realmente, na sua íntegra” (Participante 02, Assistente Social, CAPS, Campina Grande).

“Eu ainda acho que é pouco, nós avançamos muito, mas eu ainda acho que tem muita coisa pra avançar. (...) estamos caminhando ainda em busca da Reforma Psiquiátrica, com muitos furos, tem muitos furos a rede” (Participante 06, Psicóloga, CAPS, Campina Grande).

“A Reforma Psiquiátrica foi um avanço, um grande passo e que deve se avançar mais (...) acho que em grande parte os serviços substitutivos cumprem o papel deles, mas falta oferecer serviços mais complexos, estrutura física, mais recursos humanos, a questão de quantidade, acesso, da acessibilidade para outros serviços que a gente tem entrado em contato” (Participante 01, Assistente Social, CAPS, Campina Grande).

b) Um avanço, mas é contra o fechamento dos hospitais psiquiátricos: Esta subcategoria compreende as unidades temáticas em que os profissionais concebem o processo reformista como um avanço. Assim como na primeira subcategoria também apontam falhas no processo reformista, mas independente do andamento dos serviços substitutivos, eles afirmam que o hospital psiquiátrico é necessário e posicionam-se contra o seu fechamento.

Ex.: “o fechamento do leito psiquiátrico eu acho que é uma imprudência”, “o hospital psiquiátrico é de extrema necessidade”, “o hospital psiquiátrico é um mal necessário”, “discordo quando ela diz que tem que reduzir o número de leitos”;

c) Não sabe o que é Reforma Psiquiátrica: Esta subcategoria compreende as unidades temáticas em que apesar de se referirem aos serviços substitutivos e ao fechamento de alguns hospitais psiquiátricos, os profissionais afirmaram não saber o que é Reforma Psiquiátrica.

Ex.: “Reforma Psiquiátrica? O que é isso? Não me inteirei a fundo”, “a Reforma? Não, ouvi não”.

d) É contra a Reforma Psiquiátrica: Esta subcategoria compreende as unidades temáticas dos profissionais que revelam um posicionamento desfavorável perante a Reforma.

Ex.: “não vou dizer nada porque eu vou ser contra”.

Categoria 4: Mudanças que melhorariam a saúde mental – Nesta categoria encontram-se as unidades temáticas levantadas pelos profissionais referentes a possíveis formas de melhorar o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, tanto em termos de consolidação da lei e estruturação dos serviços, como também formas de ajudar a inclusão do louco/doente mental na sociedade.

Tabela 5

Frequências e porcentagens das subcategorias referentes às formas de melhorar a saúde mental

| SUBCATEGORIAS | F | % |
|------------------------|------------|------------|
| Informação e parcerias | 61 | 53,51 |
| Inclusão pelo trabalho | 27 | 23,68 |
| Ajuda da família | 21 | 18,42 |
| Aceitação da sociedade | 05 | 4,39 |
| Total | 114 | 100 |

Esta categoria e subcategorias apresentam as seguintes representações:

a) Informação e parcerias: Nesta subcategoria encontram-se unidades temáticas correspondentes à informação, esclarecimento, palestra, conscientização, estabelecimento de parcerias e fortalecimento, melhorias dos serviços substitutivos.

Ex.: “é preciso informar, primeiro a informação, as parcerias”, “palestra na sociedade, propaganda na televisão conscientizando”, “precisamos fortalecer isso dentro dos serviços substitutivos, de qualificações, de cursos”;

É possível perceber através dos achados desta categoria, que segundo amostra estudada, as representações difundidas acerca do louco/doente mental são passíveis de modificação mediante o conhecimento e o contato com essas pessoas e sua inserção em outros dispositivos sociais.

“é preciso informar primeiro, a informação, as parcerias” (Participante 01, Assistente Social, CAPS, Campina Grande).

“Eu acho que primeiro tinha que ter um tipo de palestra com a sociedade, propaganda na televisão, conscientizando esse povo que tinha que aceitar o doente mental” (Participante 37, Técnico de Enfermagem, Hospital Psiquiátrico, João Pessoa).

“Eu acho que muita, é como o pessoal faz aqui, muitas oficinas, muitas palestras, não só com eles, mas com a família” (Participante 28, Técnico de enfermagem, CAPS, João Pessoa).

“O ideal seria que a gente tivesse ferramentas outras que a gente começasse por exemplo a partir da educação da família, onde essas pessoas iriam entender o que é o sofrimento daquele sujeito individualmente e a partir disso, a partir dessa compreensão eles pudessem tentar conviver com essa diferença” (Participante 16, Psiquiatra, Hospital Psiquiátrico, Campina Grande).

b) Inclusão pelo trabalho: Esta subcategoria compreende as unidades temáticas correspondentes à inclusão no mercado de trabalho, formal ou informal.

Ex.: “é a inclusão no mercado de trabalho”, “oferecer para ele um artesanato”, “trabalho de geração de renda”;

c) Ajuda da família: Nesta subcategoria encontram-se unidades temáticas correspondentes à importância da família na relação estabelecida entre o louco/doente mental e a sociedade.

Ex.: “tem que começar em casa, tem que começar com a família”, “a família que deveria começar a mudar essa história”, “se a família fizesse a parte dela, cooperasse, desse mais assistência”;

d) Aceitação da sociedade: Esta subcategoria compreende as unidades temáticas de respeito, aceitação e acolhimento.

Ex.: “basta respeitar”, “cabe aos cidadãos da sociedade acolhê-los”, “tentar entender a doença”.

4.5 Discussão geral dos dados

Cabe lembrar que a loucura não se apresenta historicamente como conceito isolado, ela existe porque faz parte da sociedade e porque foi convencionada pelos homens. Dessa forma, ganha destaque a maneira como os atores sociais desenvolvem estratégias para compreendê-la. Neste trabalho, como pode ser observado, o louco/doente mental foi representado majoritariamente como uma pessoa com necessidades, sua definição ficou restrita às carências encontradas por essas pessoas, sejam elas de cunho médico, cognitivo, social ou afetivo.

Maciel (2007), em sua tese de doutorado, verificou que o doente mental é representado como alguém que “necessita de ajuda, paciência, cuidado, carinho, amor, respeito e de médico, mas também é visto como alguém que causa medo” (p.147), assim

como os dados encontrados nos Estudos 1 e 2 (na sessão da análise de conteúdo) aqui desenvolvidos.

Embora se deva considerar que essa representação possa estar influenciada pelo grupo de pertença da amostra estudada, uma vez que a representação social, como destaca Franco (2004), é ancorada na realidade de quem a emite, ela está refletindo o contexto dos profissionais que a elaboraram e fizeram emergir, como pode ser observado, conteúdos referentes tanto ao paradigma psicossocial, como ao paradigma biomédico. Sobre isto, Rabelo e Torres (2005) destacam a não linearidade dos saberes e práticas relacionados à loucura, onde “a complexidade das relações estabelecidas entre sociedade e loucura transforma-se a cada tentativa de rompimento com modelos manicomiais” (p. 623). O que Pinho et al. (2010) corroboram, ao afirmarem que os trabalhadores assumem relações de benevolência em relação ao louco/doente mental onde, embora tentem romper com a tradicional forma de atendimento, ainda experienciam contradições que influenciam a prática profissional dentro dos serviços substitutivos.

Sobre essa afirmação, Avanci et al. (2002) afirmam que a visão benevolente reforça atitudes de discriminação, pois, ao serem representados de forma assistencialista os doentes mentais têm sua autonomia diminuída, o que os torna passíveis de serem controlados por outras pessoas e os incapacita de deliberar sobre seus desejos e planos.

A figura do louco/doente mental como alguém incapaz e de certa forma dependente foi solidificada durante séculos e ainda hoje se mantém na concepção de partes da sociedade, inclusive dos trabalhadores em saúde mental, como afirmam Paes, Maftum e Mantovani (2010), em um estudo desenvolvido com profissionais de enfermagem; e os estudos de Loch, Hengartner, Guarniero, Lawson, Wang, Gattaz, e Rössler (2011), com médicos psiquiatras. Embora alguns destes sinais sejam reais eles não são generalizáveis a

todos os loucos/doentes mentais, mas os que apresentam acabam por reforçar a visão da equipe, que se estende a todos os demais.

A sólida impressão sobre a aparência e comportamento das pessoas com transtornos psiquiátricos gerou ao longo dos séculos generalizações pejorativas sobre esse grupo social, onde o estereótipo criado pelos entrevistados reforça uma representação de cunho negativo sobre essas pessoas. Sobre isso Maciel et al. (2011) consideram que sendo a pessoa com doença mental classificada como diferente, que vive fora dos padrões regidos pela sociedade, é tida como incapaz de realizar certas funções e vista como ameaçadora, tornando-a passível de tabus e preconceitos em razão do desconhecimento da população acerca da doença.

Pérez-Nebra e Jesus (2011) afirmam que essas crenças e atitudes compartilhadas sob um grupo, classificadas de estereótipos, estão inscritas nas relações de dominação, onde a exploração, o isolamento e a segregação são compreendidos, uma vez que são consideradas como múltiplas características de um grupo social.

Goffman (1988) ressalta que o estereótipo quando associado a sentimentos de aceitação ou rejeição produz, em sua combinação com as crenças e atitudes, preconceito e discriminação. Os estereótipos e as representações são importantes fatores que determinam a maneira como a sociedade se relaciona com o objeto social, uma vez que influenciam comportamentos que englobam toda a coletividade.

Sobre isto, Tajfel (1982) diz que os estereótipos, muitas vezes, alimentados pela ignorância ou desconhecimento sobre o outro, cumprem funções estratégicas na acomodação das relações intergrupais de poder. Sendo assim, as representações dos profissionais restritas a limitações do louco/doente mental justificariam o viés paternalista e benevolente destinado a essas pessoas e manteriam a relação de poder estabelecida entre profissionais e usuários.

Essas representações reforçam que o louco/doente mental precisa ser cuidado. Tal representação cria uma lógica de custódia, de tutela, e que termina por justificar o sistema asilar (Maciel, 2007). Assim, ficam claras as duas funções que essas representações cumprem, de orientar as condutas dos profissionais e de justificar o seu comportamento (Abric, 1994) diante do louco/doente mental.

Tal representação prejudica o processo de Reforma Psiquiátrica, uma vez que não concebe o doente mental como alguém capaz e reforça o caráter assistencialista destinado a essas pessoas. Sendo assim, essa representação não agencia a autonomia e a promoção do doente mental enquanto cidadão, portador de direitos e deveres, ela se contrapõe à proposta reformista.

Paes et al. (2010) e Santos e Cardoso (2010) apontam que a manutenção dessas concepções equivocadas sobre o doente mental, influenciadas pela história da psiquiatria e pautadas nos moldes manicomialistas, influencia negativamente o desenvolvimento do cuidado dispensado a essas pessoas e o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, pois como afirmam Salles e Barros (2013), ao se encontrar inserido em uma sociedade permeada por preconceito e discriminação com relação a ele, o louco/doente mental se torna passível de assumir o discurso do senso comum, que o desqualifica e incapacita. Divergindo do discurso proclamado pela Reforma, onde o usuário é concebido como alguém capaz, ele vive a contradição de se perceber como alguém capaz e viver sob o rótulo que a sociedade lhe impõe e que o incapacita de viver fora do hospital.

Ainda sobre os percalços encontrados na efetivação da Reforma, destacaram-se pelos profissionais a fragilidade da rede de saúde mental e a falta de articulação desses serviços com os demais dispositivos sociais. Essas falhas na política de saúde mental foram recorrentes nas representações encontradas na análise de conteúdo e no ALCESTE, bem como nos resultados do Estudo 1.

Essa representação, embora remeta a aspectos reais vivenciados na prática profissional dos participantes, torna mais difícil a adesão ao modelo substitutivo, uma vez que gera uma descrença de que esses serviços consigam, sozinhos, abarcar a demanda dos usuários. Tal representação atua como uma função justificadora de que o hospital psiquiátrico ainda é necessário e dificulta a efetivação da Reforma.

Diante das falhas encontradas na política da Reforma, entre elas, a escassez de atendimento nos serviços substitutivos, Santos et al. (2009, p.317) dizem que a sociedade passa a acreditar que “o hospital psiquiátrico figura como a única possibilidade real de assistência”. Corroborando essa afirmação, um dos participantes, profissional da cidade considerada como referência em saúde mental pelo Ministério da Saúde, ao ser indagado se houve mudança na sua atuação depois da Reforma Psiquiátrica chegou a afirmar que não, mas que seu consultório particular melhorou depois da Reforma porque o:

CAPS não tem médico, não tem psiquiatra (...). Olhe, eu pego paciente particular de residência terapêutica (...). Você sabe qual a manobra que eles [profissionais da rede municipal de saúde mental] fazem aqui? Eles internam [no hospital psiquiátrico] o paciente da residência pra gente rever a medicação (Participante 17, Psiquiatra, Hospital Psiquiátrico, Campina Grande).

O Ministério da Saúde (2012) afirma que Campina Grande possui uma cobertura CAPS “muito boa” (p. 07) e, no entanto, há o serviço, mas faltam profissionais, o que mostra algumas das dificuldades vivenciadas pelos usuários dos serviços de uma cidade considerada modelo no processo reformista. Se Campina Grande que é considerada modelo encontra-se nessa situação, é de se questionar como anda o processo nas demais cidades brasileiras.

Em João Pessoa, a outra cidade pesquisada, a realidade é a mesma, são quatro psiquiatras na rede substitutiva para atender uma demanda que diante desse quadro procura, segundo relatos de alguns participantes, atendimento nos hospitais psiquiátricos em funcionamento. Estudos realizados em diversas cidades demonstram que essa preocupação com a carência de/e nos serviços é comum a outras cidades do país (Pitta, 2011; Santos et al. 2009).

Outros profissionais também apontaram falhas na Reforma Psiquiátrica e posicionaram-se contra o fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas desta vez independente da estruturação dos serviços substitutivos oferecidos o papel do hospital psiquiátrico foi concebido como de extrema importância.

Embora tais representações estejam ancoradas na realidade vivenciada por esses profissionais que se deparam com falta de articulação entre os dispositivos sociais e a ausência de uma rede assistencial de suporte eficaz, essas representações são preocupantes, pois diante da realidade o objetivo primordial da Reforma, que é a inclusão do usuário da rede de saúde mental na sociedade, se torna não apenas inviável, mas também utópico.

Sobre isso, Santos et al. (2009) propõem uma reflexão aos profissionais da rede ao questionar o que eles podem fazer diante desse quadro, uma vez que, reforçam os autores, a Reforma não propõe apenas o redirecionamento da assistência, mas da formação profissional e das relações estabelecidas com a loucura, e que embora muitos avanços tenham sido alcançados, não se pode estagnar nas conquistas feitas, pois a cultura manicomial ainda não foi superada.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste trabalho e diante dos resultados obtidos, pode-se inferir que a saúde mental, avaliada como campo de saber e de prática, discutida em diversos países do mundo (a exemplo do Brasil) através da implantação de novos serviços de assistência às pessoas com transtornos mentais, é um tema complexo. Embora a discussão sobre a Reforma no campo da saúde mental não seja tão recente, ela ainda se mostra controversa, haja vista que, se por um lado o paradigma biomédico, ancorado no modelo hospitalocêntrico, é percebido por muitos como necessário e está concretamente presente na realidade social da população, por outro, a utopia de uma sociedade sem manicômios é amplamente discutida e divulgada, principalmente por militantes da Luta Antimanicomial. Porém, para que se possa pensar em uma sociedade sem manicômios como a defendida por esses militantes, Scarcelli (2011) sugere três urgentes objetivos: a construção de uma rede substitutiva ao manicômio, modificações na legislação psiquiátrica e, por fim, e talvez a mais complexa, a desconstrução da cultura manicomial.

Esse tripé que sustentaria a Reforma Psiquiátrica induz, como também prescinde, a transformação de saberes e práticas fortemente arraigadas na sociedade; pois, a montagem de todo este aparato, diga-se desta forma, visa, acima de tudo, à construção de uma nova relação social com a loucura. Não se espera que a Reforma se restrinja a mera construção de dispositivos substitutivos, é necessário que a política da Reforma vá além da mera reorganização dos serviços, é necessário que ultrapasse o aspecto assistencial, paternalista e, muitas vezes, caritativo.

É verdade que o Brasil avançou, sim, nos objetivos defendidos pela Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, a aprovação da Lei 10.216 promoveu mudanças significativas em prol da humanização das instituições de atenção à saúde mental. A emergência de instrumentos legais e a construção de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (embora atualmente, devido às grandes deficiências da rede de saúde

mental, ainda se mostrem mais como alternativos do que substitutivos), são avanços importantíssimos que devem ser considerados e comemorados; no entanto, mudanças significativas precisam ocorrer.

Todas as transformações provindas da Reforma ainda não foram suficientes para uma mudança cultural sobre a saúde mental. Com base nos resultados encontrados nesta dissertação, é possível afirmar que ainda existe uma atmosfera de insatisfação com o processo reformista. Reclamações e denúncias foram recorrentes no decorrer da pesquisa, a estruturação da rede, como: o espaço físico dos serviços, a quantidade de serviços, e reflexões sobre a equipe profissional foram temas recorrentes que ganharam destaque na representação dos participantes, como pode ser verificado nos resultados obtidos no ALCESTE e na análise de conteúdo.

Embora os profissionais, com todo o seu conhecimento e práticas diárias, reconheçam as pessoas com transtornos mentais como humanos e objetivem, através do núcleo central da representação, uma relação com a sociedade marcada por sofrimento, abandono e preconceito, eles ainda possuem uma visão estereotipada, representando negativamente essas pessoas, ancorando suas representações sob a insígnia da incapacidade social. Lembra-se que as práticas e representações que ora se encontram na sociedade foram ancoradas em anos de exclusão das pessoas com transtornos mentais, justamente sob a justificativa do pouco valor social, da incapacidade laborativa.

As representações direcionavam, quando sinalizavam para a possibilidade da inclusão social, para trabalhos artísticos e/ou que exigissem menos esforço intelectual, apontando sutilmente para o reducionismo e desclassificação. Neste sentido é possível afirmar que apesar de serem percebidos traços de mudanças nas representações sociais sobre o louco/doente mental, que doravante começam a se solidificar, essas representações

ainda estão permeadas de ranço dos séculos passados, que através de um discurso reducionista escamoteia práticas segregadoras e de exclusão.

Apenas o desmonte do aparato asilar não permitirá uma efetivação da Reforma. É fundamental que haja, como preconizam os militantes da Luta Antimanicomial, uma mudança cultural com relação à saúde mental. É fundamental um empenho mais efetivo em busca da melhoria das condições de vida e de assistência, considerando o sujeito, sua realidade e suas subjetividades. É primordial a implementação de modelos eficazes de rede de assistência extra-hospitalar e de políticas públicas que confrontem os mecanismos de exclusão; que objetivem não apenas a desinstitucionalização, mas o desenvolvimento da autonomia e a ruptura da invisibilidade social, para que essas pessoas sejam realmente reconhecidas como cidadãs que são.

Desse modo, as práticas relativas ao louco/doente mental e Reforma Psiquiátrica devem ser repensadas. É primordial que haja um desnudamento de concepções e estereótipos que foram historicamente produzidos. É essencial que haja intervenções não apenas na estrutura do serviço ofertado, mas que sejam feitas intervenções educativas e culturais. Práticas coletivas, de cunho político e institucional, são necessárias para efetivação da Reforma, mas pouco conseguirão evoluir se cada membro da sociedade não se implicar e tomar sua parcela de responsabilidade no processo de inclusão do louco/doente mental.

Neste sentido, sugere-se que novos estudos sejam realizados a fim de promover avanços nos desafios para a desinstitucionalização em saúde mental. É imprescindível que sejam vistoriadas, analisadas e repensadas as práticas que hoje se colocam como novas, a fim de evitar que os mesmos erros cometidos durante os séculos de segregação sofrida pelas pessoas com transtornos mentais voltem a acontecer de forma escamoteada sob a

alegação de um tratamento diferenciado e humanizado. Que esse tipo de tratamento não seja confundido com descaso ou desassistência.

Dito isto, este estudo recebe apoio empírico dos estudos conduzidos por Rabelo e Torres (2005), os quais destacam a importância de compreender os discursos daqueles que são, no atual modelo de saúde, um elo entre a loucura/doença mental e a comunidade e que, apropriados desses discursos, disfarçados ou não de saber científico, representam não apenas o seu grupo de pertença (trabalhadores de saúde mental), mas toda a sociedade na qual estão inseridos.

Sendo assim, apesar das contribuições desta pesquisa e da comunalidade encontrada com outros estudos na área, seus resultados são pontuais, uma vez que se trata de uma pesquisa que objetivava primordialmente o aprofundamento das representações sociais de uma parcela da população. Neste sentido, é importante que sejam realizados estudos com os demais atores sociais envolvidos: usuário, família, vizinhança, escolas, universidades, igrejas; enfim, todos os dispositivos de circulação social e que são corresponsáveis pelo sucesso da Reforma e da desconstrução da cultura manicomial.

REFERÊNCIAS

- Abric, J. C. (1993). Central System, Peripheral System: Their Functions and Roles in the Dynamics of Social Representations. *Papers on Social Representations*, 2(2), 75-78.
- Abric, J. C. (1994). *Pratiques sociales et representations*. Paris: Press Universitaires de France.
- Abric, J. C. (1996). Specific processes of social representations. *Paperson Social Representations*, 5(1), 77-80.
- Abric, J. C. (2000). A abordagem estrutural das representações sociais. In Moreira, A. S. P., & Oliveira, D. C. (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2ª ed. (pp. 27-37). Goiânia: AB Editora.
- Acioly, Y. (2009). Reforma Psiquiátrica: construção de outro lugar social para a loucura? In *I Seminário Nacional Sociologia e Política UFPR 2009 - "Sociedade e Política em Tempos de Incerteza"*. Disponível em: <http://www.humanas.ufpr.br/site/evento/SociologiaPolitica/GTsONLINE/GT4/EixoII/reforma-psiquiatrica-YanneAcioly.pdf>. Acesso em: 03, Jul. 2013.
- Alessander, F., & Selesnick, S. (1980). *História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente*. São Paulo, IBRASA.
- Almeida, E. H. R. (2010). Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. *Revista Bioética*, 18(2), 381-395.
- Amarante, P. (1994). Asilos, alienados e alienistas. In P. Amarante (Org.), *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp. 77-84). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1995). Uma aventura no manicômio. *História, Ciências, Saúde*, 2(1), 61-77.

- Amarante, P. (2003). *Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação a distância*. Rio de Janeiro: Fiotec / Fiocruz.
- Avanci, R. C., Malaguti, S. E., & Pedrão, L. J. (2002). Autoritarismo e benevolência frente à doença mental: um estudo com alunos ingressantes no curso de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(4), 509-515.
- Barbosa, G. C., Costa, T. G., & Moreno, V. (2012). Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, 4(8), 45-50.
- Barbosa, V., Souza, P. K., & Dimenstein, M. (2009). Trabalhadores de saúde mental frente ao fechamento de um hospital psiquiátrico. In M. Dimenstein (Org.), *Produção do conhecimento, agenciamento e implicação no fazer pesquisa em Psicologia* (pp.315-334). Natal: Eduefrn.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Brandão, I. C. A., Martiniano, C. S., Monteiro, A. I., Marcolino, E. C., Brasil, S. K. D., & Sampaio, J. (2012). Análise da Organização da Rede de Saúde da Paraíba a Partir do Modelo de Regionalização. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 16(3), 347-352. doi: 10.4034/RBCS.2012.16.03.11.
- Brito, F. S. L. (2010). Relatos Oraís e Reforma Psiquiátrica: instaurando rasuras e produzindo discursos. In *X Encontro Nacional de História Oral: testemunhos, história e política*. Anais. Recife, PE. Disponível em: http://www.encontro2010.historiaoral.org.br/resources/anais/2/1270296848_ARQUIVO_TrabalhoCompleto.pdf. ISBN 978-85-7315-769-7. Acesso em: 03, Jul. 2013.
- Brito, M. S. (2011). Asylo de Sant'anna (ASA)-1889-1928. In A. M. Jacó-Vilela (Org.). *Dicionário Histórico de Instituições de Psicologia no Brasil* (p.65). Rio de Janeiro: Imago.

- Camino, L. (1996). *Conhecimento do outro e a construção da realidade social: uma análise da percepção e da cognição social*. João Pessoa: Ed. Universitária.
- Castro, U. R. (2009). *Reforma psiquiátrica e o louco infrator: novas idéias e velhas práticas*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Goiás, Goiânia – GO.
- Cirilo, L. S. (2006). *Novos Tempos: Saúde Mental, CAPS e Cidadania nos discursos de usuários e familiares*. (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - PB.
- Cozby, P. C. (2009). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. 4ª ed. São Paulo: Atlas.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos*. Porto Alegre: Artmed.
- Crisp, R. J., & Turner, R. N. (2013). *Psicologia Social Essencial*. São Paulo: Roca.
- Delgado, G. G. (2011). Democracia e Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4701-4706.
- Desviat, M. (2011). Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4615-4621.
- Doise, W. (2002). Da Psicologia Social à Psicologia Societal. *Psicologia; Teoria e Pesquisa*, 18(1), 27-35.
- Feitosa, K. M. A., Silva, T., Silveira, M. F. A., & Santos Júnior, H. P. O. (2012). (Re)construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização. *Psicologia: teoria e prática*, 14(1), 40-54.
- Flament, C. (2001). Estrutura e dinâmica das representações sociais. In D. Jodelet (Org.), *As representações sociais* (pp. 173-186). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Foucault, M. (2012). *História da loucura* (9ª ed.). São Paulo: Perspectiva.

- Franco, M. L. P. B. (2004). Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. *Cadernos de Pesquisa*, 34(121), 169-186.
- Franken, I., Coutinho, M. P. L., & Ramos, M. N. P. (2012). Representações sociais, saúde mental e imigração internacional. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online], 32(1), 202-219. doi: 10.1590/S1414-98932012000100015.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Gil, I. M. A. (2010). *Crenças e Atitudes dos Estudantes de Enfermagem acerca das Doenças e Doentes Mentais: Impacto do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra - Portugal.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. (4ª ed.). Rio de Janeiro: LTC.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010). *Censo Populacional 2010*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pb>. Acesso em: 04, Jan. 2013.
- Jodelet, D. (2001). Representações Sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.), *As Representações Sociais* (pp.17-41). Rio de Janeiro: UERJ.
- Jodelet, D. (2008). Social representations: the beautiful invention. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 38(4), 411-430.
- Jovchelovitch, S. (2000). *Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Lima, A. A., Holanda, A. F. (2010). História da psiquiatria no Brasil: uma revisão da produção historiográfica (2004-2009). *Estudo e Pesquisa em Psicologia*, 10(2), 572-595.

- Lima, A. M., & Machado, L. B. (2011). O “bom aluno”: conteúdo e estrutura da representação social de professores. *Educação Unisinos*, 15(1), 40-50.
- Lima, A. R. (2013). *Saúde mental e família: um estudo com familiares de moradores de Residências Terapêuticas particulares*. (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB.
- Loch, A. A., Hengartner, M. P., Guarniero, F. B., Lawson, F. L., Wang, Y., Gattaz, W., & Rössler, W. (2011). O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(5), 173-177.
- Lüchmann, L. H. L., & Rodrigues, J. (2007). O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 399-407.
- Macedo, F. M. S., Andrade, M., & Silva, J. L. L. (2009). A Reforma Psiquiátrica e implicações para a família: o papel do enfermeiro no programa saúde da família. *Informe-se em promoção da saúde*, 5(2), 19-23.
- Maciel, S. C. (2007). *Exclusão/Inclusão Social do Doente Mental/Louco: Representações e Práticas no Contexto da Reforma Psiquiátrica*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB.
- Maciel, S. C., Barros, D. R., Camino, L. F., & Melo, J. R. F. (2011). Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. *Temas em Psicologia*, 19(1), 193-204.
- Maciel, S. C., & Melo, J. R. F. (2011). O recurso da entrevista e da análise de conteúdo em pesquisas qualitativas. In M. P. L. Coutinho, & E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em Psicologia Social, perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 175-204). João Pessoa, PB: Editora Universitária.

- Melo, J. R. F. (2013). *Representações sociais de dependentes químicos acerca do crack, do usuário de drogas e do tratamento*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB.
- Minayo, M. C. S. (1995). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Ministério da Saúde (2004). *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5ª ed. Brasília: MS.
- Ministério da Saúde (2005). *Reforma Psiquiátrica e Políticas de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: MS.
- Ministério da Saúde (2006). *Saúde Mental em Dados*. Brasília: MS. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_dados_2.pdf. Acesso em: 03, Jul. 2013.
- Ministério da Saúde (2012). *Saúde Mental em Dados*. Brasília: MS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>. Acesso em: 21, Set. 2012.
- Mora, M. (2002). *La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici*. *Athenea Digital*, 2, 01-25.
- Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em psicologia social* (pp.305-387). Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Nascimento, A. R. A., & Menandro, P. R. M. (2006). Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estudos e Pesquisa em Psicologia* (6)2, 72-88.

- Nascimento, E. D., Silva, G. L. S., Veloso, T. M. G. Moraes, A. N. D., Santos, A. A. F., Melo, M. M. E. (2013). Familiares e suas Representações Sociais sobre a Loucura. *Anais VIII Jornada Internacional e VI Conferência Brasileira sobre Representações Sociais e VIII Jornada Internacional e VI Conferência Brasileira sobre Representações Sociais*, Recife – PE.
- Nóbrega, S. M., & Coutinho, M. P. L. (2011). O Teste de Associação Livre de Palavras. In M. P. L. Coutinho, & E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em Psicologia Social, perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 95-106). João Pessoa, PB: Editora Universitária.
- Nunes, M., & Torrenté, M. (2009). Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Revista de Saúde Pública*, 43(Supl.1), 101-108.
- Oliveira, A. G. B., & Alessi, N. P. (2005). Cidadania: instrumento e finalidade no processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1),191-203.
- Oliveira Filho, P., Vêloso, T. M. G., Nascimento, E. D., Melo, M. M. E., Lima, I. C. R. L., & Silva, G. L. S. Construções discursivas sobre a reforma psiquiátrica em João Pessoa (Paraíba). In *XVI Encontro Nacional de Psicologia Social da ABRAPSO*. Anais. Recife, PE.
- Paes, M. R., Borba, L. O., Labronici, L. M., & Maftum, M. A. (2010). Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(2), 309-316.
- Paes, M. R; Maftum, M. A., & Mantovani, M. F. (2010). Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 31(2), 277-84.

- Patriota, L. M., Eulálio, M. C., Lima, G. S., & Silva, M. D. (2010). A saúde mental na formação do Curso de Serviço Social. *Textos & Contextos*, 9(1), 55 - 65.
- Pereira, C. (2007). *Preconceito, normas sociais e justificações da discriminação: o modelo da discriminação justificada*. (Tese de Doutorado). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa – Portugal.
- Pereira, E. C., & Costa-Rosa, A. (2012). Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 1035-1043.
- Pérez-Nebra, A. R., & Jesus, J. G. (2011). Preconceito, Estereótipo e Discriminação. In Torres, C. V., & Neiva, E. R. (Orgs.), (pp. 218-237). *Psicologia Social: principais temas e vertentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas* (2ª ed.). São Paulo: Editora 34.
- Pessotti, I. (2001). *O século dos manicômios* (2ª ed.). São Paulo: Editora 34.
- Pinho, L. B., Hernández, A. M. B., Kantorski, L. P. (2010). Concepção de clientela: análise do discurso da benevolência no contexto da reforma psiquiátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3), 377-384.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um Balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12),4589-4589.
- Rabelo, I. V. M., & Torres, A. R. R. (2005). Trabalhadores em saúde mental; relações entre prática profissional e bem-estar físico e psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 25(4), 614-625.
- Richardson, R. J. (2009). *Pesquisa social: métodos e técnicas* (3ªed.). São Paulo: Atlas.
- Rodrigues, R. C. (2010). *Loucura e Preconceito no contexto da reforma psiquiátrica: Sujeito, território e políticas públicas*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília.

- Rosa, E. (2003). Do adoecimento psíquico à subjetividade que sofre: a importância da leitura sócio-histórica. In Conselho Federal de Psicologia (Org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes* (pp. 211–219). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rotelli, F. (1994). Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In P, Amarante (Org.), *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp. 149-169). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Sá, C. P. (1996). *Sobre o núcleo central das representações sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Sales, A. L. L. F., & Dimenstein, M. (2009). Psicólogos no Processo de Reforma Psiquiátrica: Práticas em desconstrução? *Psicologia em Estudo*, 14(2), 277-285.
- Salles, M. M., & Barros, S. (2013). Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*, 37(97), 324-335.
- Santos, A. F. O., & Cardoso, C. L. (2010). Profissionais de Saúde Mental: Estresse, Enfrentamento e Qualidade de Vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 543-548.
- Santos, T. P. M. (2013). Loucura concreta e loucura rústica: ensaio sobre a imagem do diferente na contemporaneidade. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 5(11), 26-43. ISSN 1984-2147.
- Santos, T. S. (2009). Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social. *Sociologias*, 11(1), 120-156.
- Santos, Y. F., Oliveira, I. M. F. F., Yamamoto, O. H. (2009). O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN. *Psicologia Argumento*, 27(59), 313-322. ISSN 0103-7013.
- Saraiva, E. R. A., Coutinho, M. P. L., & Miranda, R. S. (2011). O emprego do software Alceste e o desvendar do mundo lexical em pesquisa documental. In M. P. L. Coutinho, & E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em Psicologia Social*,

perspectivas qualitativas e quantitativas (pp. 67-94). João Pessoa, PB: Editora Universitária.

Saraiva, E.R.A., Vieira, K. F. L., & Coutinho, M. P. L. (2011). A utilização do software EVOC nos estudos acerca das representações sociais. In M. P. L. Coutinho, & E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em Psicologia Social, perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 149-173). João Pessoa, PB: Editora Universitária.

Sevalho, G. (1993). Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. *Caderno de Saúde Pública*, 9(3), 343–363.

Scarcelli, I. R. (2011). *Entre o Hospício e a Cidade: dilemas no campo da saúde mental*. São Paulo: Zagodoni.

Silva Filho, E. B. (1998). *História da Psiquiatria na Paraíba*. João Pessoa: Ed. Santa Clara.

Silva, G. L. S. (2011a). *Mais louco é quem lhe chama: a saúde mental nos discursos dos usuários do CAPS II de Campina Grande - PB*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - PB.

Silva, P. F., Costa, N. R. (2011). Saúde Mental e os Planos de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4653-4664.

Silva, S. M. (2011b). Memórias Gestadas, Loucura Representada: História da Loucura em Campina Grande (1963-2005). In *II Congresso Internacional de História da UFG/Jataí: História e Mídia*. Anais. Jataí, Go.

Souza, A. A. P., Eulálio, M. C. (2011). “E agora, o que vai ser da gente?”- Fim de um hospital psiquiátrico: relato de caso em Campina Grande - PB In M. F. A. Silveira, & H. P. Santos Júnior (Org.), *Residências Terapêuticas: Pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização* (pp.95-112). Campina Grande: Eduepb.

- Spadini, L. S., & Souza, M. C. B. M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista Escola de Enfermagem*, 40 (1), 123-127.
- Szasz, T. S. (1978). *A Fabricação da Loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Tajfel, H. (1982). *Grupos humanos e categorias sociais*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Vêloso T. M. G., Oliveira Filho, P., Nascimento, E. D., Nóbrega, P. A., & Pinto, R. B. (2011). Residências Terapêuticas e Reforma Psiquiátrica em produções discursivas da população. In M. F. A. Silveira, & H. P. Santos Júnior (Org.), *Residências Terapêuticas: Pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização* (pp.139-160). Campina Grande: Eduepb.
- Vergès, P. (2002). *Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations - EVOC2000 (Version 5 Avril 2002)*. Paris: Aix em Provence.
- Wetzel C., Kantorski, L. P., Olschowsky, A., Schneider, J. F., & Camatta, M. W. (2011). Dimensões de um objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2133-2143.

APÊNDICES

Apêndice - 1

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre Representações Sociais de Profissionais da saúde mental frente à Reforma Psiquiátrica e à Doença Mental e está sendo desenvolvida por Giselli Lucy Souza Silva, aluna de Mestrado em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Professora Dra. Silvana Carneiro Maciel.

O objetivo do estudo é conhecer como os profissionais de saúde mental representam o louco/doente mental e a reforma psiquiátrica. A finalidade deste trabalho é contribuir para a análise teórica sobre a temática, como também sobre necessidades práticas derivadas dos programas de saúde mental que têm atribuído papel relevante à interação profissionais–família–sociedade.

Solicitamos a sua colaboração para realização e gravação de entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

A pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Giselli Lucy Souza Silva. Telefone: (83) 8889-4493.

Endereço: Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – Campus I. Conjunto Humanístico, Bloco IV, Cidade Universitária, João Pessoa – PB. CEP 58059-900.
Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Apêndice - 2

Questionário sociodemográfico

- Nome:
- Idade:
- Sexo:
- Profissão:
- Há quanto tempo trabalha com doente mental:
- Possui algum doente mental na família:
- Instituição em que trabalha:

Apêndice - 3

Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)

Doente Mental

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Louco

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Reforma Psiquiátrica

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Apêndice - 4

Roteiro da entrevista semiestruturada

1. O que você pensa sobre o doente mental? Como é trabalhar com ele?
2. O que o (a) motivou a trabalhar com a saúde mental?
3. Como é realizado o tratamento com o paciente/usuário? E como você acredita que deveria ser?
4. Qual a sua opinião sobre o hospital psiquiátrico?
5. O que você pensa sobre os serviços substitutivos? Eles cumprem o seu papel?
6. Qual a sua opinião sobre a reforma psiquiátrica? E quais suas expectativas em relação a ela?
7. Como e o quanto a reforma psiquiátrica influi em seu trabalho?
8. Você percebeu alguma mudança na forma de conceber a loucura e de tratar o portador de transtorno mental, com a implantação da reforma? Se sim, qual?
9. O que pode ser feito para melhorar a inclusão do paciente/usuário na sociedade?
10. É possível incluir o portador de transtorno mental no mercado de trabalho? Quais as maiores dificuldades encontradas para incluí-lo no mercado de trabalho?
11. Você contrataria um portador de transtorno mental para trabalhar na sua casa?
12. Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

ANEXOS

Certificado do Comitê de Ética




UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 10ª Reunião realizada no dia 30/10/2012, o projeto de pesquisa intitulado: “ATITUDES E CONHECIMENTO FRENTE A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A DOENÇA MENTAL”, da Pesquisadora Silvana Carneiro Maciel. Prot. nº 0347/12, CAAE: 03224612.6.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB