

## Representações sociais da saúde mental

### RESUMO

**Rogério Fortunato Rocha**  
[psico.rogerio@yahoo.com.br](mailto:psico.rogerio@yahoo.com.br)  
Universidade Estadual de São Paulo  
(UNESP), Botucatu, São Paulo, Brasil.

Esta pesquisa buscou investigar as representações sociais sobre a Saúde Mental. O trabalho utilizou como referência o método de análise das Representações Sociais proposto por Moscovici (1961). O procedimento foi realizado a partir de seis (6) entrevistas semidirigidas; objetivando conhecer a forma como o tema Saúde Mental é apreendido por profissionais ligados diretamente à Saúde Coletiva. Os nomes dos entrevistados foram substituídos por codinomes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Representação Social, saúde mental, psicólogos, serviços de saúde.

## INTRODUÇÃO

O trabalho trata-se de aspectos representacionais de profissionais que gravitam em torno da tarefa de prestar assistência pública: os trabalhadores da saúde mental, mais especificamente os psicólogos entrevistados. Visamos desvelar o entendimento que psicólogos fazem do tema saúde mental, sistematizando essa compreensão à luz da teoria de Representações Sociais de Moscovici (1961).

O principal desafio da equipe foi buscar a transformação do, centrado sob a égide do pensamento psiquiátrico, medicamentoso e manicomial, em um serviço – agora, sob os ares do movimento da luta antimanicomial – de atenção psicossocial. Que visava um desdobramento para uma saúde coletiva, compromissada com políticas sociais.

Com as recentes tentativas, em âmbito nacional, de se concretizar políticas de assistência de Saúde Mental, assistimos nas últimas décadas um esforço para mudanças do quadro da assistência à saúde mental, marcadamente hospitalocêntrica, para uma política voltada para a humanização e com critérios técnicos. “Com efeito, a se entender por política, no senso restrito aqui aplicável, uma equação a dois braços, representada de um lado por um conjunto de intencionalidades e do outro por práticas concretas, conjunto este que mostre certa continuidade no tempo e significação geográfica que ultrapasse os limites das experiências micro-regionais...” (Resende, 1987, p. 23).

## DESENVOLVIMENTO

### 1. MALUCOS SIM, LOUCOS NÃO – VELHAS LEIS, NOVAS LEIS – FORAS DA LEI

No fundo da prática científica existe um discurso que diz: nem tudo é verdadeiro; mas em todo lugar e, a todo o momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que, no entanto está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão para ser desvelada. A nós cabem achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela esta presente aqui e em todo lugar (Foucault, 2003, p. 113).

A loucura, podemos dizer, desembarca aqui num universo moral, pois é a maior expressão das fraquezas, erros e defeitos humanos: “[...] são os avaros, os delatores, os bêbados. São os que entregam à desordem e à devassidão; os que interpretam mal as escrituras, os que praticam o adultério”. E ainda, conforme a maldade que cada um demonstrar: [...] ímpios, superbos, avaros, luxuriosos, lascivos, delicatos, iracundos, gulosos, edaces, invidios, veneficos, fidefrasos [...]” (Facult, 1972, p.25).

Ainda aqui não tinha o status de doença, ao menos da forma como hoje compreendemos. Mas seria incorreto dizer que não se cuidava dos loucos. Segundo Foucault (1972), encontramos no século XV práticas localizadas, com os primeiros estabelecimentos destinados aos loucos. Primeiro em Saragossa, Espanha, depois na Itália. Ali, eram submetidos a tratamentos com inspiração da medicina árabe.

No final do século XV, ainda se veria, a loucura tomando forma de movimento de crítica, enredada nos sentimentos persecutórios alternando-se com o pavor morte. É o final da Idade Média, foram mil anos de escuridão e, não fazia mais do que meio século, o tema da morte, como diz Foucault (1972, p.15), imperava sozinho. A existência com a morte era quase palpável: as pestes e as guerras, as condições de vida – e a condução dos caminhos do espírito – imprimiam as ideias do fim do homem, do fim dos tempos.

Detemo-nos um pouco mais sobre o tema da morte e desse final de século porque o tema da loucura herdará, no imaginário do homem – logo, em suas representações – o lugar de destaque antes ocupado por este. E porque, também, veremos adiante, é a força da vivência da loucura como expressão de negação de um mundo que já se pensava soterrada, emergindo nas manifestações plurais culturais, por exemplo.

Este aspecto mais sinistro da morte, Segundo Badham (2007), só foi perpetrando a mente da humanidade a partir do século VI, à medida que os conceitos de julgamento, purgatório e inferno começaram a ganhar, paulatinamente, destaque no pensamento cristão. O temor da morte tornou-se um tema dominante na religiosidade medieval e a contemplação da morte, uma característica marcante da espiritualidade cristã.

Segundo Pires (1985), tudo passaria, caminhando inexoravelmente para a destruição. Consciente disso, o homem do período barroco fez da sua morte tema dominante do seu pensar, do seu escrever. A presença da morte se pode constatar ocorre a cada passo na poesia barroca. A morte de alguém – alguém ilustre pela sua beleza, pela sua sabedoria, pelo seu poder, pela sua elevada categoria social – é um dos motivos frequentemente tratados e utilizados como ponto de partida de meditação sobre a efemeridade dos bens terrenos.

A morte estava na atmosfera. Ela marca a sua presença na arte com toda força, mas especialmente – vale lembrar – num tema que, até os dias de hoje, ela é reinterpretada em gravuras, (nas festas e tradições populares), na música e no cinema.

Na segunda metade do século XVII daí até a atualidade, a loucura vai ser reduzida ao silêncio, à reclusão. Um novo destino para o navio dos loucos, sob a orientação do pensamento econômico, filosófico e religioso. Ocorrerá mais do que uma evolução das instituições – a consciência da loucura se alterará, daqui a diante esse papel será desempenhado pelos asilos de internamento, pelas casas de força e de correição.

Assistiremos com tempo o surgimento das instituições denominadas ‘Hospitais Gerais’, que visarão abrigar os incapazes; também é a instituição do trabalho como obrigatório, talvez sejamos mais fiéis em dizer, trabalho forçado. Esses objetos confeccionados da fiação e da tecelagem seriam vendidos a preços baixos no mercado, com o lucro se manteria o funcionamento dos hospitais. Sobre tudo sob o interesse da burguesia, do interesse da ordem social, se buscará nesta estratégia o controle e equilíbrio da tensão social.

A internação assumirá dois caracteres: ordenamento da ordem contra os inimigos da boa ordem e de moralizador. No qual a loucura e o louco não serão mais invisíveis.

No Brasil, iremos ver mais adiante, essa mesma tendência moralista de compreender a loucura, de lidar com seus alienados. Sob a influência do saber científico europeu que se firmava se criará, em 1852, a nossa primeira instituição de assistência psiquiátrica. Contudo, as características, que iremos apontar, entre elas, a escravidão, mostrarão que, no Brasil, a loucura passará por um longo estágio silenciada.

Segundo Amarante (1996, p. 155), recebendo esse estatuto científico de alienação mental, a “loucura passa a ser submetida a um processo que faz perder toda e qualquer expressão que não seja aquela da racionalidade médica”.

A cientificidade europeia pouco a pouco ia sendo assimilada no Brasil.

### 1.1 Saúde Pública e Mudanças

Segundo a literatura atual, é comum encontrarmos a referência de que um incremento de ações que visavam às transformações de ideias e práticas nas instituições psiquiátricas tendo seu início na década de 70, o que se convencionou chamar de reforma psiquiátrica<sup>1</sup>.

Estas transformações iriam se apoiar principalmente nas críticas ao hospitalocentrismo, às práticas de isolamento, ao uso de eletrochoque e, se deparariam com o pano de fundo das vinculações existentes entre a psiquiatria com a rede hospitalar, com a indústria farmacêutica e com o consumo de psicofármacos. Essa rede de interesses econômicos orientando um projeto – internações e mais internações, venda e consumo de psicofármacos; com mínima resolutividade no processo de saúde-doença; ineficácia de tratamento.

Encontraríamos, a partir desse momento, movimentos reformistas como a Psiquiatria preventivo-Comunitária. Eram as décadas de 60 e 70 e, esse modelo norte-americano, tendo como interlocutor Luiz da Rocha Cerqueira influenciaria as mudanças na Saúde Mental brasileira, tendo mesmo norteadas mudanças no estado de São Paulo.

Muitos são os atores desse processo de mudança, muitas datas significativas; uma diversidade de fatos e acontecimentos precipitou novas ideias, novas práticas e, também, a irrupção de novas crises. De importância capital nesse processo, uma em particular teve início no final da década de 70, com o movimento dos trabalhadores de saúde mental ou simplesmente MTSM.

Relembremos que nesta década, ao Brasil, era vendida a ideia de “um Brasil que vai pra frente”, com a imagem de uma nação promissora que respirava o progresso; era o momento do milagre econômico, do bem estar, o país do “ame-o ou deixe-o”. Esta imagem contradizia com o aparato construído desde o pós-64, no qual esse período foi marcado – e manchado - pelas perseguições e torturas. Era um Brasil opressor, de um regime autoritário, norteadas por um modelo capitalista selvagem, monopolista e dependente. Tendo como resposta – aqueles

<sup>1</sup> Amarante (1995, p. 91) considera a reforma psiquiátrica como sendo o processo “histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”.

contrários, aos que se opunham ao modelo, nossos críticos, nossos intelectuais, a sociedade de pensantes cidadãos – a tortura, os assassinatos, os sequestros e, por fim, o desaparecimento.

Embora houvesse um crescimento econômico, o mesmo não se passaria com o desenvolvimento social. Era o resultado das prioridades da política de prevalência de interesses econômicos sem uma contrapartida no social. E, é aqui em que surgem as críticas à intensa miserabilidade e suas consequências no campo social. O processo de pauperização e degradação do povo brasileiro eram evidentes, os indicadores e diagnósticos técnicos apontavam esse grande risco, como por exemplo, um documento do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde – CEBES, que foi apresentado no I Simpósio sobre Política Nacional na Câmara Federal (1970). Explica-nos Scarcelli (1998), que o Centro de Estudos de Saúde – CEBES “foi constituído em 1976 como espaço de organização e produção do pensamento crítico em saúde, possibilitando a estruturação de bases políticas para as reformas sanitárias e psiquiátricas”.

Já década de 80 assistimos assim um amadurecimento das críticas ao modelo “privatista/asilar segregador” e, podemos colocar didaticamente, seguindo o trabalho de Tenório (2002, p. 34), a constatação da ocorrência de três processos que se mostraram importantes para a consolidação das características atuais do movimento da reforma: a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e, o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas em saúde mental.

Com a incorporação de novos protagonistas, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica contou com a importante ocorrência de dois eventos no ano de 1987:

-  I conferência Nacional de Saúde Mental e,
-  II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental.

Segundo Tenório (2002, p. 35) na I Conferência assistimos o fim da trajetória sanitarista, em que se buscava transformar particularmente o sistema de saúde, e temos dali em diante uma nova “trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura...” a chamada desinstitucionalização. O encontro que a ela se segue institui o lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios”.

As formulações neste momento passariam da preocupação de pequenas “macrorreformas” para uma “preocupação com o ato de saúde, que envolve profissional e cliente; não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades” (Tenório, 2002, p. 35).

Neste novo horizonte chega à cena novos aliados: “entre eles, os usuários e seus familiares, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de suas organizações, passam a serem verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo.” (Scarcelli, 1998, p.54).

## 2. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A teoria das Representações Sócias foi postulada por Serge Moscovici no final dos anos 1950, e tendo reconhecimento público em 1961, quando da

publicação de seu estudo em forma de tese, “La psychanalyse, son image et son public”. Este estudo versava sobre a representação social da psicanálise na França, que buscava compreender o modo como o público, a sociedade de modo geral, percebia, absorvia e, dava significação – já podemos dizer, representava – ao tema psicanálise, que era difundida pelos meios de propaganda ao público parisiense.

Sua obra é de valor considerável, não só para a psicologia como para a história e as ciências sociais. Suas proposições a partir das discussões da relação entre linguagem e representação, constituem-se num marco histórico, apresentando uma nova postura diante das duas tendências da psicologia social à época: uma que seguia a tradição de pesquisa européia e, a outra com raízes americanas. Mais tarde, em 1976 sua teoria é publicada em forma de livro.

Serge Moscovici, nascido em 1925, de nacionalidade romena, naturalizado francês, é psicólogo de formação, construiu sua teoria tendo como referência o conceito de representações coletivas desenvolvido por Émile Durkheim (1858-1917), na sociologia, e Lévi-Bruhl, na antropologia. Ainda, segundo o próprio Moscovici (2003), podemos encontrar referência sobre esse conceito em outros autores como Saussure, em sua teoria da linguagem; em Jean Piaget, responsável pela teoria das representações infantis e, ainda em Vygotsky, na teoria do desenvolvimento cultural.

Atualmente dirige o Laboratoire Européen de Psychologie Sociale, da Maison des Sciences de l’Homme., em Paris.

Psicossociólogo de reputação mundial, é o autor de obras como *Essai sur l’Histoire humaine de la Nature*, *Psychologie des minorités actives* e *l’Âge des Foules*, entre outras. E, fonte principal de nosso referencial teórico – as *Representações Sociais: investigações em psicologia social* (2003).

### 3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: FRAGMENTOS DE UMA HISTÓRIA

Desde os primórdios o homem comum se depara com questões como e de onde viemos, qual a finalidade da vida e, portanto, qual o sentido da morte. E, se há um Deus “mandando tudo”, como diria Fernando Pessoa.

A investigação filosófica, por outro lado, também, desde sua origem se debate com questões fundamentais: como chegamos a conhecer; como formamos conceitos e ideias em nossa mente e qual é a correspondência entre essas ideias e a realidade.

Eram os anos de 1950, 1960 e, as reflexões de Moscovici se situaram (e ainda, passados quarenta anos elas mantêm forte influência) na discussão histórica da dicotomia entre indivíduo e sociedade, entre o conhecimento de apropriação individual e outro, de posse do coletivo. O posicionamento científico era claro: os fenômenos que explicavam o comportamento individual eram diferentes dos fenômenos que explicavam o comportamento coletivo. Fatos sociais seriam explicados por fatos sociais.

A primazia do conhecimento centrada no positivismo, no cientificismo, demarcava claramente essa posição dualista. O novo olhar para o conhecimento da natureza, se baseava, agora, no método científico moderno e, seus

fundadores procuravam contrapor suas ideias à visão de mundo, que fora predominante na Antiguidade e durante toda a Idade Média.

No campo das ciências psicológicas, a orientação científica concentrava as pesquisas na tradição Behaviorista da verificação de comportamentos observáveis. A vertente behaviorista detinha a hegemonia sobre as ciências psicológicas, mantendo, assim fora de sua compreensão e análise os conteúdos subjetivos, implícitos do comportamento. Nesta perspectiva, a psicologia centrou seus estudos no indivíduo (Wundt) e a Sociologia (Durkheim) no campo social, com os fenômenos coletivos.

Quando as formulações de Moscovici entram no cenário científico, a psicologia social já se encontrava numa situação de redescoberta de seu campo ou de sua identidade. “Muitos de nós tivemos de usar métodos autodidáticos: começamos aprendendo ou reinventando procedimentos, enquanto consultávamos a única literatura disponível”. (Moscovici, 2003, p. 111).

Na continuidade, o autor assinala a dificuldade do empreendimento proposto por Durkheim – que espelha, também, a dos estudiosos dos fenômenos sociais. E foi em Emilie Durkheim, em sua obra denominada “As formas elementares da vida religiosa”, obra de 1912, que versava sobre a religião, a magia e o pensamento mítico, que Moscovici resgatou o conceito de Representação Social.

Cabe necessariamente fazer uma distinção nesse ponto. Trata-se de esclarecer o uso do termo “representações sociais”, por Moscovici e, “representações coletivas”, pelo próprio Durkheim. Importante, também, porque surge uma primeira divergência entre ambos.

Nesse sentido, podemos dizer que do uso terminológico, não há, marcadamente, divergências entre ambos, como aponta Oliveira (2005, p.5) “há pouca diferença substantiva entre os termos “coletivas” e “sociais”, pois ambas revelam a dimensão plural das associações humanas das ideias gerais (ou “forças coletivas”) no seio da sociedade...”.

Situado na fronteira entre a sociologia e a psicologia, a Representação Social tornou-se um instrumento da Psicologia Social. Em que, de importância fundamental, busca fazer a interface entre o sociológico e o psíquico; articulando o individual e o coletivo.

Durkheim abordava as representações coletivas procurando dar conta de fenômenos que: [...] abrangia uma cadeia completa de formas intelectuais que incluíam ciência, religião, mito, modalidades de tempo e espaço etc. De fato, qualquer tipo de ideia, emoção ou crença, que ocorresse dentro de uma comunidade [...] (Moscovici, 2003, p. 46). Para o autor, as concepções de Durkheim acerca das representações sociais, eram reducionistas demais. Ele afirma que Durkheim era “fiel à tradição aristotélica e kantiana” e, possuía uma “concepção bastante estática” das representações (Moscovici, 2003, p. 47), não apresentavam mobilidade, eram imutáveis.

De maneira mais dinâmica, compreendendo um sujeito ativo do conhecimento, não passivo, como para Durkheim; as representações Sociais são entendidas como concepções que circulam em determinada coletividade contribuindo para a formação de uma visão de mundo própria àquele grupo social. Trata-se de compreendê-la como um fenômeno que, com sua força,

plasticidade e dinamismo, possibilitam uma identidade social ao indivíduo, o posicionado no mundo; permite a comunicação, a interpretação e troca de ideias.

As contribuições, de Jean Piaget, responsável pela teoria das representações infantis e Vygotsky, na teoria do desenvolvimento cultural propiciaram Moscovici a buscar, a origem profundamente social da construção do saber e resgatou o entendimento de que o saber social é simbólico. E por ser simbólico põe em evidência um trabalho da psique. “Tal trabalho ocorre através dos processos inconscientes” (Jovchelovitch,1995). Ora, estamos num campo que bem definiu a psicanálise. Foi no trabalho de Freud (1976) e sua repercussão na França que, posteriormente veio a ser o assunto de *La Psychanalyse: Son image et son public*; trabalho do qual toda uma teoria vem sendo desenvolvida.

As representações sociais, por certo, constituem modalidades de conhecimento, pois parte do pressuposto da existência de algo objetivo para ser representado e, de outro lado, há um sujeito que opera a representação. Essa interação é possível pela mediação de situações de comunicação através de mecanismos de linguagem, que garantem a representação em relação à coisa representada. “Em poucas palavras, a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração dos comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (Mosovici, 1976, p.26).

A atividade representacional em si mesma tem seu lugar na psique, através de processos inconscientes, no qual lembra-nos Jovchelovitch (1995), Freud já havia descrito como operações de condensação e de deslocamento. Nessa tarefa o sujeito constrói, na sua relação com o mundo, um novo mundo de significados.

É no encontro desse sujeito com seus pares que se pode verificar toda a trama engendrada por imagens, conteúdos, onde deixamos à dimensão do individual e nos deparamos com o chamado mundo social.

As representações sociais não se limitam, então, a configurações estáticas ou estáveis, pertencentes ao mundo imaginativo do sujeito, mas sim resultado de sua implicação no mundo de e com outros. Nasceram, portanto, das experiências vivenciadas por esses personagens, em que resultarão na criação e recriação de novos conteúdos representacionais, novas representações sociais.

De acordo com Minayo (2000), a “Representação Social é o termo que significa a reprodução de uma percepção anterior [retida] na lembrança ou no conteúdo do pensamento” e pode ser entendida “como ideia, imagem, concepção ou visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade”.

Segundo Moscovici (2003), dois mecanismos entram em ação neste momento: a objetivação e a ancoragem. Dois mecanismos fundamentais para a formação de representações sociais.

A objetivação é descrita como um processo que possibilita transformar uma noção abstrata em concreto, em ideias objetivas, palpáveis. Esse processo, afirma Jodelet (2001), envolve significações, no qual o indivíduo efetua uma materialização de ideias, imagens – que forma e constituem a realidade cotidiana. O que é complementado com o processo de ancoragem “que transforma algo estranho e perturbador” (Moscovici, 2003, p.61), em algo familiar, conhecido através da interpretação, da classificação e nomeação de comportamentos ou coisas mediante a compreensão e aceitação social. Estabelece-se aqui uma valoração de positivo ou negativo atribuído a essas

conformações. Assim vemos que, a teoria das representações sociais tem sido amplamente aplicada graças ao seu dinamismo e seu conjunto de elementos atuantes sobre a realidade.

## MÉTODOS

### 1. OBJETIVO GERAL

O objetivo que se propõe neste estudo é analisar as representações sociais sobre a Saúde Mental por psicólogos no sistema público de saúde.

### 2. SUJEITOS

Os sujeitos deste estudo são seis psicólogos, cinco do sexo feminino e um do sexo masculino (Tabela 1). Todos os sujeitos estiveram exercendo atividades na área da saúde, em saúde mental. Apresentam idade na faixa etária de 36 a 55 anos e, atuam na saúde mental, de 6 a 20 anos. A relevância desses dados aparece na medida em que a convivência resulta diretamente na edificação, criação, mediação e manutenção de Representações Sociais.

### 3. ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO

Em todos os casos estudados foram realizados os mesmo procedimentos: Entrevista individual e o uso de gravador digital portátil.

O estudo compreendeu entrevistas semiestruturadas. O objetivo do estudo foi coletar as percepções que se configurassem em representação social da saúde mental.

As entrevistas seguiram um roteiro (Apêndice A) que buscou explicitar os seguintes pontos: a) o significado de saúde mental; b) critérios para se avaliar a ocorrência da saúde mental; c) uma avaliação pessoal do psicólogo sobre a política de saúde mental nos últimos anos; d) sobre as condições de assistência para os usuários; e, e) sobre as condições de trabalho para os profissionais da assistência à saúde mental.

As entrevistas duraram em média duas horas e ocorreram nos locais de trabalho. Não houve ocorrências negativas quanto ao local privilegiado. O próprio pesquisador realizou todas as entrevistas.

Todos os participantes foram, reafirmamos devidamente esclarecidos sobre o objetivo e finalidade da pesquisa, concordando e assinando voluntariamente o termo de livre e esclarecido (Apêndice B). Os nomes utilizados nas entrevistas são todos fictícios.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos nas entrevistas foram analisados segundo o referencial das Representações Sociais. No tratamento dos dados utilizamos como técnica a

análise de conteúdo, conforme orientações de Bardin (2004), em que buscamos a interpretação dos conteúdos categorizados, focando nossa análise para as objetivações e ancoragens presentes nas narrativas dos entrevistados. Como já assinalamos anteriormente esta etapa do processo é fundamental para a compreensão e acesso às representações sociais.

A categorização em si é uma parte operatória do processo de análise de conteúdo. Ela se funda na classificação dos elementos, ainda, em seu estado de material bruto buscando decifrar ou codificar esse material. Seu primeiro objetivo é “fornecer [...] uma representação simplificada” daqueles dados (Bardin, 2004, p 119).

Importante dizer que há sob a rubrica de ‘análise de conteúdo’ uma variedade de instrumentos metodológicos pautados em seu rigor que vai “desde os cálculos de frequências que fornece dados cifrados até a extração de estruturas traduzíveis” que possibilitam a dedução, “a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” (Bardin, 2004, p. 38).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados apresentados neste trabalho buscaram a construção de significados que pudessem trazer à luz representações sobre a saúde mental. Verificamos que neste material os núcleos de sentidos contidos nas categorias de análise – quais sejam: percepção sobre o tema saúde mental; a categoria denominada apoio, que gerou duas subcategorias, a de apoio da coordenação e apoio de outros profissionais; direção e política – poderiam nos levar a releituras distintas e múltiplas. Como já havíamos sinalizado, nossa opção pautou-se na dos significados, na análise temática. O material se prestaria a outras formas de tratamento das informações. Segundo Bardin, 2004, a análise de conteúdo pode ser também, uma análise dos significantes. Ficamos tentados a seguir esta última.

A representação da saúde mental por parte dos psicólogos atuantes no sistema de saúde coletiva está em construção e deriva de uma vivência de suas condições de trabalho. Conflitos entre concepção de saúde mental do profissional liberal contrapõem-se com a condição coletiva que é moldada pelas políticas públicas.

As concepções sobre saúde mental foram apresentadas pelos profissionais como uma capacidade estrutural interna que lhe permite de modo flexível lidar com as diversas situações da vida. Nesta visão, a maioria dos entrevistados se posicionou localizando a saúde mental na dimensão de uma dinâmica interna.

“É o quanto a própria pessoa consegue ver-se no mundo e conseguir lidar com suas angustias, que fazem parte da vida. Na medida em que essa angustia começa a fazer com que a pessoa não consiga mais estar no mundo, buscar essas coisas, produzir e estar em contato com as pessoas; e percebe isso prejudicado e, vai ficando cada vez pior internamente, acho que isso já começa dar um sinal de que não está bem. Não precisa ser um quadro psicótico nem um quadro neurótico instituído, as pessoas podem passar por isso. Então esse é um sinal de algo está acontecendo e que mentalmente ela não está muito bem, está

precisando de ajuda” – (Entrevistado 2). “Quando uma pessoa está desenvolvendo a vida, mas não é só pra si” – (Entrevistado 1).

Por outro lado, de modo crítico fizeram notar a importância sempre urgente das implicações da conjuntura social. Estas críticas trouxeram, assim, o questionamento do próprio papel do profissional psicólogo nos serviços de saúde.

Na pesquisa bibliográfica que empreendemos no decorrer desse trabalho nos deparamos com pesquisas (Bock, 1991; Jackson & Cavallari, 1991), que analisaram o perfil dos psicólogos. Nestes, o psicólogo é visto como um profissional da vida, a profissão é percebida como de ajuda, “expressando o desejo de reconhecimento e prestígio social”. Embora encontremos concordância em nossa análise, há pouca expressividade no que concerne a esta concepção entre os entrevistados, apenas uma representação estaria em concordância, ela vem na fala do entrevistado 1: “Saúde mental é uma área das mais delicadas, talvez ligada á vida, né? Ajudar a pessoa a lidar com a vida”.

Nas pesquisas de Bock, acima citado e em Oliveira (2004), que focou seu estudo na formação acadêmica e prática, verificamos que o psicólogo está mais relacionado ou direcionado para o trabalho em consultório particular, a referencia clinica é marcante. Esta, seguindo o modelo médico de atuação. Segundo Bock (1991, p. 212), “a categoria parece definir sua identidade de psicólogo através do fazer de consultório”. Compreendendo que por conta de frustrações profissionais e pessoais no trabalho em instituição, eles empreendem uma fuga para um lugar “que exige mais experiência, maiores conhecimentos e maior responsabilidade, o consultório particular. Também, aqui, ocorre uma diferenciação importante nas percepções de nossos entrevistados que não manifestaram opinião ou desejo de se afastarem do serviço público; o tema consultório não foi mencionado”.

Nas contradições da atividade institucional apontadas encontramos concordância; são elas a disputa de poder, a vivência de hierarquia e seus conflitos, as condições de trabalho, a instabilidade permanente, o trabalho exigente.

“O que precisa redefinir é o que faz esse psicólogo na UBS. É claro que ele tem uma parte assistencial de... as pessoas precisam de psicoterapia... às vezes acham que não, mas a gente tem uma população bastante significativa precisando desse tipo de atendimento, acho que tem que ser oferecido; mas eu acho que têm que ser oferecido outras coisas: essa parte mais preventiva, de você manter a saúde mental das pessoas” – (Entrevistado 2.)

O posicionamento de atitudes presentes nas construções das entrevistas permite intuir que o sentido da atividade profissional vem se transformando ao longo do tempo, o que corresponderia a representações diferentes. O envolvimento com a comunidade, o trabalho multiprofissional e, a própria concepção de saúde e doença, em tudo, denotam uma evolução. Com avanços e recuos, o exercício da profissão ligada à prática institucional se mostra mais fundamentada do que aos dez, quinze anos atrás.

Assim, ao se posicionarem como profissional, ligados a uma instituição formalmente definida, os entrevistados são representantes de um sistema cultural e simbólico, e esta adaptação se faz por meio do mecanismo de

ancoragem. Em que vemos expressas na assimilação de novas regras, de uma nova realidade, com a integração de novos objetos.

“Saúde mental é uma parte”... Então, vamos falar um pouquinho do conceito de saúde, que foi se transformando: “saúde não é ausência de doença”, “saúde é um bem estar psicossocial”... – (Entrevistado 5). “Hoje em dia é dentro do movimento maior, que é do país, da coisa de desinstitucionalização do paciente; de tentar trabalhar mais próximo da comunidade [...]” – (Entrevistado 2).

Esta nova visão da saúde mental que faz parte de um “movimento maior”, como afirmou o entrevistado 2, repercute a integração de todo um movimento histórico, cultural, político que discutimos até aqui. Isso também se aplica para o conceito de saúde, para o conceito de doença. As queixas iniciais de nossos entrevistados encontram eco, agora, na legitimação e coesão da comunidade. E a partir das mesmas se pode generalizar esta visão para os psicólogos atuantes em saúde mental.

Com referência a compreensão do binômio saúde-doença, pode-se verificar que por vezes as premissas enunciadas pelos entrevistados aproximam-se do Modelo da Determinação Social da Doença, do adoecimento. Há um acento na apresentação da realidade concreta, com o grupo social particularizado e marcado pelas condições materiais de vida.

Segundo Leavell e Clark (1976), no modelo a História Natural da Doença, as condições ligadas à estrutura social estão na explicação da saúde e da doença. A saúde e a prevenção da doença são focalizadas em sentido bastante amplo. Os avanços que se sucederam desde então resultaram na aprovação pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 1946: a “saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Passos seguinte, com a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, responsabilizam o Estado pelo plano exercício da saúde e a formalização das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Expressões dos entrevistados demonstram essa aproximação com o tema, concepção que sugere novas possibilidades de práticas. “Acho que é um bem estar físico, porque um assunto está ligado ao outro, é você esta inserido na sociedade, conseguindo ter uma realização pessoal, profissional” – (Entrevistado 2). “Tem que ter uma saúde física razoável, o aspecto social, quanto a sua vida, também. Social inclui o financeiro, inclui acesso ao trabalho, ao lazer, a cultura; moradia, por exemplo.” – (Entrevistado 3).

As mudanças que apontamos na evolução do pensamento e críticas das práticas de assistência à saúde mental, seguindo as constatações de Tenório (2002) da consolidação de novas características que o movimento da reforma impôs a sociedade, abarcando em sua luta novos atores sociais, mudança na legislação e o surgimento de novas experiências bem-sucedidas, nos indicam que um novo caminho para a saúde mental já chegou, independente das forças e interesses contrários. Nas falas dos entrevistados assistimos uma nova postura profissional: “Acho que o grande erro é que... qualquer política de saúde não fala de saúde, fala de doença; e a saúde mental não é a mesma coisa. As pessoas acham que saúde mental é exclusividade de psiquiatra e psicólogo” – (Entrevistados 2 e 4). “Hoje em dia é dentro do movimento maior, que é do país, da coisa de desinstitucionalização do paciente; de tentar trabalhar mais próximo da comunidade [...]” – (Entrevistado 2).

A inclinação para o trabalho em equipe é outro indicador de mudança nas atitudes, e nos referíamos a ela como positivo por estar em concordância com o pensamento da reforma psiquiátrica. “A saúde mental é algo que não é concreto, você não vai comprar aparelho, enfim é uma questão de equipe” – (Entrevistado 2).

Neste sentido, as representações de modo geral distanciam da prática de assistencialismo na prestação de ajuda, tão lugar comum ainda hoje. Este é um ponto conflitante que se manifesta em falas repetidas dos psicólogos, as quais vislumbram aspectos do assistencialismo (que consiste na prestação de ajuda arbitrária, inconstante e vinculada a relações personalizadas). Assistimos ao desenrolar de sistemas diferentes atuantes em um mesmo espaço de tempo. Mecanismos autoritários, predominantemente corporativistas, fazendo dos próprios trabalhadores instrumentos de prestação de assistência à sua classe. Criando-se a partir de então, como exemplo, o clientelismo.

As pressões sentidas pelos psicólogos são ancoradas no viés das tensões da elaboração de políticas sociais. Quando manifestam a ausência, a não sensação de continuidade nas conduções das políticas. Falta o reconhecimento que, é aí que, o poder público se faz mais presente. É nas contradições que consiste o processo capitalista, não há um contínuo. Sabemos que o capitalismo não visa o atendimento de necessidades, mas a produção para a troca, para a venda e a obtenção dos lucros.

“E não é assim que tem que ser, política pública tem que ter uma certa permanência. Nós não temos um banco de dados e, nisso a saúde mental peca um pouco, inclusive os profissionais desse lado, pecam mais. A gente faz aquele mapinha de produção, que parece coisa de fábrica. [...] Mas a gente não tem dados qualitativos sobre esse trabalho que a gente desenvolve. Agora, a gente sabe que quando não há desejo político o profissional vai ficar lá, sambando sozinho. O dia que o profissional sai daquela unidade, tudo o que ele pensou acaba. Porque aquilo não é legitimado pelo poder público, é legitimado pela ‘Silvia, pelo Zé’” – (Entrevistado 2).

Assistimos também que não há um contínuo ou não são duradoras as configurações produtoras de modos de subjetivação (as representações mudam), antes, elas tendem a metamorfosear conforme os embates políticos, os embates econômicos, em determinado momento histórico.

Foi justamente desse modo quando a loucura foi silenciada. O silêncio chegou quando do “princípio do fim do campesinato”, relata Resende (1987, p. 23) de que com o declínio dos ofícios artesanais, o fim do campesinato como classe, assim foi selada a “sorte do louco e elevar a loucura à categoria de problema social”.

O trabalho que era baseado na tradição aparecia neste momento como carente de disciplina, a rotina havia sido quebrada. Primeiramente foi necessário descartar um sentimento ainda profundamente arraigado, próprios tanto do homem rural como do urbano, de que a liberdade individual é incompatível com a subordinação a um processo de trabalho estritamente vigiado e totalmente racionalizado que até aquele momento só era conhecido nos presídios e nas casas de correção...

A continuação da história seguiu-se com a legião de desocupados, mendigos e vagabundos ocupando de modo desordenado as cidades. E as medidas legislativas de repressão juntaram-se na criação de instituições, as casas de correção e de trabalho e os hospitais gerais. O que dava ancoragem a concepção do hospital psiquiátrico como lugar ideal de tratamento a pessoas com transtornos psíquicos. Este assunto já foi abordado no capítulo 1, mas o fato é que podemos observar um movimento contrário, na contemporaneidade, de fato trata-se da recusa, do retraimento frente à inclusão social.

O respaldo que carecem os psicólogos entrevistados e todos nós profissionais é o da legitimação da prática. Assim diz uma de nossas entrevistadas: “A política pública é importante porque ela que tem que ser a promotora de legitimar esse impacto que vai ser criado” (Entrevistado 1).

Por isso percebemos um tom de angústia nas percepções dos entrevistados e ela deve ser constante uma vez que se faz necessário um enfrentamento ininterrupto para sustentar ações em saúde mental. Por que se trata de criar uma ruptura com os modelos dominantes de subjetivação.

As percepções de adaptação, frustração, desenvolvimento e crescimento pessoal trilhado por esses profissionais em meio à descrição das atribuições e sentimentos conflituosos são vivências que merecem ser alinhavadas, agora, que chegamos ao final de nosso trabalho.

Parece-nos que o caminho já está dado e se apresenta na convergência de suas percepções da busca de compartilhar com o outro um saber, um estar junto. É lícito seus pedidos de maior formação, de investimentos. Como, também, não há outro caminho que não o exercício – que não se aprende nos bancos universitários – da nova ordem imperiosa dos cuidados em saúde mental, da inclusão permanente.

A tarefa na saúde mental não está acabada com o desenrolar do desmantelamento do arcabouço prático-jurídico, simplesmente com fechamento de manicômios, com abertura de serviços (CAPs e hospitais-dia, por exemplo) com caráter aberto como nos ensinou Rotelli (1987). A negação da instituição é “bem mais que o desmantelamento do manicômio, foi e é, a desmontagem desta causalidade linear e a reconstrução de uma concatenação de possibilidade-probabilidade: como toda ciência moderna nos ensina diante de objetos complexos”.

Amparada na denominação de saúde mental encontram-se muitas hipóteses que, segundo Saraceno (1991, p. 11) “às vezes simples modelos que se traduzem muito frequentemente em uma intervenção prática limitada em medidas terapêuticas”; os quais são aplicados de “maneira repetitiva e estereotipados” sem controle e sem avaliação de suas eficácias. Ninguém tem culpa, avalia o autor, pelas poucas informações corretas que se tem sobre as enfermidades mentais, porem muito têm culpa de não levar em conta essa incerteza que envolve a prática psiquiátrica, e de fazerem crer que se pode afirmar com relativa segurança, e com essa bobagem de conhecimento e experiências construir um trabalho prático, único e verdadeiro ‘laboratório’ de experiência científica.

Neste universo os psicólogos se veem enredados em aspectos subjetivos os quais tratamos ao falar dos enunciados de adaptação em expectativas profissionais. Refletimos sobre aquelas percepções dos entrevistados de mal

estar e angustia, recorrendo à ideia de identificação com as situações de negligência e abandono dos usuários. Acrescentaremos, ainda, ao tema, que na relação desses profissionais com seus clientes, no envolvimento terapêutico, portanto em processo de tratamento – há um confronto com aspectos da dimensão do inconsciente. Com o jogo das reedições de vivências passadas que ambos trazem para a situação presente e da interação desses elementos com as relações atuais, únicas e particulares. Pode-se compreender, assim, o que envolve uma relação composta de tantos fatores que se sobrepõe, sucedem, complementam ou antagonizam.

É em meio a esta complexidade que o papel do psicólogo se mostra efetivo; é na sistematização teórica, é no embate das questões verdadeiramente importantes para a execução de seu trabalho; é na defesa dos usuários, na defesa de seus direitos, como nos demonstrou os entrevistados. Principalmente na possibilidade do uso de seu potencial criativo no recriar as relações. Por fim, é na dedicação da tarefa que se deseja e na inclusão de seus pares e de outros profissionais que as transformações se efetivam.

## Social representations about mental health

### ABSTRACT

This research aimed to investigate social representations about Mental Health. The research used as reference the concept of Social Representation advanced by Moscovici (1961). The research was made by means of six semi-structural interviews, with the objective of knowing how the concept of mental health is apprehended by professionals who are active in the Public health service. The names of the respondents were replaced by codename.

**KEYWORDS:** Social Representation, mental health, psychologist, public health service.

---

## REFERÊNCIAS

AMARANTE. P. D. C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 1996. p. 185.

AMARANTE. P. D. C. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1995.

CARREIRO, BADHAM P. Dança da morte ou dança macabra. In: **Da Vida e da Morte**. Folha de Poesia. Disponível em:  
<<http://comunidade.sol.pt/blogs/josecarreiro/archive/2007/02/28/morte.aspx>>.  
Acesso em: 02 de nov. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70. ed. Lisboa: edições, 2004.

BOCK, A. M. B. Pensando a profissão de psicólogo ou eu, caçador de mim. **Dissertação** (Mestrado em Psicologia Social). Faculdade de psicologia. Pontifícia universidade católica, São Paulo, 1991.

DURKHEIM, É. **Sociologia e filosofia**. São Paulo: Forense, 1970.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FREUD, S. **Linhas de progresso na terapia psicanalítica**. Rio de Janeiro: Imago, v. 17, p. 201-11. 1976.

JACKSON, A.; CAVALLARI, C. (Orgs). **Estudos sobre a inserção do psicólogo nas unidades básicas de saúde**. São Paulo: crp-06, p, 31, 1991.

JODELET, D. (Org). **Representações sociais: um domínio em expansão**. In: as representações sociais. Tradução Lilian Ulup. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p. 17-77.

JOVCHELOVITCH, S. **Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica de espaços públicos no Brasil**. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org). **Textos em representações sociais**. 7. Ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

MINAYO, M. C. S. **O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica.** In: MOSCOVICI S. Paris, 1961. La psychanalyse, son image et son public. Paris: PUF, 2000.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais.** Investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, M. S. B. S. **Representações sociais e sociedade:** a contribuição de Serge Moscovici. Revista. Brasileira, Ciência e Sociedade, v. 55, 19, pp. 180-186, 2005.

PIRES, M. L. G. **Poetas do período barroco.** Lisboa: ed. Comunicação, 2013. p. 34-35.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A., COSTA, N. R. (Org), **Cidadania e loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1987. p. 23.

ROTELLI, F. A instituição inventada: In: Nicácio, M. F. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99.

SARACENO, B. **Manual de saúde mental.** (p. 11). São Paulo: Hucitec, 1997.

SCARCELLI, I. R. O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo. São Paulo, 1998. **Dissertação** (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1998.

TENÓRIO F. **A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais:** história e conceitos. Manguinhos: Hist. Ciênc. Saúde, v. 9, 2, p. 28-59, 2002.

TUNDIS, S.A; COSTA, N.R. (Org) **Cidadania e loucura:** políticas de saúde mental no brasil. Petrópolis: vozes, 1987.

**Recebido:** 31 jul. 2014.

**Aprovado:** 22 nov. 2016.

**DOI:**

**Como citar:** ROCHA, R. F. Representações sociais da saúde mental. R. Eletr. Cient. Inov. Tecnol., Medianeira, v. 2, n. 14, p. 95-113, jul./dez. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/recit>>. Acesso em: XXX.

**Correspondência:**

Rogério Fortunato Rocha

Rua São Francisco de Sales, 229, CEP 09920-450, Diadema, São Paulo, Brasil.

**Direito autoral:** Este artigo está licenciado sob os termos da Licença Creative Commons-Atribuição 4.0 Internacional.

