

Concepções e Práticas Profissionais Relativas à Doença Mental

Conceptions and Professional Practices Relating to Mental Illness

LÉA DOLORES GOMES LEITE¹

RESUMO

Objetivo: Este estudo teve o propósito de apreender acerca das concepções sobre a doença mental entre os profissionais da Saúde Mental, a fim de perceber a prática na área com vistas a reinserção social das pessoas com transtorno mental, considerando a Reforma Psiquiátrica com seus serviços substitutivos, bem como um hospital psiquiátrico em funcionamento. *Metodologia:* A abordagem adotada foi a qualitativa e o trabalho de campo seguiu um roteiro de entrevista semi-dirigida com registro feito em dispositivo MP3, sendo aplicada a técnica de "Análise Temática do Discurso do Sujeito Coletivo". A amostra foi realizada abarcando três áreas de conhecimento: serviço social, psicologia e enfermagem, perfazendo um total de 15 profissionais, sendo esse número equitativamente distribuído entre estas especialidades; as entrevistas foram feitas por um período aproximado de dois meses aproximadamente. *Resultados:* De acordo com os resultados obtidos, os novos conceitos sobre a loucura e seu tratamento foram sendo introduzidos, assim como, foi averiguado que, em certa medida, crenças mais arcaicas permaneceram, embora os discursos de profissionais inseridos nos novos dispositivos se distinguiram dos relatos de outros que atuavam em hospital psiquiátrico. *Conclusão:* Verificou-se a imprescindibilidade da continuidade da apreensão de novas teorias propiciadoras de transformações no sentido do alcance, cada vez mais, de espaços na sociedade para o efetivo exercício da cidadania dos sujeitos que são acometidos por transtornos psíquicos.

DESCRIPTORIOS

Saúde Pública. Saúde Mental. Prática Profissional.

SUMMARY

Objective: This study had as purpose to learn about the conceptions on mental health among public health professionals, in order to perceive their practice in such an area in view of reinserting socially people who suffer from mental illness, considering the psychiatric reform along with its substitutive services and a working hospital. *Methodology:* It was adopted a qualitative approach; this field work followed a semi-direct interview script using a MP3 device for recordings, and the Collective Subject Speech Thematic Analyses Technique was employed. The sample was carried out enfolding three areas of knowledge: social service, psychology and nursing, including 15 professionals who were equally distributed into those specialties; interviews were performed in two months' time approximately. *Results:* According to the results achieved, the new concepts about madness and its treatment have been introduced, and it was also discovered that, to some extent, archaic believes have remained, though professionals' speech inserted in the new flam have distinguished from the reports of others that worked in psychiatric hospitals. *Conclusion:* Accordingly, it's notorious the absolute need for continuity of the apprehension of new theories which could provide transformation in view of reaching more and more spaces in the society for the effective exercise of the citizenship of individuals that suffer from mental problems.

DESCRIPTORS

Public health. Mental health. Professional practice.

1 Doutoranda em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande/PB, Brasil.

Este texto consiste em um estudo sobre Representações Sociais da doença mental entre profissionais inseridos na Rede Pública da cidade de Campina Grande-PB com vistas à reinserção social. Ele é fruto do trabalho de dissertação de mestrado no ano de 2008, sendo a pesquisa realizada com esta classe profissional tanto em hospital psiquiátrico quanto nos novos equipamentos utilizados pela Reforma Psiquiátrica – os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). (LEITE, 2008) Nesse contexto, cumpre esclarecer que um hospital psiquiátrico de grande porte da cidade, cuja situação encontrava-se impraticável, sofreu intervenção em junho de 2005, surgindo uma estrutura substitutiva de atendimento psiquiátrico bastante significativa. Assim, é criado mais um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS III) para adultos, pois antes existiam dois (um para adulto, CAPS II, e outro específico para usuários de álcool e outras drogas – CAPS Ad); um Centro de Atendimento Infantil – Centro Campinense de Intervenção Precoce; um Infanto-juvenil – CAPS i; seis Residências Terapêuticas; um Centro de Convivência; além de mais dois CAPS I em Distritos abrangidos pelo município Campina Grande (São José da Mata e Galante).

Por meio da análise dos dados colhidos na pesquisa de campo, pudemos apreender tanto as concepções do especialista da rede substitutiva, como as dos profissionais que atuam em hospital psiquiátrico, procurando observar a influência destas para a prática profissional rumo ao incentivo da Reinserção Social, haja vista que os discursos e crenças não podem ser dissociados do exercício profissional, como bem ensina a Teoria das Representações Sociais.

A relevância do estudo das representações sociais sobre vivências de sujeitos classificados como loucos é de suma importância devido a possibilidade de colocar sob questão os modelos sociais e interacionais que resultam ou moldam as classificações sociais mobilizadas nos processos de internamento e de submissão a tratamentos psiquiátricos. Outrossim, tendo em vista a recente Reforma Psiquiátrica, uma pesquisa que busque dados sobre os seus efeitos nas representações sociais da loucura e das experiências de tratamento psiquiátrico se reveste de uma alta relevância, tanto no que se refere ao caráter acadêmico, quanto no que se refere às suas eventuais repercussões sociais.

Quanto à metodologia empregada, devemos pontuar que a Teoria das Representações Sociais se articulou de modo profícuo com esse atual momento de mudanças, quando se fez preciso que, em curto espaço de tempo, se considerarmos o enraizamento histórico dos modos preconceituosos e tradicionais de se

conceber a doença mental, assimilássemos as novas teorias relativas a este tema; ainda mais se observarmos que a passagem do aprendizado teórico para uma atuação mais efetiva quanto ao objetivo principal de reinserção social não acontece da noite para o dia. Desse modo, tal teoria se refere a uma análise concernente às interações comunicativas entre indivíduos que vivenciam determinadas realidades sociais, havendo possibilidades de mudanças de significações através do próprio fazer cotidiano, tendo em vista que toda a ação social desenvolvida coletivamente é guiada pelas concepções que estão em torno dessa prática.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A princípio, a pesquisa ora apresentada neste artigo foi submetida à avaliação e foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, registrado no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos – SISNEP, sob número 0396.0.133.000-11.

Ademais, esclarece-se que este trabalho respeitou integralmente os aspectos fundamentais da Resolução CNS/196/96 sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e suas recomendações complementares relacionadas com o sujeito de pesquisa, com o pesquisador e com o Comitê de Ética em Pesquisa.

A opção pela *Teoria das Representações Sociais* como teoria de base se deu por percebermos que esta possibilitaria uma apreensão adequada do objeto de estudo do presente trabalho, tendo em vista que seus princípios permitem entender com mais clareza como as concepções de indivíduos de uma determinada comunidade (instituição, grupo, associação etc.) se formam e se transformam, sendo um processo que não se torna estanque. As representações se modificam à medida em que novos conceitos e idéias vão sendo agregados a outros já existentes, para então se materializarem, ou seja, os discursos surgem e se legitimam, e assim sucessivamente. Além do mais, os empreendimentos governamentais em saúde mental vêm sendo empregados há algum tempo em todo o país, porém a implementação da Reforma Psiquiátrica em se tratando da cidade de Campina Grande-PB é recente, haja vista que seu passo inicial ocorreu há aproximadamente seis anos.

Apresentaremos, para iniciarmos o debate sobre as Representações Sociais, a abordagem de CARDOSO, MALERBA (2000), cuja intenção é elucidar algumas questões que permeiam este tema, bem como, com ele, poderemos confirmar a afinidade da teoria em questão

com a área da Saúde Mental. Este autor baseia-se na crítica que CHARTIER (1990) faz sobre as “mentalidades”, explicando que os objetos que a história escolhia estudar apareciam como categorias universais válidas por si mesmas, quando, na realidade, não passavam de objetos construídos no e pelo discurso, sendo objetos históricos e mutáveis. Esta teoria das mentalidades elimina a possibilidade de análise do sujeito e nega a importância das relações que os agentes sociais mantêm com os objetos culturais ou com os conteúdos do pensamento.

Registre-se que a *Teoria das Representações Sociais* tem sua elaboração e seu marco inicial por meio de MOSCOVICI (1978), com seu trabalho acerca das *Representações Sociais da Psicanálise*. Diante da expansão da Psicanálise, ele pergunta-se como é que os indivíduos se apropriam de conhecimentos científicos. Esse projeto de Moscovici visou à compreensão da difusão e da apropriação do conhecimento científico, das suas teorias e conceitos pelo “homem comum”; sendo considerado “homem comum” o indivíduo do senso comum, do conhecimento popular, do conhecimento da realidade em que se vive. O senso comum é tomado pela *Teoria das Representações Sociais* como conhecimento profundo da realidade, pois, com ele, os sujeitos criam e recriam sua história, a partir das suas experiências. Portanto, nessa acepção, as representações sociais alimentam-se não só das teorias científicas, mas também da cultura, das ideologias, das experiências, das práticas e das comunicações cotidianas (MOSCOVICI, 1978).

MOSCOVICI (2005), expõe que o conceito de representação social ou coletiva nasceu na sociologia e na antropologia, com a obra de Durkheim e de Lévi-Bruhl. DURKHEIM (2000) entendeu que “as representações sociais são racionais, não por serem sociais, mas porque elas são coletivas”, sendo apenas dessa maneira que os homens se tornam racionais. Um indivíduo isolado ficaria impedido de obter tal efeito. Ademais, para JOVCHELOVITCH (1995), todas as culturas possuem instituições e normas formais que desencadeiam uma individualização e uma socialização, carregando as representações, a marca da tensão entre esses dois pólos, cujo objetivo é procurar mantê-los nos limites do suportável para que a coexistência entre eles seja possível, haja vista que não existe sujeito sem sistema nem sistema sem sujeito, justificando-se, então, a afirmação desta autora de que “vidas individuais não são realidades abstraídas de um mundo social, pelo contrário, elas só tomam forma e se constroem em relação a uma realidade social” (JOVCHELOVITCH, 1995, p. 20). E, continuando essas análises, Jovchelovitch relata que Moscovici assimilou a noção de Durkheim da força

concreta da realidade social – a coerção social -, a qual se apresenta aos sujeitos sociais como um dado, havendo, entretanto, uma crítica a tal abordagem no sentido de que a sociologia durkheimiana detinha o perigo implícito de esquecer que a força do que é coletivo encontra a sua mobilidade na dinâmica do social, abrindo-se permanentemente para os esforços de sujeitos sociais. Logo, as representações coletivas em Durkheim caracterizam-se pela capacidade de coerção exercida sobre os indivíduos, conduzindo-os a pensar e a agir de forma homogênea, imputando-lhes uma condição de estabilidade, enquanto que as representações sociais em Moscovici caracterizam-se por um processo criativo que serve de orientação aos comportamentos.

Outro aspecto relativo às representações sociais é salientado por WAGNER (1995), quando explica sobre a pesquisa realizada por JODELET (2005) a respeito das *representações sociais da loucura* nos habitantes de uma comunidade rural francesa, considerando que esta representava um subgrupo significativo das comunidades rurais francesas em função da tradição das famílias locais de adotar em suas casas e prestar cuidados a doentes mentais. O contato próximo com estas pessoas deu origem a uma representação local da doença que não foi encontrada em muitos outros subgrupos da sociedade francesa, contendo elementos que não poderiam ser encontrados em pessoas individuais, mas somente no grupo como um todo.

Finalmente, faremos agora algumas considerações sobre os dois processos formadores das representações sociais que MOSCOVICI (2005) denominou de *objetivação e ancoragem*. A *objetivação* é o processo pelo qual há a transplantação para o nível de observação do que era apenas inferência ou símbolo, havendo uma substituição do percebido pelo conhecido. De modo que, por exemplo, ao objetivar o conteúdo científico da psicanálise, a sociedade já não se situava com vistas à psicanálise ou aos psicanalistas, mas em relação a uma série de fenômenos, de acordo com a realidade vivida, tornando o universo desconhecido familiar a todos. A *ancoragem*, por sua vez, comporta-se ora como aquela que precede a objetivação, ora como um processo que se situa na sequência da objetivação. Consequentemente, considerando a *ancoragem* como processo que precede a *objetivação*, podemos reconhecê-lo a partir da exigência de pontos de referência, ou seja, para se ancorar um determinado objeto é necessário que se tenha esquemas de pensamento já estabelecidos. Neste sentido, o autor refere-se às *representações sociais* como “código de interpretação no qual ancora o não familiar, o desconhecido, o imprevisto”.

Em suma, esses processos constitutivos, a

objetivação e a ancoragem, têm relação com a formação e o funcionamento da representação social, sendo que a primeira explica a representação como construção seletiva, esquematização estruturante, isto é, como conjunto cognitivo que retém, entre as informações do mundo exterior, um número limitado de elementos ligados por relações, que fazem dele uma estrutura que organiza o campo de representação e recebe um *status* de realidade objetiva; a segunda evidencia seu aspecto de enraizamento no sistema de pensamento, atribuição de sentido, instrumentalização do saber, esclarecendo a maneira pela qual informações novas são integradas e transformadas no conjunto dos conhecimentos socialmente estabelecidos e na rede de significações socialmente disponíveis para interpretar o real, e depois são nela reincorporadas, na qualidade de categorias que servem de guia de compreensão e de ação.

A delimitação da amostra da pesquisa foi feita com vistas aos profissionais da rede pública de saúde mental da cidade de Campina Grande-PB, excetuando-se a rede privada deste campo da saúde. Por conseguinte, a pesquisa baseou-se nos sujeitos que vivenciaram “mais de perto” o momento da implementação da Reforma Psiquiátrica, seja inserindo-se nos serviços substitutivos, seja permanecendo em âmbito hospitalar. Após ter definido o campo para a realização da pesquisa, tomamos alguns critérios na escolha dos profissionais a serem pesquisados. Procuramos selecionar as especialidades de maneira balanceada, para que pudéssemos fazer uma avaliação mais equitativa quanto às especialidades: psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros.

Quanto à coleta e o tratamento de dados, nosso trabalho de campo seguiu um roteiro de entrevista e foi aplicado nas respectivas instituições com o registro das narrativas em dispositivo de gravação eletrônica MP3, que posteriormente foram transcritas integralmente. A abordagem adotada foi a qualitativa e empregamos o tipo de entrevista semi-dirigida e “focalizada”, pois seu emprego apresenta as seguintes vantagens: é uma técnica apropriada para superar a ausência de uma amostra representativa, permitindo uma apreensão qualitativa do material empírico; oferece uma liberdade e uma abertura ao entrevistador, permitindo o aprofundamento do tema proposto, além do material colhido por esta técnica ser adequado à interpretação. Em seguida, foi aplicada a técnica de “Análise Temática do Discurso do Sujeito Coletivo”, que consiste na seleção de temas e na aplicação de três figuras metodológicas: Idéias Centrais (ICs), Expressões-Chave (EsC) e Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs). As ICs representam a síntese do discurso e permitem resgatar o essencial das partes em que se divide a narrativa.

Objetivando fundamentar e ilustrar as ICs, selecionam-se trechos discursivos, os quais são denominados de EsC. Esses trechos discursivos são resgatados de forma literal do relato, caracterizando uma “prova discursiva-empírica” das ICs. As etapas descritas possibilitam desenvolver os DSCs (PATTON, 1990)

Com efeito, o discurso pode ser visto como uma construção social, o que permite a elaboração de “tipologias” nas quais os diversos discursos individuais serão apreendidos como variações de um “tipo”, corroborando, assim, com a *Teoria das Representações Sociais*, na qual há a identificação de elaborações discursivas que apresentam concepções que se identificam socialmente. Assim sendo, realizamos uma redução do discurso do entrevistado em unidades de significação, utilizando um sistema de classificação estabelecido a partir de categorias circunscritas e definidas. Pudemos então controlar a presença de certas noções e temas, obtendo desse modo uma primeira imagem mais unificada do material colhido, bem como das principais linhas de diferenciação de seu conteúdo. Foram então estabelecidas as relações entre as significações e estas foram organizadas em unidades temáticas.

RESULTADOS

Em relação à *causa da doença mental*, verificamos nos dados colhidos que houve uma atribuição referente à predisposição hereditária isoladamente, tal como foi preconizada pela psiquiatria tradicional, ou a essa mesma origem genética, associando-a a uma “estrutura psíquica deficitária”. Vemos nesta última forma de concepção *uma ancoragem* na linha psicanalítica, embora tenha diferido do que realmente essa linha teórica propõe: uma constituição da estrutura psíquica a partir do nascimento da criança, por meio das relações primordiais materna e paterna. Outrossim, há sempre uma problemática social e/ou psicológica como agente desencadeador de seu estabelecimento. De outro modo, no âmbito hospitalar essa representação está *objetivada* com mais clareza na causa biomédica/organicista, uma vez que foram verbalizados termos como “distúrbio”, “psicopatologia” e “doença”, de forma veemente, enquanto que nos depoimentos dos entrevistados da rede substitutiva, a relevância deste ponto de vista se configurou através da influência da psicanálise, além da admissão de causas psicológicas isoladamente, nos fazendo entender que estas representações estão mais fluidas e aptas para *novas ancoragens*, mesmo existindo aquela inclinação mais condizente com a questão da predisposição genética.

Quanto à *cura*, esta foi articulada à *causa*, sendo ela mais relativizada na rede substitutiva, havendo um questionamento “do que seria uma cura” e vista como sendo possível em alguns casos, bem como foi considerada como sendo impossível de ser alcançada. Desse modo, ao analisarmos o que a *Teoria das Representações Sociais* propõe, vemos que as representações de uma prevalência na origem orgânica da doença mental tendem a fazer com que seja dificultada uma prática profissional mais direcionada ao trabalho com a reinserção social, pois entendemos que a causa biomédica pode “paralisar” outras perspectivas nesse sentido. Nas colocações em que houve a indagação sobre “o que seria a cura”, percebemos a compreensão de que o ser humano, independentemente da estrutura psíquica que possua, apresenta igualmente certo sofrimento psíquico, evidenciando uma maior identificação dos conceitos sobre a *normalidade e a anormalidade*.

Passando ao tema que diz respeito à *normalidade e à possibilidade de se enlouquecer*, averiguamos que na maioria das narrativas surgiu a assertiva de que cada sociedade possui suas regras e normas, então, nesse sentido, a normalidade é algo difícil de se afirmar. Quase que a totalidade das representações colhidas na rede substitutiva definiu a *normalidade* como sendo o “saber levar a vida”, ou seja, quando o indivíduo trabalha, estuda e convive em harmonia com a família e a sociedade, ou como estando de acordo com as subjetividades de cada indivíduo ou grupo. Uma pequena porção dos entrevistados, quase que integralmente na esfera hospitalar, acrescentou que a medida dessa classificação se refere ao “controle das emoções e ações” e ao “aceitar o limite das coisas”, além de se achar necessário que o doente mental se veja como um indivíduo diferente, para que assim possa se trabalhar essa “alteridade”. Na questão do “*enlouquecer*”, a afirmativa em termos dessa representação foi unânime; entretanto, ao ser justificado essa máxima, observou-se que os motivos que levam à loucura coincidiram com as explicações sobre a *causa e cura*. Estas representações foram analisadas como estando cristalizadas no momento atual. Devemos perceber que nos relatos em que transpareceu uma maior identificação entre os conceitos do normal e do patológico, como foi o caso da representação sobre “o saber levar a vida”, ou seja, da possibilidade de se estabilizar as crises e se poder trabalhar, estudar etc., percebe-se que a crença no trabalho com vistas à reinserção social acontece de forma mais evidente.

Já no tópico sobre a *periculosidade e o medo*, percebemos as seguintes representações estabilizadas: o perigo só ocorre nos momentos da crise e do surto,

sendo que ele existe em casos de “personalidade perversas” também. Fora da crise não há periculosidade. Desse modo, o medo está presente nesses casos, porém ele desaparece ou se atenua muito devido a adoção de medidas de precaução, à confiança no trabalho em equipe e ao tempo de experiência com a doença mental. Esta forma de representação foi equilibradamente unânime nas instituições de saúde mental aqui consideradas; no entanto, apesar de no hospital essa especificidade da periculosidade quanto à crise e ao surto existir, em alguns momentos foi percebido uma inespecificidade no que diz respeito a esse enfoque, demonstrando uma crença mais arcaica em um perigo generalizado.

No que tange aos enfoques que objetivaram averiguar as representações sobre a *reinserção social* dos usuários da saúde mental, percebe-se mais acentuadamente nesse tópico uma defesa veemente da importância de uma assistência hospitalar por parte dos profissionais lá inseridos. Já no campo da rede substitutiva, há uma aceitação da atuação hospitalar até que esta rede se fortaleça estruturalmente, mesmo admitindo-se, de forma geral, a necessidade da existência de tais estruturas no momento atual. Com efeito, ao tempo em que um e outro local assim se posicionaram, através das indagações sobre os efeitos de um longo período de internação; a necessidade dos hospitais psiquiátricos; as atitudes para se evitar a crise; a diferença de tratamento em ambas as instituições e o grau de importância do tratamento medicamentoso e das abordagens terapêuticas, avaliamos as suas concepções acerca da meta da cidadania como objetivo primordial a ser atingido. Assim sendo, observou-se na esfera hospitalar uma inclinação em achar uma utopia tal possibilidade, apontando-se a frágil estrutura de saúde como um todo e especificamente à da área de saúde mental, e o preconceito existente na sociedade como um todo. Não surgiram nessa esfera de atuação, relatos que apontassem para uma compreensão de os próprios profissionais se verem como possíveis agentes de transformação dessa realidade, tanto através dos que oportunizam terapêuticamente, como da valorização do vínculo entre eles e as pessoas que lá se internam. Por outro lado, na rede substitutiva, a reinserção social foi vislumbrada como plausível de ser alcançada, através do trabalho oferecido nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, inclusive em se tratando da diminuição ou erradicação das crises.

Logo, no âmbito hospitalar as problemáticas levantadas se sobrepujaram ao crédito no trabalho diário e singularizado com as pessoas em sofrimento psíquico, ocorrendo o inverso na assistência dos CAPS, onde se evidencia expressivamente nos discursos os

resultados positivos sobre esse objetivo. Além do mais, foi demonstrado por mais de uma vez certo descrédito na assistência realizada na rede substitutiva, seja por razão da frágil estrutura dos serviços, seja pelo despreparo dos profissionais em atuar nos “casos mais graves”, porque acreditam que mesmo no caso do CAPS III, que oferece permanência ininterrupta de 72 horas, não há como acolher uma crise mais intensa e prolongada. E, nesse sentido, quando se privilegiou o medicamento em relação às abordagens terapêuticas nesse tipo de instituição, foi evidenciado pouco crédito nestas e, por conseguinte, do que objetivam: a persistência no incentivo à reinserção social das pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

DISCUSSÃO

Ao darmos início à etapa do trabalho de campo, constatamos que a construção mais fidedigna do objeto ocorre sobretudo através da experiência empírica do trabalho de campo sociológico e, nesse sentido, nos mostra BOURDIEU, CHAMBOREDON, PASSERON, (1986) que a investigação científica se organiza em torno de objetos construídos com a percepção da área de conhecimento do pesquisador e dos estudos teóricos que este vem realizando. Por conseguinte, algumas questões foram surgindo à medida em que as entrevistas se sucediam, havendo, de certo modo, algumas alterações no que se pretendia a princípio.

Assim sendo, a primeira hipótese, que se confirmou, foi a de que a *concepção organicista* legitimada pelo discurso da medicina, tendo a figura do médico como a do representante “mor” da verdade científica, na qual os outros saberes estariam subjugados, tenderia, de alguma forma, a aparecer nas falas dos profissionais, mesmo que mesclada às *noções biopsicossociais*; a segunda foi a de que a forte estrutura racional e moral carregada de todos os preconceitos inerentes a ela na qual fomos historicamente envolvidos, apesar da passagem às novas gerações e da entrada na pós-modernidade e de sua conseqüente aceitação de novas identidades, poderiam estar presentes nos discursos colhidos sobre a *normalidade/anormalidade*; outra possibilidade presumida foi a de que *o medo da pessoa em sofrimento psíquico e a noção de periculosidade* provavelmente permaneceriam de forma ainda bastante proeminente, pois a falta ou escassa experiência profissional na área da maioria das pessoas que se inseriam na saúde mental faria com que houvesse a permanência do apego a certas compreensões tradicionais sobre a doença mental. Entretanto, o medo se apresentou de maneira mais generalizada apenas no âmbito hospitalar.

Pude perceber a influência que a linha teórica da psicanálise já estava exercendo em uma boa parte das representações, já que é esta teoria que orientava e orienta a prática atual, embora que o discurso biopsicossocial se fez muito presente, variando quanto à preponderância dos aspectos biológico, psicológico e social. Outrossim, um dos aspectos acrescentados foi com vistas à *articulação entre formação profissional e a concepção da doença mental*. Logo, observamos que o “saber profissional” de cada área surgiu nas falas corroborando com representações mais ou menos imbuídas do social, do biológico ou do psicológico e/ou psicanalítico. Há de se considerar igualmente que quase todos os profissionais entrevistados da rede substitutiva encontravam-se realizando uma especialização promovida pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ em parceria com a Universidade Estadual da Paraíba - UEPB. No tocante *ao fator organicista*, observamos que este se faz presente mais significativamente nos discursos colhidos em ambiente hospitalar e na área da enfermagem mais especificamente, sendo mais direcionado à genética/hereditariedade nos serviços substitutivos. Já no que diz respeito à *normalidade/anormalidade*, pudemos verificar que em uma parcela significativa da amostra foi sublinhado que não há uma demarcação nítida entre ambos. Sabemos da importância dessa representação para os profissionais da saúde mental, já que para ocorrer uma prática mais consciente com intuito da *reinscrção social* se faz necessário esse reconhecimento.

Verificamos de forma unânime que *o medo* existia de modo inespecífico no início da prática profissional, mas, ao tempo em que ganhavam experiência, esse sentimento foi perdendo sua magnitude devido ao fato de que ocorreu uma aprendizagem de como lidar com ele, assim como assimilaram que a doença mental não é “esse bicho” que costumavam dizer; muito embora nas crises e surtos apresentados pelos portadores de sofrimento psíquico, a totalidade das narrativas demonstrou essa tendência. No que tange à *noção de periculosidade* nesses episódios da crise e do surto peculiares à “doença mental”, todos os profissionais acreditam que ocorre perigo se não houver nenhuma precaução e quando não está havendo um tratamento adequado. De outro modo, em certos depoimentos acrescentou-se a crença de haver casos mais raros de “personalidades perversas”.

Incluímos também a análise sobre o perfil do “*lugar institucional*” em que os profissionais falavam, quando ponderamos acerca das representações que se apresentavam nesta ou naquela esfera de atuação, quando foi constatado que as defesas se deram de acordo com esta perspectiva, haja vista que, ao

estabelecermos os espaços institucionais para a pesquisa, nos preocupamos em fazer um cruzamento das representações entre profissionais que estão “dentro da reforma” (nos serviços substitutivos) e outros que estão “fora da reforma” (em âmbito hospitalar), devido ao fato de que dentre as normas da Reforma Psiquiátrica existe uma que preconiza que aos poucos os hospitais psiquiátricos devem ser extintos por completo, o que nos levou a vislumbrar certo conflito entre esses espaços institucionais. Apreendemos na esfera hospitalar formas defensivas, havendo queixas que expressaram uma crítica à capacidade estrutural de atendimentos dos serviços substitutivos, como também entendem que há ainda uma noção arcaica da rede substitutiva referente à forma desumana dos hospitais psiquiátricos.

Constatamos também que, do ponto de vista dos serviços substitutivos, existe uma postura defensiva de priorizar o atendimento ao doente mental em locais onde seja possível a reconstrução de sua cidadania. Já a esfera hospitalar tende a pressupor uma necessidade de hospitalização. Consequentemente, sabemos que a cultura da internação psiquiátrica não é simples de ser transformada, necessitando de muita resistência, poder de diálogo e convivência com fatos da realidade para cumprir a tríade dialética de Basaglia: negação-superação-invenção perante o modelo manicomial.

Enfim, quanto à questão do crédito que os profissionais possuem com relação à possibilidade de *reinserção social* das pessoas em questão, obtivemos resultados significativos, pois ao verbalizarem sobre a necessidade ou não da permanência de hospitais psiquiátricos, dos efeitos de um longo período de internação, das ações para se evitar a crise, da importância do tratamento medicamentoso e das abordagens terapêuticas e dos tipos de tratamentos oferecidos em hospitais psiquiátricos e na rede substitutiva, disseram muito acerca da crença na possibilidade destes conviverem nos espaços oferecidos pela sociedade; de modo que, nos serviços substitutivos, em geral, há uma positividade nesse sentido, enquanto que no âmbito hospitalar foram enfatizados os empecilhos e dificuldades, como se o alcance de tal objetivo, por essa razão, fosse uma utopia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Queremos expor que este trabalho proporcionou uma melhor compreensão sobre a relação entre o fazer profissional com vistas à reinserção social e as crenças acerca da doença mental, posto que toda a ação social desenvolvida coletivamente é guiada pelas concepções que estão em torno dessa prática. Então, ao estudarmos a *Teoria das Representações Sociais*, pudemos assimilar a respeito deste ininterrupto processo de transformação, no qual as noções tendem a se modificar no próprio fazer do momento, por meio do sistema de funcionamento específico de um grupo, com as trocas comunicativas, bem como através da inclusão de novos conhecimentos teóricos circulantes. Portanto, entendemos que o período em que realizamos a pesquisa de campo se encontra em um tempo que passou, permitindo-nos vislumbrar que as representações sociais sobre os enfoques selecionados certamente ganharam algumas *novas ancoragens* e que, por conseguinte, se situam em um lugar mais próximo de uma apreensão mais condizente com a desmistificação da doença mental, para que assim, aos poucos, o incentivo à cidadania possa ser realizado de forma cada vez mais efetiva.

Diante do exposto, confirma-se que o emprego da *Teoria das Representações Sociais* adequou-se de modo satisfatório ao objeto do estudo do qual a presente pesquisa se ocupou, uma vez que a Reforma Psiquiátrica impulsionou modos não habituais de perceber, conceber e tratar a doença mental, levando-se a uma frequente *objetivação e ancoragem* na medida em que as novas demandas de serviços substitutivos, em sentido oposto aos hospitais psiquiátricos, foram surgindo. Além do mais, tais serviços, como era de se esperar, foram inaugurados de forma quase que abrupta nos lugares, com pouca capacitação dos profissionais que lá ingressavam, da mesma forma que a sociedade recebeu a notícia de que “os hospitais estariam fechando”, tendo-se que acatar essa medida. Portanto, os novos e mesmo alguns mais antigos profissionais da saúde mental tiveram que assimilar e rever suas práticas e concepções.

REFERÊNCIAS

1. CARDOSO C, MALERBA J. (Orgs.). *Representações: contribuição a um debate transdisciplinar*. Campinas, SP: Papyrus, 2000. 288 p.
2. CHARTIER R. *A História Cultural: entre práticas e representações*. Trad. Maria Manuela Galhardo. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990. 244 p.
3. DURKHEIM É. *As formas elementares de vida religiosa*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 656 p.
4. JODELET D. *Loucuras e representações sociais*. Trad. Lucy Magalhães. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. 392 p.
5. JOVCHELOVITCH S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço, público e representações sociais. In: *Textos em Representações Sociais*. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. 324 p.
6. LEITE LDG. *Entre continuidades e descontinuidades: representações sociais da doença mental e a prática profissional na saúde mental*. 2008, 158 p. Dissertação (mestrado em sociologia) – Universidade Federal da Paraíba - UFPB/CCHLA, Paraíba, Maio de 2008.
7. MOSCOVICI S. *A Representação Social da Psicanálise*. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. 291 p.
8. MOSCOVICI S. Prefácio. In: *Loucuras e representações sociais*. Trad. Lucy Magalhães. Petrópolis, RJ: Vozes: 2005. 392 p.
9. PATTON MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. California: Sage Publications, 1990. 532 p.
10. WAGNER W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: *Textos em Representações Sociais*. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. 392 p.

Original submetido em 03/Maio/2011
Versão Final apresentada em 12/Set/2011
Aprovado em 07/Out/2011

Correspondência

Léa Dolores Gomes Leite
Rua Quebra Quilos, 382 – Centro
58.400-208 Campina Grande – Paraíba – Brasil

E-mail
ldgleit@bol.com.br