



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

PABLO LEONARDO DE MELO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE
MENTAL DE CAMPINA GRANDE**

CAMPINA GRANDE

2016

PABLO LEONARDO DE MELO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE
MENTAL DE CAMPINA GRANDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do título Bacharel e Licenciado em Psicologia.

Orientador Prof. Dr. José Roniere Morais Batista.

CAMPINA GRANDE

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

M528r Melo, Pablo Leonardo de
Representações sociais da loucura por profissionais de Saúde Mental de Campina Grande [manuscrito] / Pablo Leonardo de Melo. - 2016.
31 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em PSICOLOGIA) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.
"Orientação: Prof. Drº José Roniere Morais Batista, Departamento de Psicologia".

1. Atuação profissional. 2. Saúde Mental. 3. Psicologia. 4. Reforma Psiquiátrica. I. Título.

21. ed. CDD 362.204 2

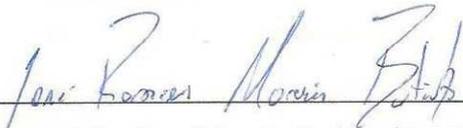
PABLO LEONARDO DE MELO

**A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA LOUCURA EM PROFISSIONAIS DA REDE DE
SAÚDE MENTAL DE CAMPINA GRANDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de graduação
em Psicologia da Universidade
Estadual da Paraíba, em cumprimento
à exigência para obtenção do título
Bacharel e Licenciado em Psicologia.

Orientador Prof. Dr. José Roniere
Morais Batista.

Aprovado em 04/05/2016.


Prof. Dr. José Roniere Moraes Batista / UEPB


Prof.^a Dr.^a.Josevânia da Silva / UEPB


Prof.^a Dr.^a. Sibelle Maria Martins de Barros / UEPB

AGRADECIMENTOS

Sou grato em primeiro lugar a meus pais Elio Pereira e Maria José Leonardo, que mesmo atravessando dificuldades, sempre se esforçaram em me dar algum suporte para a empreitada na educação.

Ao meu orientador Roniere Morais, que de imediato aceitou a proposta do trabalho de conclusão de curso e sempre me motivou, inclusive de forma bem humorada, quando esta caminhada pareceu tão complicada.

As professoras Maria do Carmo e Sibelle Barros, que possibilitaram meus primeiros contatos no âmbito da Psicologia Social com a Teoria das Representações Sociais.

Ao meu analista Eugênio Felipe, que contribui para que eu possa me reorganizar na vida, e enfrentar as intempéries da existência que por vezes se torna árdua.

A Cristina Maia, Ana Ocicleide e Jailma Souto, que apostaram em atividades de estágio, extensão e monitoria no começo de meu percurso clínico da Psicanálise.

Aos amigos Tevez (meu cão), Iara, Wellen, Zuleica, Bruna, Brunna, Patrícia, Marina, Hiago, Leandro e Alex, que tenho uma intensa estima e respeito, além da compreensão racional.

A contracultura Metal, que me enriqueceu nos contextos filosófico, histórico, político e cultural, além de ser fonte de resiliência, socialização e canalização de afetos nessa “loucura” que é viver.

Aos docentes e colegas de turma que foram fonte de intensos aprendizados ao longo da graduação, em específico o grupo autointitulado “quinteto fantástico” (Bruno, Farah, Renato, Tayuana e Vanessa) com o qual partilhei grande parte de seminários e troca de saberes.

A todos os profissionais que se disponibilizaram a responder este estudo, colaborando com minha atividade em particular e com a pesquisa científica em Psicologia. Bem como aos pacientes do estágio que participei, os quais me deixaram curioso quanto ao tema deste TCC.

Destarte, registro minha consideração a todos que são especiais para mim, que deixaram suas marcas e engrandeceram minha vida. Meu carinho e gratidão.

Evoé!

EPIGRAFE

Um homem da aldeia de Neguá, no litoral da Colômbia, conseguiu subir aos céus.

Quando voltou, contou. Disse que tinha contemplado, lá do alto, a vida humana.

E disse que somos um mar de fogueirinhas.

— O mundo é isso — revelou — Um montão de gente, um mar de fogueirinhas.

Cada pessoa brilha com luz própria entre todas as outras. Não existem duas fogueiras iguais.

Existem fogueiras grandes e fogueiras pequenas e fogueiras de todas as cores.

Existe gente de fogo sereno, que nem percebe o vento, e gente de fogo louco, que enche o ar de chispas. Alguns fogos, fogos bobos, não alumiam nem queimam; mas outros incendeiam a vida com tamanha vontade que é impossível olhar para eles sem pestanejar, e quem chegar perto pega fogo.

(Eduardo Galeano)

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA LOUCURA EM PROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE MENTAL DE CAMPINA GRANDE

MELO, Pablo Leonardo de.

RESUMO

Serge Moscovici, psicólogo social, é o mentor da Teoria das Representações Sociais: um modo de conceber a realidade através dos processos de Ancoragem e Objetivação. Enquanto referencial teórico adotou-se neste estudo os eixos: Representação Social no campo da saúde mental; contexto histórico da Reforma Psiquiátrica; além de uma revisão sistemática feita na literatura sobre Representação Social da Loucura. Objetivou-se analisar a representação social da loucura em profissionais da rede de assistência à Saúde Mental de Campina Grande-PB. Os dados foram analisados através dos softwares SPSS e Iramuteq. Tomados em conjunto os dados expostos de 102 participantes podem estar indicando a repercussão da prática desses profissionais, bem como da reforma psiquiátrica no âmbito da saúde mental na maneira como se concebe loucura. Inicialmente chamamos atenção da categoria semântica “definição técnica”, que é uma categoria legitimada essencialmente pelos profissionais de Psicologia/Psicanálise, expressando menos um traquejo com o sofrimento que o sujeito atravessa, e mais uma representatividade técnica-nosográfica da loucura. Também podemos constatar que os profissionais reconhecem, além de suas próprias representações, elementos de representações obtidos em estudos anteriores. O estudo pode direcionar políticas públicas voltadas para uma melhoria dos serviços substitutos no que concerne ao estímulo de fomentos para a formação continuada, como também identificar pontos que precisam ser revistos pelos próprios profissionais da rede de assistência a saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Representações Sociais. Loucura. Profissionais de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

No que tange a loucura enquanto objeto de estudo, pode se visualizar em Braga e Silveira (2005) um histórico que parte desde um primeiro momento da Grécia Antiga, na qual filósofos a consideravam como um privilégio divinizado, passando então por um rompimento durante a antiguidade clássica do campo místico para o racional, sendo, portanto, permeada de sentidos atribuídos a existência humana. Na Idade Média, com o fim das cruzadas e desaparecimento do surto leproso, fica aberto um espaço para um novo representante de segregação social. Mas, é tão somente no século XVIII, com o advento da medicina que se exalta o louco enquanto indivíduo perigoso e inconveniente, impossível de se conviver com as normas sociais estabelecidas.

Frayze-Pereira (1984) expõe que a classificação nosográfica de um sujeito é possibilitada observando vários níveis de sua expressão, isto é, enquanto que para o domínio da Psiquiatria a doença mental tem origem endógena em distúrbios cerebrais, para perspectiva da Psicologia trata-se de um desvio progressivo na estrutura de uma personalidade. Ambas as perspectivas comungam ao apontar a loucura em termos relacionais, visto que o louco só se constitui em face a existência a uma outra maneira de ser considerada normal através de uma convenção etnológica. O termo normal é originário do latino *normalis*, e quer dizer aquilo que não se inclina nem para a direita nem para a esquerda, mas se mantém em justo meio termo.

Isto também faz remeter a noção de saúde e doença, amplamente discutida na literatura psicológica além de termos nosográficos, e que são “configurados social, histórica e culturalmente. Eles não estão isentos de crenças, hierarquias, juízos de valor, conhecimentos e atitudes compartilhadas em um grupo”. (CZERESNIA et al, 2013, p.15). Canguilhem (2012) aponta em *O normal e o patológico* a origem de uma normatividade com base em uma frequência estatística ao estabelecer uma comparação entre a norma e a média, porém destaca que na prática não há um limiar quantitativo que seja preciso acerca de sanidade mental, entretanto reconhece distinções qualitativas por diferentes efeitos.

Um outro elemento, porém, não em menor importância para este estudo foi contextualizar as representações tecidas no âmbito da Reforma Psiquiátrica que se processa na acolhida a loucura, visto que as relações existem engendrando ou não as propostas e execução destas no trato do louco. Assim sendo, os entrevistados que constituem os sete CAPSs de Campina Grande, bem como a Emergência Psiquiátrica, e uma Clínica Psiquiátrica poderão apresentar divergências de ancoragens e objetivações, conforme suas práticas engendradas.

No que se refere ao aporte teórico adotado, a Teoria das Representações Sociais remete a noção de representações coletivas proposta pelo sociólogo Émile Durkheim (2003).

Moscovici equipara a importância do conhecimento do senso comum ao conhecimento científico, visto que, para ele, as pessoas possuem o saber prático, seja ele individual ou coletivo, advindo das próprias experiências. Por isto, de acordo com Spink (1993), este construto busca compreender o modo de pensar do homem situado em meio a uma sociedade estruturante e como esse homem posiciona seu modo de pensar nessa sociedade.

Isto implica em produção de sentido e transformação, assim, as Representações Sociais são criações coletivas que se fazem na interação social, ao mesmo tempo, possibilitando que ocorra de forma prática a comunicação. Tal asserção denota que o indivíduo carrega em si a sociedade e não apenas reproduz o discurso desta, vai além do determinismo e faz-se ativo na representação criada, numa espécie de movimento dialético, em que o homem é transformado e também transformador da mesma, através dos mecanismos de Ancoragem e Objetivação. (MOSCOVICI, 2012).

As Representações Sociais, conforme indica Spink (1993, p.306) contemplam dois principais processos no cerne de sua constituição, são eles Ancoragem e Objetivação. A Ancoragem trata-se do acréscimo de novos conhecimentos aos que já subjaziam até então, isto é, a domesticação de novos saberes aos preexistentes. Enquanto que Objetivação por sua vez trata-se da consolidação de um novo imaginário devidamente formulado a respeito de algo ou alguém, este processo por sua vez pode ainda ser ramificado em três etapas: descontextualização da informação; formação de uma representatividade figurativa; naturalização.

Parte de Jodelet a definição mais consensual abordada sobre este construto, segundo ela, “As representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.” (JODELET, 2001, p. 6).

Enquanto hipóteses, acreditou-se que as atuais Representações Sociais da loucura apresentariam maior domínio técnico em virtude do atual contexto da reforma psiquiátrica no campo da saúde mental. E, além disso, os profissionais que compõem a rede de assistência a Saúde Mental teriam práticas diferenciadas da loucura, de acordo com sua formação. Ademais, alguns fatores socioeconômicos, preconceito percebido por colegas de trabalho a respeito da loucura, de satisfação com a atividade laboral e anuência com a proposta da reforma psiquiátrica poderiam também relacionar-se com a concepção da loucura. Objetivou-se assim, analisar a representação social da loucura em profissionais da rede de assistência à Saúde Mental de Campina Grande-PB

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Representação Social no campo da saúde mental

Conforme aponta Jodelet (2011), Serge Moscovici, psicólogo social, é o teórico responsável pela *Teoria das Representações Sociais* sua obra inaugural data de 1961, e é intitulada *La Psychanalyse, son image, son public*. Sua obra pauta-se na interdisciplinaridade e seus pensamentos refletem nas práticas contemporâneas da Psicologia. Moscovici (2011) equipara a importância do conhecimento do senso comum ao conhecimento científico, ao mesmo tempo em que reconhece a sua complementariedade, visto que, para ele, as pessoas possuem o saber, seja ele individual ou coletivo, advindo das próprias experiências.

A este respeito vemos corroborado na literatura que:

[...] embora Moscovici não desconsidera a existência de uma realidade externa, ele defende que ela só terá importância na medida em que for representada socialmente pelos sujeitos. Isto implica em produção de sentido e transformação. As representações sociais são criações coletivas que se fazem na interação social, ao mesmo tempo, possibilitando que ocorra comunicação. (SANCOVSCHI, 2007, p.11).

Tal asserção denota que o indivíduo carrega em si a sociedade e não apenas reproduz o discurso desta, vai além do determinismo e faz-se ativo na representação criada, numa espécie de movimento dialético, em que o homem é transformado e também transformador da mesma.

A leitura feita por Denise Jodelet, discípula que adota o arcabouço moscoviciano das representações sociais, de uma perspectiva culturalista, elenca algumas variáveis intervenientes para o processo imagético da representação, em que as pessoas consideram os fenômenos a partir de sua localização horizontal. Neste sentido, afirma que, segundo os pertencimentos sociais, os engajamentos ideológicos, os sistemas de valores referenciais, entre outros fatores, um mesmo evento pode mobilizar representações transubjetivas diferentes, que situa o sujeito em horizontes variáveis. Decorrem, disto, interpretações que se constituem como objeto de debate, que podem levar a situações de consenso ou de dissenso (JODELET, 2009, p.669).

É importante destacar que o homem evoca, constantemente, respaldo em sua constituição enquanto sujeito circunscrito numa teia estruturante, mas que também constrói uma dimensão de conhecimento acerca de algo. Isto é considerável na medida em que a existência deste homem exige, inevitavelmente, respostas, posicionamentos e determinadas concepções em detrimento de outras que, conseqüentemente, consolidam algumas práticas sociais. Segundo Arruda (2009, p. 747), a invenção do pensamento, no cotidiano, inclui por exemplo “[...] elementos que envolvem interesses, exercício do poder, desejo de aceitação,

eventuais questões circunstanciais, compondo, assim, um novo quadro, a partir dos diversos atravessamentos do social”.

Cabe atentar ao fato de que, muitas vezes, o processo de representação social pode ocorrer sem a constatação do próprio sujeito, que elabora suas ideias sem uma reflexão consciente, mas que certamente buscam validações de suas previsões e explicações decorrentes da representação. Então, as práticas sociais são resultados deste modo peculiar de atuação, pelo qual o indivíduo intervém ancorando e objetivando, de acordo com o que lhe parece conveniente em sua teoria construída, veiculando aos outros concepções impregnadas do seu ponto de vista. (VALA & MONTEIRO, 2013).

A prática de profissionais na rede de assistência de saúde mental, é um exemplo passível de investigação neste sentido. No âmbito da subjetividade, o público alvo procura uma forma de superar sofrimentos através dos serviços prestados nestas instituições. Ao chegar a este serviço, depara-se com profissionais que, por sua vez, também possuem a própria subjetividade, e o processo de elaboração de sentidos também ocorre em relação à loucura. Assim, é nesta intercomunicação de subjetividades que se visou analisar a implicação das ideias inerentes à representação social da Saúde Mental, efetiva, perante os profissionais que atuam na rede de assistência a saúde mental do município de Campina Grande-PB.

2.2 O contexto histórico da Reforma Psiquiátrica

A reforma psiquiátrica brasileira surgiu no lastro do “movimento sanitário”, iniciado na década de 1970, na Itália. Este movimento lutava por mudanças na atuação e gestão dos meios de acesso à saúde pública, mas tinha sua identidade e finalidade diferenciadas e específicas. O ano de 1978 foi marcado pela luta em prol dos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, com a união de profissionais da área, pacientes que sofreram várias internações ao longo do tempo, mas não obtiveram sucesso no tratamento. Seus familiares, além de sindicalistas criticavam a forma de tratamento então empregada, além do modelo de hospital psiquiátrico vigente, inspirando-se nos moldes de mudança paradigmática já aplicada, com sucesso, na Itália (MELLO et al., 2007).

Surge, então, pela primeira vez no Brasil, em São Paulo, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que trouxe um modelo de aplicação clínica inovador, como proposta de substituição ao modelo manicomial. Foram criados, no ano de 1989, em Santos, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), com funcionamento de 24 horas, assim como as conhecidas residências terapêuticas para o atendimento daqueles que saíam dos hospitais psiquiátricos. Estes reforçaram a eficiência e viabilidade do novo modelo proposto. Ainda naquele ano,

apenas um ano após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), foi apresentada em congresso a proposta de regulamentação dos direitos das pessoas acometidas de transtornos mentais, assim como a extinção dos hospitais psiquiátricos (MELLO et al., 2007).

Somente em 2001 foi sancionada a lei do deputado Paulo Delgado, apresentada ao congresso 12 anos antes, que regulamentou, finalmente, a modalidade de assistência em saúde mental com o oferecimento de tratamentos dentro da própria comunidade do indivíduo, estabelecendo direitos às pessoas acometidas de transtorno mental. A partir desta, foram criadas linhas específicas de financiamento pelo Ministério da Saúde, para criação de unidades de serviço aberto, assim como mecanismos de fiscalização (BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001).

Ainda em 2001, houve a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília - DF, que contou com o engajamento de 23 mil pessoas pelo Brasil, entre funcionários, familiares, usuários e profissionais de saúde da área. Esta promoveu a consolidação da reforma psiquiátrica como política do governo, conferindo ao CAPS o valor enérgico para mudança do modelo de assistência, defendendo, ainda, a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, estabelecendo o controle social como garantia de um novo avanço desta área no Brasil (MELLO et al., 2007).

No que se refere à eficiência e agilidade de instituição do novo modelo, o município de Campina Grande-PB é considerado uma referência na implantação e reorganização dos serviços disponíveis. Tal mudança, que foi radical nos moldes de assistência psiquiátrica, deu-se em um período de um ano, sendo esta iniciativa bastante benéfica aos usuários daquela modalidade de apoio psiquiátrico. Houve, inclusive, a realização, em nível regional, de um encontro que pretendia avaliar a situação da assistência psiquiátrica prestada, juntamente com outros municípios (MELLO et al., 2007).

Várias dificuldades foram enfrentadas para que o CAPS abarcasse todos os tipos de demanda alvo. As residências terapêuticas, os ambulatórios e os centros de convivência tiveram, então, que construir novas práticas e preparar os profissionais para realizar o tratamento dos usuários. Porém, dentro do contexto da reforma psiquiátrica, que se instituía no país, os CAPS tiveram papel essencial e estratégico, atuando como substitutos dos leitos psiquiátricos do modelo hospitalar manicomial. Todavia, o esperado é que não deve se restringir à retirada dos doentes mentais dos hospitais, mas que promova o resgate de sua cidadania. Espera-se que traga autonomia e ressocialização ao usuário, tanto em relação ao núcleo familiar e comunitário, quanto à sociedade. (GONÇALVES, et al., 2001).

2.3 Revisão Sistemática na literatura da Representação Social da Loucura

A busca sistemática na literatura foi realizada no mês de agosto de 2015 e revisada até abril de 2016 na base de dados eletrônica *Portal de periódicos CAPES/MEC* (Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior/Ministério da Educação). Devido a escassez de estudos acerca deste tema, o trabalho desenvolvido contemplou estudos que houvessem sido publicados no ponto de corte de até 10 anos, e que abordassem a Representação Social da Loucura perante profissionais que lidassem direta ou indiretamente com ela.

Inicialmente, foram utilizados os seguintes descritores: representação social, loucura. Foi localizado grande número de estudos, porém sem correspondência quanto aos propósitos deste trabalho. Por este motivo, novas buscas foram sendo empreendidas re combinando outros descritores: representação social, loucura, profissionais; imagem, loucura, profissionais; visão, loucura, profissionais.

Para garantir a fidelidade ao tema proposto para o estudo de revisão, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: a) trabalhos realizados exclusivamente com o objeto de estudo loucura; b) a representação social ser elaborada especificamente por profissionais que lidem com o fenômeno em questão; c) publicações sobre estudos no Brasil; d) publicações de 2005 a anos posteriores.

Os critérios de exclusão utilizados para eliminar os trabalhos que não tivessem coerentes com os pontos acima colocados foram: a) representações sociais relacionados a outro objeto de estudo que não fosse o proposto pelo presente trabalho; b) trabalhos de representação social elaborados por outros atores sociais (estudantes, familiares, pacientes, adultos, jornal, literatura; c) publicações elaboradas acerca de representação social em outras nações; d) publicações do ano de 2004 e anteriores.

Após a leitura dos resumos foi realizada uma seleção, listando enfim: dois artigos, uma dissertação de mestrado, e uma tese de doutorado. Tais achados que eram apropriados ao tema abordado foram lidos em sua integralidade para maior apropriação da temática. De cada um destes foram registrados autores e ano da publicação, objetivos, resultados e conclusão:

O artigo intitulado *O vácuo no contexto das representações sociais: uma hipótese explicativa para a representação social da loucura*, por Wachelke (2005), tem como objetivo a proposição de uma hipótese para explicar esse fenômeno a partir de um conflito entre sistemas de representações científicas e culturais, o que originaria um problema de cobertura da loucura enquanto objeto a que é dado o nome de vácuo representacional. São mencionados nos resultados de alguns estudos que descreveram a representação social da loucura, enfatizando-se uma característica recorrente: a alteridade, ou seja, a loucura é um objeto

cercado de insegurança e ambigüidade, representado como algo distante de quem o representa. Alguns autores argumentam que isso pode ser decorrência de uma falha estrutural da representação social da loucura. Conclui-se apontando limitações da hipótese levantada e ressalta-se a necessidade de condução de estudos para verificar sua adequação e generalidade.

O artigo *Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial*, de autoria de Wetzel et al. (2011), tem foco no cotidiano do serviço, sua dinâmica, a forma com que os sujeitos interagem e os sentidos que constroem em relação à própria prática. Como resultado o núcleo temático dimensões do objeto de trabalho desdobrou-se nas seguintes unidades temáticas: integralidade, os velhos e novos crônicos, o atendimento às crises e a inserção da família. Desta forma, embora deslocada do hospital psiquiátrico para os serviços substitutivos, é necessária autocrítica na assistência efetivada, integrando novos atores tais como a família e investindo mais no potencial para o atendimento de crises e quadros agudos.

A dissertação de mestrado *Representações sociais da loucura: um estudo com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia - HCT/BA* (Cetolin, 2011), busca compreender as representações sociais da loucura, verificando a sua correspondência com as práticas profissionais de saúde mental do hospital mencionado. Houveram três categorias de análise: o ambiente institucional, vínculo empregatício, práticas profissionais cotidianas. Chegou-se ao resultado de que os saberes veiculados pela Reforma Psiquiátrica estão sendo paulatinamente absorvidos pelos profissionais. Ficou visível que os profissionais representam a loucura a partir de “seu lugar de atuação” no ambiente institucional, bem como, das vivências, do contato e das experiências particulares e compartilhadas pelos colegas. Algumas perspectivas apontam para um norte menos promissor e apesar de apoiarem a desinstitucionalização, desacreditam que efetivamente ocorra e dê certo.

A tese de doutorado *Representações sociais da loucura e práticas sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização*, de acordo com Pacheco (2011), objetivou investigar as relações entre representações sociais da loucura e práticas sociais em dois contextos resultantes de uma tentativa de implementação da Reforma psiquiátrica no DF: a enfermaria psiquiátrica do Instituto de Saúde Mental (ISM) e o Programa Vida em Casa (PVC). Evidenciaram-se tensões entre o novo e o tradicional, que apontam para transformações na dinâmica estabelecida entre atores do programa, denotando que o modelo psicossocial é uma construção coletiva, sem respostas prontas, com desejos e práticas a serem experimentados.

Tomados em conjunto, os dados desta investigação contribuíram para fornecer uma base mais consistente acerca da fundamentação teórica que já existia da Teoria das representações Sociais acerca da loucura por profissionais da rede de saúde mental.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

O presente estudo tem caráter exploratório e de pesquisa de campo, quantitativa-qualitativa.

3.2 Participantes

Participaram 102 profissionais da rede de assistência a saúde mental, dentre eles 64 profissionais atuantes em 5 Centros de Atenção Psicossocial de Campina Grande-PB (respectivamente CAPS II, CAPS AD-III, CAPS I, CAPS III, CAPSi), além de 21 profissionais da instituição psiquiátrica e 17 profissionais que compõe o serviço de emergência psiquiátrica do hospital. Os respondentes possuem idade entre 22 e 81 anos ($M = 40,78$; $DP = 11,50$), sendo 81% do sexo feminino e 19% do sexo masculino. No que se refere a escolaridade, a maior parte da amostra (51,5%) foi composta por profissionais com ensino superior completo, sendo que apenas 2% da amostra não possuía o ensino fundamental completo.

O tempo de trabalho nas instituições foi bastante diverso, variando de um mês até cinquenta anos ($M = 9,78$ $DP = 8,51$). A renda variou de um até aproximadamente doze salários mínimos, e esta pesquisa teve acesso aos seguintes profissionais: assistente administrativo, assistente social, cuidador, educador físico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, pedagogo, psicopedagogo, psicólogo/psicanalista, recepcionista, técnico de enfermagem e um médico psiquiatra. A seguir é apresentada uma tabela com a distribuição de frequência dos participantes por instituição:

Tabela 1: Frequência dos participantes em função das instituições pesquisadas.

INSTITUIÇÃO	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
CAPSi	10	9,8
CAPS AD-III	8	7,8
CAPS II	6	5,9
CAPS III	28	27,5
CAPS I	12	11,8
Clínica Psiquiátrica	21	20,6
Emergência Psiquiátrica	17	16,7
Total	102	100,0

3.3 Instrumento do Coleta de Dados

O instrumento de coleta dos dados consistiu em um questionário com quatro partes:

a) Dados sociodemográficos e prática profissional – contendo questões referentes a informações dos participantes tais quais: sexo, idade, renda, escolaridade, religião, estado civil e profissão, tempo de profissão, dentre outras informações.

b) Entrevista acerca do significado da loucura – foi solicitado aos participantes que respondessem a seguinte pergunta: “O que você entende por loucura?”. A solicitação foi feita na forma de questão aberta, onde os questionados puderam responder livremente sobre o que consideram sobre o tema.

c) Escala de atuação dos profissionais do serviço de saúde - esta parte do instrumento foi composta por um conjunto de quatro itens que solicitavam ao participante se posicionar em questões relativas a atuação do profissional em saúde. Neste sentido, a primeira das questões perguntava “O quanto sua concepção sobre a loucura mudou depois que começou a trabalhar?”; a segunda perguntava “O quanto se sente preparado para lidar com o cliente/paciente?”; a terceira perguntava “O quanto se sente satisfeito com o trabalho que desempenha?”; e a quarta perguntava “Percebe manifestação de preconceito por parte dos profissionais em relação aos pacientes que estão em tratamento de “saúde mental”?”. Para estas quatro questões a escala *likert* teve itens que variavam de 1 a 5. Houve ainda uma questão dedicada a uma escala de atitude frente a reforma psiquiátrica – foi apresentada em formato *likert*, que possibilitava indicação do grau de concordância do participante com a reforma psiquiátrica, variando de 1 (não concorda) a 10 (concorda totalmente).

d) Escala de verificação de categorias semânticas - Esta parte do questionário é constituída por oito questões dicotômicas que representam categorias semânticas de estudos anteriores desta literatura (conforme referenciado a seguir), acerca de como os participantes entendem a loucura. Os itens foram apresentados em forma de afirmações as quais os participantes deviam responder sim ou não, como por exemplo: “O louco é um sujeito excluído socialmente?” (PERES, 2012) e “O louco pode ser um sujeito perigoso?” (CETOLIN, 2011).

A pluralidade de instrumentos visou compreender de uma maneira mais integral a representação social da loucura existente naqueles profissionais e como este fenômeno repercute direta ou indiretamente enquanto processo no público alvo.

3.4 Procedimentos de Coleta

Conforme as exigências solicitadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Após a aprovação, a coleta de dados foi executada ao longo de dois meses ininterruptos. No dia da aplicação dos instrumentos de avaliação, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE foi assinado em duas vias, uma dessas entregue para os inquiridos que se dispuserem a participar, resguardando sua identidade.

Foi firmado mediante ofício emitido pelo Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba a intenção de averiguar o entendimento da saúde mental com os coordenadores das respectivas instituições, em seguida os instrumentos de avaliação foram entregues para cada participante. Após a explicação da natureza da pesquisa algumas orientações foram passadas para aqueles que se dispunham a respondê-la, com os seguintes objetivos: 1) garantir que nenhum item fosse esquecido ou rasurado pelos participantes, o que dificultaria as análises posteriormente; 2) que todos estivessem atentos às questões que exigiam respostas a apenas 1 item, o que poderia anular as respectivas questões, caso esta indicação não fosse seguida. Eventualmente a aplicação dos instrumentos foi executada com vários indivíduos ao mesmo tempo, porém os questionários foram respondidos individualmente nas próprias salas dos profissionais das respectivas instituições investigadas. O tempo de aplicação foi de aproximadamente 10 minutos ininterruptos.

3.5 Procedimento de Análise

Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva, para caracterização sociodemográfica, descrição gráfica dos dados e distribuição normal, além do nível de significância da escala de atitude frente a reforma psiquiátrica, bem como das questões de duas alternativas. Para as análises correlacionais, foi utilizada a estatística paramétrica de *Pearson* através do programa “Pacote Estatístico Para as Ciências Sociais – SPSS” (versão 20.0), do fabricante *IBM Statistics*.

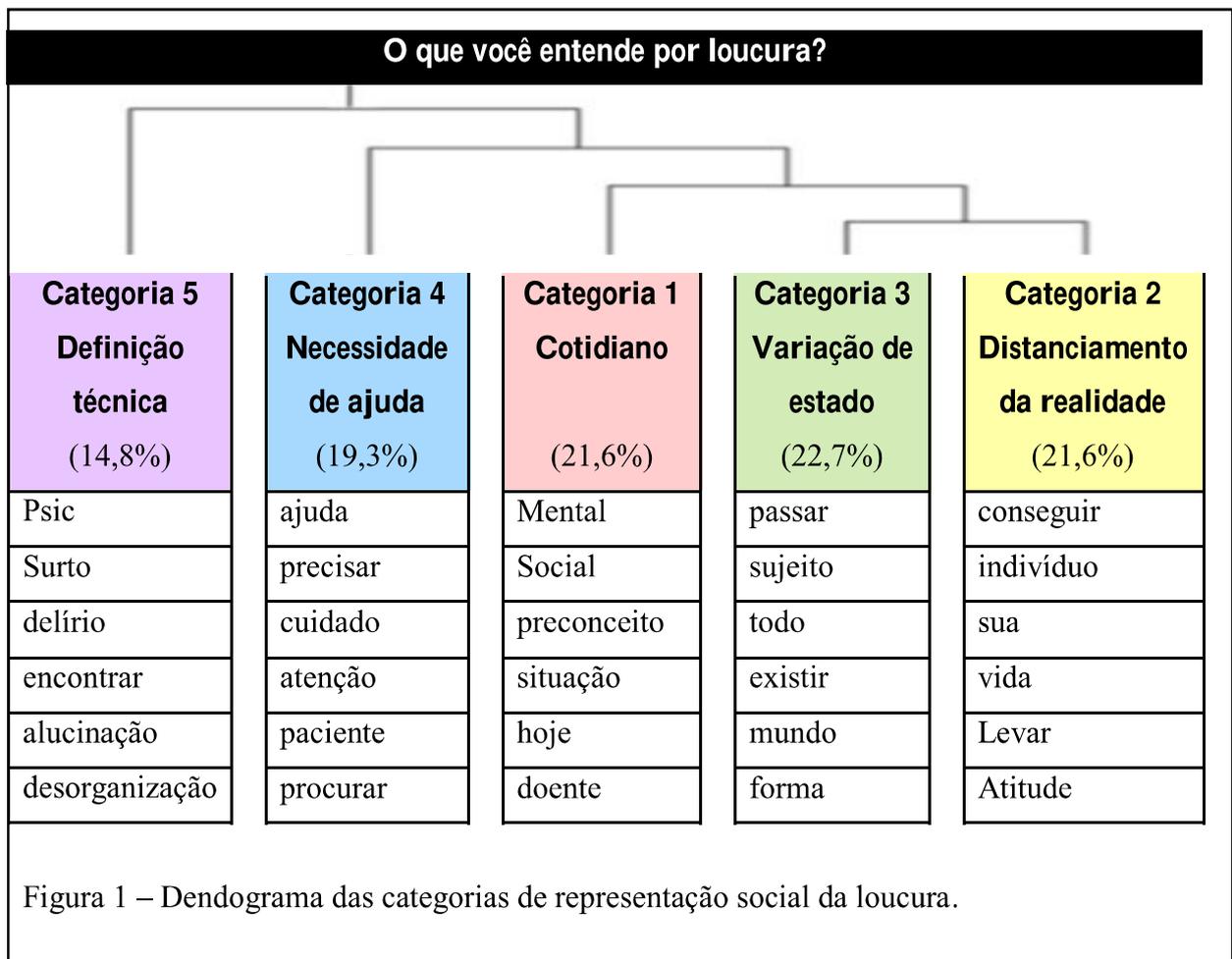
Além disto houve avaliação qualitativa da pergunta aberta sobre o que se entende por loucura, tal análise de conteúdo ocorreu mediante uso do programa Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), este software (versão 0.7 alpha 2) foi desenvolvido por Pierre Ratinaud (2009) e é acessível pelo próprio site do fabricante. Por meio desta ferramenta que faz análise do tipo lexical, isto é, emparelhamento de sentidos próximos, foi possível detectar a informação categorizada em grupos temáticos, que foi recolhida através dos instrumentos anteriormente descritos.

4. RESULTADOS

4.1 Análise da representação social da loucura em profissionais da rede de saúde mental em Campina Grande

Na tentativa de responder as duas hipóteses de pesquisa traçadas foi realizada uma análise léxica das respostas das respostas dos participantes. Nas análises léxicas, o software iramuteq identifica os Textos (Unidades de Contextos Iniciais - UCI) transformando-as em Segmentos de Textos (Unidades de Contextos Elementares - UCE), realiza a pesquisa do vocabulário e reduz as palavras com base em suas raízes, criando formas reduzidas e complementares ao emparelhar sentidos próximos.

A organização das categorias das representações evocadas são apresentadas a seguir.



A categoria 1, denominada de “**Cotidiano**” (21,6%) apresentou um discurso referente à existência de fatores do dia a dia que levem, como causa, manifestação da loucura. Assim sendo, nota-se focadas especificamente as dificuldades cotidianas nas relações familiares,

bem como em outros níveis sociais mais amplos, além de outras psicopatologias, podendo ser eventualmente hereditárias, e que possam estar relacionadas com a loucura em virtude de terem sido causadores de tal fenômeno. Os discursos emitidos pelos respondentes mais representativos desta categoria são:

“A loucura é um transtorno mental, que é adquirido por pessoas inclusas e problemas não desejado, como exemplo, depressão é uma pré-loucura, logo após vem problemas pessoais [...]”.

“[...] um transtorno mental e comportamental que por muitas vezes induz o cidadão a uma morte social precoce. A falta de assistência, o descaso do sistema de saúde e o preconceito social e familiar retira da pessoa a capacidade de enfrentamento da situação.”.

“Que é uma "doença" que atinge a algumas pessoas, não é cientificamente comprovada mas, pode também ser devido a hereditariedade.”.

A categoria 2, “**Distanciamento da realidade**” (21,6%), é caracterizada pela perda de um padrão de realidade consensualmente normal. São destacadas nesse sentido uma aparente confusão mental do sujeito louco, que fica impossibilitado de dar conta de uma dimensão simbólica, de reconhecer ou ter noção de sua identidade e de discernir normalmente a realidade que o cerca. Os discursos emitidos pelos respondentes mais representativos desta categoria foram:

“É uma perda de consciência em que o indivíduo não consegue controlar suas ações ou seja suas próprias atitudes.”.

“É a incapacidade do indivíduo discernir entre o que é real, ou seja, uma fuga da realidade.”.

“É um estado em que o indivíduo se encontra fugindo dos padrões da normalidade [...]”.

“[...] é quando um indivíduo ou seja um ser humano perde a noção do tempo e começa a fazer uma confusão com seus pensamentos, sai totalmente da sua realidade que vive.”.

A categoria 3, “**Variação de estado**” (22,7%), é a categoria mais expressiva e apresenta um caráter temporal associado a loucura, isto é, o fenômeno em questão configura-se enquanto uma ocasional alteração do estado de existência. O discurso presente nesta categoria faz alusão a uma manifestação subjetiva que compromete de maneira passageira o sujeito, retratando que é algo latente na existência das pessoas e que eventualmente quando o sujeito vive tal patologia, será de forma passageira. Os discursos mais representativos emitidos pelos respondentes desta categoria foram:

“É um estado de ser do sujeito, uma divisão subjetiva onde passa a não responder em alguns momentos por sua demanda diária [...]”.

“É uma forma as vezes provisória as vezes duradoura de entender o lugar do mundo no próprio corpo, as coisas e as relações entre si.”.

“Em algum momento o sujeito passa a agir de forma dependente decorrente daquele trauma.”

“Um estado bem comprometedor do sujeito.”

“O mundo nos mostra a cada dia que a loucura em si não é doenças em todos os casos; a maioria está latente dentro de cada um de nós.”

Agrupadas, as categorias 1, 2 e 3 apresentam um discurso emitido pelos profissionais que constata o sujeito louco atravessando determinada experiência, ilustrando uma representação social da loucura em termos de vivência por aquela demanda em um eventual estado de sofrimento, atestando um caráter temporal; em seu cotidiano social nas quais situações diversas contribuem para este desígnio; bem como em seu prejuízo no distanciamento de uma realidade compartilhada popularmente. É possível verificar uma relação muito estrita entre ambas as categorias, a se diferenciar pela complexidade que vai sendo agregada cada vez mais: da categoria 3 somada a categoria 2, que por sua vez estão contempladas na categoria 1, conforme pode se visualizar na figura 1, alusiva ao dendograma gerado pelo Iramuteq.

A categoria 4, “**Necessidade de ajuda**” (19,3%), é representada por discursos direcionados ao componente auxílio, o qual segundo os respondentes, quem é louco necessariamente precisa, levando a inferir que loucura implica justamente essa necessidade de ajuda dos familiares, dos profissionais da rede de saúde mental, ou da medicação. Nessa categoria, o cuidado emerge não apenas como elemento para estabilização da demanda que se apresenta, mas como um desígnio daquele sujeito que é louco. Os discursos mais representativos desta categoria foram:

“É um estado de saúde comprometido, onde o indivíduo não responde por si, e precisa de ajuda de outras pessoas.”

“Doença que precisa ser acompanhada por especialistas da área e principalmente com a ajuda da família.”

“É um estado em que o paciente sai de si não sabe o que faz precisando de ajuda profissional.”

“Pessoas loucas, são seres que precisam das pessoas sãs, ou até mesmo dependem das outras para se curarem.”

A categoria 5 “**Definição técnica**” (14,8%), foi representada por discursos profissionais que denotavam a definição conceitual acerca dos sintomas presentes na Psicose. Neste sentido, especificações técnicas tais como surto, delírios, alucinações, sofrimento psíquico, angústia e desordem mental foram descritas, evidenciando uma concepção devidamente fundamentada em sintomas norteadores do diagnóstico no âmbito da saúde mental. Os discursos mais representativos foram:

“É um estado em que o indivíduo encontra-se em momento de surto.”

“No caso apresentando agressividade, comprometimento desorganizado, alucinações, delírios e demais sintomas típicos da doença.”

“Um estado de sofrimento mental, onde na maioria das vezes não é compreendido pela sociedade. Momentos de desequilíbrio pensamentos acelerados, alucinações e delírios onde o mesmo se encontra conflitos em muitas explicações”.

“A loucura é estado em que o indivíduo encontra-se em uma sensação de extremo desespero agonia angústia pavor e aflição, confusão mental delírios e alucinações.”.

Esta categoria retoma a teorização mencionada na introdução, que remete a Frayze-Pereira (1984) expondo a loucura enquanto classificação nosográfica de um sujeito e possibilitada de constatação quando se observa vários níveis de sua expressão pessoal, isto é, enquanto que para o domínio da Psiquiatria a doença mental tem origem endógena em distúrbios cerebrais, para perspectiva da Psicologia trata-se de um desvio progressivo na estrutura de uma personalidade. Neste sentido, alguns manuais clássicos se propõem a definir a loucura em termos de estrutura psicótica ou esquizofrênica, caracterizada por surtos, delírios e alucinações.

Analisadas em conjunto, o agrupamento das categorias 4 e 5 embora ainda guardem um determinado vínculo de significação, compartilham discursos menos relacionados do que as anteriores, contudo é cada vez mais ampla a hierarquia na qual as definições anteriores estão contidas. O conteúdo das categorias referidas aponta para um entendimento da loucura marcado pela demarcação técnica daqueles designados como estruturalmente psicóticos, contudo abarca a necessidade de acolhimento por parte de diversos atores sociais para sua estabilização. Isto é, a loucura expressa tanto uma organização psíquica que parte da necessidade de um cuidado externo, quanto a motivação para superar uma condição interna/técnica.

A seguir é apresentada a Análise Fatorial de Correspondência (AFC) referente à termos chaves da representação social da loucura, conforme mostra a Figura 2.

mesma personalidade. Partindo disto, os quadrantes 2 e 3 incorporam as categorias alusivas ao entendimento da loucura como sendo algo de estado, isto é, de algo que se tem manifesto temporariamente, respectivamente composto pelas categorias “perda de realidade”, “conceito técnico”, “variação de estado”, esta última que embora esteja parcialmente dividida nas duas laterais, situa-se predominantemente na lateral referente ao caráter temporal. Os quadrantes 1 e 4, congregam as categorias alusivas ao entendimento da loucura como sendo algo inerente ao traço de personalidade para designar a loucura. Observa-se isto quando se constata presentes as categorias “cotidiano”, “necessidade de ajuda”, e uma pequena parcela da categoria “variação de estado”.

4.2 Análise descritiva do posicionamento frente a reforma psiquiátrica e atuação dos profissionais do serviço de saúde

Além dos dados sociodemográficos e das questões abertas os participantes foram solicitados a responder na escala de verificação um conjunto de perguntas referentes a sua visão do “louco”, da reforma psiquiátrica e das relações com o trabalho dos profissionais. Conforme descrito no instrumento, as questões foram feitas em escala tipo *likert* que indicavam grau de concordância dos respondentes as afirmações apresentadas. A tabela a seguir apresenta as questões juntamente com o valor médio das respostas:

Tabela 2: Escores médios para escalas de posicionamento frente a reforma psiquiátrica e atuação dos profissionais do serviço de saúde.

PERGUNTA	MÍN	MAX	MÉDIA; DP
O quanto sua concepção sobre a loucura mudou depois que começou a trabalhar?	1	5	3,85 (1,28)
O quanto se sente preparado para lidar com o cliente/paciente?	1	5	3,34 (0,76)
O quanto se sente satisfeito com o trabalho que desempenha?	2	5	3,94 (0,84)
Percebe manifestação de preconceito por parte dos profissionais em relação aos pacientes que estão em tratamento de “saúde mental”?	1	5	2,70 (1,22)
O quanto você concorda, em uma escala de 1 a 10, com a reforma psiquiátrica?	1	10	8,11 (2,17)

Em termos gerais a amostra se apresenta acima da média da escala quando questionado sobre a mudança de opinião depois que começou de trabalhar, provavelmente demonstrando que a maior parte dos respondentes afirma que mudou a percepção acerca de loucura depois da experiência do trabalho, tendo média de 3,85 (DP = 1,28). A preparação

para lidar com o cliente/paciente também teve pontuação elevada, apresentando média de 3,34 (DP = 0,76). A satisfação com o trabalho teve média de 3,94 (DP = 0,84), indicando que a maior parte dos profissionais estava sentindo-se contentes quanto a suas atividades laborais. No que se refere a perceber preconceito no trabalho manifestado por outros profissionais, constata-se que os respondentes pouco percebem, sendo o escore médio de 2,70 (DP = 1,22). Enquanto isto, o resultado da escala de atitude frente a reforma psiquiátrica alta adesão, apresentou o valor médio de 8,0 (DP=2,17), neste item deveria se atribuir valores de 0 a 10.

A tabela seguinte (3), apresenta a frequência de concordância quanto a categorias que surgiram em estudos anteriores acerca da representação social da loucura (PERES, 2012) (CETOLIN, 2011):

Tabela 3: Frequência de escores dicotômicos para escalas de verificação de categorias semânticas.

PERGUNTA	SIM	NÃO
Você considera apropriada a imagem pela qual o louco é representado socialmente?	8	92
A loucura é um fenômeno de vontade divina?	9	93
O louco pode ser um sujeito perigoso?	71	30
O louco é excluído socialmente?	95	7
O louco trata-se de um indivíduo alienado?	28	69
O louco tem a particularidade de ser cômico?	35	60
A loucura é própria de alguém que usa ou usou drogas?	9	92
Faz alguma reciclagem periódica em cursos ou especializações para lidar com a loucura?	61	41

Nota-se que houve negação por grande parte dos respondentes com relação aos núcleos semânticos que questionavam “você considera apropriada a imagem pela qual o louco é representado socialmente?”; “A loucura é um fenômeno de vontade divina?”; e “a loucura é própria de alguém que usa ou usou drogas?”. Outro núcleo semântico foi replicado, com especial destaque para a quase totalidade dos respondentes que concordaram na questão “o louco é excluído socialmente?”. Os demais itens ficaram divididos, tais como “o louco pode ser um sujeito perigoso?”; “o louco trata-se de um indivíduo alienado?”; “o louco tem a particularidade de ser cômico?” e “faz alguma reciclagem periódica em cursos ou especializações para lidar com a loucura?” indicando que os participantes não se colocam nem totalmente a favor, nem negam a existência dessas categorias semânticas.

5. DISCUSSÃO

Contrapondo esta formação de sentido pelos atores sociais com um conhecimento científico acerca de determinado fenômeno - no caso a loucura, são registradas algumas legitimações como pode se ver a seguir. Cabe deixar claro que alguns Teóricos das Representações Sociais vão de contra este movimento, pois justificam que as pessoas possuem o saber prático, seja ele individual ou coletivo, advindo das próprias experiências, entretanto, a perspectiva do epistemólogo Edgar Morin (2015) defende a pluralidade e articulação dos conhecimentos, estando portanto em defesa não da exclusão de um saber em contrapartida ao outro, mas da dialogicidade entre a complexidade destes, visto que diferentes campos disciplinares não precisam ser auto excludentes.

Quanto a primeira categoria, na literatura existem alguns estudos que revelam que de fato a loucura é precedida de alguns elementos em específico, tais como possíveis biomarcadores para a esquizofrenia em plaquetas presentes na circulação sanguínea (GUTERRES, 2011). Precedida através de uma comorbidade estabelecida entre epilepsia do lobo temporal e seu nexa com desordens psicóticos (KANDRATAVICIUS *et al*, 2012). Ou mesmo através de uma certa vulnerabilidade cotidiana a psicose propriamente dita, conforme aponta revisão sistemática (TONELLI *et al*, 2009).

Na segunda categoria verifica-se o apoio em um primeiro referencial teórico, que não exatamente expressa a perda da realidade, mas diametralmente de forma oposta, o ganho de uma realidade, estabelecendo uma nova imagem do ego, e portanto que é diferente do padrão real anterior (CARVALHO, 2003). Além deste, Forbes (2010, p. 15) refere-se em sua teoria quanto uma forma singular de encarar a realidade do mundo, nas palavras do autor que faz alusão a Sigmund Freud: “[...] ele define a responsabilidade justamente pela possibilidade de a pessoa conduzir seu desejo ao mundo. [...] Na psicose, a fuga inicial é seguida por uma fase de remodelamento. Há um repúdio da realidade e tentativa de substituí-la.”

Sobre a terceira categoria, na literatura (YUNG & NELSON, 2011), é realizada uma investigação na abordagem de ultra alto risco com o objetivo de identificar traço ou estado de psicose por meio de fatores clínicos, neurocognitivos e neurobiológicos.

Para a quarta categoria, não foi encontrada literatura que corroborasse a representação social da loucura enquanto uma necessidade de ajuda. O que revela um modo bastante original de se interpretar o fenômeno em questão e gera reflexões acerca do gerenciamento da própria vida dos supostos loucos. Isto provavelmente seria uma nova ancoragem na representação social da loucura, mostrando que o paradigma atual desse fenômeno está implicado de novas interpretações.

No que diz respeito a quinta categoria, pelo viés da Psicanálise, Freud distingue três estruturas da personalidade, sendo cada uma caracterizada por traços peculiares de se inserir inconsciente no mundo, de acordo com o modo que se lida com a metáfora do complexo de Édipo. Isto é, a *neurose* trata-se de uma expressão em consonância com normas e restrições sociais em favor de tornar um homem civilizado; a *perversão* diz respeito aqueles que embora conheçam, denegam os limites da lei, e assim não dispensem a satisfação mas busquem justamente prazer em burlarem a proibição; e a *psicose* trata-se da saída estrutural que o sujeito fica a deriva do mundo, tomando caminhos não aceitos pelo discurso lógico instituído pela figura paterna. Portanto, nesta lente teórica a psicose pode ser tomada como o aparato técnico pelo qual a loucura é concebida em meio aos conflitos do ego com o mundo externo. (FREUD, 1923).

Os desdobramentos de tais interpretações indicadas nos resultados podem repercutir na demanda de pacientes ou clientes que objetivam a reinserção social e estabilização, mediante tais serviços, uma vez que diretamente ou indiretamente os vários profissionais que compõem cada instituição investigada lidam com a loucura em seu estado latente ou manifesto, conforme constatado por Wetzel et al. (2011).

Foi possível conferir a replicação de algumas categorias semânticas anteriores, tal como a apresentada por Cetolin (2011) quando indaga a percepção do louco como alguém perigoso, esta percepção é constatada ao buscar compreender as representações sociais acerca da loucura, verificando a sua correspondência com as práticas profissionais da área da saúde mental do hospital de custódia da Bahia. Além desta, outra categoria fortemente evidenciada foi a do louco enquanto sujeito excluído socialmente, conforme se verifica em Peres (2012). Ambos núcleos semânticos serviram de base para formulação das questões dicotômicas presentes neste estudo.

Conforme pode se observar, o primeiro agrupamento de categorias, polaridade que se refere a uma definição mais relativa a vivência do paciente, é mais interna do sujeito que é atravessado enquanto patologia. O segundo agrupamento de categorias é uma polaridade mais técnica, mais externa do fenômeno da loucura em questão.

Ciente disto, a primeira das hipóteses que ancora-se que as atuais Representações Sociais da loucura apresentarão maior domínio técnico em virtude do atual contexto da reforma psiquiátrica no campo da saúde mental, foi parcialmente comprovada, uma vez que se registra uma categoria que trata-se de uma definição técnica da loucura. Justifica-se sua parcialidade pois ela não possuiu frequência de ocorrência elevada, entretanto, posiciona-se hierarquicamente acima das demais, de modo que o tema das outras se derivam a partir dela.

Portanto o discurso parte de um nível de definição mais técnico, direcionando-se para um agrupamento da necessidade de cuidados, alcançando a polaridade da vivência que o próprio paciente atravessa.

Possivelmente essa mudança esteja sendo influenciada em virtude do atual contexto da reforma psiquiátrica no campo da saúde mental, que apresentou alto índice de adesão na pesquisa, conferindo autenticidade ao estudo de Pacheco (2011).

Assim como a o índice favorável em relação a reforma psiquiátrica apresentou uma média elevada, quando questionados sobre o quanto sua concepção sobre a loucura mudou depois que começou a trabalhar, os profissionais também apresentam um padrão ligeiramente acima da média. Esta resposta demonstra o processo de ancoragem no qual novos saberes são acrescentados aos preexistentes, saindo de um olhar advindo de uma formação mais técnica, e sendo a experiência no trabalho um elemento que afeta como se enxerga o elemento loucura.

A segunda das hipóteses, postulava que os profissionais que compõem a rede de assistência a Saúde Mental teriam uma prática diferenciada da loucura de acordo com sua formação, o que, conseqüentemente levaria a diferentes representações da loucura. Ela foi também parcialmente comprovada, visto que diferentes profissionais estavam com discurso atrelado a quatro das cinco categorias. Na prática, verifica-se isto quando para a categoria 1 foi emitido um discurso que tornou-se mais representativo nas profissões de cuidador e assistente social. Para a categoria 3 foi emitido um discurso que foi mais representativo pelos nutricionistas. Para a categoria 4 foi emitido um discurso que foi mais representativo pelos psicopedagogos. E para a categoria 5 foi emitido um discurso que foi mais representativo na profissão psicólogo/psicanalista. Sendo apenas a categoria 2 que não foi representativa por profissão. Vale salientar que isto não quer dizer que outras profissões não falaram sobre a mesma categoria, mas que estas profissões mencionadas foram as que mais legitimaram os discursos de tais conteúdos semânticos.

Como forma de complementar os resultados também foram realizadas análises correlacionais entre os itens “o quanto concorda com a reforma psiquiátrica” e “o quanto sua concepção sobre a loucura mudou depois que começou a trabalhar”. O resultado mostrou que as variáveis estão correlacionadas significativamente, indicando que quanto mais um sujeito adere ao pensamento de reforma psiquiátrica, também são verificadas maiores mudanças de opinião em sua concepção da loucura ($r = 0,312$; $p < 0,05$). Essa análise corrobora a ideia de que a adesão ao pensamento da reforma psiquiátrica pode estar levando a uma percepção externa da loucura, isto é, ancorada em fatores técnicos mediante os quais os profissionais

consideram enquanto loucura, e não fatores internos, ou seja, considerando a loucura a partir de elementos que o próprio louco atravessa em seu cotidiano.

Além destes resultados, foram realizadas análises complementares realizadas entre as variáveis “o quanto a concepção sobre a loucura mudou depois que começou a trabalhar” e “o quanto se sente preparado para lidar com o cliente/paciente”, bem como sobre “o quanto se sente satisfeito com o trabalho que desempenha”. Inicialmente, a análise correlacional aponta que quanto mais os respondentes se sentiam preparados para realizar suas atividades profissionais, mais indicavam se sentirem satisfeitos com o trabalho que desempenham ($r = 0,241$; $p < 0,05$).

Também foi verificada uma correlação negativa entre o grau de satisfação com o trabalho e a percepção de condutas preconceituosas realizadas no serviço de saúde por parte dos demais profissionais ($r = -0,195$; $p = 0,053$). Ou seja, quanto menor era a satisfação com o trabalho, mais os profissionais indicaram perceber comportamentos preconceituosos de seus colegas dirigidos aos pacientes.

Como se observa, a replicação ou não de estudos anteriores, bem como as análises correlacionais estabelecidas, levam a uma compreensão de que a reforma psiquiátrica gera repercussões na forma de ancorar e objetivar a loucura enquanto algo que está hierarquicamente se distanciando de uma definição técnica, rumo a uma forma de representar a loucura como um distanciamento de realidade. Isto se dá na medida em que se compõe um quadro oriundo dos diversos atravessamentos sociais, conforme aponta Arruda (2009).

6. CONCLUSÃO

Conclui-se que o atual contexto da reforma psiquiátrica no campo da saúde mental pode estar contribuindo na repercussão da representação social da loucura, mudança essa que se manifesta ao longo do trabalho, uma vez que o novo paradigma de cuidado desinstitucionalizado e no qual impera a reintegração do dito louco na sociedade são convocados para amenizar o sofrimento, embora este cuidado seja essencialmente de um ponto de vista técnico ou externo.

Como limitação da pesquisa pode ser destacada a falta de acessibilidade aos profissionais médicos psiquiatras, o que provavelmente poderia elevar a frequência da ocorrência da categoria “definição técnica”, compondo um quadro mais preciso de pesquisa. É, portanto, de extrema relevância que todos os profissionais sejam contemplados no que tange as categorias que compõe a rede de assistência a saúde mental, em virtude de assim ser abrangido de uma forma mais integral o entendimento da suposta loucura.

Tomados em conjunto os dados expostos podem estar indicando uma influência da prática desses profissionais, bem como da reforma psiquiátrica no âmbito da saúde mental na maneira como se ancora e objetiva a loucura. Chama atenção o fato de que a definição técnica é uma categoria legitimada essencialmente pelos profissionais de Psicologia/Psicanálise, expressando menos um traquejo com o sofrimento que o sujeito atravessa, e mais uma representatividade técnica-nosográfica da loucura. Diante disto, fica o questionamento: seriam estes os profissionais que mais utilizam do mecanismo de defesa “racionalização” na hora de conceber a subjetividade com a qual lidam?

Se espera que a apropriação de uma discussão tal qual se apresenta neste estudo favoreça a expansão da qualidade de vida bem como promoção saúde mental, seja no contexto de singularidade ou coletividade, estando desta forma em consonância com o próprio código de ética do Conselho Federal de Psicologia, especificamente no que se refere a seu segundo princípio fundamental, que leva a um domínio do bem-estar subjetivo em uma prática eficaz.

É também especial estabelecer um diálogo entre as abordagens clínica e social, em virtude de que a singularidade do sujeito “louco” que se apresenta na clínica, estar contemplado dentro de um nível macro de relações sociais, isto é, o caráter clínico no atendimento deve estar conectado as transformações na representação social da loucura, visto que a sociedade se transforma em seu paradigma, estando por sua vez associada a promoção da cidadania para quem faz uso dos serviços em pauta.

Enquanto propostas futuras justifica-se a necessidade de ter mais estudos sobre representação social da loucura, visto que as mesmas são sujeitas as transformações do paradigma clínico em determinada época e contexto e repercute diretamente na qualidade do tratamento do dito louco. Isto é diretamente ligado com a relevância social do trabalho aqui apresentado, pois na medida em que a pesquisa revelou determinadas categorias semânticas de análise, elas podem ser problematizadas quanto aos objetivos do paradigma clínico: será que estamos seguindo o caminho certo? O que mais pode ser feito? Estas são implicações que contribuem para a formulação de políticas no âmbito da Saúde Mental.

ABSTRACT

Serge Moscovici, a social psychologist, is the mentor of Social Representations Theory: A way of considering reality through Anchoring and Objectification processes. Therefore the following topics were adopted in this study as theoretical reference: Social Representation in the field of Mental Health; historical context of the Psychiatric Reform; and a systematic review in the literature about Social Representation regarding madness. This study aimed to analyze the Social Representation of Madness in professionals support network of Mental Health, in Campina Grande-PB. Data were analyzed using SPSS and Iramuteq. Taken together, data of 102 participants may indicate effects of these professionals' practices, as well as the Psychiatric Reform is working about conceiving madness in Mental Health. Initially, this study keeps attention about the semantic category "technical definition" which is a category essentially legitimized by Psychology/Psychoanalysis professionals, expressing at least one 'know-how' towards the suffering that the subject goes through, and one more technical-nosographic representation of madness. This research can also realize that the professionals recognize, beyond their own representations, representations of data obtained in previous studies. The study can direct public policies aimed at improving the substitute services, concerning the encouragement of continuing education, as well as identify issues that need to be reviewed by professionals in the Mental Health care network.

KEYWORDS: Social Representations. Madness. Health professionals.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, Ângela. Teoria das representações sociais e ciências sociais: trânsito e atravessamentos. IN: **Sociedade e estado**. Brasília, nº 3, vol. 24, pp. 739-766, set-dez, 2009.
- BRAGA, Violante Augusta Batista; SILVEIRA, Lia Carneiro. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. IN: **Revista Latino-am Enfermagem**. Nº 13 vol. 4, pp. 591 – 595, jul-ago, 2005.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.
- CARVALHO, Maria Teresa de Melo. As fronteiras do Eu na psicose – O trabalho pioneiro de Paul Federn. IN: **Psicologia em revista**. Belo Horizonte: vol.9, nº.13. pp. 43-58. 2003.
- CETOLIN, Simone. **Representações sociais da loucura: um estudo com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia – HCT-BA** (Dissertação de mestrado). Salvador: 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em 01 de abr. 2016.
- CZERESNIA, Dina *et al.* **Os sentidos da saúde e da doença**. 22ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- DURKHEIM, Émile. **As formas elementares da vida religiosa**. 3ª ed. São Paulo: Martins Editora, 2003.:
- FRAYZE-PEREIRA, João A..**O que é loucura**. 3ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.
- FREUD, Sigmund. Neurose e Psicose (1924 [1923]). IN.: **O Ego e o Id e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. pp. 165-173.
- FORBES, Jorge. **Inconsciente e Responsabilidade: Psicanálise do século XXI**. Barueri: Editora Manole, 2012.
- GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. IN: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: vol. 9, nº.2,pp. 48-55. mar/abr, 2001.
- GUTERRES, Sheila Barreto. **Busca de biomarcadores para esquizofrenia em plaquetas utilizando Eletroforese diferencial em gel bidimensional (2D-DIGE) e espectrometria de massas** (Tese de doutorado). São Carlos: 2011.
- JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. IN: **As Representações Sociais**. Rio de janeiro: Editora UERJ, 2001, pp. 1-21.
- _____. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. IN: **Sociedade e estado**. Brasília, nº 3, vol. 24. pp. 679-712, set-dez, 2009.

_____. Ponto de vista: sobre o movimento das representações sociais na comunidade científica brasileira. IN: **Temas em Psicologia**. Ribeirão Preto: vol. 19, nº. 1. pp 19-26. 2011.

KANDRATAVICIUS, Ludmyla *et al.* Comorbidades psiquiátricas na epilepsia do lobo temporal: Possíveis relações entre desordens psicóticas e comprometimento de circuitos límbicos. IN: **Revista Brasileira de Psiquiatria**. vol. 34, nº 4. pp. 454-466. dez, 2012.

MELLO, Marcelo Feijó De *et al.* Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil IN: **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. P. 39 – 79.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. 5ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.

MOSCOVICI, Serge. **Psicanálise, sua imagem e seu público**. 1ª ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

_____. **Representações Sociais**. 9ª ed. Petrópolis: Vozes. 2011.

PACHECO, Juliana Garcia. **Representações sociais da loucura e práticas sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização** (Tese de doutorado). Brasília: 2011.

PERES, Girlane Mayara *et al.* Representações sociais do louco/loucura para estudantes de nível fundamental. IN: **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis vol. 3, nº 2. pp. 96-103. 2012.

SANCOVSCHI, Beatriz. Sobre a noção de representação em S. Moscovici e F. Varela. IN: **Psicologia & Sociedade**. nº. 2, vol. 19. pp. 7-14, 2007.

SPINK, Mary Jane P. O conceito da Representação Social na Abordagem Psicossocial. IN: **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, nº 9, vol. 3. pp. 300-308, jul-set, 1993.

TONELLI, Hélio Anderson *et al.* Esquizotipia, habilidades “Teoria da Mente” e vulnerabilidade a psicose;; uma revisão sistemática. IN **Revista Psiquiatra Clínica**. nº.36, vol. 6. pp. 229-239. 2009.

VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta. Representações sociais para uma psicologia social do pensamento social. IN.: **Psicologia Social**. Portugal: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian. 2013.

WARCHELKE, João Fernando Rech. O vácuo no contexto das representações sociais: uma hipótese explicativa para a representação social da loucura. IN: **Estudos em Psicologia**. vol. 10,nº2. pp. 313-320. 2005.

WETZEL, Christine *et al.* Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. IN: **Ciência & Saúde Coletiva**. nº.16, vol.4.pp. 2133-2143. 2011.

YUNG, Alison R.. NELSON, Barnaby. Jovens em ultra alto risco de psicose: pesquisa na clínica PACE. IN: **Revista Brasileira de Psiquiatria**. vol. 33. pp. 152-160. out, 2011.