

Representações sociais de doentes mentais

Maria do Monte Herculano da Costa¹ & Clélia Albino Simpson de Miranda²

Resumo

O presente estudo buscou identificar as representações sociais de doentes mentais internados, abordando aspectos relativos ao convívio com a família, os profissionais do hospital e outros grupos sociais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual utilizou-se, como procedimentos teórico-metodológicos, a entrevista semi-estruturada e as técnicas projetivas de desenho-estória livre e com tema. A análise da enunciação foi utilizada para trabalhar os dados, permitindo identificar as representações sociais. Partindo das representações sociais identificadas, apreendeu-se que suas trajetórias de vida estão marcadas pela intimidade com o estigma, o preconceito e a exclusão. Desse modo, as informações presentes nesta investigação constituem conhecimentos valiosos para uma compreensão da problemática do doente mental, capaz de conduzir ao redimensionamento das práticas profissionais em saúde mental, levando-se em conta as representações e expectativas dos sujeitos sociais.

Palavras-chave: doente mental; representação social; saúde mental.

COSTA, M. do M. H. da; MIRANDA, C. A. S. de. Representações sociais de doentes mentais. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde*, Londrina, v. 2, n. 1, p. 53-65, out. 2000.

Introdução

A loucura/doença mental é tão antiga que chega a se confundir com a história da humanidade. Apesar disso, ainda há muito a ser investigado e compreendido sobre essa temática, principalmente em relação à perspectiva do doente mental, cuja fala tem sido pouco considerada até o presente.

Os relatos dos pacientes, ouvidos no exercício das atividades profissionais, os fatos testemunhados e as leituras realizadas, foram, ao longo desse percurso, solidificando a vontade de propiciar às pessoas internadas em hospitais psiquiátricos a possibilidade de se fazerem ouvir.

No âmbito das instituições psiquiátricas, pouco se fala, se trata ou se dá atenção aos intensos sofrimentos psíquicos expressados nas mais diversas formas de apelo. Assim, entendendo o quanto é importante considerar a experiência vivida por essas pessoas, e numa tentativa de buscar outras formas de assistência, nas quais se possa fundamentar um novo saber psiquiátrico, estabeleceu-se como objetivo deste estudo, identificar as representações sociais construídas por doentes mentais internados sobre a sua vivência com a doença mental, abordando aspectos relativos ao convívio com a família, os profissionais do hospital e outros grupos sociais.

¹ Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria do CCS da Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Enfermagem de Saúde Pública.

² Docente do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria do CCS da Universidade Federal da Paraíba. Docente convidada da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR).

A loucura é uma experiência humana percebida, vivenciada e reconhecida diferentemente nos diversos momentos históricos, conforme a visão de mundo da época. Conhecer a trajetória histórica da loucura constitui elemento significativo no processo de compreensão das práticas e dos discursos que a colocam, ora na instância filosófica, ora na jurídica, e, finalmente, na instância médica.

Na Antigüidade, a realidade ocidental era explicada pelos mitos, a loucura tinha interpretação mágica e os loucos eram vistos como mensageiros dos deuses. Durante a Idade Média a explicação do mundo era teológica. Portanto, a loucura era considerada ora como obra de Deus, necessária à caridade, ora como bruxaria e possessão demoníaca que a Igreja perseguia e castigava como exemplo para aqueles que pretendessem desafiar as regras da sociedade feudal (Foucault, 1975, p.75). Na Idade Moderna, com a instalação do capitalismo comercial, ocorreram mudanças nas formas de organização do trabalho e, em consequência dessas transformações, as cidades se encheram de desocupados, mendigos e vagabundos, ao mesmo tempo em que havia escassez de mão-de-obra. Iniciou-se, em toda a Europa, rigorosa repressão à mendicância, à vagabundagem e à ociosidade, tendo sido criadas instituições, as “casas de correção” e “do trabalho”, e os chamados “hospitais gerais”, onde passaram a ser encarcerados todos aqueles que encontravam-se incapazes de “tomar parte na produção, na circulação ou no acúmulo de riquezas” (Foucault, 1975, p.79). O internamento nessas instituições não tinha caráter médico, revelando um modo particular de perceber a incapacidade para o trabalho e a impossibilidade de inserção social. Nelas conviviam os devassos, os doentes venéreos, os homossexuais, os feiticeiros, os blasfemos e os insanos.

As idéias do Iluminismo, os princípios da Revolução Francesa e a Declaração dos Direitos do Homem, nos Estados Unidos, conduziram ao surgimento, no final do século XVIII, de movimentos de denúncias contra as internações arbitrárias dos loucos e as formas de punição e tortura, disfarçadas ou não sob a aparência de tratamento médico de que eram vítimas. Pinel iniciou um movimento de reforma que visava prestar aos loucos um cuidado médico sistematizado, que se generalizou com o nome de “tratamento moral”.

A loucura, no alvorecer do século XIX, torna-se uma verdade médica, adquirindo *status* de doença e sendo definida com base na racionalidade anátomo-clínica. É instituído um corpo de conceitos, a teoria psiquiátrica, para instrumentalizar essa nova prática clínica. O asilo foi criado e designado como o lugar adequado para a realização da cura do louco (Birman, 1978).

No final do século XIX surgiu a psicanálise, que deslocou a problemática da doença mental para fora das localizações corporais, definindo-a no universo do simbólico e estabelecendo as novas medidas terapêuticas. Apesar dessa nova perspectiva apontada pela psicanálise, prevaleceu na psiquiatria o discurso organicista, como possibilidade de definição etiológica da doença mental.

Todavia, a psiquiatria não tem conseguido confirmar, na prática, seu paradigma racionalista – doença mental/intervenção/cura – o que resultou na exclusão social do doente mental e na reafirmação da doença mental como indeterminada, indefinida e incurável. O modelo assistencial hospitalocêntrico em vigor, pautado no discurso organicista/racionalista, afasta o doente mental de sua família, dos amigos, silencia a sua voz, oferecendo, em contrapartida, um tratamento asilar, excludente, desumano e cronificador. Perrusi (1995) afirma que é necessário colocar a doença mental na dinâmica das relações interpessoais e sociais em que está inscrita. Desse modo, levar em conta o sofrimento psíquico oriundo da condição de ser doente mental e as transformações sofridas por essas pessoas pode significar a chance de reverter essa condição, pois quem a vivencia está sujeito às influências da cultura e da sociedade.

Esta investigação foi desenvolvida à luz da Teoria das Representações Sociais, uma vertente da Psicologia Social que vem sendo largamente utilizada em estudos na área da saúde, visto que a apreensão das representações sociais de determinadas doenças tem se mostrado útil na compreensão dos

comportamentos e das comunicações entre os sujeitos sociais e os profissionais que os assistem. Esta teoria foi elaborada por Moscovici, a partir do conceito sociológico de Durkheim de “*representações coletivas*”, para explicar a pluralidade dos modos de organização do pensamento social. O autor define representação social como “(...) uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (Moscovici, 1978, p.26).

O entendimento da produção das representações sociais deve considerar os planos simbólico e social. Em relação ao plano simbólico, Moscovici (1978) afirma que se encontram envolvidas três dimensões: a informação – compreendida pela organização dos conhecimentos que um grupo possui sobre um determinado objeto social; a atitude – que se refere à orientação global dos sujeitos em relação ao objeto da representação social; e o campo de representação social ou imagem – que compreende a organização a partir da hierarquização ou combinação dos conteúdos.

No plano social, o autor aponta três condições presentes na formação e dinâmica das representações sociais: pressão à inferência exercida pelos grupos junto aos seus membros; focalização, que compreende o engajamento do sujeito a um modo de interação ou opinião; e dispersão da informação relacionada ao tema ou ao objeto em foco, equivalente à apropriação do objeto, responsável pela determinação da subjetividade.

A construção das representações sociais ocorre mediante dois processos sócio-cognitivos: a objetivação e a ancoragem. A objetivação faz com que noções, idéias, imagens ou figuras se tornem reais; isto é, o que antes era abstrato é transformado em conceito concreto, é materializado. O processo de objetivação compreende uma seleção e uma descontextualização que permitem deslocar as informações de sua origem, trazendo-as para um repertório familiar. No processo de ancoragem ocorre a inserção orgânica do que é estranho no pensamento já constituído, realizando o enraizamento social da representação e de seu objeto.

A função da ancoragem é a de integração da novidade num esquema significante, que permite interpretar a realidade e orientar as condutas e relações sociais. O mundo do dia-a-dia das pessoas constitui uma rede de significados que precisa ser captada e interpretada por quem deseja compreender suas condutas. Nessa tentativa de captação e interpretação, não se leva em consideração um indivíduo isolado, mas as respostas individuais tidas como manifestações de tendências do “grupo de pertença” ou de afiliação, no qual os indivíduos participam (Jodelet *apud* Spink, 1994).

Compreende-se, assim, que a identificação das representações sociais do doente mental poderá nos deixar mais próximos daquilo que se concebe e imagina sobre ele: os sistemas de pensamento e de representação, as crenças e a simbologia presentes no imaginário social dos próprios indivíduos.

Metodologia

Caracterização do estudo

Trata-se de uma investigação qualitativa, exploratória e descritiva, que busca aprofundar o conhecimento sobre um fenômeno, a doença mental. Minayo (1993) afirma que a perspectiva metodológica qualitativa visa explicar os meandros das relações sociais que são consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, sendo apreendidas através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum.

O contexto e os sujeitos

As informações para esta pesquisa foram obtidas nas dependências do Sanatório Clifford, uma Unidade Hospitalar pertencente ao Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, na cidade de João Pessoa (PB), durante o período de abril a novembro de 1998. Trata-se de um hospital psiquiátrico público tradicional, onde os pacientes permanecem internados em regime fechado. Foram selecionados cinco

sujeitos para efetiva participação no estudo, dentre os quais, quatro são do sexo masculino e um do sexo feminino, com idades variando entre 22 e 33 anos; um é analfabeto e quatro têm Ensino Fundamental incompleto; três são católicos e dois são evangélicos; todos são solteiros e dois têm filhos; três são aposentados, uma trabalha como empregada doméstica e um é sustentado por familiares; a renda familiar média é de três salários-mínimos³. Para fins de apresentação dos resultados e garantia do anonimato dos sujeitos, adotou-se o uso de nomes fictícios escolhidos por eles próprios.

Técnicas de coleta de dados – os instrumentos

Os procedimentos metodológicos adotados para a realização desta investigação foram a entrevista semi-estruturada, o desenho-estória livre e o desenho-estória com tema. A entrevista semi-estruturada se caracteriza, no entender de Minayo (1993), por permitir que o entrevistado discorra sobre o tema proposto sem respostas ou condições prefixadas pelo entrevistador. O procedimento do desenho-estória foi introduzido por Trinca (1987) como instrumento de investigação clínica da personalidade de crianças e adolescentes. Proshansky apud Aiello-Vaisberg (1995) afirma que os métodos projetivos, como técnicas encobertas de pesquisa, podem ser usados nos casos em que o pesquisador depara-se com dificuldades de expressão do sujeito investigado. Assim, a técnica do desenho-estória mostrou-se um procedimento adequado aos propósitos do estudo, considerando-se que o doente mental, sujeito desta investigação, tem dificuldades para expressar-se em razão da própria natureza da doença mental. Ressalva-se que, neste estudo, o desenho-estória livre foi utilizado mais como meio de aproximação com os sujeitos do que como instrumento de coleta de dados.

Desenvolvimento das técnicas de coleta de dados

O contato com os sujeitos da pesquisa se deu através de conversas informais, nos corredores e na área de lazer do hospital, constituindo-se o acesso numa espécie de “namoro” com fases gradativas de aproximação até que se estabelecesse um clima de empatia e confiança mútuas. Só então eram dadas as explicações e solicitada a participação do mesmo. Em caso de aceitação, era combinado um encontro reservado, no próprio hospital, para aplicação das técnicas de coleta de dados. Durante o encontro com cada sujeito foram entregues duas folhas de papel em branco, sem pautas, tamanho ofício, um lápis preto nº 2 e uma borracha, sendo solicitado que elaborassem dois desenhos: um livre e outro com um tema único para todos os participantes, que consistiu em: *Desenhe o que é para você um doente mental*. Cada produção gráfica foi acompanhada de uma estória contada pelos sujeitos, constituindo a “verbalização”, que foi gravada em fita-cassete para posterior transcrição. Após a elaboração dos desenhos, realizou-se a entrevista que também foi gravada em fita-cassete e transcrita integralmente pela pesquisadora, logo após a realização de cada encontro.

Análise dos dados

Considerando que a estruturação e o significado das representações sociais dependem da inserção dos indivíduos nos grupos sociais, a metodologia mais indicada para o seu estudo constitui a análise do discurso dos atores sociais representativos desses grupos sociais. Desse modo, para trabalhar os dados coletados nesta investigação, optou-se, dentre as variadas perspectivas de análise de discurso, pela técnica de análise da enunciação que, no entender de Bardin (1977, p.173), tem como objetivo “apreender ao mesmo tempo diversos níveis imbricados (do discurso)”.

A utilização da análise da enunciação compreendeu um estudo exaustivo das entrevistas, processado conforme as duas etapas descritas por Andrade (1999). Na primeira etapa fez-se uma “análise vertical” onde cada entrevista foi estudada como um todo, considerando o conteúdo manifesto

³ Salário-mínimo vigente: R\$ 124,00 (cento e vinte e quatro reais).

e o latente, e sendo analisados tanto o fluxo quanto a estrutura do discurso. Em relação ao fluxo, verificou-se a rede de ligações entre os assuntos ou temas abordados pelos sujeitos a partir da frase geradora; e na análise da estrutura do discurso foram observadas as relações existentes entre os assuntos referentes à temática proposta. Nessa primeira etapa fez-se, inicialmente, a leitura flutuante de cada entrevista, intercalando a escuta do material gravado com a leitura do material transcrito. Buscou-se, assim, a “impregnação” dos dados de modo a captar os elementos que poderiam passar despercebidos. Depois, desenhou-se uma “árvore” cujas ramificações representaram o fluxo do discurso. A segunda etapa compreendeu uma “análise horizontal” das entrevistas que foram comparadas entre si, estabelecendo-se relações entre os elementos surgidos em cada uma delas. As ligações entre os vários feixes de relações fizeram surgir o sentido atribuído ao objeto da pesquisa no grupo social estudado. Após essa longa e exaustiva análise do material coletado, fez-se a correspondência entre os termos ou expressões utilizadas pelos entrevistados e as categorias simbólicas empíricas que foram compostas a partir das unidades de análise temáticas, e que são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1: distribuição das categorias e subcategorias simbólicas da doença mental.

| CATEGORIAS | SUBCATEGORIAS |
|--|---|
| 1. Manifestações/descrições de doença mental | <ul style="list-style-type: none"> • Doença • Doente |
| 2. Causas da doença mental | <ul style="list-style-type: none"> • Físicas • Psicossociais • Espirituais |
| 3. Tratamento da doença mental | <ul style="list-style-type: none"> • Médico/Físico • Psicológico • Social |
| 4. Relações interpessoais do doente mental | <ul style="list-style-type: none"> • Família • Profissionais do hospital • Outros grupos sociais |
| 5. Sentimentos relacionados à doença mental | <ul style="list-style-type: none"> • Positivos • Negativos |

A análise qualitativa dos discursos dos doentes mentais, utilizando-se a análise da enunciação, favoreceu a consideração das experiências vividas por cada sujeito dentro de seus contextos e significados, que mesmo inconscientes, estão presentes no imaginário social e pessoal, tendo como consequência as atuações no mundo externo.

Representações sociais dos doentes mentais

Categoria Número Um – Manifestações/Descrições da doença mental

Quadro 2: distribuição das unidades de análise temáticas sobre manifestações/descrições da doença mental, segundo os sujeitos do estudo.

| UNIDADES DE ANÁLISE SOBRE MANIFESTAÇÕES/DESCRIÇÕES | |
|--|---|
| DOENÇA | <i>“(...) passei a ver coisas estranhas (...) coisas do outro mundo (...) não tinha controle no corpo (...) não tinha noção de onde estava (...) tem doença que não tem cura (...) ficar doente dos nervos (...) entrei em crise de nervos (...) nem todo mundo é normal (...) tenho problema de nervos (...) comecei a ter alucinações (...) entrei num delírio (...) o médico disse que eu era esquizofrênico paranóico (...) de noite eu ouvia vozes (...) entrou em mim um encosto (...) ficar nervoso (...)”.</i> |
| DOENTE | <i>“(...) ser dependente dos outros (...) ser guiado pelas mãos dos outros (...) pessoa presa, imobilizada (...) sem ação pra nada (...) sem ânimo (...) sem alegria (...) sem vontade de viver (...) ver a alegria dos outros e não pode conviver no meio deles (...) não se diverte (...) sou revoltado (...) quando dá crise em mim (...) eu falo muito (...) sou um pouco esquecida (...) tudo o que conversa é criticado (...) um ser sem nenhum valor (...) um cobaia humano (...) ninguém dá confiança (...) ficar em casa (...) tomar injeção (...) de hospital em hospital até morrer (...) é como se tivesse preso (...) ficar calado (...) aceitar as ordens, as regras e conviver com elas (...) acatar só o que ele (profissionais) disser (...) é muito ruim (...) muitos têm medo da pessoa (...) quer arrumar uma namorada e não pode (...)”.</i> |

A doença mental, representada pelos entrevistados a partir de *manifestações/descrições*, tanto na perspectiva da *doença* em si quanto na de condição vivenciada por eles (*doentes*), representa um fenômeno decorrente de suas experiências cotidianas, e a sua interpretação resulta do conjunto de informações que cada indivíduo apreende ao longo de sua vida, bem como daquilo que absorve das interações com outros indivíduos do seu grupo social. Suas falas, na medida em que descrevem sintomas e sensações por eles experimentadas, revelam que suas representações são ancoradas no discurso médico-organicista que coloca a doença mental fortemente ligada ao aspecto físico-orgânico; discurso veiculado pelos meios de comunicação de massa, e que foi sendo reelaborado ao longo do tempo.

A doença mental, como condição vivenciada pelos sujeitos, é representada como geradora de dependência, de incapacidade e de limitação de vida. Percebendo-se, também, um sentido de irreversibilidade, na medida em que a morte é vista como o único fator capaz de alterar essa condição. Observa-se que, simbolicamente, a doença mental é considerada privilegiada pela desventura, individual e coletiva, atribuída às pessoas consideradas doentes. Assim, ela exige dessas pessoas uma explicação que anuncie uma verdade acerca da ordem de seu “grupo de pertença” e do seu corpo doente.

Essa perspectiva permite aludir ao entendimento de Herzlich *apud* Moreira (1998) que compreende a doença como uma metáfora em que o pensamento sobre ela abrange a busca do significado como um mal, sendo, simultaneamente, o pensamento acerca do mundo e da sociedade. Desse modo, a experiência individual da doença e a concepção que se tem sobre ela não estão isoladas do conjunto dos fenômenos macrossociais. Portanto, ser um doente não designa apenas um estado biológico, mas define também a “pertença” de um *status* dos sujeitos sociais.

Quadro 3: distribuição das unidades de análise temáticas sobre as causas da doença mental, segundo os sujeitos do estudo.

UNIDADES DE ANÁLISE SOBRE CAUSAS

FÍSICAS

“(...) usar drogas (...) serviço demais (...) passar muito tempo acordado (...) bebida, muita bebida (...) fraqueza no corpo (...) desde nascença vem com problema (...) uma batida de carro (...) usei muita droga, aí eu fiquei doente (...) passar muitas noites sem dormir (...) o louco mesmo é o de nascença (...) se alimentar fora de hora (...) não fazer exercício (...) é defeito de família (...)”.

PSICOSSOCIAIS

“(...) meu pai judiou muito com a minha mãe, aí eu fiquei revoltado (...) a pessoa ficar se aperrando à toa (...) ficar botando caraminhola na cabeça (...) fui me envolver com homem cachorro (...) fiquei mais doente ainda (...) raiva de alguma coisa do passado (...) aborrecimento muito forte, eu fico assim (...) pode ser raiva também (...) por causa de falta de emprego (...) carregaram três sacolas de roupas minhas, aí fiquei desesperada (...) fiquei desempregada, aí entrei em crise de nervos (...) através dos outros que não deram credibilidade a mim (...) minha vida foi de muito sacrifício (...) fui criado como Deus criou batata (...) minha família me abandonou (...)”.

ESPIRITUAIS

“(...) como se tivesse endemoniado (...) entrou em mim foi como um encosto (...) pensando que era demônio (...)”.

As representações sociais sobre as causas da doença mental, elaboradas pelos sujeitos do estudo, surgem como fruto das interações sociais vivenciadas nos percursos de suas vidas: desajustes familiares, relacionamentos amorosos fracassados, pobreza, desemprego. As representações sociais sobre concepções etiológicas físico-orgânicas da doença mental, geralmente, encontram-se ancoradas na hereditariedade e no defeito ou desvio, revelando-a como um atributo profundamente enraizado que resulta na limitação dos sujeitos em relação às aspirações de cura ou controle da doença.

As representações sociais que expressam explicações de cunho psicossocial permitem ao sujeito ver sua condição de doente mental como resultado de algo que simplesmente “aconteceu” e que, de um certo modo, poderia acontecer a qualquer um que se visse em circunstâncias semelhantes, tornando o problema pessoal mais leve e suportável e revelando os aspectos imprevisíveis e incontroláveis da doença mental. As representações sociais sobre causas espirituais da doença mental, construídas pelos sujeitos, ancoram-se na dificuldade de definição etiológica dessa doença e no aspecto “sobrenatural” dos sintomas apresentados por seus portadores, reafirmando o caráter estranho e ameaçador da doença mental, presente no imaginário social e que leva as pessoas a perceberem o doente mental como perigoso.

Quadro 4: distribuição das unidades de análise temáticas sobre o tratamento da doença mental, segundo os sujeitos do estudo.

UNIDADES DE ANÁLISE SOBRE O TRATAMENTO

| | |
|----------------------|--|
| MÉDICO/FÍSICO | <i>“(...) é só remédio (...) só comprimido (...) tomar injeção (...) ficar calado (...) tão dando remédio pra minha saúde (...) tô tomando remédio direitinho (...) vim tomar medicamento e ficar boa (...) mãe me levou ao médico (...) tomei essa medicação (...) fiquei tomando remédio em casa (...) impregnado (...) não queria tomar remédio com medo da impregnação (...)”.</i> |
| PSICOLÓGICO | <i>“(...) orientações pelo psicólogo (...) ficam perguntando o que aconteceu comigo (...) aí eu fico contando as coisas (...) atenção dos psicólogos e das enfermeiras (...)”.</i> |
| SOCIAL | <i>“(...) recreio (...) uma festinha (...) passeio (...) lazer (...) a recreação (...) os passeios (...) observando o comportamento dos pacientes (...) levaram eu para o aeroporto de avião (...) isolado (...) preso (...) imobilizado (...) não me sinto cidadão (...)”.</i> |

O tratamento da doença mental pode ser apreendido como predominantemente medicamentoso, tendo em vista que todos foram unânimes ao mencioná-lo como a primeira modalidade. Em relação às formas de tratamento apontadas como psicológicas e sociais, observa-se que os sujeitos deixam transparecer alguma dificuldade na sua identificação. Ou seja, eles hesitam em associar fatos como recreação, festas, passeios e “conversas” com os psicólogos e enfermeiros, a um tipo de tratamento.

Categoria Número Quatro – Relações interpessoais do doente mental

No que diz respeito à família, os sujeitos relatam situações de conflitos, desentendimentos e agressões, perpassadas por incompreensão, rejeição e abandono. Evidencia-se, nas representações sociais elaboradas por eles, registradas nas unidades de análise temáticas, um posicionamento favorável. Contudo, percebe-se a predominância de representações sociais de cunho desfavorável. Referindo-se aos profissionais do hospital, prevalecem representações sociais positivas, embora seja identificada também a representação social de uma postura superior e autoritária, exercida pelos profissionais em relação aos doentes mentais sujeitos desta investigação. As relações interpessoais dos sujeitos com outros grupos sociais (vizinhos, amigos, colegas de escola e/ou trabalho, patrões etc.) são representadas por expressões denotativas de negatividade. Os relatos analisados evidenciam o caráter estigmatizante, preconceituoso e excludente, do qual são revestidas essas relações.

Quadro 5: distribuição das unidades de análise temáticas sobre as relações interpessoais do doente mental, segundo os sujeitos do estudo.

UNIDADES DE ANÁLISE SOBRE AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

FAMÍLIA

"(...) eu moro com meus irmãos (...) tem muitas desavenças (...) eu chegava perturbando a paz deles (...) minha irmã e meu cunhados me tratam bem (...) tentei agredir meu cunhado (...) meus pais são falecidos (...) relacionamento muito difícil (...) meu irmão fica se afastando de mim (...) bato na minha mãe quando dá crise em mim (...) eu se dou mais bem é com a minha madrinha (...) minha mãe reclama muito comigo porque eu tô desempregada (...) meus irmãos reclamam que eu falo demais (...) quando eu tô sem dinheiro, fica me xingando (...) meu relacionamento com a minha mãe é bom (...) não falo muito com a minha irmã porque ela é muito exaltada (...) para evitar briga (...) meus sobrinhos me respeitam, gostam de mim (...) meu pai conversa comigo (...) minhas tias também não me chamam de doente (...) moro com minha mãe de criação (avó) na casa de minha tia (...) meus irmãos são legais comigo (...) fico discutindo com a minha tia (...)".

PROFISSIONAIS DO HOSPITAL

"(...) é gente fina; vejo amizade, amor, carinho e atenção (...) se não fosse os médicos, os psicólogos que tratam a pessoa com amor, os doentes mentais não seriam nada (...) eles entendem a doença, não debocham (...) eu respeito todos eles (...) as doutoras gostam muito de mim (...) me tratam bem (...) tratam normal (...) não tratam com aborrecimento nem com espancamento (...) como se fosse uma pessoa normal (...) eu sou o paciente e ele é o mandante daqui (...) como se eu fosse inferior a ele (...) eles não escutam o que a gente quer falar (...) eles respeitam eu (...) às vezes o doutor 'fulano' é abusado (...) elas (as enfermeiras) gostam muito de mim (...) a atenção dos psicólogos, das enfermeiras (...) isso me ajuda muito (...)".

OUTROS GRUPOS SOCIAIS

"(...) trata com galhofa (...) debocha da pessoa (...) reagem de uma maneira estranha (...) não quer que a pessoa faça o serviço (...) tem medo de que a pessoa não faça direito (...) com desconfiança da pessoa (...) meus amigos, meus vizinhos consideram eu como um doente (...) todo mundo gosta de mim (...) eu respeito todo mundo lá na minha rua, (...) chamam a policia pra me levar pro hospital (...) a policia me trata muito mal (...) o povo de lá gosta muito de se importar com a vida dos outros (...) chama de doida (...) se eu for trabalhar e digo que já fui internada aqui, ninguém vai querer (...) pensa que a pessoa não sabe fazer as coisas direito ou não sabe fazer nada (...) têm medo (...) vão perdendo a confiança em você (...) não dá mais credibilidade (...) tudo o que você conversa é criticado (...) as pessoas lhe vêem de maneira diferente (...) não deposita aquela confiança (...) não falo com os vizinhos (...) não falo com ninguém de fora (...) não tenho amigos (...) não me sinto bem com gente estranha (...) só lhe tratam como um anormal (...) muitos tratam de doido (...) chamam de perturbado (...) muitos pensam que eu sou agressivo (...) ficaram com medo (...) me vêem na rua e tomam distância (...) não me sinto cidadão (...)".

Categoria Número Cinco – Sentimentos dos doentes mentais

Quadro 6: distribuição das unidades de análise temáticas sobre os sentimentos relacionados à doença mental, segundo os sujeitos do estudo.

UNIDADES DE ANÁLISE SOBRE OS SENTIMENTOS

| POSITIVOS | NEGATIVOS | |
|--------------|-----------------|------------------|
| ▪ amizade | ▪ revoltado | ▪ desconfiança |
| ▪ amor | ▪ dependente | ▪ incomodado |
| ▪ carinho | ▪ desorientação | ▪ saudade |
| ▪ atenção | ▪ descontrole | ▪ arrependimento |
| ▪ força | ▪ agressividade | ▪ tristeza |
| ▪ alegria | ▪ galhofa | ▪ morte |
| ▪ gostar | ▪ deboche | ▪ nervoso |
| ▪ respeito | ▪ estranha | ▪ limitação |
| ▪ esperança | ▪ medo | ▪ perturbado |
| ▪ aceitação | ▪ isolado | ▪ desespero |
| ▪ calma | ▪ raiva | ▪ sofrimento |
| ▪ ajuda | ▪ rejeição | ▪ culpa |
| ▪ não doente | ▪ desavença | ▪ desvalorização |
| | ▪ aborrecimento | ▪ inútil |
| | ▪ discriminação | ▪ inferior |
| | ▪ exclusão | ▪ passividade |
| | ▪ roubado | ▪ choro |

Constata-se, nesta categoria, que os sujeitos dão ênfase maior aos sentimentos negativos relacionados à doença mental, talvez pelo fato de serem eles próprios que vivenciam a experiência da doença, sugerindo uma orientação negativa por sofrerem preconceitos e discriminações da sociedade.

O doente mental vivencia a sua condição enfrentando modificações, decorrentes do confronto com suas representações sociais e com as da sociedade, que são agravadas pelos conflitos próprios do processo de adoecer. Dessa luta interna e externa resultarão sua inserção e permanência no seu “grupo de pertença”, no qual as formas de interações simbólicas são utilizadas na vida diária, sendo transformadas em contextos sociais específicos, a partir de suas experiências como doentes mentais. Sendo a doença mental concebida como fenômeno conflituoso, ela ameaça e modifica a vida dos sujeitos no que diz respeito às suas inserções sociais e ao equilíbrio coletivo.

Entrelaçando teoria e pesquisa

A identificação das representações sociais elaboradas pelos doentes mentais sujeitos deste estudo possibilitou compreender que a sua vivência com a doença mental está continuamente perpassada por três elementos, a saber: o estigma, o preconceito e a exclusão. Desse modo, faz-se propício construir uma “discussão” entre a fala dos sujeitos, as idéias dos “estudiosos” e a compreensão pessoal da pesquisadora acerca desses elementos.

O estigma é conceituado por Goffman (1982, p.13) como sendo a situação em que “...um indivíduo (...) possui um traço que pode se impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus”. Com efeito, nas falas dos sujeitos, transcritas a seguir, é possível identificar evidências do estigma que é atribuído ao doente mental pelas diversas pessoas que, direta ou indiretamente, relacionam-se com ele: “... trata com galhofa, debocha da pessoa (...) é ignorado, por muita gente da sociedade (...) as pessoas vão perdendo a confiança em você; não dá mais credibilidade; tudo o que você conversa é criticado (...) as pessoas lhe vê de maneira diferente (...) você fica um ser sem valor nenhum (...) só lhe tratam como um anormal (...) muitos só conhecem a pessoa por doido (...) a pessoa quer arrumar uma namorada, não pode (...) muitas pessoas quando vê a pessoa, passa pelo outro lado da rua, com medo...”

Estando intrinsecamente entrelaçado ao estigma e sendo ao mesmo tempo um desdobramento deste, torna-se fácil apreender dos relatos dos entrevistados o preconceito a que estão sujeitos na sua vida cotidiana.

O preconceito constitui uma atitude negativa, com relação a um grupo ou a uma pessoa baseado num processo de comparação social no qual o ponto positivo de referência é o grupo do indivíduo; sua manifestação comportamental é a discriminação, expondo suas vítimas a um tratamento imerecido (Jones, 1973).

Tal pensamento é confirmado por Rose (1972) para quem o preconceito é geralmente acompanhado de opiniões infundadas a respeito das pessoas sujeitas a ele, a exemplo da concepção de que o doente mental é perigoso, agressivo e incapaz. É inegável que, durante uma crise psicótica, um paciente pode mostrar-se agressivo e até destrutivo, não significando, porém, que o doente mental seja permanentemente uma pessoa perigosa que precisa ser mantida presa e privada de suas relações familiares e sociais. Um dos sujeitos investigados demonstra tristeza ao perceber o medo que as pessoas têm dele, por julgá-lo agressivo: “... muitos quando vêm eu, pensa que sou agressivo, aí corta caminho pelo outro lado da rua (...) aí eu fico triste...” A percepção de que inspira medo nos outros cria dificuldades de relacionamento e o doente mental, num movimento defensivo, acaba se distanciando das pessoas, isolando-se, como revelado nas falas transcritas a seguir: “...não tenho amigos (...) não me sinto bem com gente estranha (...) nunca me dou com pessoas diferentes (...) sou isolado em casa...”

No sistema capitalista vigente, em que os indivíduos são avaliados por sua capacidade produtiva, o preconceito de que o doente mental é incapaz de engajar-se em uma atividade profissional acaba por colocá-lo fora do mercado de trabalho, obrigando-o a uma ociosidade e improdutividade que o transformam em um fardo para sua família, fazendo-o sentir-se particularmente desvalorizado. Assim,

esse preconceito representa um obstáculo para a obtenção de emprego, como se percebe no discurso seguinte: "...ele não quer que a pessoa faça o serviço, tem medo de que a pessoa não faça direito..." Preocupação idêntica é partilhada por outro sujeito que afirma só conseguir emprego quando omite sua passagem pelo hospital psiquiátrico: "...se eu for trabalhar numa casa e digo que já fui internada aqui, ninguém vai querer..."; sabendo que se mencionar seu "*problema de nervos*", a opinião infundada que as pessoas têm de sua incapacidade para o trabalho prevalecerá sobre as suas reais aptidões; a defesa encontrada é a omissão de informações, quando isto é possível.

O cidadão comum, ao tornar-se doente perde, gradativamente, os traços fundamentais da cidadania plena. Desse modo, ser doente significa a perda do direito de manifestar desejos, do poder de volição, deambulação, razão e decisão. O doente desvia-se da condição de cidadão pleno para a condição de não-cidadania no sentido social, jurídico, político, médico e familiar.

Quando a situação patológica apresenta características de irreversibilidade, como ocorre em vários casos de doença mental, o doente pode tornar-se indesejável e incômodo, colocando-se a alternativa de exclusão do convívio familiar e social, através da internação em instituições fechadas, como o hospital psiquiátrico tradicional. O principal instrumento de exclusão dos doentes mentais pela sociedade tem sido, ao longo da história, o isolamento nos manicômios, asilos ou hospitais psiquiátricos. Tal prática constitui a negação de um direito elementar do ser humano, que é a liberdade. O doente mental que, supostamente, estaria usufruindo o "direito" de ser "tratado", na verdade sofre um corte gradativo dos laços de identificação que possa ter com o mundo "normal". As perdas sofridas são acentuadas e agravadas pela prática corrente de sucessivas reinternações e longas permanências no hospital. Trancafiado em um espaço fabricado para a reprodução da loucura, como afirma Moffatt (1983), o paciente perde a possibilidade de estabelecer contatos sociais que possam restituir-lhe a capacidade de viver em outra comunidade que não seja aquela em que já se encontra: o hospital psiquiátrico.

A exclusão se faz também através de métodos mais insidiosos e sutis, como quando se dificulta ou se impede a circulação do doente mental nos diferentes espaços sociais: na educação, no trabalho, no lazer. Desse modo, a condição vivenciada pelo doente mental ultrapassa a simples exclusão dos direitos sociais e do estatuto da cidadania, constituindo a sua anulação como ser humano que, no dizer de Laing apud Pereira (1997), conduz à perda da condição existencial plena como pessoa humana e responsável, tornando o paciente alguém destituído de sua própria definição de si, incapaz de manter aquilo que é seu e impedido de decidir com quem irá se encontrar ou o que irá fazer.

Conclusões

O processo de construção das representações é definido pelas condições sociais dependendo, conseqüentemente, da inserção/interação dos indivíduos com o seu grupo de pertença. Emerson, Paulo, Valdenize, José e Gil, sujeitos desta investigação, pertencem a uma categoria de pessoas pobres cujas vidas foram entrecortadas por diferenças determinadas pela doença mental. Suas trajetórias estão marcadas pela intimidade com a desigualdade, injustiça, solidão e desesperança. Portanto, escutá-los constitui uma forma de dar ouvido às tantas outras vozes que se constituem em contradições vivas, presentes e reais, às vezes ativas, às vezes latentes, mas que sugerem potencialidades adormecidas, retidas nos percursos pessoais.

Os aspectos estigmatizantes e preconceituosos, presentes nas representações do doente mental, conduzem-no a um processo de exclusão como membro da sociedade, relegando-o, assim, a uma classe de cidadãos de segunda categoria, os marginalizados. Os achados da pesquisa comprovam que o doente mental tem uma percepção de si próprio e do modo como é visto pelos outros, a despeito do pouco caso que se tem dado à sua voz; e que essa percepção tem influência significativa sobre seu comportamento e sua qualidade de vida.

A psiquiatria tem vivido, nos últimos anos, um período de transformação de suas práticas assistenciais. Apesar de ainda prevalecer no Brasil um tipo de atendimento direcionado para a continuidade ou a reprodução de práticas que há muito se revelaram inadequadas, testemunha-se, hoje, a criação de novos serviços que atuam em uma linha comunitária, humanizada e reintegradora do sujeito no seu contexto social, constituindo um processo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica. Como, então, reverter o quadro encontrado nos achados desta pesquisa? Qual o nosso papel como enfermeira e participante de uma equipe multiprofissional de assistência em saúde mental? Faz-se necessário empreender empenho maior e mais efetivo na busca de melhores condições de vida e de uma assistência mais digna que considere o indivíduo no seu contexto histórico, psicossocial e cultural, possibilitando o reencontro dos caminhos que se fizeram confusos ou perdidos ao longo da existência dessas pessoas. Nesta perspectiva, torna-se urgente a necessidade de se reconstruir conceitos, refazer imagens, repensar práticas, refletir e criar novas possibilidades para essas pessoas, cujas vidas foram ou estão sendo lentamente anuladas.

Considerando os achados da pesquisa em relação à problemática do doente e da doença mental, ao finalizar este trabalho, propõem-se algumas recomendações:

- 1) a enfermeira assistencial poderá buscar a solidificação do seu papel social de maneira mais efetiva, aceitando o desafio de suscitar discussões no seio da sociedade acerca das representações sociais sobre o doente e a doença mental, contribuindo para uma transformação positiva dessas representações;
- 2) à enfermeira docente, caberá a possibilidade de direcionar o processo de ensino-aprendizagem dos alunos de graduação em enfermagem para um enfoque mais holístico e dialético, desenvolvendo competências para conviver com as diferenças e necessidades advindas da doença mental;
- 3) a enfermeira pesquisadora encontrará, nas discussões levantadas neste estudo, estímulo para realizar outras investigações, visando a construção de um novo saber psiquiátrico.

Espera-se, com esta pesquisa, ter colocado ao alcance da enfermeira, e de outros profissionais sensíveis e interessados nesta temática, algumas inferências e questionamentos sobre a condição vivenciada pelos doentes mentais, provocando reflexões que suscitem mudanças na postura de todos aqueles que, de algum modo, são responsáveis pela assistência à saúde dessas pessoas.

Referências Bibliográficas

- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. *O uso de procedimentos projetivos na pesquisa em representações sociais: projeção e transicionalidade*. São Paulo : Instituto de Psicologia da USP, 1995. (mimeo.)
- ANDRADE, M. A. A. de. *Cultura, política, identidade e representações sociais*. Recife : Massangana, 1999.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Rio de Janeiro : Edições 70, 1977.
- BASTIDE, R. *Sociologia das doenças mentais*. São Paulo : Ed. Nacional, 1967.
- BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro : Graal, 1978.
- FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro : Tempo Universitário, 1975.
- _____. *História da loucura*. 2. ed. Rio de Janeiro : Perspectiva, 1987.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade*. 4. ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1982.
- JONES, J. M. *Racismo e preconceito*. São Paulo : EDUSP, 1973.

- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2. ed. São Paulo : HUCITEC-ABRASCO, 1993.
- MOFFATT, A. *Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular*. 4. ed. São Paulo : Cortez, 1983.
- MOREIRA, A. S. P. *A epilepsia e a aids na concepção do conhecimento cotidiano*. 1998. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.
- MOSCOVICI, S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro : Zahar, 1978.
- PERRUSI, A. *Imagens da loucura: representação social da doença mental na psiquiatria*. São Paulo : Cortez, 1995.
- ROSE, A. N. A origem dos preconceitos. In: RAÇA e ciência II. São Paulo : Perspectiva, 1972. (Debates – Ciências Sociais, 56).
- SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. (Org.). *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis : Vozes, 1994.
- TRINCA, W. *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. 2. ed. Belo Horizonte : Interlivros, 1987.

Social representations of mental disordered patients

Abstract

The current study on mental disorder aim to identify the social representations of Mental disordered patients hospitalized, approaching aspects of the social contact with the family, the professionals from the hospital and other social groups. It is a qualitative research, in which a semi-structured interview was used as theoretical-methodological procedures and the projective technic of free drawing-story and with a theme. The analysis of the propotion was used to work out the data, allowing to identify the social representations. From the social representations identified it was apprehended that its life trajectories are marked for the intimacy with the stigma, the prejudice and the exclusion. Thus, the present information in this investigation constitutes valuable knowledge for an understanding of the problem of mental diseased capable to drive to the redimensionality of the professional practices in mental health, being taken into account the representations and expectations of the social subjects.

Key words: mental diseased; social representation; mental health.

COSTA, M. do M. H. da; MIRANDA, C. A. S. de. Social representations of mental disordered patients. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde*, Londrina, v. 2, n. 1, p. 53-65, out. 2000.