

Manoela Martins de Medeiros

**INFORMAÇÃO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS:
ESTUDO EXPLORATÓRIO COM FAMILIARES DE PORTADORES DE
SOFRIMENTO MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Ciência da Informação da Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência da Informação.

Área de Concentração: Produção, Organização e Utilização da Informação.

Linha de pesquisa: Informação, Cultura e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Eugênia Albino Andrade.

Belo Horizonte

Escola de Ciência da Informação – ECI

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

2005

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Escola de Ciência da Informação – ECI
Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação - PPGCI

Dissertação intitulada “*Informação e representações sociais: estudo exploratório com familiares de portadores de sofrimento mental*”, de autoria da mestranda Manoela Martins de Medeiros, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Dra. Maria Eugênia Albino Andrade – ECI/UFMG – Orientadora

Profa. Dra. Alcenir Soares dos Reis – ECI/UFMG

Profa. Dra. Maria Ângela Mattos – PUC/MG

Profa. Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna – ENF/UFMG

Profa. Dra. MARLENE DE OLIVEIRA
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação – ECI/UFMG

Belo Horizonte, 03 de novembro de 2005.
Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Belo Horizonte, MG – 31270-901 – Brasil

Ao meu pai, Joaquim (in memorian),

À minha mãe, Inez,

pelo que aprenderam com a vida e

pelo que aprendi com eles.

Ao Jó, pela cumplicidade nesses anos de convivência.

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho significa uma grande vitória. Por isso, sou imensamente grata às pessoas e instituições que contribuíram para sua realização. Talvez, algumas não sejam mencionadas. Mas, o nome de cada uma estará sempre registrado no meu coração.

Em primeiro lugar, quero agradecer a Lei Mística: a minha fé foi o que me moveu em momentos difíceis. O desafio de levantar-se só, a certeza de que o processo de construção do conhecimento é um ato solitário são lições importantes que guardarei comigo.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Eugênia, pela acolhida no Programa de Pós Graduação em Ciência da Informação e pela sabedoria na condução do processo de orientação.

Às professoras Beatriz Cendón (PPGCI/UFMG) e Paula Vianna (ENF/UFMG) pelas valiosas sugestões durante a banca de qualificação.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, especialmente, àqueles com os quais cursei disciplinas: Ísis Paim, Regina Marteleto, Helena Crivellari, Aparecida Moura, Alcenir, Eduardo Wense, Lígia, Lurdinha (Faculdade de Educação/UFMG) e Cláudia Penna (Escola de Enfermagem/UFMG). Obrigada. Cada um deixou uma contribuição para o meu objeto de estudo.

A Viviany e Goreth da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, obrigada pela compreensão, profissionalismo e gentileza com que me atenderam durante o período do mestrado.

Aos meus colegas de entrada no mestrado em Ciência da Informação 2003: Julianne, Cida Shikida, Cida Lourenço, Adalgisa, Heloisa, Polianna, Mauro, Ludmila, e tantos

outros. O curto e intenso período de realização das disciplinas foram mais agradáveis em função de vocês.

À minha família, meu ponto sustentação no mundo: minha mãe, Inez; meu marido, Jó; minha irmã, Daya; meus irmãos, Joel, Getúlio e Vantuil; meus sobrinhos, minhas sobrinhas, meus sogros, meus cunhados e minhas cunhadas. Pode não parecer, mas tem muito de vocês nas páginas que escrevi.

Aos meus alunos, obrigada pelo desafio em construir uma relação de sujeitos.

Às Faculdades Integradas de Caratinga (FIC), obrigada pelo espaço de trabalho.

À equipe de saúde mental da Prefeitura Municipal de Ipatinga, obrigada pela acolhida para a realização deste estudo e pela luta em construir um serviço com orientação psicossocial.

À Associação Loucos por Você, obrigada pelo apoio e por acreditar que uma sociedade sem manicômios é possível.

Aos informantes da pesquisa, obrigada por me permitirem conhecer um pouco o mundo de vocês.

“Conhecer é tarefa de sujeitos”.

Paulo Freire

RESUMO

Este estudo tem como objetivos identificar as práticas informacionais e as representações sociais de familiares de portadores de sofrimento mental sobre o louco, a loucura e o tratamento da loucura; verificar a viabilidade da teoria das representações sociais para os estudos de usuários em Ciência da Informação; compreender o processo de elaboração das representações sociais sobre o louco, a loucura e o tratamento da loucura a partir das ações de informação. O cenário do estudo é o campo da saúde mental que está passando por uma grande transformação em função do processo de reforma psiquiátrica. O *lôcus* da pesquisa, constituído por um pequeno recorte dentro deste campo, é a Clínica Psicossocial, localizada na cidade de Ipatinga/MG. O trabalho se insere em uma vertente de estudos em Ciência da Informação que se fundamenta numa concepção de informação como processo de construção do conhecimento que se apóia na cultura e nas práticas sociais. Nesse sentido, busca nos construtos teóricos que vêm sendo denominados informação social e antropologia da informação seu referencial teórico-metodológico. Além disso, adota a teoria e o fenômeno das representações sociais, na sua vertente desenvolvida a partir dos anos de 1960, como uma categoria de análise para auxiliar na tarefa de construção e análise do objeto. A teoria das representações sociais se mostrou de grande valor para os estudos de usuários na perspectiva da antropologia da informação, uma vez que ambas consideram o senso comum e o conhecimento prático como formas de conhecimento que possuem a sua lógica, a sua estrutura, a sua epistemologia e são fundamentais na vida cotidiana. O processo de transferência de informação foi analisado de acordo com o modelo denominado diagramático, proposto por Teixeira (1997), o que possibilitou enxergar os atores do processo informacional (emissores e receptores) de forma interativa. Nesse sentido, a informação não se vincula apenas a comunicação representativa, mas também a organização do serviço: sua tecnologia,

o cenário e seus atores - profissionais, usuários e familiares. Para a análise do processo de recepção da informação, foram utilizados os conceitos de objetivação e ancoragem da teoria das representações sociais. A pesquisa empírica revelou que a experiência de cuidar e acompanhar o tratamento de um portador de sofrimento mental é o principal elemento formador das representações sociais do louco, da loucura e do tratamento da loucura. A abordagem do tratamento psicossocial proposta no processo de reforma psiquiátrica encontra acolhida na medida em que consegue se ancorar na experiência, no cotidiano vivido pelos familiares de portadores de sofrimento mental. Ou seja, a transferência de informação só se efetivará se estiver de acordo com essa informação anterior adquirida através da experiência. Nesse sentido, o emprego da teoria das representações sociais possibilitou um novo modo de enxergar o aspecto cognitivo dos processos de informação e conhecimento que pode abrir novas perspectivas para os estudos de usuários.

ABSTRACT

This study has as objectives to identify the practices of information and the relatives' of carriers of mental suffering social representations on the lunatic, the madness and the treatment of the madness; to verify the viability of the theory of the social representations for the users' studies in Science of the Information; to understand the process of elaboration of the social representations on the lunatic, the madness and the treatment of the madness starting from the actions of information. The scenery of the study is the field of the mental health that is going by a great transformation in function of the process of psychiatric reform. The locus of the research, constituted by a small one cuts out inside of this field, it is Clínica Psicossocial, located in the city of Ipatinga/MG. The work it inserts in a slope of studies in Science of the Information that is based in a conception of information as process of construction of the knowledge that leans on in the culture and in the social practices. In that sense, it looks for in the theoretical constructs that come being denominated social information and anthropology of its information theoretical-methodological referential. Besides, it adopts the theory and the phenomenon of the social representations, in its slope developed starting from the years of 1960, as an analysis category to aid in the construction task and analysis of the object. The theory of the social representations was shown for the users' studies of great value in the perspective of the anthropology of the information, once both consider the common sense and the practical knowledge as knowledge forms that possess its logic, its structure, its epistemology and they are fundamental in the daily life. The process of transfer of information was analyzed in agreement with the model denominated diagrammatic, proposed by Teixeira (1997); what facilitated to see the actors of the process of information (originators and receivers) in an interactive way. In that sense, the information is not just linked the representative communication, but also the organization of the service: its

technology, the scenery and its actors - professionals, users and relatives. For the analysis of the process of reception of the information, the “objetivação” concepts and anchorage of the theory of the social representations were used. The empiric research revealed that the experience of to take care and to accompany the treatment of a carrier of mental suffering is the main element that forms the lunatic's social representations, of the madness and of the treatment of the madness. The treatment psychosocial proposed in the process of psychiatric reform finds welcome in the measure in that it is gotten to anchor in the experience, in the daily lived by the relatives of carriers of mental suffering. That is to say, the transfer of information will only happen if it is in agreement with that previous information acquired through the experience. In that sense, the employment of the theory of the social representations facilitated a new way of seeing the cognitive aspect of the processes of information and knowledge that he can open new perspectives for the users' studies.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Relação entre estratos informacionais e abordagens teóricas e metodológicas predominantes.....	31
Quadro 2 - Quadro comparativo entre o modo asilar e o modo psicossocial de tratamento da doença mental - concepção do objeto e dos meios e instrumentos para seu manuseio.....	106
Quadro 3 - Quadro comparativo entre o modo asilar e o modo psicossocial de tratamento da doença mental - formas de organização do dispositivo institucional	108
Quadro 4 - Quadro comparativo entre o modo asilar e o modo psicossocial de tratamento da doença mental - formas de relacionamento com a clientela.....	109
Quadro 5 - Quadro comparativo entre o modo asilar e o modo psicossocial de tratamento da doença mental - concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos.....	110
Quadro 06 - Quadro comparativo entre as representações sociais do portador de sofrimento mental pretendidas pelo modelo asilar e pelo modelo psicossocial.....	128
Quadro 07 - Quadro comparativo entre as representações sociais da loucura pretendidas pelo modelo asilar e pelo modelo psicossocial.....	129
Quadro 08 - Quadro comparativo entre as representações sociais do tratamento da loucura pretendidas pelo modelo asilar e pelo modelo psicossocial.....	129

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Vínculo de parentesco do informante com o portador de sofrimento mental ..	131
Tabela 2 - Idade do informante	132
Tabela 3 - Estado civil dos informantes	132
Tabela 4 - Grau de instrução dos informantes.....	133
Tabela 5 - Renda familiar dos informantes.....	134
Tabela 6 - Número de pessoas que habitam a mesma casa.....	135
Tabela 7 - Tempo de adoecimento do portador de sofrimento mental do qual o informante é cuidador	136
Tabela 8 - Número de internações psiquiátricas pelas quais passou o portador de sofrimento mental do qual o informante é cuidador.....	136

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFB – Associação Franco Basaglia

AFDM - Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CLIPS – Clínica Psicossocial

DINSAN - Divisão de Saúde Mental/ Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

MS – Ministério da Saúde

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

PSF – Programa Saúde e Família

ONG – Organização não – governamental

SAS – Secretaria de Assistência a Saúde/ Ministério da Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO	23
2.1 Ciência da Informação: breve histórico.....	23
2.1.1 O social na Ciência da Informação.....	28
2.2 Informação e conhecimento.....	33
2.3 Transferência de informação versus socialização da informação.....	37
2.3.1 A rede como metáfora	41
3 REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO.....	50
3.1 Representações sociais	51
3.1.1 O conceito e a função das representações sociais	56
3.2 Percurso metodológico	62
3.2.1 Fase exploratória de pesquisa e trabalho de campo.....	63
3.2.2 Fase de análise.....	68
4. O CAMPO DE PESQUISA	74
4.1 A gênese da doença mental.....	74
4.2 O surgimento da clínica psiquiátrica	76
4.2.1 Experiências de reforma psiquiátrica	82
4.3 O tratamento da doença mental no Brasil	87
4.3.1 A reforma psiquiátrica brasileira	93
4.3.2 A reforma psiquiátrica em Ipatinga/MG	98
4.3.3 Descrição da Clínica Psicossocial – CLIPS	101

5 ANÁLISE DA CLÍNICA PSICOSSOCIAL

(CLIPS)	104
---------------	-----

5.1 Análise da Clínica Psicossocial.....	110
--	-----

5.1.1. As reuniões com grupos de familiares	119
---	-----

6 INFORMAÇÃO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	125
---	-----

6.1 Análise da pesquisa de campo	130
--	-----

6.1.1 Perfil dos informantes	131
------------------------------------	-----

6.1.2 Práticas informacionais dos familiares de portadores de sofrimento mental da Clínica Psicossocial.....	137
---	-----

6.2 Os sentidos da loucura	140
----------------------------------	-----

6.2.1 Representações sociais sobre o louco.....	142
---	-----

6.2.2 Representações sociais sobre a loucura	149
--	-----

6.2.3 Representações sociais sobre o tratamento da loucura.....	156
---	-----

6.3 A construção das representações sociais: elementos para uma análise da informação	162
--	-----

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	172
-----------------------------	-----

7.1 Recomendações de novos estudos	176
--	-----

REFERÊNCIAS	178
-------------------	-----

ANEXO	189
-------------	-----

1 INTRODUÇÃO

A idéia inicial deste trabalho surgiu a partir de inquietações do meu cotidiano profissional como comunicadora social – relações públicas. A matéria – prima do meu trabalho é a informação – com toda amplitude de significados e usos que esse termo carrega. Dessa forma, lidar com os processos de transferência de informação de uma maneira ética, respeitando a autonomia e a capacidade cognitiva do outro sempre foi o meu horizonte profissional. Infelizmente, nem sempre este processo se deu nos termos mais adequados em função das estruturas que, de uma certa forma, condicionam e determina o nosso trabalho. Nesse sentido, o nosso cotidiano profissional é um exercício permanente de negociação de limites o que muitas vezes resulta em um sentimento de frustração e impotência. Procuramos, então, construir um objeto de estudo em Ciência da Informação que nos possibilitasse discutir as dimensões éticas, técnicas e teóricas dos processos de transferência de informação.

Inicialmente, procuramos inserir estas preocupações dentro do escopo teórico da Ciência da Informação. Por isso, ao longo da primeira parte deste trabalho procuramos desenvolver a argumentação de que a Ciência da Informação, surgida em um contexto de fortes transformações das sociedades capitalistas onde a informação e o conhecimento passaram a assumir um novo papel, vive, atualmente, um momento de mudança paradigmática (Santos, 2003) que introduz novos horizontes para a pesquisa e a prática profissional da área. À concepção de informação como coisa que norteou os trabalhos nas primeiras décadas de existência desse campo, inclui-se a idéia da informação como processo de construção do conhecimento que se apóia na cultura e nas práticas sociais. Ao alargar a concepção de informação, a Ciência da Informação amplia o seu campo interdisciplinar e abre-se para novas possibilidades epistemológicas e metodológicas. Nesse sentido, ao entendimento da natureza interdisciplinar do campo que é, de uma certa forma, um consenso

entre a maioria dos estudiosos (Saracevic, 1996; González de Gómez, 2001; Capurro, 2003), soma-se também a natureza estratificada da informação apontada por González de Gómez (2000; 2001). Por outro lado, a Ciência da Informação é vista como uma ciência típica do chamado paradigma emergente¹ (Carvalho, 1999; Silva, 1999). É neste horizonte teórico que se abriu com a inserção da Ciência da Informação no paradigma emergente que este trabalho vai procurar situar e construir seu objeto de estudo. Dessa forma, busca-se nos construtos teóricos denominados informação social e antropologia da informação, que se situam exatamente nesses novos horizontes para os quais se abriu a Ciência da Informação, a argumentação que fundamenta a concepção de informação deste trabalho. O estudo da informação nessa perspectiva requer também uma outra concepção de conhecimento. Sem entrar numa discussão sobre o processo de conhecer que pertenceriam ao terreno da filosofia da ciência ou da sociologia do conhecimento, procuramos na teoria das representações sociais, na sua vertente desenvolvida pela psicologia social a partir dos anos de 1960, um suporte para nos auxiliar nesta tarefa. A teoria das representações sociais se mostrou de grande valor para os estudos da informação e do conhecimento na perspectiva da antropologia da informação uma vez que ambas consideram o senso comum e o conhecimento prático como formas de conhecimento que possuem a sua lógica, a sua estrutura, a sua epistemologia e são fundamentais na vida cotidiana. Portanto, ao contrário de iluministas e marxistas, entre outras correntes teóricas, que concebem o senso comum como um conhecimento errado que precisa ser combatido; a antropologia da informação e a teoria das representações sociais reconhecem o seu valor nos processos de informação. Assumem também uma ética de respeito em relação a esse conhecimento e aos seus sujeitos; o que determina a

¹ De acordo com Santos (2003), as ciências do paradigma emergente, teriam como características:

- O conhecimento científico – natural é também conhecimento social
- Conhecimento científico visa o senso comum e o autoconhecimento.
- A criação de contextos comunicativos para a divulgação do conhecimento.
- O conhecimento é total e local
- O cientista deve dispor de uma pluralidade metodológica, que não se restringe a sua área específica de conhecimento. O texto científico é transdisciplinar e individualizado.

implementação de processos informativos baseados na interação e simetria. Nesse aspecto, as ações de informação podem englobar a representação da informação em variados suportes como papel, vídeo e Internet; bem como, a comunicação face a face e a estrutura onde se movimentam os atores sociais, constituída pelos sistemas sociotécnicos, conforme Teixeira (1997). Dessa forma, o modelo proposto por Teixeira (1997) denominado diagramático parece ser o mais adequado para representar esse processo de transferência de informação. Por seu turno, a teoria das representações sociais adota os conceitos de ancoragem e objetivação para compreender o processo de conhecimento do senso comum: através desses processos aquilo que é desconhecido, que causa medo ou ansiedade, por exemplo, é recortado e recomposto, ancorando – se em alguma coisa que já era previamente conhecida, tornando-se objetivo, palpável e natural. É nessa abordagem psicossociológica que se espera compreender o processo de transformação da informação em conhecimento, uma vez que o conhecimento é uma construção do sujeito. Mas, de um sujeito inserido em uma rede de significados já construídos da qual não está subtraído, nem condenado a reproduzi-la; sua “tarefa é elaborar a permanente tensão entre um mundo que já se encontra constituído e seus próprios esforços para ser sujeito” (Jovchelovitch, 1995, p. 78).

Como acreditamos na pesquisa empírica, na sua capacidade de dar corpo e sentido às indagações teóricas, procuramos um objeto empírico onde pudéssemos analisar as dimensões éticas, técnicas e teóricas dos processos de transferência de informação. Nesse sentido, definiu-se como *lócus* da pesquisa empírica os familiares de portadores de sofrimento mental referenciados na Clínica Psicossocial da cidade de Ipatinga/MG. O objeto empírico foi se definindo aos poucos – inicialmente, o nosso olhar se deteve sobre os movimentos sociais, principalmente, aqueles ligados às questões da saúde em função das suas práticas comunicativas e políticas renovadas. Em um segundo momento, a nossa escolha recaiu sobre os movimentos sociais que se formaram no processo de reforma psiquiátrica e na sua relação

com o Estado. A escolha do tema saúde mental se deveu a vários fatores, entre outros, ao fato de estar em curso uma proposta de reforma psiquiátrica que pretende mudar o modelo de atendimento público ao portador de sofrimento mental que se construiu nos últimos 200 anos, baseado no hospital psiquiátrico. Trata-se de uma proposta complexa uma vez que envolve uma mudança no imaginário social sobre a loucura e a relação da sociedade com o portador de sofrimento mental. Em outros termos, numa mudança na representação social do louco e da loucura que se constituiu nestes dois últimos séculos. Por questões operacionais da pesquisa, não nos foi possível dar prosseguimento à relação movimentos sociais e Estado e definimos por uma instituição pública criada por e em função desse processo de reforma psiquiátrica, a Clínica Psicossocial. Ao fazermos esta escolha, procuramos iluminar o processo informacional relacionado à transferência de informação sobre a abordagem psicossocial abordando tanto os aspectos clínicos relacionados ao adoecimento mental como aqueles relativos à construção de uma política de saúde pública antimanicomial. Como abordaremos ao longo do trabalho, as questões clínicas e políticas estão de tal forma imbricadas neste campo que não é possível falar de uma sem tocar na outra.

Foram definidos os seguintes objetivos para o trabalho: identificar as práticas informacionais e as representações sociais de familiares de portadores de sofrimento mental sobre o louco, a loucura e o tratamento da loucura; verificar a viabilidade da teoria das representações sociais para os estudos de usuários em Ciência da Informação; compreender o processo de elaboração das representações sociais sobre o louco, a loucura e o tratamento da loucura a partir das ações de informação.

A escolha de familiares de portadores de sofrimento mental, referenciados na Clínica Psicossocial (CLIPS) se deu em função destes sujeitos estarem diretamente envolvidos com a questão do internamento uma vez que a clientela da Clínica Psicossocial é

constituída por aqueles portadores de sofrimento mental que tradicionalmente eram atendidos pelo hospital psiquiátrico.

O trabalho está estruturado da seguinte forma:

No capítulo 1, desenvolvemos a relação entre conhecimento e informação. Traçamos um histórico da Ciência da Informação, sob um ponto de vista da forma como o usuário vem sendo percebido por essa área de conhecimento – desde o seu surgimento, nos anos seguintes a Segunda Guerra Mundial, aos dias atuais. Em seguida, apresentamos os referenciais teóricos que orientam o trabalho. As relações entre informação e conhecimento estão baseadas nos construtos teóricos da antropologia da informação que, por sua vez, se fundamentam numa disciplina mais consolidada: a antropologia interpretativa. Em função deste olhar sobre o objeto informacional da antropologia da informação, procuramos compreender o modo como pode ser percebido o processo de transferência de informação que se constitui, tradicionalmente, em uma das grandes preocupações da área. Nesse sentido, nos apoiamos nos estudos de Marteleto (1992) e Araújo (1998) sobre transferência de informação no meio social, onde as autoras imprimem um novo olhar sobre este processo, para enxergamos no modelo proposto por Teixeira (1997) para a área da saúde como o mais adequado para fundamentar nossas análises.

No capítulo 2, apresentamos o referencial teórico – metodológico do estudo. A partir dos referenciais teóricos que adotamos para investigar o objeto informacional, as nossas escolhas metodológicas recaíram sobre abordagens de pesquisa de natureza qualitativa que requerem uma análise interpretativa das informações coletadas. Nesse sentido, procuramos, inicialmente, nos aproximar do campo da saúde mental através da leitura de livros e artigos sobre o tema. Tivemos acesso também à comunicação interna da equipe de saúde mental de Ipatinga que nos ajudou a compreender a implementação dessa política no município. A coleta de informações através de fontes primárias como conversas informais com

profissionais da área e observação não – participante na Clínica Psicossocial também nos ajudou a compreender o campo. Posteriormente, entrevistamos os familiares de portadores de sofrimento mental referenciados na Clínica Psicossocial. Para a análise das informações foi utilizada a abordagem hermenêutica – dialética, proposta por Minayo (1996; 2002). Como parte desse referencial metodológico, introduzimos a teoria das representações sociais como categoria de análise. Explicamos os fundamentos dessa teoria com alguns de seus principais conceitos como objetivação e ancoragem; bem como, o fenômeno ao qual essa teoria se refere.

No capítulo 3, apresentamos a constituição do campo da doença mental, apontando que a própria doença mental, de acordo com uma abordagem proposta por Michel Foucault (2004) e compartilhada por vários autores como Castel (1978), Amarante (1996;1995) e Desviat, (1999) é uma construção social. Mostramos também que o enclausuramento do louco, sua segregação, se constitui no aspecto mais permanente e duradouro das políticas públicas implementadas em diferentes contextos políticos e sociais para lidar com a loucura. Nesse sentido, apresentamos a constituição da doença mental a partir das suas origens européias, no século XVIII, mostrando os seus desdobramentos no Brasil do século XIX até os dias atuais. Destacamos também a constituição desse campo em Minas Gerais e na cidade de Ipatinga/MG.

No capítulo 4, enfocamos a Clínica Psicossocial como emissora de informações sobre o tratamento psicossocial da doença mental. O fizemos a partir do referencial teórico desenvolvido no capítulo 1, descrevendo as principais formas pelas quais a informação sobre o adoecimento mental e o tratamento dessa doença, na abordagem psicossocial, é socializada. Nesse sentido, enfocamos o ambiente da Clínica Psicossocial como fonte de informação e as reuniões com grupos de familiares como um dos principais momentos em que estas informações são socializadas.

Por fim, no capítulo 5, procuramos traçar uma relação entre representações sociais e informação. Neste capítulo, apresentamos a análise das informações coletadas, através de entrevistas, junto aos familiares de portadores de sofrimento mental. Inicialmente, apresentamos o perfil dos informantes da pesquisa em termos de gênero, estado civil, ocupação, renda, escolaridade e condições de moradia. Depois, identificamos as representações sociais desses informantes sobre a loucura, o louco e o tratamento da loucura. Este trabalho de análise procurou seguir o que Minayo (1996; 2002) propõe como “um caminho de pensamento”, onde adotamos a abordagem hermenêutica - dialética. Dessa forma, a análise é essencialmente interpretativa. Ou seja, é apenas uma leitura possível de uma dada realidade, em condições também determinadas. Como ensina Geertz (1989), buscamos tirar grandes conclusões a partir de um universo pequeno, mas densamente entrelaçado. Para fundamentar essas análises, por vezes, recorremos a estudos na área da saúde e da antropologia médica. Para fechar o trabalho de análise, utilizamos a teoria das representações sociais, mais precisamente, os conceitos de objetivação e ancoragem para compreender o processo de recepção da informação.

2 INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO

Este capítulo tem como objetivo discutir as relações entre informação e conhecimento que são conceitos centrais para a Ciência da Informação. Dessa forma, a partir de uma contextualização histórica sobre o campo da Ciência da Informação, onde procuramos enfocar os aspectos relacionados aos processos de transferência de informação e as abordagens sobre usuários, apresentaremos os conceitos de informação e conhecimento em que se fundamenta nosso estudo. Os modelos de transferência de informação e as concepções de usuários que lhes são subjacentes, fundamentais para a análise do objeto empírico, constituem a parte final do capítulo.

2.1 Ciência da Informação: breve histórico

A Ciência da Informação se configura como nova área de conhecimento na segunda metade do século XX, em um contexto de transformação das sociedades capitalistas dos países desenvolvidos onde a produção de valor se deslocava das fábricas enfumaçadas onde se produziam bens tangíveis para uma esfera que Dantas (2002, p.116) denomina “produção social geral”, caracterizada pela produção de *informação social*. Ou seja, através da informação e do conhecimento incorporados em produtos e serviços registrados em patentes, comunicados em relatórios, protótipos e painéis, gravados em películas e transmitidos em programas de rádio, televisão e filmes, a produção cultural foi sendo incorporada à esfera que anteriormente havia sido reservada a economia (Dantas, 2002). Apesar disso, não se pode dizer que em momentos anteriores, a informação, do ponto de vista econômico e social, não havia sido importante. De acordo com Dantas (2002), a introdução do telégrafo em meados do século XIX, com a transmissão elétrica, via cabo, de sinais

codificados foi particularmente importante para as Bolsas e as companhias de transporte, se caracterizando como uma primeira revolução da informação. Para Mattelart (2002), a informação se constitui em uma dimensão importante no projeto da modernidade, que ganha forma a partir dos séculos XVII e XVIII. Nesse sentido, Mattelart (2002, p. 11) afirma que "a idéia de uma sociedade regida pela informação está, por assim dizer, inscrita no código genético do projeto de sociedade inspirado na mística do número".

Um dos marcos do surgimento da Ciência da Informação é o artigo de Vannevar Bush, *As we may think*, (Bush, 1945), cientista americano, chefe do esforço científico americano durante a Segunda Guerra Mundial. Neste artigo, Bush (1945) coloca que apesar do grande avanço alcançado pela ciência, os métodos para transmitir e rever seus resultados eram os mesmos das gerações anteriores e, naquele momento, já seriam completamente inadequados. Nesse sentido, propõe um dispositivo chamado memex que permitiria o arquivamento de todos os livros, discos e comunicações de uma pessoa e possibilitaria a sua recuperação com grande rapidez e flexibilidade. Para Saracevic (1996), Bush fez duas coisas muito importantes:

- (1) definiu sucintamente um problema crítico que estava por muito tempo na cabeça das pessoas; e (2) propôs uma solução que seria um ajuste tecnológico, em consonância com o espírito do tempo, além de estrategicamente atrativa (Saracevic, 1996, p. 42).

Dessa forma, a preocupação explicitada por Bush é, em grande medida, a questão em torno da qual a Ciência da Informação definiu o seu problema: como tornar acessível um acervo crescente de conhecimento, particularmente, em ciência e tecnologia? Através das tecnologias da informação, responderia o próprio Bush (Saracevic, 1996). Nas décadas de 1950 e 1960, o Congresso e outras agências governamentais americanas aprovaram projetos visando controlar a explosão informacional em ciência e tecnologia e, posteriormente, em outras áreas. A lógica que fundamentava esse esforço é o fato de que uma vez que a ciência e

a tecnologia são fatores fundamentais para o desenvolvimento de uma sociedade em termos econômicos, sociais, educacionais, entre outros, torna-se necessário prover meios para o fornecimento de “informações relevantes para indivíduos, grupos e organizações” (Saracevic, 1996, p. 43). Essa lógica norteou também programas financiados por organismos internacionais como a Unesco, para países do então chamado Terceiro Mundo como o Brasil e demais países da América Latina (Melo, 1985; Pinheiro, 1997). O modelo informacional predominante, tanto no campo teórico como das práticas informacionais, era o da transmissão linear da informação, apresentado por Shannon e Weaver², que propunha um sistema geral de comunicação, baseado no processo telefônico, composto pelos seguintes componentes: uma fonte (informação) que produz uma mensagem (a palavra no telefone), o codificador ou emissor que transforma a mensagem em sinais a fim de torná-la transmissível (o telefone transforma a voz em oscilações elétricas), o canal, que é o meio utilizado para transportar os sinais (cabo telefônico), o decodificador ou receptor, que reconstrói a mensagem a partir dos sinais, e a destinação, pessoa ou coisa a qual a mensagem é transmitida (Mattelart & Mattelart, 2003). Nesse processo, a informação é concebida como uma coisa, que vai de um pólo ao outro, onde pode estar sujeita a perturbações aleatórias, mecânicas, chamadas de ruído. Nas ciências humanas e sociais, a adoção deste modelo implicou numa concepção de neutralidade das instâncias emissoras da informação e de passividade no processo de recepção, não considerando a intenção do emissor e que o sentido é atribuído pelo destinatário. Na Ciência da Informação, este modelo teve grande influência nos estudos de recuperação de informação que, na opinião de Saracevic (1996), se não foi a única área responsável pelo desenvolvimento da Ciência da Informação, foi uma das principais. De

² - Claude Elwood Shannon era matemático e engenheiro elétrico admitido em 1941 pelos Laboratórios Bell, onde trabalhou durante a Segunda Guerra Mundial com códigos secretos. Este trabalho o levou a formular sua Teoria Matemática da Informação que foi publicada em 1948 no âmbito das publicações de pesquisas dos Laboratórios Bell. No ano seguinte, foi publicada pela Universidade de Illinois, acrescida dos comentários de Warren Weaver, que havia sido coordenador da pesquisa sobre grandes máquinas de calcular durante a Segunda Guerra Mundial (MATTELART & MATTELART, 2003).

acordo com Saracevic (1996), os estudos em recuperação da informação contribuíram para o desenvolvimento da Ciência da Informação como um campo onde os componentes profissionais e científicos se interpenetram. No campo empírico, estes estudos, realizados nas décadas de 1950 e 1960, estão na origem do desenvolvimento da indústria informacional que movimenta atualmente milhões de dólares no mundo, através da criação e distribuição de bases de dados, serviços online, bem como, através da promoção do acesso a informação eletrônica (Saracevic, 1996). No campo teórico, os estudos em recuperação da informação, a partir dos anos de 1970, conduziram a Ciência da Informação a incluir em seu domínio o estudo do comportamento humano frente à informação, voltando-se para os usuários ou receptores e suas interações com os sistemas de informação (Nehmy e Paim;1998). De acordo com Cardoso (1996), a necessidade de se conhecer o usuário dos serviços informacionais trouxe as ciências sociais e humanas, com seus métodos e práticas de investigação, para o campo interdisciplinar em torno do qual se constituía a Ciência da Informação onde, até então, predominavam os estudos baseados na teoria da informação de Shannon e Weaver.

A partir da década de 1970, iniciaram-se também as primeiras abordagens cognitivistas sob influência da psicologia comportamentalista, ainda muito influente no discurso relativo à gerência dos serviços e sistemas de informação. Nessa perspectiva, o usuário é percebido como um indivíduo racional que, numa situação de incerteza, procura elementos junto aos sistemas de informação para tomar decisão. De acordo Nehmy e Paim (1998), diferentes abordagens inspiradas no aporte cognitivista concebem a busca de informação como uma ação para preencher uma lacuna no conhecimento – estado anômalo do conhecimento (Anomalous State of Knowledge – ASK) proposto por Belkin (1982)³. A informação é concebida como um elemento que provoca transformações nas estruturas

³ Belkin, N. J.; Oddy, R. N.; Brooks, H. M. ASK for information retrieval: part I. Background and theory. *Journal of Documentation*, v. 38, n. 1, p. 61-71, 1982.

mentais dos indivíduos, levando-os a novos estágios de conhecimento (Brookes apud Araújo, 1998). Dessa forma, se A envia uma mensagem (conjunto de informações) para B, através de um código conhecido por ambos, esta mensagem pode ser interpretada e adquirir sentido. A abordagem cognitivista significou uma reorientação teórica da Ciência da Informação contribuindo para sua inserção no quadro teórico das ciências sociais. De acordo com González de Gómez (2002),

A informação não seria objetivada como algo já dado, substantivo, que se transporta entre um emissor e um receptor, mas estaria relacionada às estruturas cognitivas dos sujeitos e aos processos humanos de cognição.(....) A informação intervém como fator de ‘mudança de estruturas’, a variável energética que viabiliza o movimento do conhecedor em direção a um novo conhecimento (González de Gómez, 2002, p. 28) .

O modelo do Estado Anômalo de Conhecimento, proposto por Belkin apud Nehmy e Paim (1998), está na origem do trabalho de Brenda Dervin e seus seguidores, que amplia o entendimento de busca de informação do ambiente do sistema para as situações da vida diária (Nehmy e Paim, 1998). Dessa forma, a busca de informação é uma ação reflexiva que faz parte das práticas dos indivíduos no processo de resolução de problemas quando percebem lacunas ou barreiras (*gaps*) que devem ser ultrapassadas através de pontes cognitivas (*bridging*). De acordo com Nehmy e Paim (1998, p. 92), “o uso da informação é definido como as formas nas quais as pontes cognitivas (respostas) entram em funcionamento”. Nesse sentido, a informação não é um dado, *a priori*, definido pelas instâncias de emissão, independente e externa ao ser humano; ao contrário, é produto da observação humana, sendo feita e desfeita no processo de comunicação. Portanto, a informação é vista como essencialmente subjetiva, não se configura como tijolos colocados uns sobre os outros, mas como argila a qual o indivíduo dará o formato, a consistência e o sentido que lhe convier (Ferreira, 1996, p. 220). Essa abordagem considera também o usuário da informação como um indivíduo com necessidades cognitivas, afetivas e fisiológicas

inserido em um ambiente com restrições socioculturais, políticas e econômicas. Nesse sentido, os sistemas de recuperação de informação concebidos dentro dessa abordagem procuram se tornar flexíveis para permitir ao usuário adaptar o processo de busca de informação às suas necessidades correntes (Ferreira, 1996).

As críticas a abordagem cognitiva feita por Capurro (2003); Vakkari apud Nehmy e Paim (1998) se deve ao fato dessa abordagem não conseguir superar o individualismo metodológico que trabalha dentro de uma visão reducionista que não considera os condicionamentos sociais e materiais do existir humano. Recentemente, verificamos na literatura da Ciência da Informação trabalhos que partem de uma abordagem cognitivista, mas incorporam o contexto social do usuário como atestam os artigos de Andrade (2002)⁴; Borges, Cabral, Lima, Dumont (2003)⁵ e Araújo (2003)⁶. Nesse sentido, o sujeito do processo informacional é concebido numa perspectiva cognitiva-social, que incorpora a dimensão social e cultural das práticas informacionais.

2.1.1 O social na Ciência da Informação

De acordo com Cardoso (1994), a partir de meados da década de 1970, a emergência dos movimentos sociais organizados no Brasil colocou novos desafios para a reflexão teórica sociopolítica e para a prática profissional em Ciência da Informação, na medida em que a democratização da informação adquire uma importância crescente para a

⁴ ANDRADE, Maria Eugênia Albino. A informação e o campo das micros e pequenas indústrias da moda em Minas Gerais: a entrada no campo da indústria da moda. **Perspectiva em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 39-48 jan./jun. 2002.

⁵ BORGES, Mônica Erichsen Nassif; CABRAL, Ana Maria Rezende; LIMA, Gercina Ângela Borem de Oliveira; DUMONT, Lígia Maria Moreira. A Ciência da Informação discutida a luz da perspectiva cognitiva: resultados de pesquisas e perspectivas. In.: **Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (ENANCIB) – Informação, Conhecimento e Transdisciplinaridade**, 5., 2003, Belo Horizonte. Anais ...Belo Horizonte: Escola de Ciência da Informação da UFMG, 2003. Disponível em CD-Rom.

⁶ Araújo, Eliany Alvarenga de. Equação do impacto informacional: uma proposta paradigmática. In.: **Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (ENANCIB) – Informação, Conhecimento e Transdisciplinaridade**, 5., 2003, Belo Horizonte. Anais ...Belo Horizonte: Escola de Ciência da Informação da UFMG, 2003. Disponível em CD-Rom.

construção da cidadania, bem como, para a disseminação de novas tecnologias em áreas como economia e saúde . Nesse sentido, os programas de pós-graduação em Ciência da Informação e Biblioteconomia passaram a introduzir reflexões teóricas decorrentes de disciplinas como epistemologia, psicologia social, comunicação, antropologia, entre outras. Estes estudos constituiriam, mais tarde, um campo de estudos que vem sendo nomeado como informação social, sociologia da informação e, mais recentemente, antropologia da informação (Cardoso, 1994).

Nessa abordagem, de acordo com Cardoso (1994, p. 111), “a sociedade é vista como um produto humano e o homem como um produto social”. Dessa forma, a realidade está sendo permanentemente construída e “todo processo de conhecimento é apenas uma possibilidade, dentre outras, de aproximação da verdade” (Cardoso, 1994, p.111). Por isso, na visão de muitos estudiosos da área (Marteletto, 1995; Cardoso, 1994; González de Gómez, 2000; Araújo, 1998), toda informação é essencialmente social e o objeto da Ciência da Informação deve ser pensado no contexto das relações sociais, onde os sentidos são regulados e negociados, em um determinado momento histórico vivido por grupos, indivíduos e instituições. Os estudos em Ciência da Informação podem, então, se referir aos processos de produção, organização, disseminação, consumo e incorporação da informação por esses indivíduos e instituições. Considerar o processo informacional como prática social, sustentada por sujeitos concretos, pressupõe que esse processo não termina com o acesso e uso da informação. Tal processo é permanentemente reconstruído a partir das individualidades dos sujeitos do conhecimento e, portanto, sempre aberto, inacabado e propício a reestruturações (Araújo, 1998).

Cardoso (1994) aponta que o objeto da Ciência da Informação, pensado na perspectiva social, deve ser apreendido tendo como referência:

- A historicidade dos sujeitos cognoscentes e cognoscíveis, que se colocam em uma relação culturalmente determinada e de produção de sentidos;
- A totalidade dos fenômenos sociais, já que o mundo social é um todo articulado. Não é possível estudar um fenômeno isolado já que ao isolar o produto do saber e o processo de construção do saber, o resultado será uma visão fragmentada e ideológica da realidade;
- A tensionalidade entre indivíduos, grupos, classes e segmentos de classe na disputa pela hegemonia das idéias, valores e práticas adotadas pelo conjunto da sociedade.

As diferentes abordagens da informação verificadas tanto na prática dos profissionais da Ciência da Informação como na produção teórica do campo não são estanques e nem foram superadas. González de Gómez (2000; 2001) promove um diálogo entre esses diferentes campos ao considerar o caráter estratificado do objeto de estudo definido pela Ciência da Informação, a informação. Essa característica justifica e, de certa forma, impõe um caráter interdisciplinar ao campo, sempre citado na pesquisa da área. Nesse sentido, a informação pode ser um fenômeno vinculado a diversos estratos de realização que podem ser constituídos pela linguagem, com suas plurais formas de expressão – sonoras, imagéticas, textuais, digitais/analógicas; pelos sistemas sociais de inscrição de significados como a imprensa, os meios audiovisuais, os softwares e a infra-estrutura de redes de comunicação remota; pelos sujeitos e organizações que geram e usam informações em suas práticas sociais e informacionais (González de Gómez, 2000). De acordo com González de Gómez (2000), a informação, tomada como o objeto cultural, se constitui na articulação desses estratos em contextos concretos de ação. Dessa forma, a ação de informação é um valor ou evidência que antecipa e condiciona a concepção ou aceitação de algo como informação, da mesma forma que a ação de documentar antecipa e condiciona o que será produzido e reconhecido como documento (González de Gómez 2000). As ações de informação articulam estes estratos em três principais dimensões: uma dimensão semântica -

discursiva; outra, meta-informacional e uma terceira dimensão que é a infra-estrutural. Estes estratos são marcados por uma grande assimetria; o que requer aportes conceituais e metodológicos distintos conforme demonstra o quadro abaixo, extraído de González de Gómez (2000).

QUADRO 01

Relação entre estratos informacionais e abordagens teóricas e metodológicas predominantes

<i>Estratos Informacionais</i>	<i>Modalidades</i>	<i>Formas de ação/operação</i>	<i>de Condições de produção do conhecimento</i>
Informação (semântica)	Modos intersubjetivos de significação; definição cultural e social de uma evidência ou “testemunho” de informação, suas condições de geração, de transmissão, de recepção e de adesão.	Ações abertas e plurais/polimórficas, conforme diferenciais semânticos/pragmáticos dos atores.	Conhecimento antropológico-lingüístico (regras/usos/práticas).
Meta-informação	Modos organizacionais de regulamentação/estabilização de práticas discursivas e informacionais.	Estabilização organizacional de ações e discursos. Contratos institucionais /organizacionais	Conhecimento político, administrativo, organizacional (contratos)
Infra-estrutura de informação	Modos tecnológicos e materiais de armazenagem, processamento e transmissão de dados – mensagem – informação.	Operações genéricas; interoperabilidade; transportividade e comutatividade digital das mensagens.	Conhecimento técnico e tecnológico (modelos, interfaces).

Fonte: Gonzáles de Gómez, 2000

Dessa forma, quando são abordadas as práticas e ações de informação associada aos processos semânticos e comunicativos, situados em contextos culturais e históricos, a apreensão do objeto requer estratégias metodológicas descritivas e interpretativas, próprias da antropologia, da sociolingüística e dos estudos sociais da ciência (González de Gómez, 2000). De outro modo, quando o estudo se situa nos contextos organizacionais, que González

de Gómez (2000) denomina plano meta-informacional, serão necessárias noções sociológicas e políticas, como os conceitos de instituição e contrato; além de incorporar as abordagens da área de gestão. Por fim, quando se trata das infra-estruturas de informação, entramos no domínio da construção e da modelagem que tem como medida e condição de competência, o desempenho adequado de uma arquitetura tecnológica (González de Gómez, 2000).

A diversidade de condições epistemológicas, no entanto, não deve ser confundida com uma indefinição eclética ou relativista como adverte González de Gómez (2000). A construção do objeto de estudo da Ciência da Informação, que recebe das ciências sociais seu traço identificador que lhe serve de princípio para articular essas diversidades,

deve dar conta do que as diferentes disciplinas, atividades e atores sociais constroem, significam e reconhecem como informação, numa época em que essa noção ocupa um lugar preferencial em todas as atividades sociais, dado que compõe tanto a definição contemporânea da riqueza quanto na formulação de evidências culturais (González de Gómez, 2000, p.5).

Dessa forma, o objeto da Ciência da Informação deve ser considerado como uma “construção de significado de segundo grau a partir das práticas e ações sociais de informação, que constituem seu domínio fenomênico” (González de Gómez, 2000, p. 5). Nesse sentido, este trabalho procura construir seu objeto de estudo a partir de uma abordagem da informação como forma e contexto da cultura, como propõe Marteleto (1994). Portanto, mais do que conteúdos, a informação é “uma forma moderna da nossa cultura” (Marteleto, 1994, p. 133). O conceito de cultura subjacente a essa abordagem é aquele defendido pela antropologia interpretativa que propõe um conceito de cultura essencialmente semiótico, onde a cultura compreende as teias de significados que ao mesmo tempo em que são tecidas pelos homens, também os mantêm atados a elas (Geertz, 1989). A cultura é vista como um conjunto de mecanismos de controle, planos, receitas, regras e instruções para governar o comportamento de forma semelhante a um programa de computador. O comportamento é compreendido como “uma ação simbólica” (Geertz, 1989, p. 20). Os símbolos e significados

são partilhados pelos atores sociais entre si, mas não dentro de si. O pensamento humano, aponta Geertz (1989), é essencialmente público e social e não privado. Dessa forma, concebemos que

“Pensar consiste não nos “acontecimentos na cabeça” (embora sejam necessários acontecimentos na cabeça e em outros lugares para que ele ocorra), mas num tráfego entre aquilo que foi chamado por H. G. Mead e outros de símbolos significantes – as palavras, para a maioria, mas também gestos, ou objetos naturais como jóias – na verdade, qualquer coisa que esteja afastada da simples realidade e que seja usada para impor um significado à experiência” (Geertz, 1989, p. 57).

2.2 Informação e conhecimento

No final da década de 1970, Lyotard (2000) publicou na França, o livro que receberia, posteriormente, na edição brasileira, o nome de *A condição pós-moderna*⁷, onde apontava para as mudanças ocorridas no estatuto do conhecimento e da informação, nas chamadas sociedades pós-industriais. Nessas sociedades, a informação é um elemento que adquire dupla significação: ao mesmo tempo em que mediatiza os processos de apreensão da realidade e as relações sociais, adquire funções e características de mercadoria e está sujeita a uma lógica de produção da mesma forma que qualquer outra mercadoria. Por outro lado, a ciência, da mesma forma que qualquer outra modalidade de conhecimento, “nada mais é do que um certo modo de organizar, estocar e distribuir certas informações” (Barbosa, 2000, p. IX). Nesse sentido, a concepção de ciência fundada no espírito cede espaço para outra, onde ela começa a ser vista como um conjunto de mensagens que possa ser traduzido em quantidade (bits) de informação. O conhecimento científico será então aquilo que pode ser traduzido ou compatível com a linguagem com que as máquinas operam. Dessa forma,

⁷ O título em francês foi *La Condition Postmoderne*. No Brasil, a obra recebeu o título de *O pós-moderno* até a sua 4ª. Edição.

a atividade científica deixa de ser aquela práxis que, segundo a avaliação humanístico-liberal, especulativa, investia a formação do ‘espírito’, do ‘sujeito razoável’, da ‘pessoa humana’ e até mesmo da ‘humanidade’. Com ela, o que vem se impondo é a concepção da ciência como tecnologia intelectual, ou seja, como valor de troca e, por isso mesmo, desvinculada do produtor (cientista) e do consumidor (Barbosa, 2000, p. x).

Considerando que a Ciência da Informação surgiu e se desenvolveu nesse contexto das sociedades pós-industriais, o problema a que ela se propôs⁸, questões relativas ao conhecimento e a informação, ela foi conduzida para uma linha de pesquisa e de prática profissional onde a informação é vista, muitas vezes, como aquilo que pode ser traduzido em bits e está inserido em um sistema que contempla, pelo menos, três instâncias principais - um centro de informação, um canal e o usuário. Dessa forma, informação e conhecimento são termos muito presentes na literatura da área e estão relacionados entre si. A informação que é disponibilizada pelo sistema para o usuário, é vista como um elemento prévio e necessário para a criação do conhecimento⁹. Barreto (1999), um dos autores que trabalham a informação nessa perspectiva, utiliza a analogia entre o cristal e a chama para explicar esse processo. Nessa analogia, o cristal, com seu facetado preciso que lhe possibilita refratar a luz de forma invariante, representa a geração da informação que é marcada, na concepção de Barreto (1999), pela tentativa de conferir centralidade ao discurso do autor e a homogeneização das estruturas de inscrição da informação. Por outro lado, a chama se caracteriza pela não constância, da mesma forma que a informação adquire diferentes sentidos em função das individualidades semânticas e de percepção dos receptores. A informação, que é produzida através de práticas bem definidas, apoiadas por um processo de racionalidade técnica, que lhe é específico, representado pelas atividades de coleta, seleção, codificação,

⁸ De acordo com Saracevic (1996), a explosão informacional é o principal problema da Ciência da Informação. Conseqüentemente, a área tem como um de seus principais objetivos promover o acesso ao conhecimento.

⁹ Capurro (2003), no entanto, nos lembra que essa ordem não é uma unanimidade. Uma vez que essa relação é vista ao contrário, por alguns autores, onde o trabalho informativo diz respeito à contextualização e à recontextualização do conhecimento, tornando-o, portanto, em informação potencial.

organização, classificação e armazenamento, orientadas para a formação de estoques de informação (Barreto, 1999). No entanto, por serem estáticos, de acordo com Barreto (1999, p.2), o “estoque não produz, por si só, qualquer conhecimento”. As informações armazenadas em bases de dados, bibliotecas, arquivos ou museus só produzem conhecimento a partir de uma ação de comunicação mutuamente consentida entre a fonte (os estoques) e o receptor (Barreto, 1999).

Em função do domínio onde propusemos a construção do objeto de estudo, práticas de informação no contexto da saúde mental, acreditamos que não podemos perceber a informação nessa perspectiva estática, os “estoques de informação” proposto por Barreto (1999) e compartilhado por muitos estudiosos da área. Nesse sentido, outras abordagens teóricas foram procuradas a fim de possibilitar a compreensão do processo informacional dos familiares de portadores de sofrimento mental tendo em vista a adoção da abordagem psicossocial, pela rede pública, para o tratamento desta doença. E, ainda, que esses familiares são sujeitos concretos, inseridos em um contexto social e histórico, participando de inúmeras interações cotidianas onde informam e se informam, alterando seu nível de conhecimento sobre a doença mental e sobre o seu familiar doente. Dessa forma, não há como conceber um processo de informação linear, ainda que considere os aspectos cognitivos dos sujeitos, para compreender o processo informacional em questão. A imagem de um sistema, cujos extremos são constituídos por um centro de informação e um usuário, não representa adequadamente o *locus* onde se dão as práticas sociais e de informação, uma vez que estas estão inseridas em um campo de lutas em torno de valores e de significados onde tanto a informação como suas práticas de produção, transferência e aquisição são sociais e simbólicas. Dessa forma, por entendermos que não podemos isolar a informação do contexto cultural onde é gerada, transmitida e apropriada, fomos buscar no construto teórico da antropologia da informação desenvolvido por Marteleto (1994; 2002) o suporte para compreender a relação entre

conhecimento e informação no contexto da saúde mental, tomando como horizonte a representação social da loucura.

De acordo com Marteleto (2002), a antropologia da informação concebe o seu objeto de estudo no contexto de uma cultura informacional amparada na tecnociência, situando-o na confluência entre duas lógicas que se articulam e se determinam mutuamente. A primeira é representada pela ordem social sistêmica, que detém os instrumentos e mecanismos postos em ação para nomear as experiências coletivas, através de imagens, mensagens, dados e informações que circulam no mercado de bens simbólicos, organizando “um campo estrutural de símbolos e significados que representa a ordem de funcionamento da realidade” (Marteleto, 2002, p. 103). A segunda considera os sujeitos inseridos nos espaços cotidianos, onde se apropriam das informações enquanto produtores, mediadores, receptores, tentando fixar e impor seus sentidos. Dessa forma, os estudos em antropologia da informação reconhecem que a sociedade é uma arena de disputas simbólicas relacionadas às posições ocupadas por cada ator no espaço social tanto quanto às categorias e classificações empregadas para nomear a realidade (Marteleto, 1994). Nessa perspectiva, a informação deve ser tomada no plano das “ações e representações dos sujeitos, em suas práticas sociais históricas e concretas, enquanto um elemento que permeia cada uma dessas práticas” (Marteleto, 1994, p.134).

Do ponto de vista dos pressupostos empíricos, a antropologia da informação procura centrar suas indagações

na problemática do conhecimento, sua produção, distribuição, organização na sociedade, como meios para a formação e o exercício da cidadania, no ambiente cultural das chamadas sociedades da informação e da comunicação (Marteleto, 2002, p. 104).

O estudo da informação e do conhecimento na perspectiva antropológica considera também o caráter pluriepistemológico do conhecimento onde todas as formas de conhecimento, tanto o conhecimento científico quanto o conhecimento prático e o senso comum, derivados do mundo da vida, são válidos e socialmente construídos. Ou seja, são conhecimentos que têm história, podem ser questionados, discutidos, afirmados e podem também variar de uma pessoa para outra e participar da disputa pelo poder de nomear no mercado de bens simbólicos (Marteleto, 2002). Como afirma Santos et al. “não há conhecimentos puros, nem conhecimentos completos; há constelações de conhecimentos” (Santos et al, 2005, p. 55). Dessa forma, o estudo da informação e do conhecimento, na perspectiva da antropologia da informação, requer uma epistemologia diversa daquela que se consolidou no processo de construção do conhecimento da ciência moderna que se dava através da ruptura com o senso comum. Por isso, este trabalho busca compreender como se constrói e se desenvolve o senso comum e o conhecimento prático sobre a loucura por entender que estes elementos são fundamentais para os processos de transferência de informação. Nesse sentido, buscou-se na teoria das representações sociais, na sua vertente trabalhada pela psicologia social, a partir da década de 1960, o suporte teórico para analisar os processos de transferência de informação no contexto de uma instituição pública de atendimento a portadores de sofrimento mental tendo em vista que o fenômeno a que se refere essa teoria são exatamente essas formas de conhecimento.

2.3 Transferência de informação versus socialização da informação

Qualquer que seja a concepção de informação que norteia um trabalho em Ciência da Informação, com certeza, terá sempre implícito, um modelo de transferência de informação

e uma concepção de usuário. Conforme aponta Araújo (1999), transferência é um termo que precisa ser renovado uma vez que ele sempre sugere uma concepção física de informação, como coisa que se transporta de um lugar a outro. De acordo com Araújo (1997) a transferência de informação compreende um conjunto de operações envolvidas na transmissão da informação, desde sua geração a sua utilização. Dada a complexidade tanto da geração quanto da recepção da informação, pode-se dizer que a transferência de informação é um processo que envolve muitos fatores e só é considerado completo quando as informações transmitidas são incorporadas ao repertório cognitivo e/ou prático do usuário. Nesse sentido, a transferência pode envolver também aspectos relacionados à aprendizagem. Araújo (1997) identifica quatro modelos de transferência de informação que são os modelos físico, técnico, social ou epidemiológico e o *continuum* comunicacional.

O primeiro modelo apontado por Araújo (1997) é o modelo físico que considera a transferência de informação como um processo semelhante à difusão do calor nos elementos sólidos. Nesse processo, a informação “é vista como algo concreto, que pode ser medido” (Araújo, 1997, p. 2), se mantendo inalterada durante todo o processo transferência, o que desconsidera, portanto, os aspectos cognitivos, culturais e sociais inerentes a esse processo. Já o modelo técnico concebe a transferência de informação como um processo que ocorre através da relação entre um emissor, um canal e um receptor. Trata-se de um processo linear e unidirecional, por isso, duramente criticado. Não contempla o processo de informação dos meios de comunicação de massa, onde um emissor transmite informações para milhões de receptores. O modelo social ou epidemiológico, considera a transferência de informação numa determinada população semelhante à difusão de epidemias, tendo o contágio como idéia central. Por fim, no modelo *continuum comunicacional*, a transferência de informação ocorre, de acordo com Araújo (1997), através de diferenciados canais, como: canais diretos e conversas face-a-face; mídia primária, como livros, periódicos, jornais, relatórios técnicos,

manuals, monografias, textos, patentes e fitas gravadas; canal de arquivo, representado pelas bibliotecas e arquivos. Por fim, a mídia secundária que é alimentada tanto pela mídia primária como pelo canal de arquivo e tem como objetivo auxiliar a busca bibliográfica.

A lógica que permeia esses modelos é a difusão/transmissão de informação que pressupõe a existência de um centro, que gera e transmite a informação, para uma periferia, onde ocorre sua recepção e uso. De acordo com Teixeira (1997), esse modo de conceber o processo de comunicação da informação, que ele caracteriza como modelo unilinear (Teixeira, 1997, p. 14), norteou a produção teórica e a prática informacional em saúde em nosso país. Exemplos dessa prática são as ações médico-sanitárias implementadas no início do século XX, no Brasil, bem como, a chamada comunicação para o desenvolvimento, implementada nas décadas de 1950 e 1960, no Brasil e em outros países da América Latina, dentro de um esforço da ONU, entre outros organismos internacionais, para promover o desenvolvimento de regiões pobres através do acesso a informação e ao conhecimento. Dessa forma, se concebia que não eram as condições de desigualdade que precisavam mudar, mas os indivíduos. Assim, a pobreza, a doença e outros problemas sociais são explicados em função da baixa capacidade cognitiva e cultural dos indivíduos cuja superação deve se dar pelo acesso a conhecimentos e informações provenientes do exterior. Nessa perspectiva, a informação é vista como possibilidade de modificação de comportamentos e práticas, desde que esteja em sintonia com as características cognitivas do receptor. Se bem feita, poderá conduzir a uma superação do tradicional pelo moderno; do atraso pelo desenvolvimento; da doença pela saúde. São ações que tratam as populações, geralmente, pobres e com pouca escolaridade, a que se dirigem, como objetos a serem transformados; como indivíduos que não conseguem agir como sujeitos de sua ação (Gazzinelli et al, 2005). Em função da importância conquistada pela propaganda e o marketing, na atualidade, este modelo é o que

apresenta maior penetração nas práticas de informação em saúde; bem como, em vários outros aspectos da vida social (Teixeira, 1997).

A crítica mais contundente a este modelo foi formulada na década de 1970 pelo pedagogo e filósofo Paulo Freire, a partir de uma reflexão sobre o processo de extensão rural, concebido de acordo com a lógica da comunicação para o desenvolvimento, citada anteriormente. Freire (1977) fundamenta a sua crítica ao modelo unilinear de transmissão de informação em função dos fundamentos éticos e pedagógicos que o norteia, onde o processo informacional não é concebido como uma relação entre sujeitos. E, ainda, é um modelo que parte do pressuposto de que o conhecimento pode ser transferido e depositado nos receptores. Dessa forma, Freire (1977) afirma que esse modelo desconhece que a fonte verdadeira do conhecimento é a confrontação com o mundo, nas suas fases e nos seus diferentes níveis. Nesse sentido,

Conhecer, na dimensão humana que aqui nos interessa, qualquer que seja o nível em que se dê, não é o ato através do qual um sujeito, recebe dócil e passivamente, os conteúdos que outro lhe dá ou impõe. (...) Conhecimento, pelo contrário, exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer sua ação transformadora sobre a realidade. (...) Conhecer é tarefa de sujeitos, não de objetos. E é como sujeito e somente enquanto sujeito, que o homem pode realmente conhecer (Freire, 1977, p. 27).

As idéias de Paulo Freire estão na base do modelo de transferência de informação, proposto por Araújo (1997) para a Ciência da Informação que ela denomina de participativo. Esse modelo rompe com o esquema centro-periferia e ressalta que a participação do usuário é fundamental para que a transferência da informação ocorra de forma completa e eficaz. O modelo participativo pressupõe, então, um processo informativo simétrico onde tanto emissores quanto receptores transmitem e recebem informações e podem alterar seu nível de conhecimento sobre o assunto tratado. Além disso, Araújo (1997), citando Cebotarev

(1983)¹⁰, concebe este processo informativo inserido em quatro sistemas de conhecimento: técnico-científico, referente ao emissor; o sócio-cultural, referente ao receptor; a tradição, na qual ambos estão inseridos e o conhecimento referente à realidade sócio-econômica na qual se desenvolve o processo de transferência de informação. Dessa forma, a discussão proposta inicialmente por Araújo (1998) sobre a necessidade de renovação do termo transferência de informação pode ser ampliada ao se considerar as práticas informacionais como um processo que trata da socialização da informação, onde as necessidades de informação e as metodologias mais adequadas para promover o seu acesso são definidas por produtores (emissores) e usuários. Para Araújo (1999, p. 163), os processos de transferência de informação pensados como “socialização da informação têm por base a criação de um contexto comunicativo no qual estejam presentes de forma ativa e igualitária, tanto os produtores como os usuários da informação”.

2.3.1 A rede como metáfora

O modelo proposto por Araújo (1997) significa um grande avanço para as análises das práticas de informação, no campo social, em função de contemplar o papel ativo do sujeito, a quem a mensagem se destina, e a existência de diferentes sistemas de conhecimento. No entanto, percebemos que o objeto de estudo que construímos não está inserido em um contexto cujos limites possa ser demarcado em função da a complexidade do universo social da pesquisa - práticas informacionais dos familiares de portadores de sofrimento mental no contexto de um serviço público de saúde orientado pelos princípios da reforma psiquiátrica. Em tal contexto, o processo informacional inclui a experiência e as interações cotidianas

10 CEBOTAREV, Elionora. Novas ferramentas para a comunicação intercultural. Trad. Nerima A. C. Marques. Viçosa: UFV/Departamento de Economia Doméstica, 1983.

entre familiares e profissionais da saúde; entre os familiares entre si; entre familiares e a comunicação mediada pelos meios de comunicação de massa e pelos meios de comunicação dirigida, como folhetos e eventos, implementados por grupos organizados, entre outros.

Dessa forma, encontramos no modelo proposto por Teixeira (1997), denominado diagramático, um instrumento de análise que nos pareceu adequado para a análise das práticas informacionais na perspectiva da antropologia da informação. Teixeira (1997) situa este modelo no encontro entre a hermenêutica¹¹ e o estruturalismo¹², do qual busca uma forma de compreender a realidade social que concebe que “as regras de estruturação e operabilidade de uma prática social participam profundamente da produção social de sentido” (Teixeira, 1997, p.31). Na sua dimensão hermenêutica, o modelo diagramático procura destacar a importância dos valores éticos do processo comunicativo, respeitando a autonomia moral e cognitiva do outro. O modelo adota a noção de hipertexto, de rede, como metáfora para o processo informacional. O termo hipertexto é tomado de empréstimo da informática e tecnicamente pode ser traduzido como um conjunto de nós, que podem ser palavras, imagens e sons, ligados por conexões.

Ao tomar a noção de hipertexto como metáfora do processo informacional, o modelo diagramático propõe um novo modo de compreender o processo de produção de sentido. De acordo com Levy (1993), a associação é a operação básica da atividade

¹¹ “Área da atividade e da indagação filosófica que diz respeito à teoria e à prática da compreensão em geral, e a interpretação do significado de textos e ações em particular”. (BLEICHER, 1996, p. 354).

¹² Método de investigação ou paradigma que se tornou proeminente e influente durante os anos de 1960 e 1970. “Com ampla abordagem teórica nas ciências sociais, o estruturalismo pode ser distinguido por sua oposição ao humanismo, ao historicismo e ao empirismo. É anti-humanista no sentido de que as ações conscientes e deliberadas de indivíduos e grupos sociais são amplamente excluídas da análise e suas próprias proposições explanatórias são concebidas em termos de “causalidade estrutural. (...) O anti-historicismo fica manifesto na obra de Lévi-Strauss por meio de uma preferência geral pelas investigações sincrônicas, em vez de diacrônicas, com o objetivo de descobrir as características estruturais universais da sociedade humana e, mais remotamente, relacionar essas características às estruturas universais da mente humana. (...) O estruturalismo é também antiempirista, no mesmo sentido da filosofia realista da ciência, em virtude de sua insistência na eficácia causal de uma estrutura profunda adjacente à aparência superficial, imediatamente dada, dos eventos” (BOTTOMORE, 1996).

interpretativa. Portanto, para dar sentido a um texto¹³ é preciso conectá-lo a outros textos, construindo um hipertexto. Ao prolongarmos a rede de conexões hipertextuais, ajustamos reciprocamente o contexto partilhado (Teixeira, 1997). Para Levy (1993), a metáfora do hipertexto, inverte completamente a perspectiva segundo a qual o sentido de uma mensagem é esclarecido por seu contexto. O efeito de uma mensagem sobre um contexto é o de modificá-lo, complexificá-lo e criar novas associações em uma rede contextual que se encontra sempre anteriormente dada (Levy, 1993). Assim, o esquema tradicional do processo informativo constituído pela sentença *A transmite uma informação a B* passa a ser: A modifica uma configuração que é comum a A, B, C e D.

A comunicação, de acordo com a abordagem do modelo diagramático, não se restringe às suas dimensões representacionais que concebe o ato comunicativo como um processo constituído por dois sujeitos separados, um emissor e um receptor, mediados por um canal. A concepção da comunicação como representação está presente em muitas análises no campo da Ciência da Informação que classificam esses canais de acordo com suas características e a direção do fluxo informacional. Assim, temos canais formais que compreendem livros, periódicos, obras de referência e artigos que veiculam informações já estabelecidas através de estudos; canais informais, como reuniões, contatos e visitas onde ocorre um contato direto entre emissores e receptores; e canais semiformais, que compreendem as situações onde ocorre o uso simultâneo dos canais formais e informais (Araújo, 1998). Do ponto de vista do fluxo informacional, podemos afirmar que os canais formais, normalmente, se caracterizam pelo fluxo unidirecional, de emissores para receptores, e os informais, pela possibilidade de fluxos bidirecionais, tanto emissores como receptores

¹³ A noção de texto aqui empregada é aquela adotada pela antropologia interpretativa. Texto não é só o resultado do trabalho etnográfico que envolve a produção de um texto. Os padrões de significado inscritos nas formas culturais também são textos, passíveis de serem ‘lidos’ tal como o texto literário. Nesse sentido, “os fenômenos culturais são vistos, acima de tudo, como constructos significativos, como formas simbólicas, e a análise da cultura é entendida como a interpretação dos padrões de significados (texto) incorporados a essas formas”. (Thompson, 1995, p. 179).

podem ter participação ativa no processo informacional. Além disso, a chamada comunicação de massa, que envolve rádios, jornais, revistas, televisão e computadores, estabelece uma comunicação unidirecional. Da mesma forma, a chamada comunicação dirigida, implementada por instituições para públicos específicos, constituída por produtos como folhetos, cartazes, jornais e revistas, além de ações de informação como eventos, passeatas, manifestações, entre outros, também realizam, normalmente, um fluxo de informação unidirecional.

De acordo com França (2002)¹⁴, a noção de redes é muito preciosa para compreender o processo informativo porque rompe com os modelos tradicionais de linearidade da informação. Uma rede é caracterizada por suas conexões, seus pontos de convergência e bifurcação, o que possibilita inúmeras entradas. Dessa forma, as possibilidades de mediação são sempre plurais e complexas, o que determina que a mediação escolhida pelo sujeito é sempre uma escolha entre outras possíveis (França, 2002). Além disso, a noção de rede possibilita distinguir a natureza ou força dos diferentes nós em função das forças que o atravessam, dos outros nós aos quais estão conectados. Portanto, a rede é essencialmente instável e compreender um processo informacional nessa perspectiva implica em reconhecer que, tal como numa fotografia de um objeto em movimento, o que capturamos em nossas pesquisas empíricas é a sua configuração em um determinado momento.

França (2002) e Moraes (2000) destacam que as redes comportam subconjuntos restritos e localmente organizados, as “famílias”, mais fortemente ligados entre si, que estão inseridos em configurações maiores. De acordo com Serres¹⁵ apud Moraes (2000) a afirmação de que uma rede comporta uma pluralidade de subtotalidades é crucial para uma compreensão mais detalhada da força do local ou das determinações do global. França (2002) aponta que

¹⁴ A proposta de França (2002) sobre a noção de redes como um modelo de representação do processo comunicativo se baseia em: SERRES, M. A rede de comunicação: Penélope. In: SERRES, M. **A comunicação**. Lisboa, Rés Editora, s/d. p. 7-14.

¹⁵ SERRES, M. **A comunicação**. Lisboa/Portugal : Rés Editora, s/d.

essa visão implica em identificar as filiações locais do nosso objeto de estudo, tanto quanto sua inserção em configurações maiores, entendendo a correlação de forças daí advindas. Nesse sentido, o diagrama em rede representa uma situação marcada pelas mudanças e variações nas relações de determinação, possibilitando fugir da dicotomia elemento/todo e “conjuguar a atenção ao singular com o contexto (e regras) no qual está inserido” (França, 2002, p. 70).

Por fim, Serres apud França (2002) apresenta uma característica da noção de redes que é particularmente útil para nossas análises do processo informacional dos familiares de portadores de sofrimento mental:

A pluralidade de conexões que unem os vértices evidencia a idéia de uma retroação, de uma retumbância imediata do efeito na causa; o fluxo causal já não é causa, uma vez que a causalidade não acontece em uma única direção (quem quer influenciar é de repente influenciado pelo resultado de sua influência); **a origem e a recepção são simultaneamente causa e efeito** [negrito nosso]. (França, 2002, p. 70).

Por outro lado, o emprego deste conceito em muitas análises nas ciências sociais e humanas tal como em Levy (1993) e Castells (1995) não considera o papel ativo dos sujeitos no processo informacional; bem como, que esse processo se dá sempre numa relação entre “eu” e o “outro”. Levy (1993, p. 11), por exemplo, propõe uma quase autonomização das redes, visualizando assim “o coletivo misto, impuro, sujeito-objeto que forma o meio e a condição de possibilidade de toda comunicação e todo pensamento”. Para França (2002), ao retirar a intervenção humana e, conseqüentemente, os processos de escolha, os jogos e as disputas por posições, a metáfora do hipertexto, tal como proposta por Levy, se torna novamente um modelo redutor do processo informacional porque se situa acima da experiência e da História. Dessa forma, ao adotarmos o modelo diagramático proposto por

Teixeira (1997)¹⁶, o fizemos procurando destacar seu posicionamento em relação à concepção de sujeito do processo informacional donde não se concebe este processo como uma ação sem sujeito. Entendemos também que a construção do conhecimento, a partir das ações de informação, é sempre uma ação de sujeitos.

Para nos aproximarmos mais do nosso objeto de estudo, vamos descrever o esclarecimento de Teixeira (1997) sobre o exercício de pensar este modelo no campo da saúde. De acordo com Teixeira (1997), as técnicas são alguns destes objetos especiais que tomamos por empréstimo para nos comunicar que possui a estrutura de um hipertexto, onde

cada nova conexão transforma o funcionamento e o significado do conjunto; cada novo uso dos elementos já conectados, estende ainda mais o hipertexto e a própria técnica pode ser vista como uma longa cadeia de usos (de materiais e de outras técnicas) que pré – restringe os usos que um “usuário final” possa vir a fazer – ainda que ele sempre prolongue esta cadeia, já que não há uso sem “torção semântica inventiva”, por menor que seja” (Teixeira, 1997, p. 36).

Dessa forma, o modo de organização do trabalho assistencial em saúde, por exemplo, pode ser tomado como ponto de partida para análise de um hipertexto sociotécnico em saúde que corresponderia a noção de diagrama (Teixeira, 1997). O programa de saúde, tal como o Programa de Saúde Mental, corresponderia a uma tecnologia específica de organização do trabalho enquanto o ‘diagrama’ corresponderia uma pragmática do ‘programa’ (Teixeira, 1997, p. 36).

O contexto é formado pela rede de objetos técnicos e signos e a organização tecnosemiológica. A tecnologia que dispõe sujeitos e objetos em um dado programa torna possível a comunicação e o pensamento viabilizando o entendimento entre os indivíduos e condiciona também, até certo ponto, os termos e a gama possível de usos e sentidos em torno

¹⁶ Esta abordagem é uma interpretação do modelo proposto por Teixeira, uma vez que o autor não desenvolve uma discussão sobre o papel do sujeito nos processos de comunicação em saúde de acordo com o modelo diagramático.

desse entendimento. O termo ‘até certo ponto’ tem uma importância fundamental porque este entendimento mínimo comum condicionante e o contexto do qual resulta, não é dado. Ele é alvo dos atos de comunicação que procuram reconstruí-lo e negociá-lo. Está permanentemente em jogo (Teixeira, 1997).

Nesse sentido, quando o contexto é um serviço, por exemplo, serviço de saúde mental, o que está em jogo são as necessidades dos usuários a serem satisfeitas, já que o contexto é um meio de satisfazer essas necessidades (Teixeira, 1997). Não se trata, no entanto, de enxergar essa relação apenas do ponto de vista gerencial, onde os serviços são produzidos e consumidos. A abertura dos serviços de saúde para a população usuária, cujos objetivos são, geralmente, bem definidos e fechados, implica também em aberturas de diálogo, o que remete a concepção de informação e conhecimento proposta por Paulo Freire (1977), discutida anteriormente. Exemplos dessa prática são os encontros assistenciais utilizados pelos serviços de saúde para atender os usuários individualmente ou em grupo. Esses encontros procuram,

ampliar o sentido da participação até os aspectos qualitativos do consumo, até o conteúdo interno dos atos técnicos de produção/consumo, reconhecendo que estes só são capazes de responder às necessidades de saúde que se definem à medida mesmo que são satisfeitas por estes atos. Estes devem, portanto, estar abertos aos movimentos de transcendência gerados pelas necessidades que não são capazes de satisfazer. Por sua relação direta com os movimentos de metamorfose do contexto sociotécnico, pode-se dizer que este constitui o modo necessário do *modelo* “diagramático” abordar o problema da participação (Teixeira, 1997, p. 37-38).

Esse modo de pensar a participação nos contextos sociotécnicos de saúde nos leva a refletir sobre uma nova concepção de sujeito no processo informacional. De uma certa forma, ao longo do texto, tivemos uma preocupação em definir em relação aos diversos modos de conceber o processo informacional, o *quem* da informação – o sujeito emissor e o

sujeito receptor. Evidenciamos que os estudos e a prática profissional em Ciência da Informação concebem pelos menos três concepções básicas de sujeito: o sujeito abstrato ou universal dos primeiros estudos em Ciência da Informação baseados na teoria matemática, para os quais os sujeitos concretos, com necessidades e desejos, simplesmente não tinham relevância; o sujeito cognitivo que enfatiza a dimensão subjetiva do processo informacional, onde o objetivo desse processo é a mudança das estruturas mentais; e, finalmente, a concepção do sujeito cognitivo – social, que concebe que as práticas informacionais são mediadas por um sistema de conceitos, que tem origem nas experiências anteriores do sujeito e no contexto cultural onde está inserido. Esse sistema opera como filtros e estruturam tanto a emissão como a recepção da informação (Araújo, 1998).

Dessa forma, ao refletirmos sobre o lugar do sujeito em relação ao objeto empírico que definimos para a pesquisa, familiares de portadores de sofrimento mental no contexto de um serviço aberto que adota os princípios da reforma psiquiátrica, percebemos que não se trata de percebê-lo apenas como ativos ou passivos. O que esses serviços procuram é que os sujeitos concretos, familiares e usuários, construam uma nova forma de enxergar e tratar a loucura, junto com a equipe técnica, a comunidade e o contexto mais amplo da sociedade como um todo. O resultado, a dinâmica do serviço, não depende só do que é planejado pela equipe técnica, mas também da qualidade da interação desse sujeito usuário com os recursos colocados a sua disposição, com os demais usuários e familiares. Por isso, ao mesmo tempo em que modificam o serviço com a suas presenças, com suas demandas, com suas interações, com os seus desejos e vontades, estes sujeitos também adquirem novas formas de pensar, sentir e conviver com o adoecimento mental através da apropriação de saberes e práticas relacionadas à doença. Dessa forma, concebemos o serviço em si, sua forma de organização, sua tecnologia, os recursos colocados à disposição dos familiares e usuários como um modo pelo qual se procura socializar informações e práticas relacionadas

ao tratamento da doença mental numa perspectiva psicossocial, como vem sendo defendida pela reforma psiquiátrica no Brasil. Para dar conta dessa dimensão cognitiva das ações e práticas de informação - como elementos que modificam concepções e práticas relacionadas ao adoecimento mental, bem como, como da sua dimensão social, que estrutura as relações e as práticas sociais, definindo o que é certo e aceitável em um determinado contexto social, cultural e científico, buscamos na teoria e no fenômeno das representações sociais um aporte teórico para analisar as ações e práticas de informação dos familiares de portadores de sofrimento mental da Clínica Psicossocial (CLIPS).

3 REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO

Para compreendermos os processos de informação e conhecimento na perspectiva da antropologia da informação, definimos como objeto empírico do trabalho as práticas e ações de informação dos familiares de portadores de sofrimento mental em face da nova proposta de tratamento do adoecimento mental que vem sendo implementada pelo Estado. Como demonstraremos no próximo capítulo, durante mais de dois séculos se constituiu um modo de tratar o adoecimento mental centrado no hospital psiquiátrico, cuja terapia principal se constitui no internamento. O processo de reforma psiquiátrica que se iniciou no Brasil, nas últimas décadas, visa à mudança radical dessa forma de tratamento e propõe o tratamento psicossocial, onde o portador de sofrimento mental permanece junto da sua família e comunidade. A consolidação dessa proposta depende, entre outras coisas, de uma mudança nas concepções e práticas sociais relacionadas à loucura, ao louco e ao tratamento da loucura.

A partir de uma revisão de literatura, identificamos que a teoria das representações sociais tem um potencial para facilitar a análise das ações e práticas de informação, em estudos de usuários em Ciência da Informação, conforme foi esboçado teoricamente por Jardim (1996). Dessa forma, essa teoria foi adotada como uma categoria de análise¹⁷ para balizar a compreensão das ações e práticas de informação dos familiares de portadores de sofrimento mental no contexto do processo de reforma psiquiátrica. De acordo com Minayo (1996, p. 92) “uma teoria reúne um conjunto de pressupostos e axiomas (uma afirmação cuja verdade é evidente e universalmente aceita em determinada disciplina), proposições logicamente inter-relacionadas e empiricamente verificáveis”. A teoria, nesse caso, é

¹⁷ De acordo com Minayo (1996, p. 94), categorias de análise “são aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. Elas mesmas comportam graus variados de abstração, generalização e de aproximação”.

empregada com o objetivo de possibilitar o encontro do “geral no particular” (Minayo, 1996, p. 158), sem cair no empirismo das pesquisas de opinião, que entroniza o senso comum, por um lado, ou no teoricismo, por outro, que não contribui em nada para uma melhor compreensão do real. Dessa forma, o campo da saúde e, mais particularmente, da saúde mental mostrou-se muito interessante tendo em vista que o processo de reforma psiquiátrica tem procurado interferir no contexto sociocultural visando transformar o imaginário social sobre a loucura de forma a possibilitar a inserção do portador de sofrimento mental junto às famílias e a comunidade. A noção de campo é empregada no sentido que lhe atribui Bourdieu (2003), em que significa uma construção simbólica e histórica que estrutura as relações sociais na qual atuam atores com os mesmos problemas e objetivos.

3.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

De acordo com Minayo (1996), as representações sociais se constituem numa categoria básica para fundamentar o trabalho de campo em pesquisa social. O termo representações sociais se refere à matéria – prima para a análise do social e também para ação pedagógico-política de transformação por serem ao mesmo tempo ilusórias, contraditórias e verdadeiras (Minayo, 1995). Nas ciências sociais, as representações sociais são definidas como “categorias de pensamento, de ação e de sentimento, que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a” (Minayo, 1996, p. 158). Nesse sentido, diferentes correntes do pensamento social tem abordado o conceito de representações sociais, a começar pelos clássicos da sociologia, como Durkheim e Weber. O primeiro, de acordo com Minayo (1996), não distingue representações sociais e representações coletivas, onde ambos os termos se refeririam a categorias de pensamento através das quais determinada

sociedade elabora e expressa sua realidade. Para Durkheim, de acordo com Minayo (1995), as representações sociais, apesar de terem como base o substrato social, gozam de certa autonomia em relação aos indivíduos, podendo exercer sobre os mesmos uma espécie de coerção para atuar em determinado sentido. Dessa forma, as representações sociais poderiam ser tratadas como fatos sociais, ou seja, de forma objetiva tal como defende Durkheim (2003). A essa concepção de representação social se contrapõem os trabalhos da sociologia compreensiva, representados por Max Weber e seus seguidores. Weber (2003) não adota explicitamente o termo representação social e define suas concepções nesse campo através de termos como idéias, espírito, mentalidades e visões de mundo. Para Weber, de acordo com Minayo (1996;1995), as representações sociais são juízos de valor que os indivíduos dotados de vontade possuem, sendo, portanto, concepções sobre o real que têm uma dinâmica própria, tanto na base material quanto na eficácia das idéias. Dessa forma, Weber chama a atenção para a importância de se pesquisar idéias como parte da realidade social e de compreender a que instância do social, determinado fato deve sua maior dependência (Minayo, 1996).

No entanto, somente a partir dos anos de 1960, a pesquisa social passou a demonstrar maior interesse pelos fenômenos do domínio do simbólico, onde noções como consciência, imaginário, representação e memória social passaram a serem utilizadas para explicar a realidade social. Uma teorização sobre o conceito de representações sociais surgiu no campo da psicologia social, em 1961, com a obra de Serge Moscovici, *as representações sociais*. No entanto, somente 20 anos depois, a partir da década de 1980, é que os estudos em representação social passaram a adquirir mais adeptos. Para Arruda (2002), essa demora se deu em função da produção científica, naquele momento, ainda estar fortemente atrelada ao

que Santos (2003) chama de paradigma dominante¹⁸. Arruda (2002) pondera que esse quase esquecimento do trabalho de Moscovici é perfeitamente compreensível se considerarmos o lento ocaso do paradigma dominante, onde se assentava fortemente pesquisa em psicologia, bem como, a pesquisa social, uma vez que o trabalho de Moscovici, voltado para fenômenos subjetivos, captados indiretamente, através de metodologias não habituais que dependiam da interpretação do pesquisador, fugia aos cânones da ciência psicológica.

Além disso, as pesquisas em ciências sociais vinculadas ao pensamento marxista estavam atreladas a uma leitura do real em que as condições econômicas, do mundo da produção, determinavam de tal forma a esfera da cultura e do simbólico que deixavam poucas brechas para sua autonomia. De acordo com Arruda (2002), o lançamento do livro de Althusser¹⁹, sobre os ‘aparelhos ideológicos do Estado’ e a emergência dos ‘novos movimentos sociais’²⁰ contribuíram para o afrouxamento desse determinismo uma vez que colocaram novas questões para a pesquisa social, situando os determinantes da ação social no terreno da cultura e do simbólico.

Moscovici (2003) afirma que construiu a teoria das representações sociais guiado pelo questionamento feito durante a Segunda Guerra Mundial sobre o impacto da ciência na cultura das pessoas, na forma como ela altera suas mentes e comportamentos, passando a fazer parte de um sistema de crenças. O pensamento marxista, ao qual Moscovici se sentia atraído, não tinha posições claras sobre o problema. Havia uma tendência de que se devia desconfiar do conhecimento espontâneo e do pensamento das massas. De acordo com

¹⁸ De acordo com Santos (2003), o paradigma dominante possui as seguintes características:

- O conhecimento científico aspira à formulação de leis à luz de regularidades observadas para prever o comportamento futuro;
- Idéias matemáticas são utilizadas como base para a observação, para os instrumentos de análise, para a lógica de investigação;
- O método científico se assenta na redução da complexidade: dividir e classificar para determinar as relações do que foi separado.

- Conhecer é sinônimo de quantificar; o que não é quantificável é cientificamente irrelevante.

¹⁹ ALTUSSER, L. Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado. Lisboa: Presença - Martins Fontes, 1974.

²⁰ De acordo com Renon (1996) os ‘novos movimentos sociais’ se referem a uma grande variedade de movimentos de protestos ocorridos durante os anos de 1970 e início de 1980 no Ocidente. A grande maioria dos

Moscovici (2003), os marxistas estavam convencidos de que o conhecimento espontâneo precisava ser purificado de suas irracionalidades ideológicas, religiosas e substituído por uma visão científica do ser humano, da história e da natureza, ou seja, pela visão marxista e materialista. Por outro lado, o iluminismo defendia que era preciso dispersar a ignorância, os preconceitos ou os erros do conhecimento não-científico através da comunicação e da educação. Para pensar racionalmente era preciso transformar todos os seres humanos em cientistas uma vez que o conhecimento comum é contaminado, deficiente, errado (Moscovici, 2003). Nesse sentido, o trabalho de Moscovici foi uma tentativa de reabilitar o pensamento e o conhecimento comuns, não os considerando como algo tradicional, primitivo ou mero folclore, mas concebendo-os como originários parcialmente da ciência e configurando-os como parte e parcela da cultura. De acordo com Arruda (2002), Moscovici procede a uma remodelagem do conceito durkheimiano de representações coletivas e procura construir uma teoria que pudesse trabalhar o pensamento social em sua dinâmica e diversidade, no contexto das sociedades contemporâneas, marcadas pela intensa divisão do trabalho, onde a especialização e a informação tornaram-se componentes decisivos nas vidas de pessoas e grupos. De acordo com Moscovici (2003), sua teoria das representações sociais se distingue do conceito de representações coletivas uma vez que o conceito proposto por Durkheim inclui uma cadeia completa de formas intelectuais como ciência, religião, mito ou qualquer tipo de idéia, emoção ou crença que ocorresse dentro da comunidade. Moscovici (2003) pondera que é impossível cobrir conceitos tão amplos e heterogêneos: ao querer incluir tudo, acaba-se incluindo muito pouco. Nesse sentido, ele procura situar as representações sociais no contexto das sociedades contemporâneas, onde “estão relacionadas com um modo particular de compreender e de se comunicar – um modo que cria tanto a realidade como o senso comum” (Moscovici, 2003, p.48). Nessas sociedades, pondera Arruda (2002), a

teóricos concorda que esses movimentos, se distinguem dos anteriores, em função de terem adquirido maior consciência de sua capacidade de produzir novos significados e novas formas de vida e ação social.

velocidade da informação não possibilita o tempo necessário para que as idéias se sedimentem em tradições, se impondo um processamento constante da novidade. São sociedades onde se conhece por delegação, “uma vez que ninguém tem acesso a todo saber” (Arruda, 2002, p. 135).

Apesar da inspiração inicial em Durkheim²¹, uma das principais referências teóricas quando se fala no modo de conhecer típico do paradigma dominante em que quantificação se tornou sinônimo de cientificidade, o estudo das representações sociais proposto por Moscovici faz parte de uma tradição de pesquisas que propõe um desmonte das fronteiras entre pares de conceitos que nortearam grande parte da produção do conhecimento científico como razão e senso comum, razão e emoção, sujeito e objeto²². A realidade é percebida como socialmente construída e o “saber é uma construção do sujeito, mas não desligado da sua inscrição social” (Arruda, 2002, p.131). Dessa forma, as condições de produção, ou seja, os aspectos subjetivos, afetivos e culturais, são os grandes responsáveis pela possibilidade de explicação e interpretação do sentido que os grupos atribuem ao objeto representado. Arruda (2002) se apóia nas conclusões de Jodelet (2002)²³ para afirmar que toda representação é construída por um sujeito (individual ou coletivo), se refere a um objeto e tem um conteúdo. E esse formulador da representação é um sujeito social, inserido em condições

²¹ Em ‘As regras do método sociológico’ Durkheim (2003) defende que as representações coletivas, por serem externas as consciências individuais, podem ser apreendidas como ‘coisa’.

²² Arruda (2002) identifica três correntes teóricas no estudo das representações sociais: A primeira, seria a abordagem processual que está preocupada com a origem, os processos de elaboração e os aspectos constituintes da representação como informações, opiniões, elementos culturais e ideológicos, entre outros. A principal referência nessa abordagem seria Denise Jodelet. Nessa abordagem, são adotadas múltiplas técnicas de pesquisa empírica: questionários, observação, entrevistas, pesquisa documental e tratamento de textos escritos e imagéticos. A segunda abordagem enfatiza o aspecto estruturante das representações sociais – um campo semântico constituído por elementos centrais e periféricos, chamada teoria do núcleo central. No Brasil, a principal referência é Sá (1996). Utiliza diferentes métodos de associações de palavras na pesquisa empírica. Por fim, a chamada Escola de Genebra, que adota uma perspectiva mais sociologizante, procurando encontrar o princípio organizador das representações a partir dos determinantes sociais. As três abordagens derivam da teoria desenvolvida por Moscovici e não se vêem como antagonistas: “são esforços de aplicação e aprofundamento, cujas características as tornam mais adequadas ou mais interessantes segundo o objeto e o objetivo que se tenha para pesquisar” (Arruda, 2002, p. 141).

²³ JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In.: JODELET, D. (org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002, p. 17-44.

específicas de seu tempo e espaço, o que determina que a cultura, a comunicação, a linguagem e a inserção socioeconômica, institucional, educacional e ideológica do sujeito são fatores que precisam ser considerados na análise das representações sociais. Além disso, a abordagem de estudos das representações sociais, proposta inicialmente por Moscovici e desenvolvida por Jodelet, entre outros, concebem que sujeito e objeto se transformam na medida em que o objeto é elaborado. O sujeito amplia suas concepções e o objeto se acomoda ao seu repertório, tornando conceito e percepção intercambiáveis, uma vez que se engendram mutuamente (Arruda, 2002).

Dessa forma, as representações sociais estariam, na análise de Arruda (2002)

reabilitando o conhecimento concreto, a experiência vivida, e reconhecendo a possibilidade de diversas racionalidades, o que é adequado às características das multifacetadas sociedades e grupos sociais contemporâneos e às características da forma de conhecer e lidar com o saber nessas sociedades, em que grupos diferentes têm visões diferentes de um mesmo objeto – sem que a diferença implique obrigatoriamente desigualdade. Sociedades nas quais é preciso entender a diferença como especificidade (Arruda, 2002, p. 133).

3.1.1 O conceito e a função das representações sociais

As representações sociais designam tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los, identificando um vasto campo de estudos psicossociológicos que atualmente atravessa diversas disciplinas como a antropologia, a história social e a própria psicologia social.

De acordo com Sá (1996) as representações sociais, como fenômeno, seriam as formas de saber características das sociedades contemporâneas, que emergem da vida cotidiana durante as comunicações interpessoais. Dessa forma, as representações sociais são fundamentais para o funcionamento da sociedade na medida em que encadeiam ação,

pensamento e linguagem tornando presentes as coisas ausentes e apresentando as coisas de tal modo que “satisfazam as condições de uma coerência argumentativa, de uma racionalidade e da integridade normativa do grupo” (Moscovici, 2003, p. 216). Nesse sentido, todas as interações humanas, entre pessoas ou grupos, pressupõem representações. Ao mesmo tempo em que elas são fundamentais para o processo comunicativo, também se formam nesse processo. Como sintetiza Arruda (2002, p. 142), “a ação e a comunicação são seu berço e seu chão: delas provém e a elas retorna”. As representações sociais se caracterizam ainda por uma dupla natureza, como afirma Moscovici (2003), que são interdependentes como duas faces de uma folha de papel: a face icônica e a face simbólica. Dessa forma, representação é igual à imagem e significação. Ou seja, “a representação iguala toda imagem a uma idéia e toda idéia a uma imagem” (Moscovici, 2003, p. 46).

Por um lado, a representação social seguiria a linha do pensamento conceitual, capaz de se aplicar a um objeto não-presente, de concebê-lo, dar-lhe um sentido e simbolizá-lo. Por outro, à maneira da atividade perceptiva, trataria de recuperar esse objeto, dar-lhe uma concretude icônica, figurá-lo e torná-lo tangível (Sá, 1996). O atributo imagético das representações sociais, o fato de corporificarem idéias em experiências coletivas e interações de comportamento se constitui em um dos seus principais traços definidores como pode ser observado em vários autores como Sá, 1996; Arruda, 2002; Guareschi, 2000; Duveen, 2000.

Em face da complexidade dos fenômenos que envolvem, práticas de conhecimento e o conhecimento prático, a definição que possui maior consenso entre os pesquisadores da área (Arruda (2002); Guareschi (1995); Sá (1996)), é aquela elaborada por Jodelet²⁴:

²⁴ JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In.: JODELET, Denise (org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2002, p. 17-44.

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 apud Arruda, 2002, p. 138).

Moscovici (2003) afirma que se aceitarmos que, em qualquer ambiente, natural ou social, sempre existe uma certa quantidade de autonomia e condicionamento, as representações sociais possuem duas funções básicas: a primeira se refere a seu caráter de convencionar objetos, pessoas e acontecimentos; fornecendo-lhes um sentido, um lugar, que é compartilhado por um grupo. A segunda, diz respeito ao seu caráter prescritivo, impondo-se sobre os sujeitos com uma força irresistível, que é uma combinação de uma estrutura que já estava presente antes que o pensamento fosse iniciado a uma tradição que conforma o que deve ser pensado. Para argumentar sua concepção da força do coletivo sobre o individual, Moscovici (2003) recorre à analogia com uma tribo africana descrita por Evans-Pritchard²⁵:

Nessa rede de crenças, cada fio depende dos outros fios e um Zande não pode deixar esse esquema, porque este é o único mundo que ele conhece. A rede não é uma estrutura externa em que ele está preso. Ela é a textura de seu pensamento e ele não pode pensar que seu pensamento esteja errado (Evans-Pritchard, apud Moscovici, p. 35).

O caráter prescritivo das representações sociais nos remete a sua dimensão constituída pela memória coletiva, formada pelas elaborações e mudanças ocorridas no decurso do tempo. Para Moscovici (2003, p. 37-38) “nossas experiências e idéias passadas não são experiências ou idéias mortas, mas continuam a serem ativas, a mudar e a infiltrar nossa experiência e idéias atuais”. Spink (1995) desenvolve esta perspectiva temporal proposta por Moscovici e propõe uma análise das representações sociais baseada em três tempos: o tempo curto, que tem como objetivo a funcionalidade da representação; o tempo vivido que abarca o território do *habitus* (Bordieu, 2003), formado em função do

pertencimento a determinados grupos sociais; e o tempo longo, domínio das memórias coletivas, onde se situam os conteúdos culturais acumulados em nossa sociedade. De acordo com Spink (1995) quanto mais englobarmos o tempo longo em nossas análises, “mais nos aproximaremos das permanências que formam os núcleos mais estáveis das representações” (Spink, 1995, p. 122).

A teoria da representação social parte do pressuposto de que existem formas diferentes de conhecer e de se comunicar, guiadas por objetivos diferentes. Duas formas básicas de produzir e articular o conhecimento seria o que Moscovici (2003) chama de universo consensual e o universo científico. O universo consensual é o espaço da vida cotidiana, onde a sociedade é uma criação visível, permeada com sentido e finalidade; enquanto o universo reificado se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna (Arruda, 2002; Moscovici, 2003). Apesar das diferenças, universo consensual e o universo reificado não se constituem em esferas estanques. Ambos são indispensáveis para a vida humana. O universo reificado é marcado pelo modo de conhecer da ciência, que define regras, estabelece hierarquias e define o que deve ser conhecido. A participação dos atores é marcada pela desigualdade: a competência adquirida determina o grau de participação e o seu direito de trabalhar como médico, como psicólogo, por exemplo. Além disso, Moscovici (2003) afirma que a ciência se ocupa em demolir nossas percepções e opiniões correntes e em desmentir as idéias que fazemos costumeiramente sobre acontecimentos e objetos. Ou seja, a ciência procura tornar o familiar em não-familiar. Já o universo consensual é o território das representações sociais, é marcado pelo saber prático. Os atores sociais são livres e com igualdade de possibilidade para falar em nome do grupo e sob seus auspícios. Dessa forma, encontramos técnicos de futebol amadores, médicos amadores,

²⁵ EVANS-PRITCHARD, E. E. *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. Oxford: Oxford University Press, 1937, p. 194.

entre outros. Em outros termos, as representações sociais visam tornar o não-familiar em familiar (Moscovici, 2003).

Para tornar operacional o conceito de representações sociais, Moscovici recorreu a outros autores a fim de apoiar sua perspectiva a respeito da construção do saber prático. De acordo com Arruda (2002), as principais contribuições vieram de Piaget, Lévy-Bruhl e Freud. Para Piaget o desenvolvimento do pensamento infantil se dá através de imagens e do mecanismo de corte-e-cola, onde a criança junta fragmentos do que já conhece para formar uma configuração que traduza o que ela não conhece, o que se manifesta, muitas vezes, no falar errado das crianças (Arruda, 2002). Além disso, Piaget também estabelece que existem duas formas de adquirir conhecimento: uma, em que ocorre a transmissão do conhecimento através de uma autoridade, de figura dominante ou privilegiada, em contextos de relações assimétricas. E outro, que se dá entre iguais, através de uma elaboração cognitiva, em um processo de reconstrução, onde predomina relações simétricas (Duveen, 1995). Através do trabalho de Lévy-Bruhl sobre o pensamento místico de povos distantes, de acordo com Arruda (2002), Moscovici pôde incluir na sua teoria uma outra lógica de pensar o mundo. Além disso, as teorias sexuais de Freud sobre a forma como as crianças elaboram e internalizam suas próprias teorias sobre questões fundamentais para a humanidade, através da experiência, contribuíram para compreender o processo de elaboração das representações sociais, através da elaboração de dois processos básicos utilizados pelos sujeitos na construção do conhecimento prático: objetivação e ancoragem. De acordo com Arruda (2002), esses processos são como faces de uma mesma moeda: a objetivação esclarece como se estrutura o conhecimento do objeto. Já a ancoragem transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em algo familiar, integrando-o ao nosso sistema particular de categorias e imagens conhecidas.

O processo de objetivação está baseado nas teorias desenvolvidas por Piaget e Freud, citados anteriormente, e implica, essencialmente, de acordo com Spink (1993), em uma operação formadora de imagens, onde noções abstratas são transformadas em algo concreto, quase tangível. De acordo com Spink (1993) e Arruda (2002), esse processo implica em três etapas: primeiramente, a informação é descontextualizada, recortada e recontextualizada novamente de acordo com a informação prévia do sujeito, suas experiências e seus valores, formando uma estrutura conceitual que tende a apresentar um aspecto imagético, uma vez que tanto crianças como adultos tendem a pensar através de imagens (Jodelet apud Arruda 2002). Por fim, ocorre o processo de naturalização com a transformação destas imagens em elementos da realidade. De acordo com Arruda (2002), tal processo constitui o cerne da representação social. Ao proceder dessa forma, aquele objeto que era misterioso foi recomposto e torna-se efetivamente objetivo, palpável e passa a nos parecer natural, atingindo dessa forma o ciclo da objetivação.

Conforme Moscovici (2003) ancorar é classificar e nomear alguma coisa. Coisas que não possuem nomes são estranhas e ameaçadoras. Através do processo de ancoragem o “conhecimento se enraíza no social e volta a ele, ao converter-se em categoria e integrar-se à grade de leitura do mundo do sujeito, instrumentalizando o novo objeto” (Arruda, 2002, p. 136). De acordo com Moscovici (2003), ancoragem e objetivação são maneiras de lidar com a memória:

A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A segunda, sendo mais ou menos direcionada para fora (para outros), tira daí conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido (Moscovici, 2003, p. 78).

Nesse sentido, as representações sociais são construídas por sujeitos a partir de suas práticas sociais e de informação como diálogos, discursos, rituais, padrões de trabalho e produção, arte e cultura, entre outros. De acordo com Jovchelovitch (1995, p. 80-81), sua análise não se centra no sujeito individual uma vez que as representações sociais “não são um agregado de representações individuais da mesma forma que o social é mais que um agregado de indivíduos”. Dessa forma, a análise das representações sociais requer que o social seja concebido enquanto totalidade. Por isso, sua análise deve se concentrar nos processos de mediação social como a comunicação, o trabalho, os ritos, os mitos, os símbolos, enfim, todas as ações que “revelam numa ou noutra medida a procura de sentido e significado que marca a existência humana no mundo” (Jovchelovitch, 1995, p. 81).

3.2 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo se configura como um estudo qualitativo, de caráter exploratório uma vez que adoção da teoria das representações sociais nos estudos de usuários, em Ciência da Informação, esboçada teoricamente por Jardim (1996), ainda se constitui numa possibilidade pouco explorada na área. O campo das representações sociais apresenta grande potencialidade para a pesquisa empírica, tendo em vista a própria natureza dos fenômenos estudados, “formas modernas e específicas de conhecimento prático, produzidas e mobilizadas na vida cotidiana” (Sá, 1996, p. 99) e a teoria que se construiu para compreendê-los e explicá-los.

De acordo com Minayo (1996), os estudos qualitativos procuram contemplar em suas análises os aspectos subjetivos e objetivos, os atores sociais, os valores do cientista, os fatos e seus significados, a ordem e o conflito. Além disso, esses estudos são, de acordo com

Minayo (1996, p. 10), aqueles “capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”.

Por outro lado, o trabalho procura se inserir também na tradição de pesquisas em representações sociais que adotam uma abordagem qualitativa. De acordo com Spink (1995), Moscovici ao conceber as representações sociais como um fenômeno de dupla face, como estruturas estruturadas e estruturas estruturantes, inscreve a pesquisa na área entre as perspectivas construtivistas. Ou seja, ao mesmo tempo em que as representações sociais são criações de sujeitos sociais inscritos em campos socialmente estruturados, elas expressam também a realidade intra-individual. Constituem-se, dessa forma, em “estruturas estruturantes que revelam o poder de criação e de transformação da realidade social” (Spink, 1995, p. 121).

Nesse sentido, o termo representações sociais está sendo empregado em sentido duplo, como fenômeno e como teoria, o que dá origem a dois pressupostos básicos que orientam este trabalho:

- 1) Familiares de portadores de sofrimento mental possuem uma representação social sobre a loucura, o louco e o tratamento da loucura;
- 2) Ações de informação participam do processo de elaboração das representações sociais, com as quais estabelece uma relação dialética: constroem - se mutuamente. Dessa forma, ao se analisar o processo de elaboração das representações sociais espera-se que se consiga também compreender o funcionamento do processo informacional que lhe é subjacente.

3.2.1 Fase exploratória de pesquisa e trabalho de campo

Como afirma (Bourdieu, 2003), é em função de uma determinada construção do objeto de pesquisa que um determinado método de amostragem e técnica de coleta e análise de dados se impõem. Dessa forma, ao nos propormos a construção de um objeto de estudo em

Ciência da Informação, utilizando o construto teórico da antropologia da informação que se inspira na antropologia interpretativa, os métodos e as técnicas de pesquisa dessa área se impõe, inclusive, na análise das representações sociais²⁶. Nesse sentido, o trabalho de pesquisa de campo procurou se aproximar daquilo que os antropólogos chamam de etnografia. Para Geertz (1989), um dos autores clássicos da antropologia interpretativa, praticar etnografia não é uma questão de métodos e técnicas de pesquisa como estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, mapear campos e manter um diário de campo. A prática da etnografia implica no que ele chama de “descrição densa”. Ou seja,

tentar ler (no sentido de “construir uma leitura de”) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito ou não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado” (Geertz, 1989, p. 20).

Essa concepção da prática etnográfica está vinculada a um conceito de cultura que é essencialmente semiótico, sistemas entrelaçados de signos interpretáveis, que poderiam ser chamados de símbolos. Dessa forma, a cultura “é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível – isto é, descritos com densidade” (Geertz, 1989, p. 24). Além disso, descrever uma cultura, uma prática cultural ou, nosso caso, informacional, significa que as compreendemos sempre a partir de nossa própria cultura, de nossas próprias práticas. Por isso,

os textos antropológicos são eles mesmos interpretações e, na verdade, de segunda e terceira mão. Trata-se, portanto, de ficções, ficções no sentido de que é “algo construído”, “algo modelado” – o sentido original de *fictio* – não que sejam falsas, não fatuais ou apenas experimento de pensamento (Geertz, 1989, p. 25 - 26).

²⁶ As representações sociais não são essencialmente uma categoria da psicologia social ou da antropologia, por exemplo. Como afirma Minayo (1995), elas pertencem ao campo das ciências sociais. Portanto, podem ser apropriadas pelas diferentes disciplinas desse campo, imprimindo-lhes o seu olhar específico. Nesse sentido, a pesquisa em representações sociais pode adotar tanto uma abordagem quantitativa, onde o fenômeno é medido tal qual nas pesquisas de opinião, como uma abordagem qualitativa que privilegia a interpretação da realidade.

De acordo com Geertz (1989), a abordagem etnográfica é essencialmente interpretativa e o que ela interpreta é o fluxo dos discursos sociais. Dessa forma, perde-se o sentido adotar critérios como confiabilidade²⁷ e validade²⁸, bem como, tamanho da amostra e critérios de amostragem que garantiriam a possibilidade de generalizar os dados obtidos para o universo mais amplo ao qual se dirige a pesquisa social. A pesquisa etnográfica apresenta como uma de suas principais características a descrição de universos pequenos, “microscópicos” como afirma Geertz. A questão está no fato, aponta Geertz (1989, p. 32), de que o “*locus* do estudo não é o objeto de estudo. Os antropólogos não estudam as aldeias (tribos, cidades, vizinhanças...), eles estudam nas aldeias”. Dessa forma, não se pretende que estes estudos possibilitem generalizações como encontrar a essência de grandes sociedades em pequenas aldeias, o mundo amplo no pequeno. O objetivo é tirar “grandes conclusões a partir de fatos pequenos, mas densamente entrelaçados (...) não é generalizar através dos casos, mas generalizar dentro deles” (Geertz, 1989, p. 36-38).

A perspectiva antropológica se insere no contexto mais amplo da abordagem qualitativa em pesquisas sociais onde o debate em torno da representatividade do grupo de pesquisa, ou seja, da capacidade de um indivíduo falar em nome de muitos é colocada em termos de universalização e particularização (Bourdieu²⁹ apud Minayo, 1996). Na medida em que a fala de um agente expressa tanto seus modelos culturais, construídos a partir das relações de pertencimento a um grupo e a um momento histórico, como as relações e as estruturas sociais mais globais do grupo ou classe onde está inserido, podemos compreender, a partir da fala dos informantes, tanto o geral como o específico. Dessa forma, a compreensão do indivíduo como representativo precisa ser “completada com as variáveis próprias tanto da

²⁷ Critério adotado nos pesquisas quantitativas que indica a capacidade dos instrumentos utilizados produzir medições constantes quando aplicados ao mesmo fenômeno (Richardson, 1985).

²⁸ Indica a capacidade de um instrumento produzir medições adequadas e precisas para se chegar a conclusões corretas (Richardson, 1985).

²⁹ BOURDIEU, P. *Esquisse d’une Théorie de La Pratique*. Paris: Librairie Droz, 1972. A tradução deste texto para o português pode ser encontrada em: BOURDIEU, P. *Esboço de uma teoria da prática*. In.: ORTIZ, Renato (org.) . **A sociologia de Pierre Bourdieu**. São Paulo: Olho d’ Água, 2003. p. 39-72.

especificidade histórica como dos determinantes das relações sociais” Minayo (1996, p. 113). Por isso, o grupo ou comunidade alvo de pesquisa precisa contemplar uma diversidade de elementos que torne possível a compreensão das hipóteses, pressupostos e variáveis estratégicas previstas para a compreensão do objeto (Minayo, 1996).

Essa perspectiva metodológica orientou a fase exploratória da pesquisa que, de acordo com Minayo (1996), contempla as seguintes atividades: escolha do espaço (*locus*) e do grupo de pesquisa; estabelecimento dos critérios de amostragem e estabelecimento de estratégia de entrada em campo. O espaço e o grupo de pesquisa definido foi o seguinte: familiares de portadores de sofrimento mental, referenciados na Clínica Psicossocial, no município de Ipatinga/MG. O familiar definido para fazer parte do grupo de pesquisa é aquele que é referência para a Clínica Psicossocial – acompanha o portador de sofrimento mental às consultas, participa das reuniões de grupos de familiares e, quase sempre, é o responsável pelo controle da medicação. Ao longo do trabalho nos referiremos a esse familiar como cuidador.

O primeiro contato com o *locus* da pesquisa aconteceu em junho de 2004 por ocasião da elaboração do projeto de dissertação para o exame de qualificação. Naquela ocasião, procuramos o Coordenador da Clínica Psicossocial, Amâncio Medeiros, e apresentamos nossa proposta de estudo. Procuramos também a Associação Loucos por Você, que desenvolve um trabalho de reinserção social do portador de sofrimento mental no município de Ipatinga e de apoio aos familiares dos mesmos. Fomos recebidos pela presidente da associação, Cirlene Ornelas, que nos relatou a história da instituição e os trabalhos desenvolvidos. Inicialmente, nos propomos a constituir o grupo de pesquisa formado por familiares vinculados à associação e a Clínica Psicossocial. Ao longo do processo de elaboração teórica do objeto de estudo sentimos necessidade de diminuir a abrangência do mesmo e definimos por focar apenas a Clínica Psicossocial. Contribuiu também para esta decisão, a interrupção, durante parte do 2º. Semestre de 2004, de algumas atividades da

Associação Loucos por Você como as oficinas de qualificação profissional, das quais participavam usuários e familiares, em função da prefeitura não ter realizado os repasses de recursos previstos em contrato.

Após algumas visitas à Clínica Psicossocial para conhecer o funcionamento do local, foi solicitada para a assistente social, responsável pelo relacionamento com as famílias, uma relação de familiares que pudessem participar do estudo. Solicitamos que essa relação contemplasse familiares residentes em bairros diferentes, com uma certa diversidade em termos de renda, sexo, escolaridade, vínculo de parentesco com o portador de sofrimento mental. Além disso, o grupo contemplou cuidadores cujos familiares possuem dois ou mais anos de adoecimento³⁰ e com passagem ou não por internação psiquiátrica. A partir dessa relação, onde constava nome, endereço e telefone dos possíveis informantes, foi feito um contato, por telefone, com cada um, agendando dia e horário para a entrevista. Nesse primeiro contato, explicávamos rapidamente o propósito da entrevista e procurávamos obter o consentimento para a mesma. Apenas um familiar se recusou a participar do estudo alegando que estava muito ocupado. Como técnica para obtenção de informações, utilizamos a entrevista que é definida por Colognese e Melo (1998), como um processo de interação social, no qual o entrevistador procura obter informações por parte do entrevistado. A entrevista de pesquisa realizada no presente estudo pode ser definida como uma entrevista semi-diretiva ou semi-estruturada que é definida por Colognese e Melo (1998), como um tipo de entrevista onde a maioria das perguntas são previstas com antecedência, dentro de uma sequência pré-estabelecida, onde o entrevistador tem um papel mais ativo.

A partir das diretrizes teóricas que fundamentam o estudo, baseadas na antropologia da informação, construímos um roteiro de entrevista que consta no anexo 01,

³⁰ Naquele momento, a maioria dos usuários da Clínica Psicossocial possuíam um tempo de adoecimento igual ou superior a dois anos. A adoção desse critério para a composição do grupo de pesquisa se deu com o objetivo de selecionarmos informantes que já tivessem organizado minimamente suas vidas a partir do adoecimento mental do familiar.

com questões abertas e fechadas, onde procuramos conhecer as práticas informacionais de recepção, geração e transferência de informação dos familiares de portadores de sofrimento mental em relação à abordagem do tratamento psicossocial da doença mental. Ao final do roteiro, incluímos uma questão onde pretendíamos identificar a parte mais estável das representações sociais sobre o louco, a loucura e o tratamento da loucura, utilizando a técnica da associação livre das palavras³¹, conforme proposto pelos estudiosos do chamado núcleo central das representações sociais³². No entanto, em função do baixo nível de escolaridade da maioria dos informantes, esta questão se revelou de pouca aplicabilidade na pesquisa de campo. Foi usada, então, com outra finalidade: facilitar a interpretação das representações sociais dos informantes, no que foi muito útil. Apesar do roteiro previamente definido, muitas vezes as questões foram reformuladas, preservando o sentido original, a fim de se adequar ao contexto da entrevista, bem como, novas questões foram acrescentadas a fim de facilitar o entendimento das informações. As entrevistas foram realizadas no período de março a maio de 2005, na residência dos cuidadores, gravadas e transcritas na íntegra. Foi anotado em um caderno à parte, após a realização das entrevistas, detalhes da interação entrevistadora e entrevistado.

3.2.2 Fase de análise

A partir dos pressupostos teóricos que nortearam as fases de pesquisa exploratória e trabalho de campo, definimos pela análise dos dados de acordo com a abordagem hermenêutica – dialética, proposta por Minayo (1996) como um ‘caminho do pensamento’ que possui grande supremacia em relação a outros métodos, como análise de conteúdo e

³¹ De acordo com esta técnica, o maior índice de preferência e a maior prioridade na ordem das evocações, indicariam os elementos do núcleo central.

³² Este grupo é formado por Jean-Claude Abric, que propôs a teoria do núcleo central, Claude Flament, entre outros. A obra de SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996 é uma boa referência sobre assunto em português.

análise de discurso, possibilitando uma maior aproximação do real. Dessa forma, a hermenêutica – dialética não se constitui em uma tecnologia de análise de textos e entrevistas, mas em um modo de interpretá-los. De acordo com Bleicher (1996), a hermenêutica “diz respeito à teoria e à prática da compreensão em geral, e à interpretação do significado de textos e ações em particular”. O termo ‘texto’, de acordo com Minayo (2002), é usado em um sentido bem amplo como biografia, narrativa, entrevista, documento, livro, artigo, dentre outros. Apoiando-se em Gadamer³³, Minayo (2002) afirma que as ciências humanas e sociais têm como ponto central na sua elaboração, a noção de compreender que é, em princípio, entendimento. Nesse sentido, uma das idéias centrais da hermenêutica é a de que os seres humanos “entendem-se ou fazem um movimento interior e relacional para se porem de acordo” (Minayo, 2002, p. 85). O que seria, então, compreender? A partir de Schleiermacher (2000), um dos autores consultados por Gadamer, Minayo (2002, p. 86) afirma que o “traço essencial do compreender é o fato de que o sentido do peculiar é sempre resultante do contexto e, em última análise, do todo”. De acordo com Minayo (2002), Gadamer e Schleiermacher³⁴ apontam para as múltiplas possibilidades de interpretação de um autor ou de um texto pois a compreensão não é um procedimento mecânico e fechado: o que se interpreta não se interpreta de uma só vez e nem de uma vez por todas.

De acordo com Minayo (2002) a interpretação, na perspectiva hermenêutica, pode adotar os seguintes procedimentos:

- Buscar diferenças e semelhanças entre o contexto do autor e o contexto do investigador.
- Explorar definições de situação do autor.
- Compreender é sempre compreender – se. Dessa forma, é preciso supor o compartilhamento entre o mundo observado e os sujeitos da pesquisa com o mundo da vida

³³ GADAMER, H. Verdade e Método. Petrópolis: Vozes, 1999.

³⁴ SCHLEIERMARCHER, F. Hermenêutica: arte e técnica de interpretação. Petrópolis, Vozes, 2000.

do investigador e interrogar *por que* e *sob que condições* “o sujeito da linguagem que busca entender cria determinadas situações, (...); em síntese, se expressa e se posiciona de tal maneira, e não de outra” (Minayo, 2002, p. 99).

- Buscar entender as coisas e os textos neles mesmos, distinguindo o processo hermenêutico do saber técnico sobre análise de textos tais como a análise de discurso e o objetivismo positivista.

- A partir do pressuposto de que o investigador – intérprete e seu sujeito de observação e pesquisa são momentos expressivos de seu tempo e espaço cultural, a reflexão deve ser apoiada no contexto histórico.

Se a hermenêutica busca a compreensão, a dialética estabelece uma atitude crítica frente às idéias expostas nos textos, monumentos e instituições, buscando “na sua especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo; e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações” (Minayo, 2002, p. 101).

De acordo com Bhaskar (1996), a dialética tem origem no pensamento grego e se constitui em um dos conceitos mais antigos, complexos e contestados no pensamento filosófico e social. Nesse sentido, Minayo (2002) emprega o termo de acordo com as contribuições de Hegel e do Marxismo, donde a dialética, como método de conhecimento, se pautaria pelos seguintes princípios:

- A noção de processo. Todas as coisas estão em movimento. É um tornar-se. A pêra que hoje é uma fruta, já foi flor depois será uma árvore. Contém em si, o seu passado de flor.

- Há um encadeamento no processo: a flor se transformou em fruta que se transformará em árvore e depois morrerá, retornando ao ciclo vital. No entanto, nunca será a mesma. São processos que se dão em espiral, estão sempre recomeçando, mas nunca no mesmo ponto, do mesmo jeito.

- Cada coisa traz si sua contradição: o vivo caminha para a morte, a felicidade contém a dor. Cada coisa é uma síntese de sua afirmação e de sua negação.

- A quantidade se transforma em qualidade. A oposição entre ambas é dialética e complementar: “a quantidade se apresenta sempre como uma distinção no interior da qualidade; e a qualidade está sempre presente na quantidade, sendo a quantidade em si mesma uma qualidade do objeto ou realidade” Minayo (2002, p. 96).

Dessa forma, o exercício dialético considera que as relações sociais, historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre classes, grupos e culturas se constituem no fundamento da comunicação. A linguagem, então, passa a ser entendida como “um veículo de comunicação e de dificuldade de comunicação, pois seus significantes, com significados, aparentemente iguais para todos, escondem e expressam a realidade conflitiva das desigualdades, da dominação, da exploração e também da resistência e da conformidade” (Minayo, 2002, p. 101).

Nesse sentido,

Uma análise hermenêutico-dialética busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório. Portanto, levando em conta que os indivíduos vivendo determinada realidade pertencem a grupos, classes e segmentos diferentes, são condicionados por tal momento histórico e, por isso, podem ter, simultaneamente, interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem (Minayo, 2002, p. 101).

A partir da afirmação de Spink (1995) de que a inclusão de um tempo mais longo, em nossas análises, nos permite aproximar das permanências que formam os núcleos mais estáveis das representações sociais, buscou-se, inicialmente, compreender como se constituiu o objeto loucura e tratamento da loucura através da leitura de livros e artigos da área da saúde mental, cujo resultado consta no próximo capítulo. Sem o entendimento de como se constituiu o campo da saúde mental, as falas dos informantes ficariam restritas ao seu

contexto imediato e não poderíamos utilizá-las para compreender o geral, ações e práticas de informação, através de uma realidade específica como ensina Geertz (1989). Ao fazermos essa revisão de literatura, percebemos que o internamento do portador sofrimento mental, seu isolamento da família e da comunidade é o elemento comum que permeou as diferentes políticas públicas voltadas para a questão do adoecimento mental. Nesse sentido, nossas análises foram orientadas pelo par dicotômico internar em hospital psiquiátrico ou tratar em casa.

De acordo com Minayo (1996), a linguagem, tomada como forma de conhecimento e interação social, é a forma privilegiada para a compreensão das representações sociais. Dessa forma, baseando-se em Minayo (1996; 2002) e Spink (1995; 1993), procedemos, operacionalmente, a análise das informações obtidas da seguinte forma:

- 1) Ordenação dos dados obtidos no trabalho de campo, entrevistas e observações.

Esta etapa incluiu: transcrição das entrevistas, leitura e organização do material.

- 2) Classificação dos dados: foi dividida em três momentos de forma não seqüencial e estanque, uma vez que um trabalho de interpretação, ao contrário de uma análise quantitativa, por exemplo, não se dá de uma só vez.

- a) Leitura exaustiva e repetida das entrevistas. Spink (1995) denomina esse momento de leitura flutuante e orienta que essa leitura deve intercalar a escuta do material gravado com a leitura do material escrito, deixando aflorar os temas. Tal momento possibilitou a apreensão das estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais que tentam transmitir e os momentos –

chave de suas existências sobre o tema em foco. O resultado de tal processo é a definição das categorias empíricas³⁵.

- b) Retorno constante às concepções teóricas que fundamentam o trabalho; bem como, a revisão de literatura sobre o campo da saúde mental.
- c) Constituição de um ‘corpus’ que foi recortado e reagrupado de acordo com as categorias empíricas definidas.

3) Análise final.

Por fim,

Produto final e sempre provisório, resultado de todas as etapas de pesquisa, é o concreto pensado do qual fala Marx. Mas sua compreensão jamais é contemplativa. Ela inclui num mesmo projeto o objeto, o sujeito do conhecimento e as próprias interrogações em um movimento totalizador. A interpretação, além de superar a dicotomia objetividade versus subjetividade, exterioridade versus interioridade, análise e síntese, revelará que o produto da pesquisa é um momento de práxis do pesquisador. Sua obra desvenda os segredos de seus próprios condicionantes (Minayo, 1996, p. 236).

³⁵ De acordo com Minayo (1996), categorias empíricas têm uma função operacional e podem ser construídas visando o trabalho de campo ou a partir deste. Elas têm como objetivo possibilitar uma compreensão teórica da realidade e, ao mesmo tempo, expressá-la em sua especificidade.

4 O CAMPO DE PESQUISA

“Em Minas, na maioria dos casos, não há loucos, eles são poucos, mas o que existe, e muito, são os sistemáticos. Os pobres, quando entram nos desvios da razão, são loucos, malucos, mas quando são “de família” são apenas sistemáticos, por mais loucos que sejam”.
Herbert de Souza - Betinho

De acordo com Minayo (1995), o campo, nas pesquisas qualitativas, é o recorte espacial referente a uma realidade empírica que corresponde ao recorte teórico do objeto de investigação. Nesse sentido, consideramos como nosso campo de pesquisa os familiares dos portadores de sofrimento mental referenciados na Clínica Psicossocial (CLIPS) da cidade de Ipatinga/MG.

Procuramos, em um primeiro momento, situar, em uma grande moldura, a emergência da loucura como um problema social apontando os mecanismos utilizados para tratá-la e controlá-la ao longo dos últimos 200 anos. O enfoque recai sobre o que denominamos comumente como modelo asilar, centrado no hospital psiquiátrico ou manicômio, que se baseia nos cânones do conhecimento científico moderno. Procuramos situar no tempo e no espaço, as principais mudanças ocorridas no tratamento da doença mental no Ocidente, enfocando, por fim, sua evolução histórica no Brasil, no estado de Minas Gerais e em Ipatinga.

4.1 A gênese da doença mental

A doença mental, da forma como a identificamos hoje, é uma construção histórica e não um “fato natural” como se pode supor em um primeiro momento. De acordo com Foucault (2000), foi numa época relativamente recente, há cerca de 300 anos, que o Ocidente concedeu à loucura um status de doença mental; situando-a, portanto, no âmbito das

questões médicas. No entanto, isto não significa que em épocas anteriores não houvesse nenhum tipo de preocupação com a loucura. Foucault (2000) relata que desde a medicina grega, uma certa parte da loucura já estava ocupada pelas noções de patologia e as práticas que a ela se relacionam. Muitos hospitais da Idade Média, como o Hotel-Dieu de Paris, possuíam leitos reservados aos loucos, freqüentemente, leitos fechados da mesma forma que jaulas. No entanto, o tratamento médico da loucura era limitado às formas que se julgavam curáveis como frenesis, episódios de violência ou acessos melancólicos.

No século XV, abriram-se na Espanha, em Saragoza, depois na Itália, os primeiros estabelecimentos reservados aos loucos onde eram submetidos a um tratamento, inspirado, em grande parte, na medicina árabe. Mas, eram práticas localizadas. “A loucura é no essencial experimentada em estado livre, ou seja, ela circula, faz parte do cenário e da linguagem comuns, é para cada um, uma experiência cotidiana que procura mais exaltar do que dominar” (Foucault, 2000, p.78). Por exemplo, a França, no começo do século XVII ainda demonstrava certa tolerância em relação à loucura ao reverenciar alguns loucos, que se tornaram célebres como artistas. No entanto, a partir de meados do século XVII se verificou em vários países da Europa uma diminuição da tolerância em relação à loucura. De acordo com Foucault (2004), uma data para servir de referência é o ano de 1656, em função do decreto de fundação do Hospital Geral, em Paris, na França. A instituição foi formada a partir da reunião, sob uma administração única, de diversos estabelecimentos que já existiam com outras finalidades. Rapidamente, as principais cidades da França passariam a ter o seu hospital geral; bem como, muitos outros países da Europa passariam a terem as suas casas de correção iniciando o que Foucault (2004) denomina *a grande internação*. Além dos loucos, passaria a ser abrigada nestas instituições uma série de outros indivíduos como os inválidos e velhos pobres, os mendigos, os desempregados, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real queriam evitar o castigo público, pais de

família dissipadores, eclesiásticos em infração, enfim, todos aqueles que cometeram atos não compatíveis com a ordem da razão e da moral vigentes na sociedade. Os indivíduos eram admitidos nestas instituições, não para serem tratados, mas porque “não se pode mais fazer parte da sociedade” (Foucault, 2000, p. 79). De acordo com Foucault (2004), o internamento atingiu grandes proporções: em Paris, poucos anos após a inauguração do Hospital Geral, de cada 100 moradores da cidade, um já havia sido internado ou estava numa casa de internamento.

Dessa forma, o internamento como política pública voltada para o social evidencia os valores da nascente sociedade capitalista. O traço comum entre todos aqueles que eram enviados para as casas de internamento, ou seja, os loucos, os vagabundos, os idosos, os portadores de alguma deficiência física, era a incapacidade de participar da produção, circulação e acumulação de riquezas. Dessa forma, as casas de internamento eram locais onde se procurava uma reeducação ética e moral para o trabalho, imperando o trabalho obrigatório, ainda que não produtivo. Para Desviat (1999) e Foucault (2004), o internamento foi uma das respostas do século XVII aos graves problemas econômicos e sociais que afetaram o mundo ocidental naquele momento. Nesse sentido, o internamento atingia um duplo papel: nos períodos de crise, absorvia os desempregados, diminuindo seus efeitos sociais mais visíveis e fora destes períodos, a produção dos ateliês das casas de internamento contribuía para reduzir os preços.

4.2 O surgimento da clínica psiquiátrica

A partir da década de 1960, com o trabalho de Michel Foucault, *História da Loucura*, inicia-se uma nova abordagem no estudo da doença mental em que o adoecimento mental e a psiquiatria são concebidos como algo que não existe desde sempre, são objetos e

saberes datados historicamente. O momento de surgimento da psiquiatria e, conseqüentemente, do seu objeto doença mental, se deu no século XVIII quando Philippe Pinel³⁶ assumiu a direção de Bicêtre, uma das casas pertencentes ao Hospital Geral de Paris e implantou uma tecnologia hospitalar para lidar com a loucura. De acordo com Castel (1978), esse ato fundador de Pinel consistiu em articular procedimentos que vinham sendo adotados por outros médicos da época e propor uma tecnologia de tratamento da doença mental constituída por três dimensões: ordenamento dos internos no espaço institucional de acordo com os tipos de enfermidade, arranjo nosográfico das doenças mentais³⁷, imposição de uma relação de poder entre médico e doente, chamada tratamento moral³⁸. Apesar de heterogêneas em sua aparência, essas dimensões constituíram-se na síntese do tratamento alienista

A adoção do tratamento alienista nos séculos XVIII e XIX se deu em função da nova ordem social surgida com as revoluções burguesas que, ao adotar a liberdade como um de seus princípios, não poderia mais tolerar o enclausuramento como política pública para lidar com os pobres, os loucos e os demais marginalizados sociais. A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, com o contrato social, a livre circulação de pessoas e mercadorias e a soberania civil frente ao Estado promoveram um contexto em que não era mais possível privar da liberdade quem quer seja sem garantias jurídicas. Dessa forma, a reclusão dos alienados só poderia ser aceita socialmente como um procedimento indispensável para o tratamento da loucura, uma vez que afastava os alienados de um mundo externo perturbador; fonte dos distúrbios da mente (Desviat, 1999). Nesse sentido, para Amarante (1996), a

³⁶ Philippe Pinel (1745-1826). Médico francês. Era ligado a um grupo de reformadores da assistência formado por Delecluy, Cabanis e Fourcroy, entre outros, que tiveram importante participação política na França, tanto durante a Revolução Francesa com no período da República (final do Século XVIII e início do Século XIX).

³⁷ Refere-se a um tratado com descrição e explicação das doenças mentais, cuja referência, de acordo com Pessotti (1996), é: PINEL, Philippe. *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale*. Paris: J. A. Brosson. 2ª. ed., 1809.

³⁸ De acordo com Pessotti (1996), Pinel considerava, de uma maneira geral, que a causa da loucura era a imoralidade, entendida como excesso ou exagero. Dessa forma, a terapia decorrente visava ao restabelecimento da ordem através de uma pedagogia severa, essencialmente repressiva (Pessotti, 1996).

psiquiatria é moderna por definição. Ou seja, nasce no cerne do projeto tecnocientífico da modernidade.

Gradativamente, ao longo do século XIX, as antigas casas de internamento foram sendo reservadas aos loucos, “mas desta vez aos loucos apenas” (Foucault, 2004, p. 81). O internamento torna-se, dessa forma, uma medida de caráter médico, o que garantia a sua legalidade. O isolamento e o tratamento moral constituíam os principais elementos terapêuticos do movimento alienista inaugurado por Pinel. “A loucura separou-se do campo geral da exclusão para se converter em uma entidade clínica que era preciso descrever, mas também atender em termos médicos, buscando sua cura” (Desviat, 1999, p. 17). O louco não era para Pinel substancialmente diverso do homem sadio, já que, em muitos momentos da vida, qualquer um age indiferente à razão e ao bom senso. Nesse sentido, a loucura podia ser vista como uma possibilidade humana, de qualquer ser racional. Para Pinel, a função do tratamento seria assegurar ao doente mental, o reencontro com a plena racionalidade e, conseqüentemente, com a liberdade (Pessoti, 1994). Ao contrário do que se defendia anteriormente, passava-se a acreditar na possibilidade de cura da loucura mediante um tratamento adequado, realizado em um espaço próprio: o manicômio. É nesse local que a psiquiatria vai se constituir como a primeira especialidade médica.

Foucault (2004) destaca que os alienistas estreitaram as práticas das casas de internamento em torno do louco. No asilo, o louco era submetido a um controle social e moral que tinha como objetivo reinculcar-lhe “os sentimentos de dependência, humildade, culpa, reconhecimento que são a armadura da vida familiar” (Foucault, 2004, p. 81). Se por um lado, Pinel teria eliminado as ligações materiais que continham fisicamente os loucos; por outro, alguns procedimentos utilizados no tratamento moral não eram muito distintos daqueles empregados nas antigas casas internamento como ameaças, castigos, privações alimentares e

humilhações. Tudo isso sob a direção de um médico que tinha um papel muito mais de justificação ética e legal que terapêutica.

O tratamento moral concebia a loucura como um fato que concernia essencialmente à alma humana; inscrevendo-a, portanto, numa perspectiva de filosofia da ciência que concebia o homem como um ser maleável pela experiência, “visto que todos os seus conhecimentos lhe vêm do exterior” (Castel, 1978, pág. 103). O papel da ciência seria encontrar o ordenamento racional que é dado pela experiência, distinguindo o essencial do acessório, o constante do acidental, porém, a partir do que aparece à observação atenta (Castel, 1978). Dessa forma, o conhecimento sobre a loucura deveria ser construído através da observação criteriosa, da descrição e classificação daquilo que era estranho ao padrão normal de comportamento. Para Castel (1978) tratava-se de uma racionalidade apenas classificatória, pois implicava em agrupar, segundo sua ordem natural, as manifestações aparentes da doença sem se preocupar com sua origem no organismo. Tal fato é paradoxal uma vez que a medicina clínica se consolidava, naquele momento, fazendo exatamente o movimento inverso: procurando identificar no organismo as causas das doenças e não se limitando a tratar apenas os sintomas. O desenvolvimento da psiquiatria, nessa primeira fase, se deu através de um distanciamento da medicina em geral, que deveria lhe servir de fundamento, distinguindo-se uma medicina do corpo e uma medicina da mente. Para Castel (1978, p.109) o fato de acentuar a sintomatologia é mais conveniente para fundar uma concepção reativa e psicogênica da doença mental uma vez que fornece uma justificação para a tecnologia do tratamento moral. Nesse sentido, os alienistas esforçavam-se para apresentar os loucos como perigosos, capazes de atentar contra a moral e a integridade física das famílias.

Com o desenvolvimento da clínica médica e anatomopatologia, a existência de uma doença exclusivamente moral tornou-se muito questionada. Por isso, apesar dos bons resultados obtidos nos primeiros anos do tratamento moral, o otimismo dos alienistas não

duraria muito: em meados do século XIX, com a massificação dos asilos, os alienistas se perguntariam como poderiam oferecer o atendimento individualizado preconizado pelo tratamento moral, se cada médico tinha sob sua responsabilidade 400 a 500 pacientes. Além disso, pesquisas demonstravam a relação entre distúrbio mental e lesão. Uma dessas descobertas é a de Bayle, em 1822, com a descrição das lesões cerebrais da paralisia geral progressiva. De acordo com Amarante (1996) até mesmo Esquirol, um dos principais nomes do alienismo, se curvou diante dessas evidências e procurou introduzir “determinados arranjos em seu sistema explicativo” (Amarante, 1996, p. 52). Dessa forma, o alienismo oscilou entre dois modelos de doença mental: um esquema organicista supondo uma lesão localizada na origem da doença e o modelo exclusivamente moral em que a causa da loucura se situava no próprio meio em que o indivíduo se inseria. De acordo com Castel (1978), a escola alienista sempre se inclinou para o lado do segundo modelo.

No final do século XIX, a psiquiatria se tornaria essencialmente organicista, se resignando mais facilmente com a incurabilidade da doença mental, abandonando a seu destino de excluídos, os doentes que a primeira escola alienista esforçara-se em tratar. Contribuiu para este fato, uma aproximação teórica da psiquiatria com o tronco comum da medicina, donde resultou sua atual orientação clínico-etiológica, com uma nova classificação das doenças mentais, baseada não apenas na descrição dessas doenças, como fazia os seguidores do método pineliano, mas, também, no acompanhamento da evolução da sintomatologia, do curso e da terminação (Amarante, 1996). A teoria da degenerescência proposta por Morel³⁹, na segunda metade do século XIX, e desenvolvida por Magnan vai exercer enorme influência sobre a psiquiatria até meados do século XX. De acordo com Castel (1978), Morel procurou vincular, de maneira mais vigorosa do que se tinha feito até então, a alienação mental a medicina geral. As degenerescências são desvios patológicos em

³⁹ MOREL, B. *Traité des dégénérescences psychiques, intellectuelles et Morales de l'espèce humaine*, Paris, 1857. p. 691

relação a um tipo normal de humanidade que se transmitiriam hereditariamente, por razões diversas: intoxicações, influências do meio social ou hereditariedade, doenças congênitas. “Mas, uma vez que a doença se instala, ela segue seu curso e se transmite aos descendentes até a extinção da linhagem” (Castel 1978, p. 259). Essas concepções abrem espaço para a eugenia em psiquiatria (Amarante, 1996) e também para grandes mudanças no papel exercido pelos asilos.

Com a supremacia do organicismo, a ação médico-psiquiátrica não se limitava ao espaço fechado dos asilos. O tratamento moral passa a assumir um caráter mais amplo, passando a ter como objeto a totalidade da sociedade, já que é apenas um paliativo em sua aplicação individual. Ele precisa “realizar a *profilaxia preservadora*, tentando modificar as condições intelectuais, físicas e morais daqueles que, por razões diversas, foram separados dos outros homens” (Morel⁴⁰ apud Castel, 1978, p. 262). Nesse sentido, Castel (1978) destaca que o programa da ciência alienista confunde-se com a da higiene física e moral, procurando-se intervir diretamente sobre as instituições não-médicas como a escola, o exército e a família; “superfícies de emergência da loucura” (Castel, 1978, p. 268). Para Castel,

A transformação do fundamento teórico da doença mental irá, desse modo, produzir um duplo efeito em contraste mútuo. Por um lado, os prognósticos pessimistas comandados por uma etiologia orgânica, o aumento do número de incuráveis, o aparecimento dos ineducáveis, irão fechar a noite asilar sobre si mesma. Enormes “morredouros” onde a referência médica se torna cada vez mais paródia. Por outro lado, abre-se um campo infinito de intervenções: prevenção, profilaxia, despistagem... O médico oferece seus serviços e se multiplica, quer estar presente em todas as linhas de frente onde emerge um risco de desordem (Castel, 1978, p. 265).

De acordo com Desviat (1999) as críticas ao asilamento nunca deixaram de existir. Mas, somente pós a Segunda Guerra Mundial é que o modelo psiquiátrico construído

⁴⁰ - Idem

ao longo do século XIX começa a ser duramente criticado no sentido de dar lugar a uma nova forma de tratamento da loucura. Contribuíram para este fato os horrores provocados pelos campos de concentração, o crescimento econômico, o desenvolvimento dos movimentos civis e a maior tolerância para com as diferenças e as minorias. Para Desviat (1999), o *New Deal* norte-americano e a revolta contra as instituições que atingiu seu ponto máximo no maio francês de 1968 marcam a ruptura com a concepção de doença mental e manicômio do século XIX. A vontade de construir uma sociedade mais livre e igualitária, mais solidária, a descoberta dos medicamentos psicotrópicos, na década de 1950, a adoção da psicanálise e da saúde pública foram elementos que, em diferentes países da Europa e da América do Norte, promoveram movimentos de reforma psiquiátrica a partir do fim da Segunda Guerra Mundial. No Brasil, esse movimento se dará a partir do final da década de 1970, mais notadamente, com o processo de redemocratização do país a partir dos anos de 1980.

4.2.1 Experiências de reforma psiquiátrica

Antes de relatar a evolução histórica do tratamento da doença mental no Brasil que culmina com adoção da abordagem psicossocial como política pública de atendimento ao portador de sofrimento mental, vamos relatar algumas experiências de reformas psiquiátricas realizadas em outros países que exerceram muita influência sobre o processo de reforma psiquiátrica realizado no Brasil. De acordo com Amarante (1995), as experiências de reforma psiquiátrica se iniciam com propostas que visam transformar a instituição psiquiátrica; tornando-a novamente um local de cura, como a comunidade terapêutica, na Inglaterra, e a psicoterapia institucional, na França. A psiquiatria de setor, realizada na França, e a psiquiatria preventiva, nos Estados Unidos representam um nível de superação das reformas restritas ao espaço asilar, uma vez que contemplam a participação dos

familiares e da comunidade no processo terapêutico. Por fim, a antipsiquiatria, na Inglaterra e a desinstitucionalização na tradição de Franco Basaglia, na Itália, procuraram romper com a lógica manicomial.

A seguir passamos a uma descrição dessas experiências, baseando-nos em Amarante (1995) e Desviat (1999):

- **Comunidade terapêutica:** iniciou-se na Inglaterra, no período pós-guerra, chamando a atenção da sociedade para a realidade dos manicômios onde a situação dos internos lembrava aquela verificada nos campos de concentração, abominadas pela Europa naquele momento. Foi um processo restrito ao hospital psiquiátrico onde se procurava implementar medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar. A idéia de comunidade provém da tentativa de quebrar a estrutura hierarquizada e segregadora do hospital, possibilitando que todos, funcionários e pacientes, executassem de modo igualitário as tarefas pertinentes ao funcionamento da instituição. Além disso, Maxwell Jones, principal autor e operador desta técnica, de acordo com Amarante (1995), promove uma aproximação entre hospital psiquiátrico e sociedade ao demonstrar, na Inglaterra, a possibilidade de alguns doentes serem tratados fora do hospital. De acordo com Amarante (1995), apesar de importante, a comunidade terapêutica não atinge a questão fundamental da reforma psiquiátrica, uma vez que não discute as causas externas, não necessariamente da enfermidade mental, mas da reclusão dos doentes no asilo.

- **Psicoterapia institucional:** O processo que deu origem a psicoterapia institucional se iniciou na França, durante a Segunda Guerra Mundial, quando François Tosquelles assumiu a direção de um hospital psiquiátrico do interior, o Hospital Saint-Alban. Ao assumir a direção do hospital, Tosquelles encontrou os internos em condições degradantes e iniciou uma série de transformações visando o resgate do potencial terapêutico do hospital psiquiátrico. Entendia-se dessa forma que em consequência do mau uso das terapias e da administração e,

ainda, do descaso e das circunstâncias político-sociais, o hospital psiquiátrico desviou-se de sua finalidade precípua, tornando-se lugar de violência e repressão. Tosquelles acreditava que com os hospitais reformados, eficientes e dedicados à terapêutica, a cura da doença mental poderia ser alcançada e o doente devolvido a sociedade. A psicoterapia institucional preconizava também que a própria instituição tem características doentias que devem ser tratadas. Por isso, era necessário manter um questionamento permanente da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, do poder médico e da verticalidade das relações intra-institucionais. De acordo com Amarante (1995), a psicoterapia institucional recebeu muitas críticas em função de não questionar a função social da psiquiatria, do asilo e dos técnicos.

- **Psiquiatria de setor:** Ao contrário das abordagens anteriores, a psiquiatria de setor apresenta-se como um movimento de contestação da psiquiatria asilar, onde o hospital psiquiátrico corresponde a apenas uma etapa do tratamento, destinando o principal momento para a própria comunidade. Com isso, prioriza-se a assistência ao paciente em sua própria comunidade. Seu surgimento está situado historicamente na França do pós-guerra, originando-se nos setores mais críticos e progressistas da sociedade e terminando por ser adotada, a partir dos anos 60, como política oficial. Para implementar essa política ocorreu uma divisão territorial, os setores, cada um com uma população não superior a 70 mil habitantes, onde o atendimento era feito por uma equipe constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Além disso, foram criadas instituições que tinham por objetivo assegurar o tratamento, a prevenção e a pós-cura das doenças mentais.

- **A psiquiatria preventiva ou comunitária** - na sua versão contemporânea, a psiquiatria preventiva nasce nos Estados Unidos, na década de 1960, no Governo de John Kennedy, e demarca um novo território para a psiquiatria: a promoção da saúde mental, sendo esta inferida como um processo de adaptação social. O projeto da psiquiatria preventiva determina

que as intervenções devem se dar no meio social de forma que se evite a formação de condutas patológicas. Nesse sentido, ao longo do tempo, o hospital psiquiátrico se tornaria desnecessário. Com o modelo preventivista instaura-se a crença de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas, se detectadas precocemente, e que, então, “se a doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade” (Amarante, 1995, p. 37) . De acordo com Amarante (1995), o modelo preventivista tem como marco teórico uma concepção linear do processo saúde/enfermidade e uma evolução ‘a-histórica’ das doenças. Com a adoção deste modelo pelos Estados Unidos, organismos sanitários internacionais, como a Organização Mundial da Saúde, e países do então chamado Terceiro Mundo desenvolveram projetos inspirados no modelo preventivista. Dentre o conjunto de medidas implantado pelo projeto, estava o da desinstitucionalização psiquiátrica que visava reduzir o ingresso ou a permanência de pacientes em hospitais psiquiátricos e ampliar a oferta de serviços extra-hospitalares. Dessa forma, apesar de significar uma nova forma de controle da ordem social, o preventivismo prepara o terreno para a instauração dos vários modelos assistenciais e propostas de desinstitucionalização que norteariam a reforma psiquiátrica.

- **Antipsiquiatria:** surge na década de 1960, na Inglaterra, em meio aos movimentos *underground* da contracultura como psicodelismo, misticismo, pacifismo e movimento hippie. O movimento foi formado por um grupo de psiquiatras, com experiência em psiquiatria clínica e psicanálise, que formularam uma crítica radical às práticas psiquiátricas no trato com a loucura, principalmente, em relação à esquizofrenia. A antipsiquiatria critica a nosografia da doença mental que define o que é ser neurótico ou depressivo, por exemplo; denuncia a cronificação da instituição asilar e não prevê tratamento químico ou físico. Nesse sentido, propõe como terapia a valorização do discurso e do delírio do louco. “O louco é

acompanhado pelo grupo, seja através de métodos de investigação, seja pela não repressão da crise, psicodramatizada ou auxiliada com recursos de regressão” (Amarante, 1995, p. 44)

- **Psiquiatria democrática italiana e a tradição de Franco Basaglia:** a tradição iniciada por Franco Basaglia e continuada pelo movimento da psiquiatria democrática italiana procuram rever as relações a partir das quais o saber médico funda sua práxis. O movimento Psiquiatria Democrática é um movimento político constituído, a partir de 1973, com o objetivo de construir bases sociais para a viabilização da reforma psiquiátrica na tradição basagliana em todo território italiano. A reforma psiquiátrica na perspectiva de Franco Basaglia tem início na década de 1960, no manicômio de Gorizia (Itália), através de um trabalho de humanização que se baseava no modelo de comunidade terapêutica. Com o tempo, este modelo se revelou incapaz de alterar a conexão intrínseca entre os interesses sociais mais amplos e a psiquiatria que funda uma estrutura social excludente. Dessa forma, a crítica do movimento ao modelo psiquiátrico tradicional se fundamenta em três pilares: “a ligação de dependência entre psiquiatria e justiça, a origem de classe das pessoas internadas e a não-neutralidade da ciência” (Barros⁴¹, apud Amarante, 1995, p. 48). Nesse sentido, a reforma psiquiátrica proposta por Franco Basaglia é, antes de tudo, um movimento político que denuncia a impossibilidade, historicamente construída pela modernidade, de trato com a diferença e os diferentes onde o manicômio seria uma metáfora da exclusão que se opera na sociedade. Em função disso, atribui uma centralidade às relações econômicas e sociais e valoriza o papel dos movimentos sociais. A proposta de desinstitucionalização na tradição de Franco Basaglia se distingue daquela proposta pela psiquiatria preventiva nos Estados Unidos, pois não se restringe e nem se confunde com desospitalizar. A desinstitucionalização é compreendida em um sentido mais amplo e complexo “das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e

⁴¹ BARROS, D. D. Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Ed. USP/Lemos, 1994, p. 60.

históricos” (Amarante, 1995, p. 49) enquanto desospitalizar significa a extinção de organizações hospitalares e manicomiais.

Quando chegou em Trieste, em 1971, Basaglia iniciou a construção de novos espaços e formas de lidar com a loucura que exerceram grande influência sobre os idealizadores do projeto de reforma psiquiátrica brasileira como centros de saúde mental, residências assistidas e cooperativas de trabalho.

4.3 O tratamento da doença mental no Brasil

Para Resende (2000), a emergência do louco e da loucura como problema social, no Brasil do século XIX e na Europa no século XVI, foram, guardadas as peculiaridades locais e a defasagem no tempo, bastantes semelhantes entre si. Nesse sentido, pode-se dizer que a psiquiatria, ainda numa fase empírica, se inicia no Brasil no século XIX, cuja data de nascimento é o ano de 1852, com a inauguração, pelo próprio imperador D. Pedro II, do hospício que recebeu o seu nome, na cidade do Rio de Janeiro. Esta instituição tinha capacidade para abrigar 350 pacientes e destinava-se a receber pessoas de todo o império. Antes desse fato, a loucura parece ter permanecido silenciosa. Durante o Brasil colônia, a trajetória do doente mental não era muito diferente daquela já conhecida desde os tempos bíblicos, não havendo referência sobre o mesmo nos relatos e crônicas dos viajantes que escreveram sobre os costumes e a vida social da época (Resende, 2000). É de se supor, segundo a tendência histórica universal, que aos loucos pobres, desde que mansos, se permitia errar pelas cidades, aldeias e campos. No caso de exibirem comportamento violento ou atitude indecorosa, eram recolhidos às cadeias onde podiam ou não receber maus tratos. De acordo com Resende (2000), as Santas Casas de Misericórdia e outras instituições de

caridade, existentes desde os séculos XVI e XVII não contavam com muitos loucos em sua variada clientela. Já as famílias mais abastadas, procuravam esconder em casa seus doentes.

A emergência da loucura como problema no Brasil no século XIX se deu, portanto, no contexto de uma sociedade escravocrata e rural que ainda não vivia os problemas do surgimento do capitalismo como industrialização e urbanização que são apontados por autores como Foucault (2004) e Castel (1978) como determinantes para o seu surgimento. De acordo com Resende (2000), apesar dos motivos estruturais serem outros, a sociedade brasileira vivia também um contexto de desordem e ameaça a paz social em função de uma massa de pauperizados, constituída pelos homens livres, nem senhores, nem escravos, que acorria para as cidades. Ao longo da primeira metade do século XIX, a elite médica do país começa a se mobilizar para que o Estado pudesse oferecer um tratamento adequado para os insanos que não seria nem as prisões, que dividiam com os criminosos e os arruaceiros, nem as Santas Casas de Misericórdia, onde eram amontoados nos porões, sem assistência médica. Dessa forma, a construção de instituições específicas para tratar os portadores de sofrimento mental, os hospícios, passou a ser defendida pela Sociedade Médica da Corte que lançou um movimento cujo slogan era: *aos loucos, o hospício*. Para Duarte (1996), a inauguração do Hospital D. Pedro II, em 1852, sinaliza o reconhecimento e a legitimação da medicina alienista que se baseava na teoria organicista do alienista francês Esquirol. Caberia, então, aos médicos alienistas tratarem as manifestações de loucura, “controlando suas causas, as perturbações afetivas, morais e intelectuais dos indivíduos” (Duarte, 1996, p. 20). Ao Hospital Pedro II, seguiram-se outros, em São Paulo, Pernambuco, Bahia e Pará.

Resende (2000) pondera que nos primeiros quarenta anos da psiquiatria no Brasil, existia um pequeno numero de médicos nas instituições psiquiátricas. Além disso, exerciam pouca influência nas questões administrativas e na seleção da clientela que obedecia, quase sempre, critérios leigos da autoridade pública local. Normalmente, o saber

médico não era chamado nem mesmo para referendar o processo. Leiga também era a classificação dos alienados nos diversos setores e enfermarias, onde eram classificados como alienados comuns, perigosos, criminosos, condenados, entre outros.

No final do século XIX e início do século XX, com a proclamação da República, representantes da classe médica assumiram o controle das instituições psiquiátricas e tornaram-se porta-vozes do Estado, que avocara a si a atribuição de assistir ao doente mental. Esse período foi marcado pela preocupação com o combate às doenças e a degradação moral das classes populares que se manifestava pela desorganização familiar, indisciplina no trabalho, hábitos de lazer, delinquência juvenil e alcoolismo. Dessa forma, o Estado reconheceu a competência técnica dos médicos sanitaristas e alienistas e outorgou-lhes a autoridade para promover uma intervenção terapêutica e profilática através do saneamento higiênico e moral dos centros urbanos, particularmente, dos locais onde viviam as camadas populares. De acordo com Duarte (1996), o médico sanitarista Oswaldo Cruz assumiu a direção nacional dos serviços de saúde pública com a missão de sanear os centros das grandes cidades, removendo os “focos de infecção” constituídos pelos cortiços e favelas. Acreditava-se que esses locais favoreciam o “alastramento dos vícios e devassidão, comprometedores da ordem social” (Duarte, 1996, p. 24). Por outro lado, de acordo com Resende (2000) e Duarte (1996), ao alienista Juliano Moreira que em 1903 assumira a direção da Assistência a Alienados e a gestão do Hospício Nacional, coube a tarefa complementar de recolher os doentes mentais em hospícios para, se possível, tratá-los e restituí-los ao convívio social.

De acordo com Duarte (1996), o período de 1903, quando foi promulgada a Lei de Assistência a Alienados, a 1930 marca a consolidação do campo psiquiátrico no Brasil enquanto especialidade autônoma da medicina. Nesse período, foram construídos asilos-hospícios, ambulatorios e colônias agrícolas destinadas ao tratamento e prevenção da doença mental, além dos manicômios judiciários. As instituições funcionavam de forma

descentralizada, representando “a instauração da vida civilizada no país” (Duarte, 1996, p. 25). A influência dos alienistas se fazia notar em todas essas instituições, onde podiam ampliar seus conhecimentos sobre a doença mental e sugerir ao Estado a adoção de novas técnicas psiquiátricas, como: laborterapia e assistência heterofamiliar. As idéias do alienista inglês Tuke sobre a conveniência do internamento do louco em locais afastados dos centros urbanos, tidos como propulsores de doenças mentais, tiveram grande acolhida entre os alienistas brasileiros. Por isso, uma das características do período é a construção de colônias agrícolas destinadas ao tratamento de insanos.

No período seguinte, de 1930 a 1946, em decorrência da tendência centralizadora do governo Getúlio Vargas, a elaboração, execução e coordenação de projetos e programas de assistência aos alienados passou a ficar sob a responsabilidade do Governo Federal. Nesse período, ocorre também um deslocamento das medidas higienistas, que haviam sido implementadas por Oswaldo Cruz, Juliano Moreira, Evaristo da Veiga, entre outros, para o eugenismo⁴² que teve ampla aceitação em setores da elite brasileira e, em alguns momentos, orientou as políticas sociais adotadas pelo governo.

De acordo com Duarte (1996), a constituinte de 1934 foi um marco no processo de transformação do higienismo em eugenismo na medida em que tornou como política oficial, medidas que visavam depurar a raça, através do branqueamento, prevenindo as “doenças do corpo e do espírito” (Lenharo⁴³, apud Duarte, 1996, p. 29). Uma dessas medidas era o controle da entrada de imigrantes judeus, africanos, negros norte-americanos e asiáticos no Brasil. No campo da saúde mental, foi instituída, durante o Estado Novo, uma lei que obrigava os nubentes a realizarem exame de sanidade física e mental com o objetivo de

⁴² Refere-se a uma ciência aplicada que busca melhorar a herança genética da raça humana; bem como, ao movimento criado para divulgá-la. De acordo com Lenski (1996, p. 289), antes da sua apropriação pelos nazistas nos anos 30, a idéia da eugenia desfrutou de amplo apoio, em círculos tanto liberais quanto conservadores, em muitos países, em função de uma mistura de influências e preocupações como o crescimento do pensamento racionalista, a consciência de que determinadas formas de incapacidade social tinham base hereditária e influência das teorias racistas.

⁴³ - LENHARO, Alcir. **Sacralização da Política**. Campinas: Papirus, 1986.

diminuir a transmissão de doenças congênitas físicas e/ou mentais à prole (Duarte, 1996). Além disso, instituíram-se ambulatorios e dispensários de higiene mental e assistência social destinados a realizar um trabalho de profilaxia a doença mental. O alvo do trabalho realizado nesses locais era o atendimento aos indivíduos pertencentes às classes populares, chamadas de classes perigosas; bem como, familiares de internos das instituições psiquiátricas, trabalhadores das indústrias têxteis e ferroviários (Duarte, 1996, p. 31). Nesse sentido, o tratamento da loucura, que em um primeiro momento havia se restringido, quase tão somente, a segregação do louco do convívio social passa a assumir um caráter mais amplo, como já havia observado Castel (1978) no continente europeu, onde o foco da ação alienista se deslocou do asilo para o meio, que seria uma das causas da loucura. De acordo com Duarte (1996), o substrato ‘científico’ que alimentou a formação do campo psiquiátrico no Brasil, na primeira metade do século XX, pode ser encontrado no positivismo comtiano que associado ao darwinismo social, baseado, em parte, na teoria da degenerescência do alienista francês Morel, possibilitou a adequada “associação da loucura com processos sociais e políticos que, de certa forma a *“explicam”* a despeito de sua determinação biológica” (Cunha⁴⁴ apud Duarte, 1996, p. 23). Nesse sentido, para parte da elite brasileira que era adepta dessas idéias, o atraso econômico do país decorria da raça inferior, constituída por negros, índios e mestiços, em sua maioria, e não por condições sócio-históricas. Essa concepção teórica possibilitava, por exemplo, explicar que a presença de um número maior de mestiços nos hospícios se dava em função dessa raça ser mais propensa à loucura.

No final da década de 1950, a situação dos hospitais e colônias psiquiátricas no Brasil era caótica: superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, péssimas condições de hotelaria. As colônias agrícolas haviam abandonado o trabalho no campo como atividade

⁴⁴ - CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo**: Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986, p. 50

terapêutica e a assistência psiquiátrica, de uma maneira geral, ainda não tomara conhecimento das mudanças que vinham ocorrendo na Europa e Estados Unidos.

O período que se seguiu ao golpe militar de 1964 marcou o início do que Resende (2000) chama de psiquiatria de massa uma vez que a assistência psiquiátrica pública se estendeu à massa de trabalhadores e seus dependentes e, não apenas aos doentes mentais pobres. A estes, continuava reservada a rede de hospitais públicos com sua já mencionada precariedade. Para os demais, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados. De acordo com Resende (2000, p. 61) “o quinquênio 1965/70 foi marcado pelo fenômeno do afluxo maciço de doentes para os hospitais da rede privada”; o que viria a ser denunciado mais tarde como indústria da loucura.

O período de 1970 a 1974 é, para Resende (2000), o único momento em toda a história da psiquiatria até então, que se pretendeu tratar efetivamente o louco. Não por acaso, este é o período do chamado “milagre brasileiro” em que muitas regiões experimentaram uma situação de quase pleno emprego. O Ministério da Saúde incorporou como seu o discurso de seus críticos que reivindicavam mudanças na atenção psiquiátrica. Em 1972, os ministros da saúde latino-americanos, se reúnem em Santiago, no Chile, e definem os princípios básicos da atenção psiquiátrica no continente. Estes princípios foram adotados pelo Ministério da Saúde para nortear suas políticas no setor. Em linhas gerais, condenava-se o macro-hospital, se propunha a regionalização do tratamento e alternativas à hospitalização integral, ações dirigidas ao egresso dos hospitais psiquiátricos e campanhas para a reabilitação de crônicos (Resende, 2000). O ano de 1974 marcou o fim do milagre e também o breve momento em que a atenção psiquiátrica dispensada pelo Estado havia se voltado para um processo de cura.

4.3.1 A reforma psiquiátrica brasileira

Com o novo contexto surgido após a Segunda Guerra Mundial, a prática psiquiátrica pautada pelo enclausuramento passou a ser duramente questionada. Em vários países do mundo ocidental, como França, Inglaterra, Itália e Estados Unidos foram implementadas experiências que visavam a mudança no atendimento público em saúde mental. Como afirmam vários autores (Castel, 1978; Desviat, 1999; Amarante, 1995), as práticas psiquiátricas não existem em um vazio social; pois estão imbricadas com as estruturas políticas, ideológicas e sociais de uma determinada sociedade. Dessa forma, apesar de elementos comuns, assinalados por Desviat (1999), como o desejo de uma sociedade mais livre e solidária simbolizada pelo maio francês de 1968, cada país implementou sua experiência de reforma de acordo com suas características sociopolíticas e, mais concretamente, de acordo com o seu sistema sanitário – sua forma de organização, seu grau de cobertura e o modelo de atendimento em saúde pública adotado (Desviat, 1999). No caso brasileiro, ela está profundamente relacionada ao processo de redemocratização que se iniciou no final da década de 1970, pondo fim, alguns anos depois, ao regime militar que se instalara em 1964. Além disso, a responsabilização do Estado por um atendimento universal e igualitário na área da saúde só veio a ocorrer com a Constituição Federal de 1988.

De acordo com Amarante (1995), a primeira fase do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil compreende o período de 1978 a 1980 e se inicia com o episódio que ficou conhecido como a crise da DINSAN (Divisão de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde mental. A partir de uma greve deflagrada, em abril de 1978, pelos profissionais da DINSAN do Rio de Janeiro, que trabalhavam no Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho se iniciou um processo que foi muito além da reivindicação por melhores salários, direitos trabalhistas e relações de trabalho mais estáveis.

Os profissionais denunciavam também as precárias condições de trabalho e o clima de violência vivido pelos internos, mas também por eles mesmos. Em função do seu caráter humanitário, a greve teve grande repercussão na grande imprensa e recebeu apoios importantes de instituições profissionais e da sociedade civil. Assim, nasceu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), constituído por várias instituições ligadas a saúde mental como Sindicato dos Psicólogos, Sindicato dos Enfermeiros e Sindicato dos Assistentes Sociais. Para Amarante (1995), o surgimento do MTSM marca o início da reforma psiquiátrica brasileira em função do papel que este novo ator vai desempenhar, ao longo dos anos, na formulação tanto da teoria como da organização de novas práticas psiquiátricas. De acordo com Amarante (1995), o objetivo do movimento é

constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *lócus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1995, p. 52).

No mesmo ano em que se constitui, no Rio de Janeiro, o MTSM se expande para outros estados, principalmente, São Paulo, Bahia e Minas Gerais, constituindo núcleos estaduais. Durante o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em 1978, em Camboriú, Santa Catarina, o movimento se constitui como força nacional. Em janeiro de 1978, os trabalhadores em saúde mental realizaram seu próprio congresso. De acordo com Vasconcelos (2000), a atuação do MTSM se concentra, nesse primeiro momento, nas seguintes questões:

- Mobilização da sociedade civil pela humanização dos hospitais psiquiátricos públicos e privados.
- Denúncia da indústria da loucura, constituída pelos hospitais privados conveniados com o então INAMPS.

- Reivindicação de melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos.
- Expansão dos serviços ambulatoriais em saúde mental.

O momento seguinte da reforma psiquiátrica, que abrange os primeiros anos da década de 1980, é marcado pela trajetória sanitarista quando parte considerável de participantes do movimento se incorporam ao aparelho do Estado com o objetivo de implementar processos de reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos públicos (Amarante, 1995; Vasconcelos, 2000). De acordo com Amarante (1995), este é um momento vigorosamente institucionalizante quando marcos conceituais que estavam na origem do pensamento crítico em saúde como a reflexão sobre a medicina como aparelho ideológico, o questionamento da cientificidade do saber médico ou da neutralidade das ciências e as incursões sobre uma determinação das doenças, dão lugar a uma postura onde, aparentemente, “parte-se do princípio de que a ciência médica e a administração podem e devem resolver o problema das coletividades” (Amarante, 1995, p. 91). Nesse sentido, as mudanças na atenção psiquiátrica estão incluídas em uma discussão mais ampla de reestruturação do setor de saúde pública no país, onde a reforma sanitária torna-se o lema nacional.

De acordo com Amarante (1995), a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987 marca o fim da trajetória sanitarista e inicia a trajetória da desinstitucionalização. Neste encontro foi tomada a decisão de realizar o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, São Paulo, onde os participantes romperam com os aspectos técnicos e corporativos que vinham predominando os debates e deflagraram a criação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (Fernandes, 1999). Várias entidades passaram a fazer parte deste movimento como sindicatos, conselhos profissionais, ONG's, associações, além de familiares e portadores de sofrimento mental. O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial propõe “mudanças nos princípios teóricos e

éticos da assistência aos loucos” e tem como slogan: “*por uma sociedade sem manicômios*” (Fernandes, 1999, p. 78) .

Para Amarante (1995), o movimento pela reforma psiquiátrica reencontra suas origens e se afasta do movimento pela reforma sanitária uma vez que existiria uma contradição fundamental entre os dois, que se manteve durante o tempo, apesar das aproximações em determinados momentos: o movimento de reforma psiquiátrica sempre manteve em debate a questão da institucionalização da doença e do sujeito da doença; ao passo que o movimento sanitário perde de vista a problematização da medicina como instituição social. Ao contrário do movimento de reforma sanitária que buscou promover mudanças nas estruturas de atendimento à saúde, o movimento de reforma psiquiátrica procurou construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, transcendendo-se os modelos preestabelecidos pela instituição psiquiátrica e movendo-se em direção às pessoas e às comunidades (Amarante, 1995).

Esse novo momento inaugurado pela I Conferência Nacional de Saúde Mental e consolidado pelo II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, repercutiu no modelo assistencial e na ação jurídico – política da atenção ao portador de sofrimento mental. O surgimento do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, em 1987, provocou mudanças na assistência psiquiátrica, influenciando a criação de muitos serviços substitutivos no país. Em maio de 1989, a Secretaria de Saúde do município de Santos interveio na Casa de Saúde Anchieta, onde se constatou uma série de irregularidades no tratamento dos doentes. O caso ganhou repercussão na imprensa nacional e a instituição, que era privada, foi fechada. Tal fato possibilitou a implantação de um sistema completamente substitutivo ao modelo manicomial com a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, associações, instituições de residencialidade, entre outros.

Para Amarante (1995), a experiência santista representou um marco no período mais recente da psiquiatria pública nacional.

Com a criação dos primeiros CAPS e NAPS, o Ministério da Saúde regulamentou a implantação e o financiamento desses novos serviços, indicando-os como modelos preferenciais de atenção à saúde mental através da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Por outro lado, com a nova legislação da área da saúde definida pela Constituição Federal de 1988, onde a atenção à saúde tornou-se direito de todos e dever do Estado, e pela Lei Orgânica da Saúde de 1990⁴⁵, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), são dados novos direcionamentos para o setor, dentre os quais, a municipalização da gestão e do atendimento. Nesse sentido, coube aos municípios, ao longo da década de 1990, a absorção do atendimento aos portadores sofrimento mental. O Ministério da Saúde, através de portarias e resoluções, passou a orientar o atendimento ao portador de sofrimento mental na perspectiva psicossocial. Vários estados como Minas Gerais, São Paulo, Rio Grande do Sul, Pernambuco e Ceará adotaram uma legislação inspirada nos princípios da reforma psiquiátrica, favorável ao tratamento psicossocial. Dessa forma, foram criados leitos psiquiátricos em hospitais gerais, implantados serviços de atenção psicossocial - hospital-dia, centros de atenção psicossocial e núcleos de atenção psicossocial. Foi instituído também um processo de controle e supervisão da melhoria da assistência nos hospitais psiquiátricos, estabelecendo critérios e patamares sucessivos de qualidade.

Em 2001, foi aprovada, pelo Congresso Nacional, a Lei 10.216 que é o resultado de um processo que se iniciara em 1989, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial de saúde mental para o tratamento psicossocial em todo território nacional. As diretrizes centrais da política de

⁴⁵ - Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Brasil, 1990).

saúde mental adotada pelo Ministério da Saúde não deixam dúvida quanto à orientação psicossocial:

- a) Redução progressiva e gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos;
 - b) Garantia da assistência aos pacientes egressos dos hospitais;
 - c) Criação e sustentação de rede extra-hospitalares - CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência, ambulatorios, programas de suporte social;
 - d) Defesa e promoção dos direitos humanos dos pacientes e familiares
- (Brasil, 2004, p. 01).

O aumento do número de organizações de usuários e familiares de portadores de transtorno mental, ao longo da década de 1990 e os primeiros anos do século XXI, é outro aspecto fundamental no processo de construção do campo da saúde mental no Brasil. Estas associações realizam encontros e produzem materiais de divulgação com os princípios básicos da luta antimanicomial. Nesse sentido, doentes mentais e seus familiares deixam de ser apenas objetos de escuta ou interpretação terapêutica, mas voz efetiva de cidadãos a contribuir no processo de planejamento, execução e avaliação de serviços e políticas de saúde mental (Vasconcelos, 2000).

4.3.2 A reforma psiquiátrica em Ipatinga

Apesar da orientação na esfera estadual e, posteriormente, nacional, para a implantação de serviços na área de saúde mental com orientação psicossocial, a efetividade desta política sofreu enormes variações de um município para outro em função da correlação de forças que se estabeleceu contra ou a favor deste modelo de atendimento.

Em Ipatinga/MG⁴⁶, a constituição desse serviço tem uma história bastante paradoxal. Em 1989, portanto, no ano seguinte à promulgação da nova Constituição Federal,

⁴⁶ - A cidade de Ipatinga fica a leste do estado de Minas Gerais e conta com uma população de aproximadamente 234 mil habitantes, segundo projeções do IBGE para o ano de 2005. A cidade é bastante conhecida no país por sediar um dos maiores parques siderúrgicos da América Latina, constituído pela Usiminas.

que garantiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, tem início o primeiro mandato democrático popular na cidade, que foi seguido por três outros mandatos com a mesma orientação política. Nestes governos foi implementada, no município, uma série de medidas que visavam garantir o controle social na área da saúde, tais como o Conselho Municipal de Saúde e Comissões Locais de Saúde. Criaram-se, dessa forma, instâncias onde a população podia sugerir ações para a área da saúde, como as conferências municipais de saúde. Em função da implantação desses mecanismos de controle social, o município tornou-se um dos primeiros do estado a conseguir a gestão plena do sistema de saúde. De acordo com Oliveira (2003), em quase todas as conferências municipais de saúde, foi reivindicada a implantação de um serviço de atendimento ao portador de sofrimento mental com orientação psicossocial. Era, portanto, de se esperar que o município tivesse buscado, desde o início da década de 1990, a implantação de um serviço de saúde mental com orientação psicossocial. O que não aconteceu. Apesar da inserção da questão antimanicomial nos vários espaços de participação popular na área da saúde; bem como, da existência de muitos profissionais simpáticos à abordagem do tratamento psicossocial, a implantação de ações efetivas nesse sentido só se deram em outubro de 2001, com o início do atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde. Este trabalho, apesar de importante, ainda não se caracterizava como um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico. Tratava-se de um atendimento psicoterápico para pacientes portadores de determinadas patologias mentais, em momentos de crise.

A existência de profissionais da saúde simpáticos à causa antimanicomial e o incômodo de uma mãe que não queria internar seu filho, portador de uma doença mental grave, em um hospício, criaram a condição necessária para a constituição da Associação Loucos por Você, em 1999. Esta organização não – governamental faz parte do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e tem contribuído para inserir, na imprensa e no debate

político, a questão da saúde mental através de eventos e mobilizações. Segundo a presidente da associação, Cirlene Ornelas, em entrevista para esta pesquisa, em junho de 2004, cerca de 200 pessoas, entre profissionais, voluntários, familiares e usuários participavam de suas atividades. Atualmente, em parceria com a prefeitura, a associação executa um projeto de reinserção social do portador de sofrimento mental, desenvolvendo oficinas de qualificação profissional, palestras e orientação familiar. Ao contrário de suas congêneres que existem no país, a Associação Loucos por Você não foi gestada ou incentivada pelo poder público. Ao contrário, constituiu-se para fazer frente a ele, pressionando-o a implantar um serviço de atendimento ao portador de sofrimento mental com orientação psicossocial.

A implantação desse serviço, só viria a ocorrer efetivamente em maio de 2004 com a inauguração do Serviço de Referência em Saúde Mental, que, no município, se chama Clínica Psicossocial (CLIPS). De acordo com a Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, a Clínica Psicossocial pode ser classificada como CAPS II⁴⁷. É um local onde são atendidos os portadores de sofrimento mental em situações de crise que, em um outro momento, seriam encaminhados para o hospital psiquiátrico. O acompanhamento desses pacientes, fora dos momentos de crise, é feito pelas equipes do Programa Saúde e Família (PSF) e Unidades Básicas de Saúde. A porta de entrada para o serviço são as Unidades Básicas de Saúde, Programa Saúde e Família, técnicos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Pronto Socorro Municipal.

⁴⁷- O CAPS II deve ter capacidade operacional suficiente para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. A assistência prestada aos pacientes no CAPS II deve incluir as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social (Brasil, 2002a).

4.3.3 Descrição da Clínica Psicossocial - CLIPS

O serviço de saúde mental em Ipatinga/MG está integrado a rede de atenção primária. No município, esta rede é constituída por 06 Unidades Básicas de Saúde e 11 Unidades de Saúde da Família, onde funciona o Programa Saúde e Família (PSF)⁴⁸. A Clínica Psicossocial (CLIPS) é parte integrante desse serviço tendo como atribuição atender os estados agudos de sofrimento mental quando as instâncias da rede de atenção primária tiverem esgotado os seus recursos. Após os períodos de crise, os pacientes são encaminhados novamente para as unidades de saúde e Programa Saúde e Família para manutenção do tratamento. A Clínica Psicossocial também recebe pacientes com entrada psiquiátrica no Pronto Socorro Municipal de onde são encaminhados pela enfermagem e serviço social, com o consentimento da família do usuário. Cerca de 2000 portadores de sofrimento mental são atendidos por mês pelo serviço de saúde mental. Desses, aproximadamente 200 são atendidos pela Clínica Psicossocial (Ipatinga, 2005a).

A Clínica Psicossocial possui uma área construída de 220 metros quadrados dividida em sala para medicação e enfermagem, com leitos; consultórios; recepção; sala de reuniões, supervisão e trabalhos em grupo; sala para oficinas de terapia ocupacional; banheiro e almoxarifado. A Clínica está situada a Rua Alfredo Feitosa, s/n - bairro Cidade Nobre e funciona de segunda a sexta – feira, no horário de 7 às 18 horas. Em junho de 2005 contava com a seguinte equipe técnica: 01 assistente social, 01 enfermeiro, 03 psicólogos, 03 médicos, 01 terapeuta ocupacional, 02 auxiliares administrativos e 01 auxiliar de serviços gerais.

O projeto da Clínica Psicossocial está baseado nas determinações das Portarias 336/02 e 189/02, do Ministério da Saúde que define os centros de atenção psicossocial como

⁴⁸ Estes dados se referem ao primeiro semestre de 2005.

serviços comunitários ambulatoriais que tomam para si a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial, os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência (Brasil, 2002b). Estes centros devem garantir também relações entre trabalhadores e usuários centradas no acolhimento, vínculo e na definição precisa de responsabilidade de cada membro da equipe; pautando-se pela criação de um ambiente terapêutico acolhedor, que consiga incluir pacientes desestruturados; e pela idéia de gerenciamento de casos, personalizando o tratamento de cada paciente. Nesse sentido, a Clínica Psicossocial procura desenvolver um trabalho diferenciado que inclui a participação de todos os trabalhadores da Clínica, inclusive, do pessoal administrativo e de serviços gerais uma vez que estes interagem com os pacientes e esta interação também pode ser vista como parte do tratamento. O serviço de saúde mental no município está dividido em três níveis (Ipatinga, 2004a):

1) Crise/transtorno (primário) : o tratamento é feito nas Unidades Básicas de Saúde e Programa Saúde e Família e consiste, normalmente, em abordagem , acolhimento, manutenção de medicação e psicoterapia. Define-se como crise ou conflito primário os estados agudos ou cronificados do sofrimento mental, com perda considerável do laço social (conflitos freqüentes), mas conservando vínculos familiares e territoriais. A demanda chega ao serviço de saúde mental em função de inibição, sintoma e angústia (neuroses), ou devido a desencadeamento ou desestabilização delirante (psicoses) (Ipatinga, 2004a).

2) Urgência subjetiva: o tratamento é feito na Clínica Psicossocial e consiste em acolhimento, abordagem, manutenção de medicação, psicoterapia, serviço social, oficinas de terapia ocupacional. Define como urgência subjetiva os estados agudos do sofrimento mental, com ameaça e histórico de tentativas de auto-extermínio, destrutividade e heteroagressão; estados alucinatorios com desencadeamento ou desestabilização do delírio, insônia severa, passagens

ao ato e episódios de amnésia lacunar; exclusão social com vínculos familiares e territoriais gravemente comprometidos (Ipatinga, 2004a).

3) Emergência: o tratamento é feito no Pronto Socorro Municipal e pode se caracterizar por sedação química e contenção mecânica. Define-se um caso como emergência quando o sentido da sobrevivência física se sobrepõe, nivelando o corpo ao simples organismo; há risco iminente à própria vida ou a vida de terceiros e requer intervenção imediata com encaminhamento a serviço especializado (Ipatinga, 2004a).

5 A CLÍNICA PSICOSSOCIAL (CLIPS) – TECNOLOGIA E FUNCIONAMENTO

O processo informacional percebido enquanto rede, da forma como é proposto por Teixeira (1997), apresentado no primeiro capítulo, compreende que a informação não é só um fluxo que se move de um emissor a um receptor. O processo informacional inclui também o “conjunto de objetos e práticas que tomamos de empréstimo para nos comunicar” (Teixeira, 1997, p. 34). Nesse sentido, a tecnologia de um serviço de saúde que define os procedimentos que devem ser seguidos, os equipamentos colocados à disposição do profissional de saúde e à vista do paciente, a estrutura física dos locais onde os serviços são prestados – presença ou ausência de cores, o mobiliário, a disposição dos objetos, entre outros; são aspectos que estão contemplados em um modelo de análise da comunicação denominado por Teixeira (1997) como diagramático. Não se trata, porém, da adoção de um modelo ideal de funcionamento do processo informacional, tal como um protótipo. E sim, de um instrumento interpretativo de análise que proporcione uma compreensão mais apurada do objeto de estudo. Nesse sentido, compreender as práticas de informação em serviços de saúde implica em conhecer os processos de trabalho subjacentes e a lógica que estrutura o serviço, dispondo atores (profissionais da saúde e pacientes) e objetos em determinada relação.

Para compreender a lógica de funcionamento do serviço de saúde mental na Clínica Psicossocial, vamos retomar a discussão feita anteriormente sobre o tratamento asilar contrapondo-o a abordagem do tratamento psicossocial que está se configurando a partir das práticas da reforma psiquiátrica. Costa – Rosa (2000) propõe que a análise das práticas em saúde mental considere os seguintes parâmetros:

- 1) Concepções do objeto – saúde, doença e cura. Concepções dos meios e instrumentos de seu manuseio – aparelho jurídico-institucional, multiprofissional, teórico – técnico, além do discurso ideológico.
- 2) Formas de organização do dispositivo institucional no que diz respeito ao modo como se estruturam as relações entre a equipe multiprofissional dentro da instituição.
- 3) Formas de relacionamento com a clientela, usuários e população.
- 4) “Formas de seus efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos, que designa os fins políticos e socioculturais amplos para o que concorrem os efeitos de suas práticas” (Costa-Rosa, 2000, p. 152).

A partir desses quatro parâmetros, Costa-Rosa (2000, p. 152) caracteriza o modo asilar e o modo psicossocial utilizando, para isso, pares de conceitos opostos ressaltando “os pontos extremos formal-abstratos de materialidades que supõem, em sua singularidade, convivência com os intermediários – no espírito da lei dialética, de unidade e luta de contrários”. A distinção que se segue é baseada nessa abordagem do autor e na análise que Lappann – Botti (2004) faz a partir da mesma:

a. Concepção do objeto, dos meios e instrumentos para seu manuseio

Este parâmetro decorre do fato de que os aparatos técnicos, científicos e administrativos se estruturam em torno do objeto definido pelo serviço: doença, na abordagem asilar e existência – sofrimento, na abordagem psicossocial.

QUADRO 02

Quadro comparativo entre o modo asilar e o modo psicossocial de tratamento da doença mental - concepção do objeto, dos meios e instrumentos para seu manuseio

<i>Modo Asilar</i>	<i>Modo Psicossocial</i>
- Ênfase nas determinações orgânicas da doença.	- Consideração dos aspectos biológicos, culturais, sociais, políticos e psicológicos.
- Meio de intervenção: medicamento.	- Meios de intervenção: psicoterapias, laborterapia (oficinas terapêuticas), socioterapia e ações de reintegração sociocultural, como cooperativas de trabalho.
- Pouca ou nenhuma consideração do sujeito como subjetividade desejante. Não investe na sua participação no tratamento. Quem trabalha é o remédio.	- Considera como decisiva a participação do sujeito no tratamento, considerando suas dimensões orgânicas e socioculturais.
- A loucura é vista como um fenômeno individual. Por isso, a intervenção se restringe ao indivíduo. A relação com a família, quando existe, se limita a questões pedagógicas e assistenciais.	- Não vê a loucura como fenômeno exclusivamente individual, mas social também. Procura-se incluir a família e o grupo próximo no tratamento (associações de usuários e familiares).
- Utiliza recursos multiprofissionais enquadrados no modelo de divisão do trabalho corresponde à “linha de montagem”, onde tarefas e sujeito são	- Utiliza equipe interprofissional que busca superar a simples reunião de especialistas através de um intercâmbio das suas visões teórico-técnicas e das suas práticas.

fragmentados como em um processo de

produção de mercadorias.

- O prontuário é o elo de interconexão dos

profissionais da equipe.

- Psicose, alcoolismo, neurose e outras - O objeto das práticas em saúde mental é problemáticas são consideradas doenças entendido como existência-sofrimento.

para as quais deve-se buscar a cura de Crítica o paradigma doença-cura.

acordo com o modelo médico.

- O hospital psiquiátrico fechado é a - Dispositivos institucionais típicos: instituição típica. No entanto, outros CAPS, NAPS, ambulatorios de saúde dispositivos também podem funcionar mental, equipes multiprofissionais de segundo os mesmos parâmetros. saúde mental de centros de saúde e

hospitais gerais.

b. Formas de organização do dispositivo institucional.

Este parâmetro decorre do fato de que a ‘instituição’ é intermediária nos tratamentos psíquicos em saúde coletiva onde estão incluídos: os fluxos decisórios e de execução e o modo de divisão do trabalho interprofissional como determinantes das formas dos vínculos entre instituições e usuários (Costa-Rosa, 2000).

QUADRO 03

Quadro comparativo entre o modo asilar e o modo psicossocial de tratamento da doença mental - formas de organização do dispositivo institucional.

<i>Modo asilar</i>	<i>Modo psicossocial</i>
- O organograma típico é o vertical ou piramidal; com o fluxo do poder institucional em um só sentido (do topo para a base).	- O organograma típico apresenta um desenho mais achatado e horizontal, com o fluxo de poder institucional em vários sentidos.
- A organização do serviço é percebida como indiferente ao processo terapêutico. Há campos ou espaços interditados ao usuário e a população, em geral. O poder e saber são estratificados.	- A organização do serviço é posta a serviço das práticas de atenção. Busca-se a participação dos usuários, familiares e comunidades através da realização de assembleias e encontros.
- Indiferenciação entre o poder decisório, que se refere à esfera política; e o poder de coordenação, referente à esfera teórico-técnica.	- Distinção entre poder decisório e poder de coordenação. O primeiro é exercido pelo conjunto da instituição, através de reuniões; e o segundo – coordena as ações conjuntas e faz executar em suas dimensões particulares as decisões tomadas pelo coletivo.

c. Formas de relacionamento com a clientela.

Neste parâmetro se considera o modo como a instituição se apresenta e se situa no espaço geográfico, no imaginário e no simbólico. “Imaginário: com que significantes se

apresenta; simbólico: até que ponto seus recursos em termos amplos mantêm alguma conexão com a possibilidade de cumprir suas promessas, mas sobretudo de interferir na demanda” (Costa-Rosa, 2000, p. 160).

QUADRO 04

Quadro comparativo entre o modo asilar e o modo psicossocial de tratamento da doença mental - formas de relacionamento com a clientela .

<i>Modo asilar</i>	<i>Modo psicossocial</i>
- A instituição é um espaço de relação entre loucos e sãos ou entre doentes e sãos.	
- Para a população de referência, a instituição é o <i>locus</i> depositário de seus equipamentos integrais tanto em relação ao elementos problemáticos para serem tratados ou excluídos do convívio social.	- Organização programática em forma de território como ao ato terapêutico propriamente dito.
- Interdição do diálogo, produzindo um discurso que fixa o usuário à imobilidade e ao mutismo.	- Espaço de interlocução que possibilita a subjetividade e o diálogo.
	- A instituição funciona como ponto de fala e de escuta da população; o que implica na sua capacidade para discriminar a demanda social.

d. Concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos.

Neste parâmetro estão postas as concepções efetivas de tratamento e cura e as finalidades socioculturais mais amplas para as quais concorrem as ações da instituição e do tratamento.

QUADRO 05

Quadro comparativo entre o modo asilar e o modo psicossocial de tratamento da doença mental - concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos; formas de organização do dispositivo institucional.

<i>Modo asilar</i>	<i>Modo psicossocial</i>
- Defeitos do tratamento como cronificação e dependência de medicamentos, por exemplo.	- Reposicionamento subjetivo, além da supressão sintomática, leva em conta a dimensão subjetiva e sociocultural.
- A remoção ou tamponamento dos sintomas pode ser alinhado numa singularização, da perspectiva ética de duplo eixo: dimensão interlocação, da implicação subjetiva e ego-realidade e carência-suprimento cujo desdobramento, numa perspectiva otimista, ao menos, interceptar a questão do é a adaptação.	- Ao colocar a ética na perspectiva da horizontalização e da implicação subjetiva e sociocultural, o modo psicossocial procura, individualismo, que obstaculiza as relações intersubjetivas horizontais, no seu espaço de ação.

5.1 ANÁLISE DA CLÍNICA PSICOSSOCIAL

Tomando como referência os quadros descritos acima que apontam para as diferenças entre o tratamento do sofrimento mental nas abordagens asilar e psicossocial, faremos uma análise da Clínica Psicossocial procurando descrever as tecnologias utilizadas nos serviços, a estrutura física, o processo de trabalho, entre outros aspectos; a fim de identificar o “conjunto de objetos e práticas que tomamos de empréstimo para nos comunicar”

do qual nos fala Teixeira (1997). Nesse sentido, descreveremos uma reunião com os grupos de familiares, da qual participamos como observadora. Essas reuniões se constituem, de acordo com os familiares entrevistados, no principal modo pelo qual recebem informação sobre a abordagem psicossocial de tratamento da doença mental. Além disso, o relato das interações com a Clínica Psicossocial, onde visitei várias vezes ao longo do último ano, pode ajudar a compreender a estrutura e o funcionamento do local. Os dados foram obtidos através da análise de documentos (textos e comunicações internas) produzidos pela equipe de saúde mental do município, observações não – participantes, conversas com usuários e profissionais que trabalham no local.

a) Análise das concepções do objeto – saúde, doença e cura; organização do trabalho:

A imagem dos manicômios que se consolidou ao longo do tempo é aquela que o descreve como um lugar fechado, sombrio, triste, com poucas e pequenas janelas gradeadas como apontam Goffman (2003), Foucault (2004), Firmino (1982). A descrição do poeta Olavo Bilac⁴⁹ do Hospício Nacional⁵⁰, no final do século XIX, nos mostra uma dimensão dessas instituições no Brasil:

“... fui de novo percorrer a Casa da Loucura, em que tudo respirava miséria e abandono; voltei, mais uma vez, d’ essa visita, como voltaria de uma viagem ao inferno (...) a casa era suja e sombria; as enfermarias acanhadas e escuras, os loucos dormiam, ao acaso, atirados pelo chão; as roupas eram velhas e esfarrapadas; a comida era péssima, e o tratamento médico, (...) era ainda uma bárbara e retrógrada mistura de inépcia e brutalidade: quarto-forte, duchas e camisa-de-força.” (Bilac, 2000, p. 308)

⁴⁹ - BILAC, Olavo. No Hospício Nacional (uma visita a Secção de Creanças). In: AMARANTE, Paulo (org.). Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2000.

⁵⁰ - Hospício Nacional de Alienados foi a nova denominação adotada para o Hospício D. Pedro II, com o início da República.

Por outro lado, Corbisier (2000) aponta que esta situação não sofrera muitas mudanças até o final da década de 1970, quando, nos primórdios da reforma psiquiátrica no Brasil, se iniciou um processo de humanização dos hospitais psiquiátricos:

Ainda estagiária de psicologia no Hospital da Marinha, tive o primeiro contato com pessoas enclausuradas em enfermarias. As psiquiátricas ficavam bem no fundo do hospital. Tinham uma disposição arquitetônica estranha e havia muito pouca luz. Naquela penumbra perambulavam, sem rumo, marinheiros loucos. Ali dormiam, comiam, falavam sozinhos. Evidentemente nada se esperava deles. Dos técnicos, esperava-se apenas que os medicasse o bastante para que não incomodassem (...) No primeiro dia em que entrei na enfermaria, me deparei com o Sr. J., que diziam ser louco furioso. Estava sentado na escada falando sozinho. Sentei-me a seu lado e comecei a conversar. Disse o meu nome, perguntei o dele. Ele parecia estar diante de um extraterrestre. O que de fato, ali, eu era. Vinha de outra terra, era livre, falava com ele. De repente se exaltou. Eu lhe disse que podíamos conversar com calma, que eu não iria lhe aplicar remédios, nem contê-lo ou algo no gênero. A conversa então fluiu. Foi assim com o Sr. J. e com outros. Começaram a gostar de nós, a participar das atividades propostas. Passaram a circular pelo hospital, a assistir filmes no auditório nobre – dos almirantes –, a ter algo mais próximo do que chamamos vida. (Corbisier, 2000, p.279-280).

O conceito de instituição⁵¹ é proposto por Costa-Rosa (2000) como fundamental para a análise do modo de tratamento psicossocial na medida em que é o intermediário necessário entre os trabalhadores da saúde mental e sua clientela. Dessa forma, qualquer programa terapêutico será profundamente sensível aos modos estruturais e conjunturais de organização do dispositivo institucional por meio do qual é executado (Costa-Rosa, 2000). Além disso, cada instituição particular, por exemplo, a Clínica Psicossocial, está relacionada a um contexto social mais amplo formado por outras instituições com as quais mantêm relações como as instituições da área da saúde em geral, a família, a comunidade, os poderes públicos, entre outras. Dessa forma, as contradições nesse contexto sempre acabam

⁵¹ De acordo com Costa-Rosa (2000), instituição pode ser definida como a formação material constituída por um conjunto de saberes e práticas articulados por um discurso de tipo ideológico.

produzindo ressonâncias em uma instituição em particular, interferindo, em maior ou menor grau, no seu modo de funcionamento e organização.

Um ambiente diverso daquele que se tornou característico das instituições manicomiais com grades e quartos fechados e a mudança nas formas de relacionamento entre as pessoas, usuários e profissionais, é uma condição fundamental para que o dispositivo institucional atenda aos objetivos da reforma psiquiátrica onde não se trata apenas de humanizar o atendimento; mas, de conferir ao sujeito portador de sofrimento mental a recuperação da sua cidadania. Nesse sentido, a abordagem psicossocial não se baseia no paradigma doença-cura no qual se funda a medicina moderna; mas, na idéia de existência-sofrimento onde a função do dispositivo terapêutico não é a reabilitação como uma restituição ao indivíduo de um estado anterior ou à normalidade. Ao definir o seu objeto de intervenção como existência – sofrimento, o modo psicossocial visa possibilitar a inserção dos portadores de sofrimento mental nos diferentes espaços da sociedade, onde possam ser inseridos e respeitados nas suas especificidades. Isto traz profundas implicações para a tecnologia, a organização, os processos de trabalho e as relações de poder dentro do dispositivo terapêutico. Dessa forma, para identificar como a Clínica Psicossocial, *locus* do nosso estudo, trata estes aspectos e, em última análise, em que medida atende aos parâmetros propostos pela abordagem psicossocial vamos descrevê-la detalhadamente a seguir, conforme informações que obtivemos a partir de nossas visitas ao local:

O meu primeiro contato com a Clínica Psicossocial se deu em junho de 2004. Liguei para o coordenador da instituição e marquei uma entrevista. Ele se dispôs a me receber às 16 horas. Procurei, então, chegar com meia hora de antecedência a fim ‘sentir’ o ambiente antes da entrevista. Ao chegar no local, me chamou a atenção sua estrutura física que não me lembrava outras instituições de saúde pública que já havia visitado. Nas outras

vezes em que voltei ao mesmo local, pude observar melhor a sua estrutura e o seu funcionamento: Logo na entrada, há um pequeno jardim, com um banco de madeira, tipo ‘banco de praça’. Logo após, a recepção, constituída por uma mesa de fórmica clara, tipo escritório, com cadeiras com forro azul, acolchoadas, que familiares e usuários utilizam enquanto aguardam o atendimento – médico, psicoterápico ou com a assistente social. O local é modesto; porém, limpo e arejado. A atendente recebe os usuários de forma bastante acolhedora, chamando-os sempre pelo nome. As paredes são pintadas de verde claro, com placas indicativas nas portas em um tom mais escuro. Na parede ao fundo da recepção fica um mural de cortiça, com feltro azul, onde são afixados cartazes e avisos diversos. Da recepção se vê toda a estrutura do lugar: almoxarifado, arquivo, banheiro, sala para medicação e enfermagem; consultórios; sala de reuniões e uma sala grande para as oficinas de terapia ocupacional.

Fiquei algumas vezes sentada em uma dessas cadeiras que ficam na recepção. Foram experiências muito interessantes que confirmaram o que alguns familiares afirmaram nas entrevistas: muitas trocas de informações sobre o sofrimento mental e a convivência com a doença e/ou com o portador acontece ali. Certa vez eu estava no local quando uma mulher jovem, bem vestida, maquiada, com os cabelos pintados em um tom ruivo acobreado, entrou no local. Muito alegre e desinibida, ela se dirigiu à atendente a fim verificar o horário do seu atendimento. Depois, dirigiu-se às pessoas que estavam sentadas – algumas conversando amenidades, outras observando e outras, me pareceram um pouco alheias ao local e às pessoas que ali estavam. E, aí em um tom de ‘animador de auditório de programa de televisão’ falou: “E, aí, pessoal, que caras são essas? Nós doidos precisamos nos unir e sermos mais alegres. Por que, já pensou, ser doido e ainda ser triste?”. Uns olharam para os outros, sem nada dizer. Um instante depois, alguns disseram baixinho, como se falassem para si mesmos: “eu não sou doido, eu só tenho depressão”; “eu sou só um pouco nervoso”; “

minha mãe é que mandou eu vir pra cá” . Depois, a jovem sentou-se ao lado de uma senhora e comentou: “eu falo assim... mas eu também não sou doida. Eu sou paranormal e os médicos não compreendem isso”. Olhei atentamente para as pessoas que ali estavam. Não saberia dizer quem era usuário ou só acompanhante.

Nesse sentido, percebemos que a Clínica Psicossocial foi construída dentro de uma concepção de que o aspecto físico do dispositivo terapêutico também se constitui em um dos fatores intervenientes no tratamento da doença mental. Esta preocupação também é demonstrada pelo Ministério da Saúde ao estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar (Brasil, 2002). Portanto, romper com o ambiente sombrio e cinza da instituição manicomial; construir espaços acolhedores e estabelecer relações interpessoais respeitadas e gentis são modos pelos quais os dispositivos terapêuticos construídos no processo de reforma psiquiátrica buscam estabelecer um novo sentido para o louco, a loucura e o tratamento da loucura, demarcando suas diferenças em relação ao modo asilar.

b) Relacionamento com a clientela; aspectos éticos e terapêuticos do tratamento:

Ao falarmos da ética que orienta o processo terapêutico e a relação com usuários e familiares em um serviço aberto, que adota a abordagem psicossocial, é interessante fazermos um paralelo com as explicações de Goffman (2003) em *‘manicômios, prisões e conventos’* sobre o que ele chama de “instituições totais”⁵² a fim de compreendermos melhor o que essa ética significa para o cotidiano do portador de sofrimento mental. Nessa obra, o autor esmiúça a estrutura e a natureza das instituições psiquiátricas, que ele inclui numa categoria

⁵² - De acordo com Goffman (2003, p. 16), as instituições totais são simbolizadas “pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições a saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos”. Exemplos de

denominada *instituições totais*. Essas instituições se caracterizam por reunir em um mesmo local e sob a mesma autoridade todos os aspectos da vida: dormir, trabalhar, alimentar, brincar. A ausência de vida privada, o controle do tempo, o estabelecimento de uma seqüência de atividades que deve ser realizada de acordo com regras fixas e explícitas, impostas de cima e controladas por um grupo de funcionários são outras características destas instituições destacadas por este autor. Nesse sentido, a vida do internado nessas instituições é mostrada por Goffman (2003) como um processo sucessivo de mortificação do EU que visa mudar suas crenças a respeito de si mesmo e dos outros que são significativos para ele. Esse processo se inicia na admissão onde o novato é despido de dispositivos que conferem a sua identidade pessoal como roupas, acessórios e corte do cabelo. Ao longo de sua carreira de internado, vários procedimentos contribuem para a mutilação do seu eu como a divulgação de informações que o internado gostaria que fossem preservadas, apelidos depreciativos ou obscenos por parte da equipe técnica, necessidade de se manter em posição humilhante em alguns momentos, exposição do corpo, obrigação de pedir permissão para executar atividades secundárias que o internado poderia executar sozinho no mundo externo como fumar, barbear-se, ir ao banheiro, telefonar. Goffman (2003, p. 46) pontua que essas instituições “perturbam ou profanam exatamente as ações que na sociedade civil têm o papel de atestar, ao ator e aos que estão em sua presença, que tem certa autonomia no seu mundo – que é uma pessoa com decisões adultas, autonomia e liberdade de ação”. A justificativa desses procedimentos, de acordo com Goffman (2003), é apontada freqüentemente como simples racionalizações que visam controlar a vida diária de um grande número de pessoas em espaço restrito e com poucos recursos.

Essa impossibilidade de liberdade de escolha, de atoria e de autoria do portador de sofrimento mental que marca as instituições totais dedicadas ao tratamento psiquiátrico é um

instituições totais seriam os sanatórios para tuberculosos, leprosários, hospitais para doentes mentais, cadeias, penitenciárias, campos de concentração, navios, entre outros.

dos pontos centrais que os dispositivos terapêuticos implementados de acordo com a lógica da abordagem psicossocial visam modificar. De acordo com Costa-Rosa (2000), ao definir o *continuum* saúde-doença psíquica como um certo modo de posicionamento do sujeito em relação aos conflitos e contradições que o atravessam, a abordagem psicossocial visa o reposicionamento do sujeito de forma que ele não apenas sofra os seus efeitos; mas, que sejam considerados como partes da existência, “como componentes inalienáveis do sujeito” (Costa-Rosa, 2000, p. 155) . Nesse sentido, os serviços de saúde mental, constituídos no processo de reforma psiquiátrica, visam criar meios que possibilitem novas formas de compreender o louco e a loucura, articuladas a uma ética em que a singularidade e a emergência do sujeito sejam contempladas (Lappan-Botti, 2004, p. 142) De acordo com o coordenador da Clínica Psicossocial e do Serviço de Saúde Mental de Ipatinga, Amâncio Borges de Medeiros⁵³, a ética que orienta o processo terapêutico e a relação com os usuários e familiares no Serviço de Saúde Mental e na Clínica Psicossocial, em Ipatinga é o que ele chama de ética da maioria.

Nesse sentido, o objetivo do serviço é

devolver ao portador de sofrimento mental o direito a exercer sua Maioridade: que suas escolhas serão respeitadas (e não desprezadas como escolhas sem razão), que seus desejos serão ouvidos (e não ignorados como caprichos de alucinado), que seu trânsito social será apoiado por nós (e não interrompido). Outras formas de dizer dessa Ética da Maioridade seriam: Ética do Consentimento, Ética da Escolha. Gostaria de pensar que em Ipatinga praticamos essa ética, a cada caso recebido pelo Serviço de Saúde Mental. Mas sabemos que não é assim. Talvez nunca seja inteiramente. Isto, porém, não nos preocupa. Acreditamos que, se for possível pelo menos colocar diante de cada paciente as suas opções, pode ser que, hoje, ele faça uma péssima escolha e, amanhã, optará por algo diferente. Pois, em cada decisão, opção, caminho a seguir, existe um ponto que não nos pertence, que não nos cabe decidir. Escolher, neste sentido, se aproxima de “colher” e de “colheita”. Num pomar, por exemplo, pode-se escolher qualquer maçã ao pé da árvore. Mas ela estará madura, pronta para ser colhida e consumida?

⁵³ MEDEIROS, Amâncio Borges de. **Mesa-redonda sobre saúde mental**. In: Mesa – redonda sobre saúde mental – Dia Nacional de Luta Antimanicomial, 18 de Maio de 2005, Auditório da Prefeitura Municipal de Ipatinga. (comunicação verbal).

Neste caso, não bastaria apenas nossa decisão de escolha, mas há um tempo e um preparo a serem respeitados. (Medeiros, 2005a, p. 01)

Medeiros (2005b) destaca que a equipe de saúde mental do município procura praticar o seguinte lema: “para fenômenos complexos, uma gestão complexa”. Isto significa que o processo terapêutico não pode se restringir a internações repetidas; nem a utilização de uma ação terapêutica exclusiva, em detrimento de outras, como psicoterapia ou medicação. Dessa forma, cada usuário tem o seu plano de tratamento que procura contemplar o sofrer subjetivo para além das nomenclaturas que define o seu sofrer em depressão ou esquizofrenia, por exemplo. O primeiro momento do portador de sofrimento mental na Clínica Psicossocial, é o que os técnicos denominam de acolhimento, ou seja, a primeira entrevista com o usuário. De acordo com Medeiros (2005b), o trabalho é feito em regime de equipes para cada dia da semana, onde qualquer um dos técnicos pode conduzir o acolhimento que tem a função de iniciar um registro histórico do caso, esboçar uma hipótese diagnóstica e abrir o projeto terapêutico individual. Os casos erroneamente referenciados a Clínica Psicossocial são igualmente acolhidos, mas, encaminhados à unidade de saúde de pertencimento do usuário, com um detalhado relatório escrito. A Clínica efetua também pronto-atendimento de saúde mental a casos de urgência subjetiva, em quadros de psicoses e neuroses graves.

Medeiros (2005a) destaca que a medicação, a psicoterapia, as oficinas, o apoio dos familiares são importantes, mas o fundamental no tratamento é

(...) o acordo, o pacto, a prova de consentimento que se espera desse paciente, de que ele concorda e sustenta seu próprio tratamento. Assim, voltamos ao que foi dito no princípio: trata-se de escolhas consentidas, de opções em viva voz. Deixamos ao paciente a responsabilidade de dizer: sim ou não; é claro que há momentos do tratamento em que essa margem de escolha é mínima, e nos força a uma decisão pela vida, onde a vida já não fala mais em nome próprio; mas sempre estaremos ali para deixar à sua inteligência, ao seu discernimento, o rumo que ele pretende tomar em sua existência. (Medeiros, 2005a, p. 01).

5.1.1 As reuniões com grupos de familiares

As reuniões com grupos de familiares, normalmente, conduzidas pela assistente social da Clínica Psicossocial, Rosana Teixeira de Carvalho Campos, são apontadas pelos familiares entrevistados para a pesquisa como a principal fonte de informação sobre o tratamento do sofrimento mental na abordagem psicossocial. Dessa forma, nos propusemos a participar dessas reuniões a fim conhecer o que é discutido, como é discutido e a participação dos familiares. A primeira reunião da qual participamos aconteceu no início de maio de 2005. Foi uma participação informal, onde não assumimos o compromisso de fazer anotações. A segunda aconteceu no dia 07.07.2005, desta vez, já com o propósito de incluir as observações realizadas no trabalho. O procedimento seguiu a metodologia da observação não-participante e não disfarçada, uma vez que se procurou não interferir no curso da reunião. Nesse sentido, no início da reunião, a assistente social explicou que o motivo da minha presença se devia a uma pesquisa que eu estava realizando sobre as práticas de informação no campo da saúde mental. Ambas as participações foram autorizadas pela Clínica Psicossocial. Segue o relato da reunião que aconteceu no dia 07.07.2005, na sala de reuniões da Clínica Psicossocial:

A reunião estava prevista para as 8 horas da manhã. Cheguei ao local às 7h e 50 min e o portão de entrada ainda estava fechado. Quatro pessoas já aguardavam no local – três familiares e um usuário, que se identificaram como tais durante a conversa que girava em torno do tratamento da doença mental e das dificuldades de convivência com o portador de sofrimento mental. Logo em seguida, chegou uma quinta pessoa que se manteve afastada. Procurei manter-me um pouco afastada do grupo também a fim de não ser muito percebida. Mas, logo a conversa foi se enfraquecendo e um deles se dirigiu a mim tentando ‘puxar conversa’, onde fez um comentário sobre o tempo.

Às 08 horas, o grupo entrou para a sala de reuniões. A assistente social sugeriu que se esperasse mais alguns minutinhos porque outras pessoas haviam sido convidadas e ainda não haviam chegado. Enquanto isso se dirigiu a um dos familiares presentes e questionou-o sobre o processo junto ao INSS para obter o benefício para o irmão que adoeceu há quinze anos e há cinco anos vive na rua pois se recusa a ir para casa. O familiar explicou que ia mexer ‘com os papéis’ mas ainda não tinha conseguido fazê-lo por falta de tempo. A assistente social explicou que estava com uma proposta de solicitar a equipe do Albergue Municipal para abordá-lo e tentar levá-lo para o local. Só assim ele poderia iniciar o tratamento. Enquanto isso, outras pessoas que já se conheciam conversavam entre si. A reunião teve início por volta de 8 h e 15 min. Inicialmente, a assistente social se apresentou, apesar de todos presentes, aparentemente, já conhecê-la. Depois me apresentou ao grupo como uma pesquisadora que já havia entrevistado alguns familiares e que estava procurando compreender o sentido da doença mental para esses familiares, como é que eles lidam com essa realidade. Havia sete familiares na sala que me olharam com sinal de aprovação.

Inicialmente, a assistente social explicou que é muito importante o familiar falar das coisas que o está incomodando, às vezes, é preciso desabafar. Por isso, ela solicitou que cada um se apresentasse e falasse um pouquinho do seu familiar doente, da convivência com ele. Em seguida, um a um, cada um dos familiares se apresentou e relatou a sua visão da doença do familiar, como se caracteriza essa doença, as dificuldades de convivência. Cada relato durava em média 10 minutos. Alguns em um tom bastante emocionado; outros, poucos, mais tranquilos. No meio da reunião chegou um último familiar de forma que o grupo que estava presente à reunião ficou assim dividido em relação ao vínculo de parentesco com o portador de sofrimento mental: 01 pai, 02 esposos, 03 esposas e 01 filha. As esposas de portador de sofrimento mental merecem um comentário específico: todas, bastante emocionadas, relataram a desarmonia que se instalou dentro da casa delas com o

adoecimento do marido que se manifesta através de uma violência exacerbada em relação a elas e/ou aos filhos. A dificuldade maior surge em relação aos filhos que não aceitam o comportamento estranho ou a agressividade do pai e passam a odiá-lo. Algumas cuidadoras relataram que os filhos queriam sair de casa, o que aumentava ainda mais do sofrimento delas.

Ao final dos relatos, a assistente social destacou a importância de cada um falar do ‘seu sofrer’ e de conhecer a história do outro: apesar de cada história ser diferente, podemos perceber que nessas histórias dos outros existem coisas que podem nos ajudar a lidar com o nosso familiar doente. E ela afirmou também que fica muito claro através dos relatos que a vida do cuidador fica em segundo plano e isso não é fácil. Mas, é preciso adotar uma postura de que se tem que lidar com a realidade como ela é. A partir daí ela passou a explicar sobre o tratamento da doença mental na abordagem psicossocial, destacando que até alguns anos atrás, quando uma pessoa adoecia, o entendimento era de retirá-la da família e interná-la. No entanto, foi se descobrindo que isso não é necessário porque é possível conviver com o portador de sofrimento mental dentro de casa. Alguns familiares, todos falando ao mesmo tempo, reclamaram que se sentiam completamente sozinhos – os vizinhos e os parentes não aparecem para ajudar. Um esposo de portadora de sofrimento mental disse: “ninguém vai lá em casa”. Uma esposa também reclamou que nem a irmã do marido que mora em frente a sua casa, a visita. Várias outras reclamações nesse sentido se seguiram. Ao final, a assistente social ponderou que os familiares e os vizinhos somem porque muita gente ainda acha que o portador de sofrimento mental é perigoso. Cabe ao cuidador tentar mostrar para os demais familiares e a comunidade que é possível conviver com o portador de sofrimento mental. Além disso, a assistente social solicitou que os familiares participassem mais da organização do serviço de saúde mental no município porque ainda existem muitas coisas para serem feitas como a ampliação do atendimento nas

unidades de saúde⁵⁴ afim de que os portadores de sofrimento mental “mais graves” possam também contar com um atendimento mais próximo de casa. Dessa forma, vai ficar mais fácil também o trabalho com a comunidade.

A reunião terminou às 9:40 horas com o convite para a reunião do grupo de estudo que acontece toda primeira sexta-feira do mês, na Clínica Psicossocial.

A reunião se constitui em um modo de socializar informação muito utilizada na educação popular porque possibilita o fluxo de informações simétricas ou de dupla via. Ou seja, estabelece a possibilidade de diálogo entre emissores e receptores tal como defende Paulo Freire. No entanto, ao se planejar um serviço e estabelecer a reunião como principal canal de informação entre a equipe técnica e a população usuária não se está necessariamente buscando um diálogo com essa população. Sempre há a possibilidade de uma reunião autoritária onde a equipe técnica diz o que acha que a população usuária precisa saber. Nesse sentido, a observação da reunião foi muito importante para indicar em que nível a Clínica Psicossocial coloca a questão da participação dos usuários e familiares. Como percebemos ao longo do relato, as reuniões têm um certo “esqueleto” pré-definido como apresentação dos participantes e informações gerais sobre mudanças no serviço ou atividades extraordinárias. Mas quem fornece a “substância” efetiva dessas reuniões são os próprios familiares. É em função das questões que afloram nos depoimentos dos familiares que o grupo tece suas discussões. Portanto, o que é discutido na reunião depende do que os familiares colocam. À assistente social responsável pela coordenação da reunião cabe a função de criar condições para o diálogo, exercendo um papel de moderadora. É ela quem introduz as informações sobre o tratamento psicossocial, vinculando-as ao dia-a-dia dos familiares. É o que aconteceu, por

⁵⁴ Atualmente, os serviços de saúde mental nas unidades de saúde incluem apenas um psicólogo. Ainda, assim, esse serviço só está implantado em apenas a metade das unidades de saúde do município. Nesse sentido, a equipe de saúde vem reivindicando que sejam implantados outros serviços como oficinas terapêuticas, grupos de familiares, entre outros.

exemplo, quando os familiares reclamaram que se sentiam muito sozinhos – os demais membros da família e a vizinhança não os apóiam; conforme colocado anteriormente no relato da reunião. Em uma outra reunião, o pai de um portador de sofrimento mental relatava as dificuldades de convivência com o filho que estava em crise, apresentando um quadro persecutório. Ao final do relato, ele afirma: “eu já até pensei se não tinha jeito de internar ele”. Logo em seguida, ele conclui: “mas, como é que eu vou internar ele em um lugar que só tem doido?”. Ao exercer seu papel de moderadora, a assistente social explicou que a atitude que se tomaria a um tempo atrás era encaminhá-lo para um hospital psiquiátrico mesmo. Ela explicou ainda que agora se percebe que isso não o ajudaria a sair crise porque ele não se sentiria seguro em lugar grande, desconhecido, onde ele não conhece ninguém. A seguir, ela aproveitou para explicar como era o tratamento do portador de sofrimento mental na abordagem asilar e como propõe agora a reforma psiquiátrica.

Dessa forma, percebemos que, em um certo sentido, a Clínica Psicossocial procura enxergar a participação do usuário e do familiar em um nível que não se restringe à resposta da informação enviada; mas procura torná-los parte do próprio serviço. Como afirma Teixeira (1997, p. 37), “até o conteúdo interno dos atos técnicos de produção/consumo” dos serviços. Nesse sentido, entendemos que a Clínica Psicossocial procura implementar um serviço de atendimento a saúde mental, de acordo com a abordagem psicossocial, dentro dos critérios definidos pela reforma psiquiátrica e expostos no início do texto.

Apesar disso, não queremos e não podemos relacionar as representações sociais sobre o louco, a loucura e o tratamento da loucura dos familiares de portadores de sofrimento mental apenas às ações e práticas informacionais da Clínica Psicossocial. Nessa imensa rede onde todos estão inseridos, as práticas e ações de informação da Clínica Psicossocial são as principais fontes de informações sobre a abordagem psicossocial do tratamento da doença mental, mas não são as únicas. Como afirma Marteleto (2002), informação e conhecimento

têm história, podem ser questionados, discutidos e participam da disputa pelo poder de nomear no mercado de bens simbólicos. Portanto, ao indagarmos pelas representações sociais dos familiares de portadores de sofrimento mental, encontraremos não apenas o resultado das ações e das práticas de informação implementadas pela Clínica Psicossocial. Encontraremos também o resultado das práticas e das ações sociais e informacionais relacionadas à loucura e ao imaginário sobre a loucura implementada por outras instituições com as quais os atores sociais se relacionaram e se relacionam. Além disso, é preciso destacar que tais ações sociais e informacionais são recebidas de modo diferenciado pelos sujeitos em função de suas singularidades em termos cognitivos, afetivos, culturais e econômicos.

6 INFORMAÇÃO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O campo que definimos para a análise da informação, na perspectiva da antropologia da informação, se constitui, em si mesmo, um complexo objeto para o estudo das relações entre conhecimento científico e conhecimento do senso comum. Nesse sentido, traçamos ao longo do capítulo 4, uma evolução do tratamento da doença mental utilizando como referência a literatura construída sobre o tema a partir do trabalho de Michel Foucault, *A história da loucura*. A partir da constituição desse campo, identificamos duas questões muito importantes para situarmos nossas indagações relativas à informação e as representações sociais. A primeira delas refere-se ao fato de que a doença mental, da forma como a identificamos hoje, é uma construção social e não um fato natural como se pode supor em um primeiro momento. A segunda diz respeito a um consenso, entre os autores consultados (Amarante, 1996; Castel, 1978; Foucault, 2004; Desviat, 1999, entre outros), quanto ao internamento do portador de sofrimento mental em instituições construídas exclusivamente para este fim como asilos, hospícios e hospital-colônia como um ponto em comum entre as várias práticas de tratamento do adoecimento mental propostas a partir do século XVIII.

Se a doença mental é identificada por um conjunto de sintomas que sempre existiu, é possível supor que sempre existiram práticas sociais para se lidar com esses sintomas. Assim, o que para algumas sociedades era um traço de caráter, um dom especial ou uma possessão por espíritos malignos (Minayo, 1996; Resende, 2000, Foucault, 2000), com o advento da modernidade, passou a ser visto como uma doença que além de significar uma tragédia pessoal, significava também um problema para toda a sociedade. Dessa forma, a loucura se tornou um problema público que passou a exigir a atenção do Estado. É nesse contexto que se inicia um conhecimento científico sobre a loucura, a partir do século XVIII,

que prescreve procedimentos para tratá-la. O alienismo, como ficou conhecida essa primeira abordagem de tratamento da doença mental, dirigia sua atenção para os sinais e sintomas da doença sem relacioná-la a qualquer causa orgânica. O tratamento proposto era centrado no internamento que, muito mais do que uma condição para uma ação terapêutica, se constituía na ação terapêutica em si. Castel (1978) coloca que esse conhecimento científico sobre a doença mental se repousava sobre princípios já ultrapassados pela ciência daquela época. Nesse sentido, Castel (1978) aponta que somente a partir de um modelo médico muito particular, a medicina mental poderia realizar seu mandato, pois esse mandato não era essencialmente médico. No final do século XIX, a produção do conhecimento científico sobre a loucura se aproxima dos procedimentos adotados no campo mais geral da medicina. No entanto, esse fato não implicou numa mudança efetiva no tratamento da loucura. Deixava-se de enxergar a doença mental situada apenas na alma para situá-la também no corpo. O alienismo organicista passou a ser, então, a corrente de pensamento hegemônica a dominar o tratamento da doença mental, principalmente, no tratamento oferecido pelo Estado, até meados do século XX. No Brasil, essa abordagem do tratamento da doença mental manteve uma hegemonia incontestável até o início dos anos de 1990, quando se inicia, de forma mais objetiva, o processo de reforma psiquiátrica. A palavra hegemônica tem um sentido muito importante, pois não se tratava do único tipo de tratamento. Nem se constituía em um bloco monolítico. Outras práticas sempre existiram de forma subterrânea⁵⁵. Assim, as práticas asilares de tratamento da doença mental não eram e não são iguais em todo lugar. Quando em meados da década de 1950 surgiram os medicamentos psicotrópicos, isto não se constituiu em uma revolução no tratamento da doença mental como se poderia supor: as cordas que

⁵⁵ De acordo com Resende (2000), durante o período colonial, as famílias mais abastadas escondiam seus doentes mentais em quartos próprios ou construções levantadas especialmente para este fim. Quanto aos pobres, estes, normalmente, vagavam por campos e cidades e viviam da caridade alheia. A convivência entre indivíduos ‘sãos’ e ‘loucos’ sempre foi uma realidade. Principalmente, em cidades menores como apontam os relatos de escritores como Guimarães Rosa e Herbert de Souza.

continham os loucos foram substituídas por pílulas que os mantinham calmos, meio ‘abobados’.

Dessa forma, quando se fala em reforma psiquiátrica, neste trabalho, se refere efetivamente ao processo desencadeado pelas reformas implementadas por Franco Basaglia no manicômio de Gorizia, na Itália. O termo reforma parece adequado na medida em que esse movimento propõe uma ruptura com o modo de abordar e tratar a loucura que só se tornou possível a partir de uma profunda compreensão das relações entre tratamento da doença mental e os sistemas políticos e de controle social. No Brasil, esse processo se deu no contexto da reforma sanitária que valorizou a atenção à saúde em nível local e garantiu o acesso universal ao sistema de saúde. Além disso, recebeu influências de outras experiências como a psiquiatria de setor, implantada na França e a psiquiatria comunitária, implantada nos Estados Unidos.

Portanto, ao esboçarmos a constituição do campo da saúde mental tivemos a intenção de identificarmos os elementos que povoam o imaginário social sobre a loucura. Como afirma Spink (1995), ao incluirmos o tempo longo em nossas análises entramos no terreno do imaginário, que é fundamental para compreendermos a construção das representações sociais uma vez que estes elementos formam o seu núcleo mais estável. Para identificarmos as representações sociais dos familiares de portadores de sofrimento mental procuraremos interpretá-las a partir dos conteúdos das entrevistas. De acordo com Minayo (1995), a linguagem é a forma ímpar para apreensão das representações sociais. Além disso, tentaremos dar conta do aparente paradoxo das representações sociais onde são concebidas como estruturas estruturadas e estruturas estruturantes (Spink, 1995; Moscovici, 2003; Arruda, 2002). Procuraremos, portanto, compreendê-las como expressão da realidade intra-individual dos familiares de portadores de sofrimento mental em termos afetivos e cognitivos; bem como, inserindo-as no contexto mais amplo do tratamento da doença mental e dos

aspectos sociais, econômicos e políticos - as estruturas estruturadas das quais fala Spink (1995).

Para facilitar nossa análise, apresentaremos esquematicamente as representações sociais sobre a louco, a loucura e o tratamento da loucura, pretendidas pelos modelos asilar e psicossocial que serão consideradas, para efeito de análise, como tipos “puros”, de acordo com a descrição apresentada por Costa – Rosa (2000):

1) Elementos associados à figura do louco. Os adeptos da abordagem psicossocial se referem a este sujeito utilizando outros termos como portador de sofrimento mental e portador de transtornos mentais:

Quadro 06

Quadro comparativo entre as representações sociais do portador de sofrimento mental pretendidas pelo modelo asilar e pelo modelo psicossocial.

<i>Modelo asilar</i>	<i>Modelo psicossocial</i>
- É perigoso. Representa um risco para si mesmo, os familiares e a sociedade.	- É um sujeito portador de uma cidadania possível.
- Não tem participação ativa no tratamento, cujo resultado depende da ação dos medicamentos.	- Tem participação ativa no tratamento, cujo objetivo é um reposicionamento do sujeito de tal modo que possa se reconhecer também como um agente de mudança nesse sofrimento.
- É portador de uma cidadania tutelada ou de uma não-cidadania.	
- Seus desejos, seus discursos são vistos como desejos e discursos sem razão.	- Seus desejos, seus discursos são vistos como possuidores de uma lógica, de uma razão.

2) Elementos associados à loucura.

Quadro 07

Quadro comparativo entre as representações sociais da loucura pretendidas pelo modelo asilar e pelo modelo psicossocial.

<i>Modelo asilar</i>	<i>Modelo psicossocial</i>
- É um fenômeno individual. Por isso, apenas o indivíduo doente deve ser trabalhado.	- É um fenômeno bio-psico-sociocultural. Por isso, o grupo familiar e social também precisa ser trabalhado.
- É algo que deve ser extirpado do indivíduo.	- É vista como um elemento constitutivo do sujeito que não precisa ser removido a qualquer custo.
- Incapacita o indivíduo para o convívio social.	- O convívio social é possível. Para isso, é preciso respeitar as especificidades do sujeito.

3) Elementos associados ao tratamento da loucura:

Quadro 08

Quadro comparativo entre as representações sociais do tratamento da loucura pretendidas pelo modelo asilar e pelo modelo psicossocial.

<i>Modelo asilar</i>	<i>Modelo psicossocial</i>
- Deve ser feito em instituição apropriada, o manicômio. Para isso, o usuário precisa ser afastado dos familiares e da comunidade.	- O usuário não deve ser afastado de seus familiares e da comunidade uma vez que estes também precisam ser inseridos no tratamento.
- Meio básico de intervenção	- Meios de intervenção: psicoterapias,

medicamento. Demais recursos como laborterapias, socioterapias, medicação e terapias e oficinas, por exemplo, quando dispositivos de reintegração sociocultural existem, são vistos como apenas auxiliares como cooperativas de trabalho . secundários no tratamento.

- Processo de trabalho da equipe - Processo de trabalho característico é a multiprofissional, quando existe, se equipe interprofissional, que inclui uma assemelha à linha de montagem do série de dispositivos e formas de processo de produção capitalista. O usuário intercâmbio das suas visões teórico- é atendido pelo psiquiatra que faz o técnicas e das suas práticas. Como os diagnóstico e define as partes que deverão problemas são vistos com múltiplas ser feitas por ele e por outros profissionais. determinações, as ações terapêuticas O elo de conexão entre a equipe é o realizadas por diferentes profissionais são prontuário. igualmente importantes.

6.1 Análise da pesquisa de campo

Para conhecer as representações sociais dos familiares de portadores de sofrimento mental utilizamos dez informantes ⁵⁶definidos a partir de uma relação fornecida pela Clínica Psicossocial (CLIPS). Os critérios para definição dos informantes foram os seguintes: ser o familiar de referência para o serviço de saúde mental (cuidador), o portador de sofrimento mental do qual é cuidador ter um tempo de adoecimento superior ou igual há

⁵⁶ Para preservar a identidade dos familiares que participaram da pesquisa, utilizaremos a palavra informante sempre no gênero masculino.

dois anos⁵⁷. As entrevistas foram realizadas nas residências dos informantes a fim de garantir a privacidade dos mesmos. Isso também nos ajudou a compreender as informações obtidas dentro do contexto em que os informantes viviam.

6.1.1 Perfil dos informantes

A identificação do perfil dos informantes através de características como vínculo de parentesco com o portador de sofrimento mental, gênero, idade, estado civil, ocupação, escolaridade, renda familiar, condições de ocupação do domicílio e número de pessoas que residiam no mesmo domicílio teve como objetivo facilitar a interpretação das questões relativas às práticas informacionais e às representações sociais. Portanto, apesar de serem apresentadas no conjunto para que se tenha uma idéia geral do grupo de pesquisa, as características dos informantes foram consideradas de forma individualizada no processo de análise.

Quanto ao vínculo de parentesco com o portador de sofrimento mental, a maioria dos informantes são mães, conforme podemos conferir na tabela abaixo:

TABELA 01

Vínculo de parentesco do informante com o portador de sofrimento mental

Grau de parentesco	Quantidade	%
Total	10	100
Mãe	06	60
Esposa	02	20
Filha	01	10
Pai	01	10

⁵⁷ A definição desse tempo mais longo de adoecimento se deu para que pudéssemos incluir a experiência como um dos fatores intervenientes no processo de formação das representações sociais sobre o louco, a loucura e o tratamento da loucura.

Nesse sentido, no aspecto gênero, o perfil dos informantes está de acordo com as características dos cuidadores apontadas em outras pesquisas (Osinaga, 2004; Vianna, 2002) que indicam uma predominância de pessoas sexo feminino, uma vez que o cuidado com o familiar doente recai, quase sempre, sobre a mulher que é mãe, esposa, filha ou nora. Neste estudo, nove informantes são do sexo feminino e um do sexo masculino.

A média de idade dos informantes também é alta: oito informantes têm idade acima de 41 anos; sendo que três informantes têm entre 61 e 80 anos de idade, conforme pode ser conferido na tabela abaixo:

TABELA 02

Idade dos informantes

Idade	Quantidade	%
Total	10	100
Menos de 20 anos	-	-
De 20 a 40 anos	02	20
De 41 a 60 anos	05	50
61 a 80 anos	03	30

Quanto ao estado civil, a maioria dos informantes é casada, conforme tabela abaixo:

TABELA 03

Estado civil dos informantes

Estado civil	Quantidade	%
Total	10	100
Solteiro	-	-
Casado	07	70
Separado	01	10
Viúvo	02	20

O cuidador, normalmente, é aquela pessoa da família que tem mais disponibilidade de tempo. No estudo, nenhum dos informantes possui vínculo empregatício ou qualquer outra ocupação com finalidade de geração de renda: três declararam que são aposentados ou pensionistas e sete são donas de casa.

Quanto ao nível de escolaridade, nenhum informante chegou a cursar ou concluir um curso superior. A metade dos informantes tem um nível de escolaridade baixo: até 4ª. série do primeiro grau.

TABELA 04

Grau de escolaridade dos informantes

Grau de escolaridade	Quantidade	%
Total	10	100
Analfabeto (não sabe ler e escrever)	01	10
Até 4ª. Série do primeiro grau	04	40
Até o 2º. Grau – (completo ou incompleto)	05	50

Quanto à renda familiar, as informações obtidas apontam que o grupo de informantes é constituído, em grande parte, por pessoas que não dispõem de recursos financeiros para ter acesso à outra forma de tratamento além daquela oferecida pelo Estado, o que confirma as observações da equipe técnica da Clínica Psicossocial a este respeito. No entanto, já se observa uma tendência de mudança. Se historicamente, a clientela atendida pelas instituições psiquiátricas mantidas pelo Estado era constituída por pessoas das classes populares e marginalizados sociais (Resende, 2000); nos serviços abertos, constituídos no processo de reforma psiquiátrica, pessoas de melhor poder aquisitivo também passam a utilizá-lo. Entre os informantes da pesquisa que se enquadram nesse perfil, os motivos que os levaram a procurar a Clínica Psicossocial foram problemas financeiros momentâneos ou por

referência de terceiros, inclusive, médicos, que elogiaram a qualidade do trabalho desenvolvido pela instituição. Alguns informantes, por exemplo, se mostraram surpresos com o atendimento que receberam e demonstraram muita gratidão pela equipe técnica.

TABELA 05

Renda familiar dos informantes

Renda familiar	Quantidade	%
Total	10	100
Nenhuma renda	-	-
Menos de R\$ 600,00 (menos de 2 SM)*	02	20
R\$ 600,00 (02 SM)	04	40
De R\$ 900,00 a R\$ 1500,00 (3 a 5 SM)	02	20
Acima de R\$ 1.500,00 (acima de 5 SM)	02	20

*SM = Salário mínimo

Além disso, procuramos contemplar informantes residentes em diferentes bairros da cidade, o que nos forneceu um bom nível de diversidade em termos de renda e de relacionamento com a vizinhança. Dos informantes do estudo, três residem em bairros mais valorizados da cidade e sete em bairros populares, mas com infra-estrutura urbana adequada⁵⁸. Quanto à condição de ocupação do domicílio, nove informantes residem em moradia própria e um em moradia cedida.

O número de pessoas que habitam a mesma casa foi um dado importante para interpretar as representações sociais sobre a louco, a loucura e o tratamento da loucura dos informantes. A maioria dos informantes declarou que moram 04 ou menos pessoas no domicílio; o que pode significar uma sobrecarga maior para o cuidador. No entanto, nem sempre um número maior de pessoas residindo no mesmo domicílio pode significar uma

sobrecarga menor para o cuidador uma vez que os demais membros da família podem não participar do cuidado do portador de sofrimento mental.

TABELA 06

Número de pessoas que habitam o mesmo domicílio
(incluindo crianças e o portador de sofrimento mental)

Número de pessoas que habitam o mesmo domicílio	Quantidade de informantes	%
Total	10	100
02 pessoas	02	20
03 pessoas	02	20
04 pessoas	03	30
05 pessoas	02	20
10 pessoas	01	10

Ao longo de vários anos cuidando de um portador de sofrimento mental, a doença e o seu tratamento deixam de ser questões sobre as quais se tem uma opinião momentânea para se constituírem em imagens bem concretas, que remetem a condições objetivas de vida. Nesse sentido, apenas dois informantes declararam que o seu familiar adoeceu entre dois e quatro anos atrás. Os demais afirmaram que convivem com um portador de sofrimento mental acima de dez anos. Portanto, o grupo de pesquisa foi constituído por informantes cujos familiares portadores de sofrimento mental, em sua maioria, apresentam quadros crônicos de adoecimento mental.

⁵⁸ De acordo com dados da Prefeitura Municipal de Ipatinga mais 90% das ruas da cidade têm urbanização completa: pavimentação, acesso à água tratada, luz, coleta de lixo e esgoto.

TABELA 07

Tempo de adoecimento do portador de sofrimento mental
do qual o informante é cuidador

Tempo de adoecimento do portador de sofrimento mental	Quantidade	%
Total	10	100
De 2 a 4 anos	02	20
De 10 a 20 anos	05	50
Acima de 20 anos	03	30

O hospital psiquiátrico também é uma realidade que a maioria dos informantes conhece bem de perto. Sete informantes declararam que a internação psiquiátrica do familiar portador de sofrimento mental já foi um recurso utilizado pela família. Três informantes afirmaram que os seus familiares doentes nunca passaram por internação psiquiátrica, conforme descreve a tabela a seguir.

TABELA 08

Número de internações psiquiátricas pelas quais passou o portador
de sofrimento mental do qual o informante é cuidador

Internações psiquiátricas	Quantidade de internações psiquiátricas	%
Total	10	100
Não passou por nenhuma internação	03	30
De 1 a 3 internações	03	30
Acima de 3 internações	04	40

6.1.2 Práticas informacionais dos familiares de portadores de sofrimento mental da Clínica Psicossocial

A identificação das práticas informacionais dos familiares dos portadores de sofrimento mental é um dos principais objetivos do trabalho. Nesse sentido, todo roteiro de entrevista foi pensado tendo em vista este objetivo como pode ser verificado no anexo 01. Baseando-nos em Araújo (1998) concebemos as práticas informacionais como as ações de recepção, geração e transferência de informação, realizadas por sujeitos sociais em diferentes circuitos comunicacionais. Dessa forma, a concepção de informação que nos orienta, sem nenhuma pretensão em invalidar outras abordagens, é aquela proposta pela antropologia da informação que concebe a informação, o conhecimento e a comunicação como “fenômenos que tomam corpo nas práticas e representações sociais, tanto quanto nas relações que se estabelecem entre os sujeitos coletivos” (Marteleto, 2002, p. 102). Ao adotarmos essa orientação teórica, concebemos que o sentido da informação é reconstruído no momento da recepção a partir das individualidades dos sujeitos receptores e do contexto de recepção. Portanto, o processo informacional é algo sempre aberto e inacabado.

O roteiro da entrevista foi constituído, em grande parte, por questões abertas onde procuramos criar condições para que o particular, o modo como cada informante lida com o adoecimento mental de seu familiar pudesse aflorar. Nesse sentido, procuramos enxergá-lo como um instrumento para direcionar a entrevista e não perdermos o foco. Por exemplo, sempre que falávamos a palavra psicossocial e percebíamos que não havia sido compreendida, explicávamos logo em seguida que se referia ao ‘tratar em casa’⁵⁹.

⁵⁹ Nos contatos com o grupo-alvo que fizemos antes das entrevistas, percebemos que o termo psicossocial é de difícil compreensão para os mesmos. Dessa forma, fizemos uma redução semântica no termo para o aspecto que consideramos central nessa abordagem que é o ‘tratar em casa’. Observamos que alguns profissionais da saúde também utilizam essa estratégia nas suas interações com os familiares a fim de facilitar a comunicação.

A partir das indagações – *conte-me um pouco da história da doença de (n): quando e como foi a descoberta da doença, qual foi o tratamento indicado e como tem sido a vida de sua família junto com (n)*, procuramos compreender o cotidiano dos familiares e os episódios marcantes na relação com o familiar doente. Dos dez informantes, seis receberam a orientação para internar seu familiar doente quando este teve a primeira crise. Para um informante, essa orientação ocorreu em crises posteriores que foram mais graves. Os três casos que não receberam essa orientação são casos de adoecimento recente ou que tiveram um agravamento da doença nos últimos quatro anos.

Na questão, *como você ficou sabendo que o tratamento da doença mental pode ser feito em casa*, procuramos identificar de que forma a informação sobre o atendimento psicossocial chegou até o informante. Com pouca penetração na mídia, talvez, em função de sua complexidade, a abordagem psicossocial do tratamento da doença mental foi apresentada a quase todos os informantes da pesquisa através dos profissionais da área da saúde dos hospitais psiquiátricos onde fizeram as últimas internações dos seus familiares portadores de sofrimento mental ou da equipe de saúde mental do município. Apenas um informante mencionou um panfleto encontrado na rua, por ocasião da comemoração do Dia Nacional de Luta Antimanicomial, em 18 de maio de 1998. Naquele momento, a prática adotada para o atendimento de doentes mentais graves ou em crise, pelo serviço municipal de saúde mental, era a internação em hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte. A reação diante dessa informação, é o que procura identificar a pergunta, *Então, como se sentiu?* o relato desse sentimento foi fundamental para perceber o nível de resistência do informante em relação à proposta do tratamento psicossocial. Em um extremo, o informante no. 10 cujo acesso a essa abordagem, inicialmente, se deu através de um panfleto relata o seguinte: “Eu senti a maior felicidade do mundo porque até então ... tudo que eu queria era um lugar para eu tratar o meu filho que fosse do meu lado... (...) [o hospital psiquiátrico] tira a pessoa do nosso meio; o que

só aumenta o nosso sofrimento”. No outro extremo, o informante no. 01 relata o seguinte quando foi informado pelo psiquiatra de que o filho poderia fazer o tratamento em casa: “Ah, eu senti muito mal... Eu senti muito mal porque ele não me obedece. Ele me fala coisas que eu morro de vergonha... Me faz vergonha.”

Na indagação, *de uma maneira geral, você recebe informação sobre o atendimento ao portador de sofrimento mental, nessa abordagem psicossocial, através de que forma?* As reuniões com os grupos de familiares na Clínica Psicossocial foi a principal fonte de informação dos informantes da pesquisa sobre este tipo de tratamento. Além disso, as interações com os médicos e demais profissionais da área da saúde como psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros tem sido uma fonte de informação sobre o adoecimento mental e a abordagem psicossocial. Nestas interações, que se caracterizam pela comunicação face a face, os informantes podem conversar sobre a doença do familiar, esclarecer dúvidas e, conseqüentemente, melhorar a compreensão sobre o adoecimento mental em função de receberem uma informação de forma adequada a suas capacidades cognitivas. Três informantes relataram também que procuram ler tudo que encontram sobre o assunto em livros, revistas e jornais. Apenas um informante relatou já ter visto alguma coisa sobre doença mental, no caso, depressão, em um programa de televisão. As reuniões, encontros e seminários realizados pela Associação Loucos por Você que faz parte do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial é a principal fonte de informação para um informante. Os demais informantes não têm muito contato com a Associação Loucos por Você, nem com as atividades que essa instituição promove.

Na indagação, *na sua opinião, você contribui para informar outras pessoas sobre o atendimento psicossocial ao portador de sofrimento mental? Se sim, relate-me uma situação em que isto tenha ocorrido?* procuramos identificar se os informantes também

geram⁶⁰ e transferem informação sobre o tratamento da doença mental na abordagem psicossocial. Por serem espaços abertos ao diálogo como propõe Freire (1977), as reuniões com grupos de familiares promovidas pela Clínica Psicossocial são também o principal espaço onde os informantes geram e transferem informação. Nesses encontros, os familiares falam sobre as experiências, angústias e alegrias experimentadas no dia-a-dia como cuidadores, se apropriando, muitas vezes, do discurso técnico da reforma psiquiátrica para relatarem essa vivência. Seis informantes entendem que geram informação sobre o tratamento psicossocial nesses encontros e em outros espaços como na sala de espera para consulta, nas interações com conhecidos e vizinhos. Dois informantes afirmam que já participaram de eventos em outros locais onde apresentaram relato de suas experiências como cuidadores de portadores de sofrimento mental. Com exceção de dois informantes que compreendem de forma mais clara os aspectos políticos inerentes ao tratamento manicomial, para os demais informantes a defesa da abordagem psicossocial se dá em função da eficácia do tratamento. Para o informante no. 04, depois que a filha passou a freqüentar a Clínica Psicossocial, “ela teve uma melhora... houve assim um clima de paz aqui em casa. [Por isso], já falei com várias pessoas que tem esse problema...[que] deveria ser encaminhado para lá [Clínica Psicossocial] porque você vê hoje uma pessoa da sua família em hospital de doido é a coisa pior que tem”.

6.2 Os sentidos da loucura

A compreensão da doença mental como um fenômeno social e não apenas orgânico e biológico faz parte de uma tradição de pesquisas que concebe o adoecer humano

⁶⁰ A geração de informação é compreendida como o momento em que o sujeito receptor recebe e seleciona a informação, reapropriando-se do texto do outro (sujeito emissor) e atribuindo-lhe um novo sentido (Araújo, 1998).

como um híbrido social e biológico. Vianna (2002, p. 117) aponta que “todo estado de saúde e doença é determinado pela cultura na qual o sujeito se insere”. Além disso, numa sociedade capitalista, onde as relações sociais são marcadas pela diferenciação de classes, pela desigualdade na distribuição e atribuição de riquezas, as concepções de saúde e doença são marcadas por essa contradição. Essas contradições estão presentes no discurso hegemônico, normalmente, mediado pela corporação médica, que está centrado na biologia individual a fim de escamotear o caráter social do fenômeno saúde e doença (Minayo, 1996). Nesse sentido, as representações das classes trabalhadoras se subordinam a essa visão dominante, mas procuram reinterpretá-las de acordo com as suas condições de existência e seus interesses específicos. Por outro lado, como aponta Minayo (1996), as concepções de saúde e doença são também reveladoras da organização social e dos valores de uma dada sociedade. Se o adoecimento, a dor ou a morte são fenômenos biológicos enfrentados pelo indivíduo, seu significado é sempre socialmente construído. Por isso, ao se perceber a realidade social como um todo dialético, podemos compreender as representações sociais da loucura a partir do modo de vida e de organização dessa sociedade como o seu contrário. Ou seja, a partir das representações sociais podemos compreender os valores e a organização dessa sociedade. Nesse sentido, buscamos, a partir da leitura e da escuta das entrevistas, definir categorias empíricas que revelem tanto as concepções cognitivas dos sujeitos que expressam sua realidade intra-individual; como as estruturas estruturadas, que conformam, de um certo modo, a ação desses atores sociais. De acordo com Minayo (1996), categorias empíricas são construídas com finalidade operacional visando o trabalho de campo ou a partir deste e podem ser colocadas no quadro mais amplo de compreensão teórica da realidade e, ao mesmo tempo, expressá-la em sua especificidade. Dessa forma, foram definidas as seguintes categorias empíricas:

I - Representações sociais sobre o louco

- a) Louco é o outro
- b) Louco é perigoso
- c) Louco é um ser diferente

II – Representações sociais sobre a loucura

- a) Doença - maldição
- b) Doença – punição
- c) Concepções biológicas da loucura
- d) Loucura não é só tristeza

III – Representações sociais sobre o tratamento da loucura

- a) Se não interna mais, o que é que se vai fazer?
- b) Manicômio é um lugar de cura da doença mental
- c) “Hospício é fábrica de loucos”.

6.2.1 Representações sociais sobre o louco

a) Louco é o outro

Para Foucault (2004, p. 186), “o louco não pode ser louco por si mesmo, mas apenas aos olhos de um terceiro que, somente este, pode distinguir o exercício da razão da própria razão”. Dessa forma, identificamos que a loucura, a doença mental e o sofrimento psíquico ou mental que são tratados como sinônimos nesse trabalho, apresentam diferentes sentidos para os informantes da pesquisa. De uma maneira geral, os cuidadores não se referem ao seu familiar doente como louco ou doido. Estes termos parecem ser reservados àqueles que fazem coisas completamente sem razão como “queimar dinheiro”, por exemplo, como citou o informante no. 03. No outro extremo, o termo loucura é dissociado da concepção de doença e

é identificado com um dos sentidos que lhe atribui Houaiss (2001), no Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, como o “... caráter de tudo que ultrapassa o convencional, de quando foge às regras sociais...”. Nesse sentido, para o informante no. 03, louco é aquele que faz “o que tiver vontade”. Ou, como afirma o informante no. 06, loucos são aqueles que têm coragem “de fazer coisas que choque as outras pessoas”. Por outro lado, a loucura é, de certo modo, associada à normalidade. Vários informantes lembraram o ditado popular que diz que “de médico e louco todo mundo tem um pouco”. Por fim, o informante no. 10, define louco da forma como vem sendo pretendida pela reforma psiquiátrica: “louco é alguém diferente, mas que não é impossível o convívio”.

Identificar o familiar doente como louco ou doido é também se identificar como esposa de um louco, filha de um louco, mãe de um louco, pai de um louco. Goffman (1978) em um clássico estudo sobre estigma⁶¹, aponta que os valores depreciativos que recaem sobre os portadores de estigma são transferidos a seus familiares. Dessa forma, os informantes evitam termos diretos para falar do adoecimento do familiar ainda que politicamente corretos como adoecimento mental, por exemplo. O relato do adoecimento é feito através de termos como “ele passou mal”, “ele ficou doente” (informante no. 09), “a pessoa que tem esse problema”, “ela ficou agitada e foi agitando, agitando...” (Informante no. 04), “a gente sabe que é uma doença”, “ele ficou assim esquisito (...) ... com a cabeça ruim” (Informante no. 05), “ela não é louca, ela tem depressão” (Informante no. 06).

Podemos perceber que para além das políticas públicas direcionadas ao tratamento da doença mental e das ações do movimento social e da imprensa relativas a esta questão, as representações sociais identificadas sobre o portador de sofrimento mental são construídas pelas experiências individuais de cada sujeito ouvido. Portanto, são nas práticas cotidianas do cuidado que acontecem em um determinado contexto social, cultural, econômico e político,

⁶¹ De acordo com Goffman (1978), estigma se refere à situação de um indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena.

entrelaçadas à memória, aos aspectos cognitivos, afetivos e econômicos dos sujeitos envolvidos que esse sentido é construído.

Independentemente do vínculo de parentesco, todos os informantes relatam que a convivência com um portador de sofrimento mental é difícil e penosa. Apesar disso, em relação ao familiar doente, há um consenso entre a maioria dos informantes⁶² de que é possível conviver e mantê-lo junto da família. Loucos, para os quais talvez seja necessária a internação em hospital psiquiátrico são os outros, dos quais eles ouvem relatos nas reuniões de familiares da Clínica Psicossocial.

Como os termos louco e doido, quando associados à questão do adoecimento mental, parecem estar relacionados à idéia de agressividade, de alguém fora de qualquer controle, os cuidadores raramente identificam estes traços em seus familiares doentes, ainda que para terceiros, eles sejam identificáveis. A convivência cotidiana com os mesmos os leva a enxergar a doença de uma forma bem objetiva, passando a ver uma certa normalidade nos comportamentos estranhos, nas crises, que são cíclicas, onde alternam momentos em que ficam ‘calmos’ e momento em que ficam ‘agitados’. O informante no. 07 descreve da seguinte forma o adoecimento de sua filha:

(...) e, esse problema dela é assim: fica muito nervosa, tira a roupa fora, fica pelada, todinha nua e não come, não bebe água durante uma semana... E não dorme também durante uma semana. Fica assim... pode dizer... jejuando. E aí, quando não agüenta mais é que come as coisas com dificuldade... É ciscando a comida...jogando fora. Come pouco. É assim...Não gosta de tomar banho, não gosta de tomar o remédio quando tá assim... Não toma remédio. Só. (Informante no. 07)

O informante no. 10, resume da seguinte forma a convivência da sua família como o familiar doente: “(...) a nossa vida é a vida anormal mais normal possível”.

⁶² Apenas 01 informante foi veemente em afirmar que era impossível conviver com o seu familiar portador de sofrimento mental. Tal fato, no entanto, se deu em um contexto bastante específico que será analisado na categoria ‘louco é perigoso’.

b) Louco é perigoso

A associação do louco como alguém que representa um perigo, tanto para si mesmo como para os outros, permeia a fala de alguns informantes. Para estes informantes, o portador de sofrimento mental não é perigoso em si, mas apenas nos momentos de crise. O informante no. 02 relata que “para a família é muito perigoso (...) eu vivo muito tensa porque é uma vida muito insegura”. A idéia de que é uma doença que não tem cura e, a qualquer momento, o familiar doente pode sofrer uma nova crise é um motivo de tensão por parte dos cuidadores. Para o informante no. 03 “a agente espera, sabe assim...eu sei que não tem cura. Eu fico esperando a qualquer momento ele ter uma recaída e começar tudo de novo”.

Até que ponto a agressividade é apenas um traço de personalidade ou é um indicador de adoecimento mental? Alguns informantes da pesquisa viveram longos anos com o familiar violento dentro de casa e só passaram a associar o comportamento agressivo dos mesmos ao adoecimento mental quando surgiram outros sintomas. A dor da agressão é sofrida em silêncio e os informantes se limitam a dizer: “ele me agredia muito... mas agora não agride mais...” (informante no. 03). “Ela tinha um mau comportamento. Era agressiva...” (Informante no. 04). A descoberta da doença se deu quando “ele adoeceu na firma... passou mal” (informante no. 02). É o outro, o amigo, o colega de trabalho que percebe a necessidade de uma intervenção médica. O informante no. 03 relata que “o patrão dele mesmo ajudou a gente para levar ele ao médico.... falou que ele estava doente”. Mesmo assim, a convivência dentro de casa é sempre difícil, especialmente, se o pai é o portador de sofrimento mental, seja em função das agressões que estes praticam contra os filhos ou dos limites que impõem ao trânsito dos mesmos dentro de casa. O informante no. 03 afirma que

Agente perdeu toda a liberdade... pra dormir... prá comer... os meninos não podem abrir a geladeira... ele desliga a chave [de energia] quando eles estão tomando banho...o que é dele é dele... ninguém põe a mão....a gente não tem uma vida de família. (Informante no. 03).

Nas famílias de baixa renda, o cuidado com o portador de sofrimento mental se soma a outras dificuldades provenientes da falta de recursos financeiros para comprar comida, pagar a conta de água e luz, por exemplo. Muitas vezes, durante os surtos, o doente mental joga fora toda comida da casa, quebra móveis e utensílios domésticos, enfim, aumenta o sofrimento de toda família. Ferreira⁶³ apud Pereira (2003) identificou em um estudo com famílias de baixa renda a visão ‘protetora’ do hospital psiquiátrico que mantém afastado do convívio familiar o fantasma da loucura. Neste estudo, identificamos um informante⁶⁴ cuja representação social sobre o louco confirma o que foi detectado no estudo citado por Pereira. Dessa forma, identificamos duas representações sociais sobre o louco que estão intimamente associadas: o louco é perigoso e, portanto, precisa ser internado. Talvez, não por coincidência, este foi o único informante que se referiu a seu familiar doente como ‘doido’. Para compreendê-lo é necessário um relato mais detalhado, não só das informações obtidas através da entrevista, mas também da interação que ocorreu nesse processo.

Relato no. 01:

No dia 09.03.2005, às 14 horas, visitei o informante no. 01, cujo filho estava em crise naquele momento e sendo atendido pela equipe da Clínica Psicossocial. A entrevista foi agendada com antecedência, por telefone, e foi explicado que o contato havia sido fornecido pela Clínica Psicossocial. Ele me recebeu com muita cortesia. A filha e uma neta, que moram na mesma casa, estavam no momento da entrevista. O informante tem 57 anos, apesar de aparentar bem mais idade. A casa fica na periferia da cidade, em um bairro bem afastado do centro. Apesar disso, conta com uma adequada infra-estrutura urbana – rede de esgoto,

⁶³ FERREIRA, G. De volta para casa – Prática de reabilitação com pacientes crônicos em saúde mental. In: PITTA, A. (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 80-8.

⁶⁴ De acordo com observações de profissionais da área da saúde mental, não se pode generalizar tal fato uma vez que parece haver uma maior tolerância à loucura em famílias de baixa renda do que naquelas de renda mais elevada.

acesso à água tratada, luz e telefone. A casa é de alvenaria, mas bastante modesta - sem reboco nas paredes, o chão de cimento grosso, com seis cômodos incluindo um banheiro, que foi construído recentemente por uma amiga da família. Quase não tem móveis na casa. Na sala, apenas uma pequena mesa e uma cadeira quebrada. Apesar disso, me pareceu que o quadro é resultado da situação financeira da família e não de alguma quebradeira promovida pelo familiar doente. Eles sobrevivem apenas com a pensão do informante e o benefício do filho que é portador de sofrimento mental. Apesar disso, havia quatro meses que o informante não recebia o benefício do filho que, em função da crise, danificou o cartão do benefício. Dez pessoas moravam na casa, sendo sete adultos e três crianças, netas do informante. Segundo o informante, por motivos diversos, como doença e desemprego, os demais adultos não contribuem com as despesas da casa. O informante estava desesperado para internar o filho. Para ele, a presença do filho, que é portador de sofrimento mental, era o seu maior problema porque às vezes ele chega em casa agressivo, rasga as roupas dos irmãos, deixa as portas abertas durante a noite, xinga a mãe, anda pelado dentro de casa, briga com os demais irmãos na hora da comida. A filha que assistia a entrevista, meio de longe, de vez em quando interrompia o informante para relatar episódios de brigas dentro de casa; afirmando que poderia matar o irmão, portador de sofrimento mental, “a qualquer momento”.

Para Machado (2002), a interação entre pesquisador e entrevistado é a formação e manutenção, ainda que efêmera, de um vínculo social que os constitui mutuamente. Vínculo esse que é, antes de tudo, um vínculo de poder. Nesse sentido, por mais que eu explicasse que eu não estava ali enquanto funcionária da prefeitura, que eu não tinha poder nenhum para ajudá-los, ao me apresentar como estudante que estava fazendo uma pesquisa e que, portanto, tinha um jeito diferente de falar e de vestir ficou implícito que eu era de um outro lugar, de um outro nível social. Por isso, para meu informante e sua filha, eu era alguém que poderia

ajudá-los a resolver o problema que os afligia naquele momento – tirar o portador de sofrimento mental daquela casa. Então, a fala do informante e da filha, que às vezes interferia na conversa, foi permeada por esta questão: pela tentativa de mostrar o quanto estava sendo complicado e sofrido aquela situação. Pouco tempo após a realização da entrevista, a equipe da Clínica Psicossocial conseguiu ajudar esse portador de sofrimento mental a sair da crise através da colaboração de uma técnica de enfermagem, em quem ele confiava muito, que trabalhava em uma Unidade de Saúde de Saúde próxima a sua residência.

c) Louco é ser diferente

De acordo com Costa-Rosa (2000), ao definir o contínuo saúde-doença psíquica como um certo modo de posicionamento do sujeito em relação aos conflitos e contradições que o atravessam, a abordagem psicossocial visa o reposicionamento desse sujeito de forma que ele não apenas sofra os efeitos desses conflitos. Mas, que passe a se reconhecer também como um dos agentes implicados nesse sofrimento que pode contribuir para sua mudança. Portanto, o processo de reforma psiquiátrica busca a construção de representações sociais sobre o portador de sofrimento mental que o identifique como um sujeito, portador de vontades e desejos legítimos e de uma cidadania possível, com poder de contratualidade. Nesse sentido, ‘ser louco é ser diferente’. Diferença essa que é, de uma certa forma, a marca da nossa humanidade. Identificamos na fala de quatro informantes elementos que indicam a construção dessa representação social. O informante no. 04 relata que age com a filha, que é portadora de sofrimento mental, como “age com todos os [outros] filhos”. Destaca também que a filha tem seus pensamentos, suas maneiras de agir, que “ela quer casar, não consegue...quer trabalhar.... quando vai fazer o serviço, ela não tem condição”. Já o informante no. 09 aponta que a família procurou um tratamento para o filho, portador de sofrimento mental, em Ipatinga, quando este decidiu não continuar mais se consultando com

um médico em Belo Horizonte, “ ele não quis mais ir em Belo Horizonte. Falou que ia ficar tratando aqui mesmo [em Ipatinga]”. Já o informante no. 06, aponta a participação do seu familiar portador de sofrimento mental no tratamento: “Depois ela foi percebendo que o problema não era só ele [o marido com quem a portadora de sofrimento mental tinha muitos atritos]....a gente não entende... ela não sabe explicar porque...[está doente]”. No entanto, o informante no. 10 é o que reúne na sua fala, de forma mais contundente, os elementos que a reforma psiquiátrica vem tentando difundir. Para esse informante, “louco é alguém diferente, mas que não é impossível o convívio”. Nesse sentido, a vida de uma família com um portador de sofrimento mental, é uma vida que precisa ser inventada:

(...) nós somos uma família como outra qualquer. Mas, que existe uma diferença aqui, existe. Isso todos estão vendo... E, no nosso convívio, nós tentamos agir da melhor maneira possível com ele, tratar da forma mais natural.... respeitando a diferença que ele tem. Às vezes nós temos que inventar. Eu falo que nós inventamos a forma de viver a vida... nós temos que ter criatividade... tolerância. E, muitas vezes, a gente se irrita, entristece. Mas, o que nos alegra, eu, principalmente, é saber que por maior que seja o sofrimento, ele está do meu lado. (Informante no. 10).

Ao final da entrevista, o informante no. 10, relata que “.... às vezes, as pessoas têm medo de entrar na minha casa e aí eu mostro que ele [o filho que é portador de sofrimento mental] é um ser humano como outro qualquer e que ele precisa de um cuidado especial”.

6.2.2 Representações sociais sobre a loucura

A discussão a respeito das concepções de diferentes grupos sociais, não técnicos, sobre a origem e a cura das doenças tem merecido a atenção de diversos estudos como Minayo (1994); Rabelo (1994); Alves (1994); Laplantine (1991); Guedes (1981); Pereira (2003). São estudos que procuram fugir do naturalismo médico dominante que concebe a

doença circunscrita ao biológico e procuram contemplar em suas análises as representações dos atores sociais decorrentes da experiência vivida com o doente e/ou a doença. A partir da leitura desses estudos, identificamos no conjunto das entrevistas dois modelos básicos de interpretação das causas da doença mental. O primeiro, relaciona a causa da doença mental e a sua cura ao sagrado e o segundo, ao orgânico, ao biológico, sem configurar, contudo, um reflexo das concepções organicistas que tem norteado o tratamento médico oficial da doença mental. Laplantine (1991), em um clássico estudo das relações entre o indivíduo doente e a sociedade onde discute as interpretações possíveis do contínuo saúde/doença/cura, identifica duas grandes variantes possíveis de interpretação religiosa da doença: doença-maldição e doença-punição.

a) Doença – maldição:

No modelo interpretativo da doença como maldição, esta é tida como efeito de uma vingança gratuita que ocorre por acaso, por fatalidade, por acidente e do qual nada se pode fazer. O doente ou todo o grupo vive o que lhe acontece como um escândalo e uma injustiça, considerando-se uma vítima que padece de um mal que não provocou. Portanto, ele não tem responsabilidade pelo que lhe está acontecendo. Identificamos essa representação social na fala de quase todos os informantes quando apontam para a difícil compreensão da doença, a falta de perspectiva de cura e a resignação com que precisam enfrentar a fatalidade de ter um familiar doente. Essas representações apresentam como ponto em comum a concepção de que a doença mental é considerada totalmente estranha a quem dela padece: ela é o outro por excelência. O adoecimento se dá de forma inesperada, repentina: “ela adoeceu de uma hora pela outra (...) ficou violenta ... ficou diferente daquele dia para frente e tá até hoje” (informante no. 07). A doença mental é uma fatalidade que se abateu sobre a família e com a qual a mesma é obrigada a conviver; até porque “se não interna mais, o que é que se vai

fazer?” (informante no. 02). Além disso, a doença mental ainda é muito desconhecida, o que agrava o sofrimento da família e gera muitos conflitos: “Me lembro que meu pai ficava muito nervoso com isso... com a situação dela. Nervoso e preocupado porque era uma coisa que a gente não conhecia... uma doença que eu acho que ainda é muito escondida. As pessoas, às vezes, acham que é frescura... que a pessoa está com *piti*(sic)... alguma coisa desse tipo” (Informante no. 06). Além disso, a medicina também não oferece explicações satisfatórias: “A medicina não tem uma noção assim... é por isso que ela ficou doente” (informante no. 06).

A possessão por espíritos maus é uma forma de explicar o adoecimento mental que permeia, de forma explícita ou não, a fala de informantes de diferentes credos religiosos e perfis sócio-econômicos. Nos dois casos abaixo relatados, os informantes se referem a louco ou doente mental, no geral, e não em relação aos familiares dos quais são cuidadores. O informante no. 04 explica que o louco

“transmite muita coisa na cabeça dele... às vezes até por espírito contrário... espírito mal... que atua nas pessoas. Às vezes, tem hora que a pessoa está boa, normal, tranqüila... de um momento para o outro, ele muda o comportamento. Então, eu creio.... uns pode ter tratamento com remédio... outros eu creio que só por meio de oração porque... eu acho que assim tranqüiliza o espírito...aquela força adversária que está ali, na hora que as pessoas estão orando, se afasta...” (informante no. 04).

Já o informante no. 09, que se define como evangélico, relata que quando visitava o primo em um hospital psiquiátrico, em Juiz de Fora, percebia que “tem uns [doentes] que nem é doente mental, não. É possuído do diabo, mesmo, sabe... precisa de libertação espiritual.... mas, tem uns que é doença mesmo. É aquela mistura de endemoninhado com louco... é muito triste”. A possessão por demônios é uma explicação sobre o adoecimento mental que faz parte do imaginário sobre a loucura. Observamos em Foucault (2004), por exemplo, que antes mesmo do advento da loucura como uma preocupação médica essa já recebia uma explicação religiosa.

b) Doença – punição:

Trata-se de um modo de interpretação do adoecimento mental diametralmente oposto ao anterior. Neste caso a doença é vista como consequência das ações realizadas pelo próprio indivíduo ou grupo. A doença é designada como uma punição resultante da transgressão a uma lei, a prescrições religiosas ou médicas; enfim, por uma falta cometida pelo indivíduo ou grupo em relação a uma ordem social. Nesse sentido, o sentimento de culpa, por ter recebido um castigo merecido, e as noções de responsabilidade, justiça e reparação dos danos causados estão subjacentes a esta representação. Além disso, a doença - punição se situa do lado endógeno: o próprio indivíduo ou grupo é responsável pelo mal que o aflige.

Identificamos 04 informantes que compartilham dessa concepção de que a doença mental pode ser uma punição para o próprio indivíduo ou para a família. O informante no. 09 explica o adoecimento do filho da seguinte forma: “(...) a gente sempre cuidou muito, deu muita proteção... depois ele assumiu muita responsabilidade de uma vez... que era emprego, estudava, fazia seminário...e os problemas do dia-a-dia. Ficou muito estressado.... deu a primeira crise”. De acordo com o informante, ele sofreu nova crise recentemente porque “ele mesmo interrompeu o tratamento”, não obedecendo à prescrição médica de continuar tomando os remédios. A família também pode se sentir responsável pela doença, gerando sentimentos de culpa e frustração. De acordo com o relato do informante no. 06, tais sentimentos foram reforçados pela postura do médico psiquiatra que atendia o seu familiar portador de sofrimento mental: “ele deu um atestado para ela ficar fora de casa... para ficar mais tempo longe... (...) Então, ficou parecendo que em outro ambiente, talvez ela melhorasse... mas não foi o que aconteceu”. Nesse sentido, a família foi levada a se ver como causadora do problema: “com a morte dele (o pai), o médico dela virou para gente e falou que o problema dela tinha acabado. Tirou todos os medicamentos dela de uma só vez”. Por fim, o

informante avalia “que durante todo esse tempo... foram acertos e erros que a gente cometeu de pensar que podia ser uma coisa e era outra ou... achar que o problema tava na gente.. a gente.... a família toda: os filhos, o marido...”.

O uso de substâncias alucinógenas ou entorpecentes como maconha, cocaína e álcool, é visto por alguns cuidadores como um dos causadores do adoecimento mental. Nesse sentido, o adoecimento mental seria um castigo a uma transgressão a lei ou a ordem. Para o informante 01, o filho adoeceu “depois que eles deram droga [álcool e maconha] para ele”. Já o informante no. 08 relata da seguinte forma o adoecimento do filho: “acabou se envolvendo com drogas [maconha e cocaína]. Depois de um susto que ele passou com um colega [quando estavam usando drogas] ele entrou em depressão profunda. Ficou uns 06 meses assim....Muito deprimido”.

c) Concepções biológicas da loucura

Não se verificou no grupo de informantes da pesquisa a presença do discurso dominante no tratamento da doença mental que é de cunho organicista. Outras pesquisas realizadas com familiares e portadores de sofrimento mental, como Tsu & Tofolo⁶⁵ apud Pereira (2003) e Pereira (2003), também apontam para a pequena penetração desse discurso. Nos sujeitos estudados para esta pesquisa se verificou em apenas um informante, cujo filho já passou por várias internações em hospitais psiquiátricos e tem cerca de 30 anos de adoecimento, a presença de uma concepção de doença mental vinculada ao biológico. No entanto, o informante não se refere, em nenhum momento, a uma questão que sempre embasou esse discurso que é a hereditariedade. Segue o relato do informante no. 05 sobre o adoecimento do filho:

⁶⁵ TSU, T.M.J.A; TOFOLO, V. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias**. São Paulo: EDUSP, 1993.

Ele ficou doente quando ele tinha 14 anos... Ele tomou um tombo de cima da casa... e a avó dele estava lavando roupa numa bacia... aí ele caiu dentro da bacia... Aí, ele assustou muito... Aí no outro dia ele amanheceu com o rosto todo inchado. Amanheceu com o rosto inchado e eu levei ele ao médico. Ele deu problema na urina. Fiz o tratamento dele.... Aí, depois ele começou a ficar assim... com a cabeça ruim... Depois ele pegou a ficar agressivo... Aí ele continuou. A gente internava ele em Belo Horizonte... depois trazia. Internava nos hospitais aí... ele tomava a comida da gente... quando a gente tava comendo... ele pegava o prato de comida da gente e jogava tudo fora. *(E) Com 14 anos é que ele começou a ficar agressivo?* Ah, ficava assim... esquisito assim... depois que ele ficou com mais idade.... assim com uns 16 anos é que ele começou... aí ele começou a ficar agressivo mesmo. Ficava muito agressivo... Batia no pai dele, bateu em mim também....

Apesar do discurso do informante remeter a idéia de defeito, que está presente numa concepção organicista da doença mental, ele deixa claro que tal fato aconteceu em função de um acidente: “ele caiu dentro da bacia”. Nesse sentido, a representação social do informante parece estar vinculada às suas angústias e ao seu cotidiano sofrido: é uma pessoa de baixa renda, idosa, tem 65 anos e muitos problemas de saúde. Dessa forma, a sua explicação para o adoecimento do filho, principalmente, para os seus surtos, pode estar relacionada a uma vida de privações, inclusive, de alimentos, como demonstra o relato abaixo:

...Eu acho que isso é uma fraqueza também.... Pode ser uma fraqueza que tá ali na mente e não encontraram ainda um remédio para a pessoa tomar para curar aquela fraqueza... porque ele....quando ele tá assim... ele fica fraco... Leva ele para o hospital... para o Pronto Socorro, eles aplica o remédio injetável, mas aplica no soro... Então, ele toma soro lá... Ele vem mais melhor... Quer dizer que é uma fraqueza... Tem vez que ele tá muito fraco... Ele sente mesmo.Ele fala assim: Ah, eu tô fraco...Eu não agüento comer comida fraca... Ele não gosta de comer sem carne de jeito nenhum....Diz ele que é comida fraca... sem carne...Aí ele come comida só forte... quando não tem uma carne... eu frito um ovo para ele... comida forte para ele, né!... aí ele sente mais forte. Se ele comer comida fraca, ele fica fraco.

Nas minhas interações com familiares na Clínica Psicossocial, ouvi um relato que me levou a acreditar que a explicação do informante 05 talvez não seja uma exceção. Um

senhor, com cerca de 60 anos de idade, cuja esposa adoeceu há 28 anos, relatou-me o seguinte: “acho que esse negócio dela é por que ela teve muitos filhos... teve 11 filhos... a gente era pobre... não se alimentava direito... então ficou fraca e adoeceu”.

d) Loucura não é só tristeza

Como o morango tem gosto de morango, a vida tem gosto de felicidade, escreve Comte – Sponville (1997), para ressaltar que a vida também tem um amargor essencial de cerveja. Dessa forma, o sabor, a um só tempo doce e amargo, é o próprio sabor da vida. Em outros termos, diríamos que é preciso aceitar a existência como ela é – com que o ela tem de prazer e sofrimento; de felicidade e infelicidade; e ser feliz. Essa possibilidade de felicidade, apesar da dor, dos conflitos e da dificuldade de conviver e cuidar de um portador de sofrimento mental é o que verifica Vianna (2002), em um estudo com familiares de portadores de sofrimento mental, pertencentes à Associação Franco Basaglia (AFB), em São Paulo, que defende o tratamento psicossocial. A posição contrária, onde o adoecimento mental é visto apenas como sinônimo de sofrimento e dor, é verificada, nesse mesmo estudo, na postura dos familiares pertencentes à Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil (AFDM), que defendem o tratamento dessa doença em hospitais psiquiátricos.

Nesse sentido, a representação social da doença mental como alguma coisa que pode ser também positiva foi identificada na fala do informante no. 10. Ele destaca que, às vezes, tem momentos engraçados, que aprende com o filho que é portador de sofrimento mental. Para esse informante, loucura é uma possibilidade de qualquer um: “loucura, às vezes, é o que a gente vive no dia-a-dia. Arriscando..” Além disso, “loucura é algo natural de conviver. É alegria também. Não é só tristeza, medo, não!... É alegria, também”.

6.2.3 Representações sociais sobre o tratamento da loucura

De acordo com Rotelli⁶⁶ apud Vianna (2002) a desconstrução do manicômio, defendido no processo de reforma psiquiátrica, é mais que o desmantelamento de sua estrutura física. Significa o desmantelamento de toda uma trama de saberes e práticas construídas em torno da doença mental, que estabeleceu relações de poder e definiu competências entre os profissionais envolvidos com o atendimento ao doente mental; e entre a instituição que cuida desse doente e a sua família e, por extensão, a sociedade. Busca – se então transformar a forma como os portadores de sofrimento mental são tratados. O objeto desses saberes e práticas passa a ser a existência-sofrimento do indivíduo e sua relação com o corpo social, o que implica na invenção de novas formas de lidar com a loucura que tem como consequência uma mudança na relação de poder entre a equipe de profissionais e desta, com a família e a sociedade. Dessa maneira, o olhar dos profissionais envolvidos neste processo passa a ser direcionado às pessoas, sua cultura e sua vida cotidiana, tornando-se este o objetivo do trabalho terapêutico (Osinaga, 2004). Nesse sentido, o tratamento psicossocial, defendido pela reforma psiquiátrica, não deve ser confundido com o tratamento domiciliar que vem sendo implantado por alguns governos no atendimento a pacientes graves e crônicos, com enfermidades como câncer, AIDS e doenças pulmonares que demandariam longa internação onde o objetivo é basicamente a redução de custos e a humanização do atendimento. No limite, a consecução dos objetivos da reforma psiquiátrica, no Brasil, é a mudança de toda a sociedade de forma que se torne mais tolerante com as diferenças e com os diferentes.

Além disso, a proposta de atendimento psicossocial se opõe ao modelo médico dominante que estabelece que a cura deve ser buscada a qualquer custo no processo de

intervenção médica. A doença se opõe à saúde assim como o bem se opõe ao mal e as causas das doenças são, quase sempre, exógenas – teve câncer porque fumou, teve infarto porque é sedentário.

A partir dessas questões, muitas já colocadas em outros momentos deste trabalho, procurou-se fazer uma leitura das entrevistas tendo em vista os seguintes objetivos:

- Compreender como os informantes e seus familiares passaram a organizar suas vidas com o advento do adoecimento do portador de sofrimento mental.
- Identificar as representações sociais sobre o tratamento da loucura.

Observou-se que a família tem um papel fundamental na proposta de reforma psiquiátrica uma vez que é sobre ela que recai a responsabilidade pelo cuidado e o conseqüente convívio diário com portador de sofrimento mental. De acordo com os informantes da pesquisa, este convívio traz profundas alterações na vida de todos. O mesmo havia sido verificado por Pereira (2003) num estudo sobre as representações sociais de familiares de portadores de sofrimento mental. Mesmo quando esse cuidado envolve toda a família, o fardo é bastante pesado. O informante no. 09, relata que a família toda se uniu para cuidar do filho quando este adoeceu:

“... tanto da parte da esposa dele quanto da minha parte, a gente unia as forças para tá cuidando dele... o tempo todo... quando não era a esposa, era eu, meu marido, a mãe dela... a gente cuidava muito... ficava 24 horas por dia com ele... dando apoio... dando atenção... dando a medicação que tinha que dar...” (Informante no. 09).

Apesar disso, o desgaste é muito grande: “... a gente não dorme. A gente não tem vontade de se alimentar... Todo mundo ficou muito estressado também, sabe! Eu só não entrei em depressão também porque Deus me sustentou” (Informante no. 09).

⁶⁶ ROTELLI, F. A instituição inventada. In.: ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI, D.; RISO, C(org). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

Na maior parte dos casos estudados, coube a mulher – mãe, esposa, filha a responsabilidade pelo cuidado. Frequentemente, sem muitos aportes do poder público e de outros membros da família. O informante no. 05, cujo filho adoeceu há cerca de 30 anos, relata que as brigas dentro de casa eram constantes: “Ah, tinha um irmão dele que bebe muito... que pegava ele... mas pegava mesmo para valer! Batia nele... precisava da gente juntar e segurar... Segurava um, segurava outro... Aí, teve um dia até que ele fugiu de casa.... de raiva... porque ele queria matar o irmão dele...a gente entrou no meio... não deixou”. Atualmente, com a saída dos demais filhos de casa, “(...) a gente vai levando assim desse jeito mesmo porque é (sic) eu sou sozinha... (...) tem um filho que mora aqui perto que ajuda eu a tomar conta dele...(...) a minha filha dorme aqui comigo também ... (...)que eles tem medo dele fazer agressão e eu sozinha”. A extensão do adoecimento mental na família do qual fala Pereira (2003), às vezes, têm consequências muito objetivas. Para o informante no. 04, a vida da sua família alterou muito porque “aqui em casa quase todos nós tomamos remédio controlado. Porque é muito difícil... a esposa é muito enferma. Também com esse problema ela ficou com muita depressão... nesse corre-corre... leva para Belo Horizonte, traz para aqui, leva para o hospital, vai para o outro canto. Acudia de toda a maneira e nada dava certo. Então, ela também ficou dependente de remédio...E, eu também, que não tinha problema de nervo, hoje eu também tenho que tomar um Rivotril porque senão eu não durmo.” Já o informante no. 01, relata que ficou doente depois que começou a cuidar do filho: “... tenho pressão alta... tenho problema de coração. Crise de nervo.... me dá falta de ar”.

Apesar de todos os informantes da pesquisa afirmarem que o cuidado com o portador de sofrimento mental é pesado e exige muitos sacrifícios, as representações sociais construídas sobre o tratamento da loucura não são as mesmas. Ao concebermos as representações sociais como fenômenos intra-individuais e, ao mesmo tempo, como sistemas de pensamento que conformam a realidade, entendemos que o acesso e a recepção da

informação são elementos fundamentais para sua construção e mudança. Nesse sentido, ao concebermos a informação como objeto cultural, ao qual damos forma e textura de maneira análoga à argila (Ferreira, 1996), consideramos que vários fatores como acesso a informação, renda, religião, cultura, relacionamentos sociais, aspectos cognitivos e afetivos interferem no modo como a família enfrenta o adoecimento mental de um de seus membros e, conseqüentemente, constrói suas representações sociais sobre o louco, a loucura e o tratamento da loucura. No entanto, não queremos, sob nenhuma hipótese, estabelecer uma relação linear entre qualquer um desses aspectos e uma representação social específica. Para facilitar o entendimento dessas diferenças, organizamos as representações sociais dos informantes em três categorias empíricas que visam explicitar algumas possibilidades de representações sociais sobre o tratamento da loucura tendo em vista o processo de reforma psiquiátrica.

- a) “Se não interna mais, o que se vai fazer?”
- b) Manicômio é um lugar de cura da doença mental.
- c) “Hospício é fábrica de loucos”

a) “Se não interna mais, o que se vai fazer”

Apesar de ser identificado como lugar de dor, sofrimento, exclusão e incapaz de curar a doença mental, muitos informantes enxergam a necessidade da existência do hospital psiquiátrico, ainda que não seja com esse nome, mas com a função de conter e tratar os portadores de sofrimento mental. Para o informante no. 02, a existência desse local, só se faz necessário em momentos de crise “em que a pessoa ficar agressiva... de existir um ponto assim... de levar e internar uns dois ou três dias... uma semana... os dias que precisarem até mais ou menos controlar para depois voltar para casa... que para a família é muito perigoso”. Para o informante no. 04, que aprova o tratamento psicossocial porque foi o que deu “mais

paz para conviver com ela [a filha que é doente mental]”, a internação é só como último recurso, quando a pessoa perde completamente o controle: “se não tem controle, não tem condição de você conviver com a pessoa... quebra... te agride...te bate...então, o jeito é levar”. O informante no. 08 relata que numa das últimas crises do filho, a família teve que recorrer a uma internação, em uma instituição privada, porque “não conseguia contê-lo dentro de casa, ficou muito agressivo. Agredia o pai. [Então] a gente levou ele para o [hospital psiquiátrico] Santa Maria em Belo Horizonte. Ficou uns 15 dias lá”.

No entanto, para outros informantes, o hospital psiquiátrico tem a função de aliviar o peso da família, principalmente, nos momentos de crise, que é a fase mais dramática na relação com o familiar doente. O informante no. 05, relata que, às vezes, reclamava com o médico estava muito cansado de “tomar conta” do filho. Então, o médico falava: “vou dar uma guia para internar ele em Belo Horizonte”. No entanto, com a reforma psiquiátrica, isso passou a não funcionar mais: “Mas, já teve vez de eu levar ele em Belo Horizonte, no Galba Veloso, eles aplicava uma injeção nele e mandava voltar como ele para trás... era só o cansaço de ir e voltar”. Dessa forma, a resignação com o sofrimento e a fé são elementos importantes para o cuidador ir “levando a vida” como afirma o informante no. 02: “a gente tem uma pessoa... por exemplo, igual eu... tem um esposo doente. Não tem como internar ele porque hoje não interna mais as pessoas que têm o problema que ele tem. Então, eu acho que a gente tem mais é que assumir a responsabilidade, pegar com Deus e ir em frente”.

b) Manicômio é um lugar de cura da doença mental

A concepção do manicômio como local de cura do sofrimento mental foi identificada na fala apenas do informante no. 01. Apesar disso, esse posicionamento não parece ser resultado da penetração do “discurso competente” sobre a loucura. Pelo contrário, é em função de sua experiência com a loucura; primeiro, com a irmã e depois, com o filho, é

que o informante construiu uma representação social do manicômio como um local que cura a doença mental. No momento da entrevista, o filho estava em crise há cerca de 05 meses e a equipe da Clínica Psicossocial (CLIPS) estava tentando ajudá-lo a sair da crise mas, sem sucesso. Nesse sentido, a lembrança das outras crises do filho em que ele foi internado, no Galba Veloso, em Belo Horizonte e voltou bom, ainda que “meio abobado”, era a certeza de que o fim do seu sofrimento só dependia de que “eles fizessem essa caridade de internar ele para mim”.

No entanto, a idéia da internação como solução para o problema da família não é dado apenas por aquele contexto momentâneo. A experiência de vida do informante, que já teve uma irmã que passou por um processo de adoecimento mental, foi internada em um manicômio e voltou “boa para casa” parece ser determinante para a sua não compreensão da política antimanicomial. Segue o diálogo com o informante:

(E) Se alguém afirmar hoje que lugar de louco é no hospício, o que você acha? Ah, eu acho que o lugar deles é lá mesmo. Sei que eu tive uma irmã que teve problema e a minha mãe mandou ela para lá e ela ficou lá seis meses.... (E) E ela voltou curada? Voltou. Depois ela casou, teve dois filhos...(E) Mas, aí ela nunca mais teve problema mental? Não. Nunca mais... (Informante no. 01)

c) “Hospício é fábrica de loucos”

A concepção de que o manicômio não cura, apenas exclui e segrega os doentes mentais é compartilhada por quase todos os informantes, apesar de alguns enxergarem que esse espaço tem uma função social importante: conter e tratar os doentes mentais em momentos de crise. No entanto, para um grupo de 03 informantes o manicômio é uma instituição desnecessária: “nós não precisamos dele” (informante no. 10). Além disso, eles não só não curam como podem contribuir para o adoecimento: “eu acho que hospícios são

fábricas de loucos. Eu acho que eles saem de lá piores do que entraram” (informante no. 06). Através do cotidiano vivido com os portadores de sofrimento mental, eles percebem que cuidado, carinho, atenção e liberdade são fundamentais para ajudá-los a se manterem estáveis; bem como, para superarem as crises. O informante no. 03 relata que “essas pessoas precisam muito da gente. Se ele ficar nervoso é só eu ficar mais próximo... ele confia muito em mim... qualquer coisa que eu falo para ele, ele aceita...eu já sei o ponto fraco dele: tem que ficar do lado, paparicando... aí ele fica mais calmo.” Por isso, para o informante no. 10, “lugar de doente mental, do louco é junto da família e a comunidade. Que é difícil cuidar, mas que é possível...”. Apesar de concepções tão próximas sobre o adoecimento mental, os três informantes têm perfis bastante distintos em termos de escolaridade, renda e vínculo de parentesco com o portador de sofrimento mental do qual são cuidadores.

A despeito da literatura sobre o tratamento antimanicomial a que pelo menos dois desses informantes têm acesso, das reuniões dos grupos de familiares na Clínica Psicossocial, é o cotidiano que aponta para a possibilidade de convivência com um portador de sofrimento mental apesar de não ser uma tarefa fácil. É no dia-a-dia que os espaços são negociados, que as estratégias de enfrentamento da realidade são estabelecidas transformando a vida da família numa “vida anormal mais normal possível” (informante no. 10).

6.3 A construção das representações sociais: elementos para uma análise da informação

Ao definirmos as representações sociais como categoria analítica para o estudo da informação, o fizemos considerando sua dupla natureza: como teoria e como fenômeno. Dessa forma, em um primeiro momento, nos situamos no nível do fenômeno, procurando identificar as práticas informacionais dos familiares de portadores de sofrimento mental e as

representações sociais sobre o louco, a loucura e o tratamento da loucura, identificando o seu processo de formação e transformação. Para Jovchelovitch (2000, p. 81) essa análise deve se concentrar nos processos de mediação social onde

Comunicação é mediação entre um mundo de perspectivas diferentes, trabalho é mediação entre necessidades humanas e o material bruto da natureza; ritos, mitos e símbolos são mediações entre a alteridade de um mundo freqüentemente misterioso e o mundo da intersubjetividade humana: todos revelam numa ou outra medida a procura de sentido e significado que marca a existência humana no mundo. (Jovchelovitch 2000, p. 81).

No entanto, em função do objeto que definimos para o trabalho – práticas informacionais dos familiares de portadores de sofrimento mental referenciados na Clínica Psicossocial, a nossa análise é bastante complexa tendo em vista que situamos a questão da recepção, geração e transferência de informação no contexto das práticas sociais e simbólicas vividas pelos sujeitos sociais. Nesse contexto, a informação não pode ser vista como “coisa” que possa ser selecionada, organizada, classificada, estocada e disseminada. Tal como afirma Marteleto (1992) em relação à informação no campo social - escola, a informação, no *locus* onde situamos nosso objeto de estudo, não pode ser vista como algo preciso, claro ou inteiro. Dessa forma, apesar das várias noções que podemos utilizar para definir informação⁶⁷ vamos considerá-la como uma “probabilidade de sentido”, como afirma a Profa. Regina Marteleto⁶⁸. Ou seja, o sentido da informação não é dado, pronto e acabado pelas instâncias emissoras. Ele

⁶⁷ A Profa. Isis Paim destaca as seguintes definições de informação:

- 1) Informação é notícia;
- 2) Informação é a representação da realidade;
- 3) Informação é o fato ou conhecimento que acreditamos serem verdadeiros;
- 4) Informação é qualquer dado contido em livros, revistas, artigos científicos, fitas de áudio, filmes; fotografias, relatórios por computadores;
- 5) Informação é a compreensão de um dado por um indivíduo, dentro de um contexto;
- 6) Informação é o conteúdo de uma mensagem de comunicação;
- 7) Informação é um recurso econômico, o qual pode ser comprado ou vendido no mundo dos negócios;
- 8) Informação é um recurso organizacional;
- 9) Informação é poder;
- 10) Informação são os resultados organizados, inteligíveis e significativos obtidos a partir do processamento de dados. (Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, disciplina: Fundamentos da Ciência da Informação. Anotações de sala de aula, maio de 2003)

é construído no processo de recepção, onde a informação é interpretada, contextualizada, forma conhecimentos e adquire sentido para cada indivíduo em função da sua utilidade prática, social ou cognitiva. Portanto, aquilo que foi reunido, organizado e distribuído, no momento da emissão, se dispersa no momento da recepção (Marteleto, 1992). Por outro lado, ao concebermos a Clínica Psicossocial como hipertexto sociotécnico do qual nos fala Teixeira (1997), aceitamos também que há uma certa dispersão no momento da emissão da informação uma vez que o processo comunicativo é percebido de forma análoga à imagem de um ‘diagrama’; “de uma rede da qual todos participam” (Teixeira, 1997, p.33). As reuniões de grupos de familiares e as interações entre usuários e familiares que acontecem no espaço da Clínica Psicossocial, que visam incluir a presença de usuários e familiares nos atos técnicos mesmos da oferta de serviços, colocam em um outro patamar a questão da emissão e recepção de informação – a perspectiva da interação. Nessa abordagem, o sentido não flui de um a outro ponto de um fluxograma, mas, deve-se às múltiplas configurações de ativação de nós e conexões da grande rede semântica partilhada onde cada nova conexão transforma o funcionamento e o significado do conjunto; cada novo uso dos elementos já conectados estende ainda mais o hipertexto (Teixeira, 1997). Dessa forma, por questões de viabilidade operacional da pesquisa, focamos um hipertexto sociotécnico específico, a Clínica Psicossocial. Ao compreendê-la como um dos nós de uma imensa rede, entendemos também que não é só no espaço da Clínica, da sua organização tecnosemiológica e das suas ações de informação que os cuidadores se informam sobre o tratamento da doença mental na abordagem psicossocial. Outras instituições da área da saúde, inclusive, os hospitais psiquiátricos, profissionais da saúde, vizinhos, conhecidos também participam dessa rede semântica partilhada que, ao mesmo tempo em que condiciona é também modificada pelas ações de informação como propõe Teixeira (1997).

⁶⁸Profa. Regina Marteleto, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, disciplina: Tópicos especiais: sujeito e informação – teorias do usuário. Anotações de sala de aula, 1º. semestre de 2003.

Acreditamos que é no ‘ato de fazer sentido’ que a teoria das representações sociais pode possibilitar um novo modo de compreender o processo de recepção e geração da informação. Esta teoria social parte do pressuposto de que a sociedade, além de ser um sistema político e econômico, é também um sistema de pensamento. Dessa forma, existem duas formas básicas de produzir e articular o conhecimento: universo consensual e o universo científico. O universo consensual é o espaço da vida cotidiana, onde a sociedade é uma criação visível, permeada com sentido e finalidade; enquanto o universo científico se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna (Arruda, 2002; Moscovici, 2003). No primeiro, os atores sociais são livres e com igualdade de possibilidade para falar em nome do grupo e sob seus auspícios. No segundo, a participação dos atores sociais se dá em função da competência técnica adquirida. Além disso, a ciência se ocupa em demolir as percepções e opiniões que costumeiramente fazemos sobre acontecimentos e objetos, tornando o familiar em não-familiar (Moscovici, 2003). Já o universo consensual é o território das representações sociais, é marcado pelo saber prático e visa tornar o não-familiar em familiar (Moscovici, 2003). De que forma se opera a transposição de conhecimento do universo reificado das ciências, onde se produz e se situa, normalmente, o conhecimento não familiar, para universo consensual do dia-a-dia? Ou, em outros termos, como se constrói ou se transformam as representações sociais? É nesse aspecto que a teoria das representações sociais pode ser útil aos estudos de usuários em Ciência da Informação quando propõe os conceitos de objetivação e ancoragem. Estes conceitos, que já foram explicados no capítulo 3 deste trabalho, foram trabalhados por Moscovici a partir de contribuições da ciência da cognição, da antropologia e da psicanálise. De acordo com Arruda (2002), objetivação e ancoragem são como faces de uma mesma moeda: a primeira, esclarece como se estrutura o conhecimento do objeto. A segunda transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em algo familiar, integrando-o ao nosso sistema particular de

categorias e imagens conhecidas. De acordo com Spink (1993) e Arruda (2002), o processo de objetivação implica em três etapas: primeiramente, a informação é descontextualizada, depois é recortada e recontextualizada novamente de acordo com a informação prévia do sujeito, suas experiências e seus valores, formando uma estrutura conceitual que tende a apresentar um aspecto imagético, uma vez que tanto crianças como adultos tendem a pensar através de imagens (Jodelet⁶⁹ apud Arruda 2002). Por fim, ocorre o processo de naturalização com a transformação destas imagens em elementos da realidade. De acordo com Arruda (2002), tal processo constitui o cerne da representação social. Ao proceder dessa forma, aquele objeto que era misterioso foi recomposto e torna-se efetivamente objetivo, palpável e passa a nos parecer natural. Por outro lado, a ancoragem é o processo que dá sentido ao objeto que se apresenta a nossa compreensão. De acordo com Arruda (2002), é a maneira pela qual o conhecimento se enraíza no social e a ele volta novamente, ao converter-se em categoria e integrar-se à grade de leitura do mundo do sujeito, instrumentalizando o novo objeto. Para ancorar o novo, o desconhecido, o sujeito recorre ao que é familiar. Ancorar é classificar e nomear alguma coisa. “Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras” (Moscovici, 2003, p.61). Assim, o tratamento psicossocial da doença mental se torna, para os familiares de portadores de sofrimento mental referenciados na Clínica Psicossocial, apenas “tratar em casa”.

Nos estudos de usuários em Ciência da Informação como em Marteleto (1992) e Araújo (1998;1999) e Andrade (2002), a questão da recepção da informação é tratada como um processo realizado por um sujeito ativo que seleciona a informação disponibilizada. Araújo (1998) identifica dois critérios básicos utilizados pelos receptores para a seleção da informação: a) inter-relação entre informação recebida e realidade vivenciada; b) compreensão do código e da linguagem utilizada. Dessa forma, a informação pode ser

⁶⁹ JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In.: JODELET, Denise (org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2002, p. 17-44.

descartada, se houver um processo de divergência, ou ser incorporada ao acervo social do conhecimento⁷⁰ do sujeito receptor, se houver um processo de convergência (Araújo, 1998; 1999). Ao relacionarmos essas noções ao campo das representações sociais, diríamos que a informação selecionada, ao ser aceita ou convergir, nos termos propostos por Araújo, é ancorada. Ou seja, numa dimensão cognitiva e intra-individual, a informação se liga a elementos das representações sociais dos sujeitos, já existentes e legitimadas, provocando uma transformação nessas representações sociais. Em outros termos, são aceitas porque ancoram em algo que já é familiar.

No campo da doença mental, por exemplo, se naturalizaram as concepções de que “lugar de louco é no hospício” e “louco é perigoso”. São elementos centrais das representações sociais sobre o louco e a loucura que se formaram a partir da emergência loucura como doença e problema social a partir do século XVIII. Dessa forma, entre outros elementos já colocados na parte inicial deste capítulo, a abordagem psicossocial proposta pela reforma psiquiátrica brasileira considera como pontos centrais deste modo de tratar o adoecimento mental a manutenção do portador de sofrimento mental junto da família e da comunidade. Conseqüentemente, é colocada a necessidade de trabalhar a idéia de perigo como algo que não impossibilita a convivência, nem é exclusivo do portador de sofrimento mental. Como os familiares dos portadores de sofrimento mental da Clínica psicossocial ancoram esses elementos nos seus sistemas de valores e nas representações sociais?

a) Ancorando “o tratar em casa”:

Os informantes da pesquisa concordam que a convivência com um portador de sofrimento mental é difícil, penosa e exige alguns sacrifícios por parte dos familiares,

⁷⁰ De acordo com Berger e Luckmann apud Araújo (1999), a expressão acervo social de conhecimento ou conhecimento já estabelecido significa que, nos campos semânticos constituídos pela linguagem, a experiência

especialmente, do cuidador. O “peso” do cuidado não se dá apenas em função do tipo de adoecimento mental. Mas também em função da estrutura familiar e das condições sociais, econômicas, cognitivas, entre outras. Assim, algumas famílias enfrentam maiores dificuldades para manter seus familiares portadores de sofrimento mental junto de si. Nessas famílias, à luta cotidiana para garantir a comida, os pagamentos das contas de água e luz somam-se as dificuldades de convivência com o familiar doente em função da agressividade, das manias de perseguição, do comportamento “estranho” em casa e com os vizinhos. Além disso, questões como desemprego, baixa escolaridade e vínculos familiares mais frouxos podem dificultar os investimentos afetivos, por parte dos familiares, que são fundamentais para o reposicionamento do sujeito portador de sofrimento mental em relação aos conflitos que o atravessam, como propõe a reforma psiquiátrica.

Nesse sentido, “o tratar em casa” enfrenta uma primeira barreira que é a da eficácia clínica do tratamento. Ou seja, quando os sintomas são minimizados e a família passa a conseguir conviver melhor com o portador de sofrimento mental, a abordagem psicossocial adquire credibilidade como demonstra o depoimento do informante no. 04:

Continuou sempre passando mal... sempre dando trabalho... aí surgiu ‘esse psicossocial’ aonde tem dado assim... um certo apoio para nós e temos tido paz.... e a gente tem tido assim uma maneira de ter paciência... de conviver com ela melhor. (...) então, todos que eu tenho visto com esse problema. eu tenho falado para ir lá [Clínica Psicossocial].

Por outro lado, o informante 01, cujo filho estava em crise havia mais de quatro meses, sem nenhuma melhora, mesmo com o tratamento na Clínica Psicossocial, não se conformava em não conseguir internar o filho: “Já falaram para eu ir lá na Vanguarda [rádio local de maior audiência] e ‘por a boca no balão’ (sic) para ver se eles internam ele”. Portanto, a primeira condição para que o “tratar em casa” se ancore às representações sociais

sobre o tratamento da loucura é que ele não seja incompatível com o que o cuidador aprendeu com a experiência de cuidar, de tornar possível o convívio com o portador de sofrimento mental.

Sete informantes afirmaram que seus familiares portadores de sofrimento mental já passaram por alguma internação psiquiátrica. Nesse sentido, o hospital psiquiátrico não é apenas uma realidade da qual os familiares ouviram falar - tem aspectos bastante concretos em função das visitas que fizeram e da forma como seus familiares retornaram para casa após o internamento. De uma maneira geral, a internação em um hospital psiquiátrico é vista como algo doloroso e preocupante. Para o informante 04, “você vê uma pessoa da sua família no hospital de doido é a pior coisa que tem. (...) lá é um verdadeiro sofrimento... que eu fui lá... vi... lá realmente é difícil demais para uma pessoa se recuperar”. Por outro lado, a angústia de não estar perto, de não saber o que está acontecendo é um motivo de sofrimento e culpa para os familiares, especialmente, para as mães que foram informantes da pesquisa. O informante no. 05, afirma que “a gente tem dó de deixar ele para lá...(...) perto da gente, a gente sabe o que está acontecendo”. Nesse processo de tentar encontrar uma forma melhor para lidar com o sofrimento mental, o “tratar em casa” pode surgir de um processo de reflexão do próprio cuidador. Nesse caso, o processo informacional sobre a abordagem psicossocial será facilitado uma vez que existe uma predisposição no receptor para procurar e receber esta informação. Nesse sentido, a ausência da informação se torna ela mesma um problema, um motivo de sofrimento, como aponta o informante no. 10:

E eu sofri muito com a falta de informação... por que na verdade os profissionais que o atendiam não me davam a informação necessária. E eu ficava sem saber o que fazer. A única coisa que eu sabia era que eu queria cuidar do meu filho em casa. Eu queria ter uma possibilidade de cuidar dele em casa por mais estranho que fosse o comportamento dele e por mais que a nossa família tenha se desestruturado, por mais sofrimento que nos causasse.... Eu queria cuidar em casa. Então era essa a possibilidade que eu queria e essa informação não vinha dos profissionais que atendiam... A única coisa que me mostravam, que me apontavam era o hospital

psiquiátrico como forma de tratamento e essa é uma forma de tratamento que eu não aceitava porque eu já tinha tido experiência e vi que aquele lugar não trata ninguém. Exclui, segrega... é um lugar desumano e cruel.

A forma como os profissionais da saúde adeptos da abordagem psicossocial se utilizam desses sentimentos para ancorar os valores e a tecnologia do tratamento da doença mental proposta no processo de reforma psiquiátrica pode ser ilustrada por uma passagem de uma reunião com grupos de familiares, já citada neste trabalho: após o relato de um pai, em que ele se pergunta se não tinha jeito de internar o filho, para em seguida concluir: Mas, como eu vou internar ele em um lugar que só tem doido? a intervenção da Assistente Social se deu no sentido de lembrar ao pai que o filho está se sentindo perseguido e que, por isso, ele quer ficar sempre quietinho, escondidinho dentro do quarto que é o único lugar onde ele se sente seguro. “Já imaginou ele ser mandado para um lugar grande, desconhecido, onde ele não conhece ninguém? ”, questionou a assistente social.

b) Ancorando “o louco não é perigoso”:

A concepção de que o louco é perigoso foi um dos principais pilares sobre o qual se sustentou a tecnologia do tratamento manicomial da doença mental. Apesar das críticas aos manicômios, quase tão antigas quanto a existência dos mesmos, como apontam autores como Castel (1978), Foucault (2004), Amarante (1996), Resende (2000), a instituição manicomial se sustentou sobre uma argumentação, inicialmente, de que era possível curar a doença mental e, posteriormente, com a supremacia do alienismo organicista, de que se não era possível curá-la que, ao menos, se minimizasse seus efeitos sobre a sociedade. Castel (1978) aponta que tanto os alienistas quanto os alienistas organicistas se esforçaram para destacar esse traço da loucura: o risco, o perigo para si mesmo e para os outros. Fruto, talvez, da penetração desse discurso competente junto à sociedade, mas, também, dos relatos de

convivência com a loucura, podemos observar a naturalização dessa concepção em episódios vividos pela maioria de nós, como: a mãe puxar a criança para junto de si em função da proximidade de um louco ou ameaçá-la com a punição de ser levada pelo doido se não tiver determinado comportamento.

A maioria dos informantes afirma que é possível conviver e manter o portador de sofrimento mental em casa. Portanto, ele não representa uma ameaça permanente a família. Dessa forma, relativizar essa concepção de que ‘o louco é perigoso’ é fundamental para o processo de reforma psiquiátrica porque implica em percebê-lo como um doente como outro qualquer, que pode demandar cuidados mais intensivos em determinados momentos em que as decisões sobre o tratamento, inclusive, podem ser tomadas pela família e a equipe técnica. No entanto, ao percebê-lo como sujeito portador de cidadania, desejos e vontades essa condição é vista sempre como transitória - não é intrínseca nem ao sujeito portador de sofrimento mental, nem ao adoecimento mental. Nesse sentido, a estratégia da abordagem psicossocial para tratar esta questão é ancorar o ‘não perigo’ na experiência do próprio cuidador no convívio com o portador de sofrimento mental, como demonstra um episódio ocorrido em uma reunião com grupos de familiares: Numa intervenção da Assistente Social em que ela falava da importância do cuidador dividir a responsabilidade do cuidado com outros familiares, os cuidadores presentes, todos falando ao mesmo tempo, se queixaram de que os demais membros da família não se oferecem para ajudar, não visitam, que eles, cuidadores, se sentiam muito sozinhos. Ao retomar sua intervenção, a Assistente Social ponderou que os familiares e os vizinhos não se mostram solidários porque ainda acham que o portador de sofrimento mental é perigoso e, “a gente que convive com eles” sabe que isto não é verdade. Portanto, os próprios cuidadores precisam mostrar para os demais familiares e a comunidade que é possível a convivência com o portador de sofrimento mental.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa acadêmica, de acordo com a concepção que orienta este estudo, é sempre um resultado provisório. É um ponto de chegada para nos conduzir a novos pontos de partida. Como afirma Minayo (1996), o produto final é o resultado de todas as etapas de pesquisa, é o concreto pensado cuja compreensão jamais é contemplativa porque inclui num mesmo projeto o objeto, o sujeito do conhecimento e suas interrogações, em um movimento totalizador. Nesse sentido, o produto final não é apenas a construção de um sujeito pesquisador, é também por ele construído. Como afirma Minayo (1996) o objeto construído anuncia e denuncia o sujeito que o constrói.

Dessa forma, ao chegarmos ao final deste estudo retomamos as questões que estiveram na origem do objeto que nos propusemos construir que dizem respeito aos processos de transferência de informação pautados pela ética e respeito à autonomia e a capacidade cognitiva do outro. Antes que questões científicas, são questões que dizem respeito à vida cotidiana, ao jogo em que homens e mulheres estão envolvidos no processo de dar sentido às suas existências no mundo. Por isso, ao empreendermos a nossa “jornada” não o fizemos somente para preencher uma lacuna em nossos conhecimentos sobre os processos informacionais. Mas, pelo desejo em decifrarmos a nós mesmos e o mundo como afirma Freire (1977). Nesse sentido, ao nos indagarmos pelos processos de informação e conhecimento tivemos como resultado não só alguma compreensão sobre o processo vivido pelo outro, familiares de portadores de sofrimento mental, mas, principalmente, por aquele vivido por nós na tentativa de conhecer o mundo do outro.

A concepção de informação que nos orienta neste estudo não é aquela que define informação como algo que possa ser medido, quantificado ou processado à maneira de outras mercadorias da sociedade de consumo. Adotamos como fundamento do objeto que nos

propusemos construir a premissa de que toda informação é essencialmente social. Portanto, procuramos pensar esse objeto no contexto das relações sociais, onde os sentidos são regulados e negociados, em um determinado momento histórico vivido por grupos, indivíduos e instituições. Nesse sentido, consideramos o processo informacional como prática social, sustentada por sujeitos concretos, que não termina com o acesso e uso da informação. Tal processo é permanentemente reconstruído a partir das individualidades dos sujeitos do conhecimento e, portanto, sempre aberto, inacabado e propício a reestruturações (Araújo, 1998).

Do ponto de metodológico, este trabalho foi pautado por alguns princípios da pesquisa antropológica, principalmente, naquela abordagem proposta por Geertz (1989; 1997) e outros, conhecida como antropologia interpretativa. Nesse sentido, buscamos fazer uma pesquisa de campo com orientação etnográfica. Infelizmente, o tempo definido para a conclusão de trabalhos de pós-graduação não nos permite um longo peneiramento para verificarmos a validade das informações obtidas. Apesar disso, acreditamos que conseguimos seguir algumas orientações fundamentais como: não buscamos coletar informações sobre o padrão de acontecimentos no mundo exterior *per si*, mas a determinação do significado afetivo, da importância desse padrão de acontecimentos. Ou seja, “não estamos preocupados em resolver problemas, mas em esclarecer sentimentos” (Geertz, 1989, p. 95). Dessa forma, ao identificarmos as representações sociais sobre o louco, a loucura e o tratamento da loucura percebemos que elas não são dadas apenas pelas condições objetivas e materiais de vida do cuidador em relação aos aspectos sociais, econômicos, culturais e de acesso à informação; mas, também, pela forma como ele lida subjetivamente com essas condições. Por outro lado, a pesquisa antropológica, nessa abordagem já citada, tem como um de seus princípios a crítica a toda e qualquer forma de etnocentrismo. Ou seja, entender profundamente que falamos de um determinado lugar e que esse lugar de onde falamos não é melhor nem pior que o lugar de

onde fala o outro – seja ele cuidador, raizeiro ou benzedeira. Portanto, levar tal concepção para uma pesquisa de campo implica em reconhecer que sempre olhamos e interpretamos o mundo a partir de nossas próprias “viseiras”.

Essa concepção teórica e ética da antropologia interpretativa foi fundamental para a apreensão do objeto empírico da pesquisa situado em um campo com o qual não tínhamos muito contato, o campo da saúde mental. As questões que buscávamos responder foram tomando corpo nessa área em função de um conjunto de fatores como curiosidade, em função do processo de reforma psiquiátrica e, principalmente, porque algumas questões com as quais esta área se debate, no processo de reforma psiquiátrica, são também as questões com as quais nos debatemos. A principal delas talvez seja: como modificar o imaginário social sobre a loucura? Ou nos termos que adotamos: Que práticas e ações de informação são adequadas para modificar as representações sociais sobre o louco, a loucura e o tratamento da loucura? Não são questões somente da Ciência da Informação, da antropologia ou da psicologia social. São questões que dizem respeito ao modo como conhecemos e permeiam, em alguma medida, todas as áreas do conhecimento humano.

Conhecer não é uma tarefa fácil. Exige investimento emocional, desejo e vontade. Para conhecer, e essa é apenas a explicação adotamos neste trabalho, procedemos como ensina Piaget apud Arruda (2002), ao se referir ao desenvolvimento do pensamento infantil que se dá através de imagens e do mecanismo de “corte-e-cola”, onde a criança junta fragmentos do que já conhece para formar uma configuração que traduza o que ela não conhece. Além disso, de acordo com Arruda (2002), a forma como as crianças elaboram e internalizam suas próprias teorias sobre questões fundamentais para a humanidade, através da experiência, contribuíram para compreender o processo de elaboração das representações sociais, através da elaboração de dois mecanismos: objetivação e ancoragem. De acordo com Arruda (2002), esses processos são como faces de uma mesma moeda: o primeiro, esclarece

como se estrutura o conhecimento do objeto. O segundo transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em algo familiar, integrando-o ao nosso sistema particular de categorias e imagens conhecidas.

Assim, também, procedemos ao elaborar o nosso estudo: primeiro, vieram as questões que vimos formulando ao longo do nosso exercício profissional; depois, a percepção do “lugar” na Ciência da Informação onde podíamos desenvolvê-las e, ainda, a proposta de Jardim (1996) sobre a possibilidade de se utilizar a teoria das representações sociais para estudos de usuários. Finalmente, definimos pelo campo da saúde mental. Nesse sentido, o processo da pesquisa acadêmica se assemelha muito a construção de uma colcha de retalhos. Às vezes, um único retalho que se achou bonito, diferente, orienta toda a montagem da colcha: outros retalhos são escolhidos, agrupados e, finalmente, cada conjunto de retalhos é costurado de modo que se forme uma combinação de cores e formas desejadas. Cada colcha de retalhos é um produto único: é fruto das opções, das preferências e do senso estético de seu autor, mas é também condicionada pelo seu momento de feitura e pelas condições materiais, entre as quais, os retalhos disponíveis. Dessa forma, temos bastante clareza quanto ao fato de que, ao nos propormos construir um objeto de estudo nos apoiando em áreas que já são em si mesmas interdisciplinares ou pluridisciplinares, corremos um risco de construir um trabalho cuja metáfora seja a colcha de retalhos. O que temos a colocar em nossa defesa é que, o que determina a beleza de uma colcha de retalhos não é nem as cores, nem a variedade dos retalhos, é a harmonia ou desarmonia com que uns se ligam aos outros em termos de formas e cores.

Nesse sentido, conhecimento não é somado, empilhado sobre outros conhecimentos. Ele é conectado e, ao conectar-se, tanto o novo conhecimento como o conhecimento já existente se transforma. Esse é o grande desafio dos processos de informação e conhecimento. O resultado desses processos nunca é exato, nunca é preciso. Estão sempre

sujeitos a um certo capricho do acaso na medida em que o horizonte do ato de conhecer é sempre a individualidade de cada um.

Por concebermos os processos informacionais no universo da individualidade de cada sujeito, considerando que a individualidade não significa a ausência de elementos comuns porque se isto acontecesse não seria possível a comunicação e a vida social, buscamos no modelo diagramático proposto por Teixeira (1997), um instrumento de análise para os processos de transferência ou socialização de informações no *lócus* da pesquisa. Esse modelo se baseia na lógica das redes, da mesma forma que a Internet, para conceber um processo de informação onde predomina a interação – o momento de recepção pode ser também um momento de emissão de informações. Paradoxalmente, essa lógica aplicada a um sistema social é o que nos pareceu mais adequada. Isto mostra que apesar de aparentemente tão distantes, é possível um diálogo entre as diferentes áreas da Ciência da Informação com enormes benefícios para todos.

7.1 Recomendações para estudos futuros

Os aspectos cognitivos dos processos de informação e conhecimento possuem várias possibilidades de estudo tanto na perspectiva da antropologia da informação como em outras abordagens do objeto informacional. Dessa forma, durante a realização deste trabalho, várias possibilidades de construção do objeto de pesquisa foram percebidas. No entanto, não foi possível desenvolvê-las em função dos objetivos definidos para o estudo, dos recursos materiais para realizá-lo e do tempo disponível. Nesse sentido, sugere-se que:

- a) Que sejam feitos estudos em contextos sociais mais amplos, adotando metodologias quantitativas e qualitativas, a fim de verificar a relação existente

entre o acesso a informação sobre a abordagem psicossocial e as representações sociais sobre o louco, a loucura e o tratamento da loucura.

b) Que sejam realizados estudos tendo como universo as equipes multiprofissionais dos serviços de saúde mental, que praticam a abordagem psicossocial, a fim de identificar a relação entre suas práticas informacionais e as representações sociais sobre o louco, a loucura e o tratamento da loucura.

c) Que sejam feitos estudos junto a outros grupos de familiares de portadores de sofrimento mental, contemplando um universo mais amplo, a fim de aprofundar a compreensão da relação existente entre os aspectos sociais, culturais, econômicos, cognitivos e de acesso à informação sobre a abordagem psicossocial e as representações sociais sobre a loucura.

d) Que sejam desenvolvidos estudos teóricos a fim de aprofundar a compreensão entre informação, conhecimento e representações sociais.

Acreditamos que estas possibilidades de estudo poderiam contribuir para ampliar a compreensão do objeto informacional nos processos de transferência de informação em diferentes contextos sociais; possibilitando a abertura de novos horizontes para os estudos de usuários em Ciência da Informação.

REFERÊNCIAS

ADAM, P; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru/SP: EDUSC, 2001. p. 121-140

ALVES, Paulo César. O discurso sobre a enfermidade mental. In.: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Coordenado por Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

ANDRADE, Maria Eugênia Albino. A informação e o campo das micros e pequenas indústrias da moda em Minas Gerais: a entrada no campo da indústria da moda. **Perspectiva em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 39-48 jan./jun. 2002.

ARAÚJO, Carlos Alberto Ávila. A ciência da informação como ciência social. **Ciência da Informação**, Brasília, v.32, n. 3, p. 21-27, set/dez. 2003.

ARAÚJO, Eliany Alvarenga. Transferência de informação como processo social: uma proposta de paradigma. **Informação e Sociedade: estudos**. João Pessoa, v. 7, n. 1, p. 117-127, 1997. Disponível em: <http://www.informacaoesociedade.ufpb.br>. Acessado em março de 2005.

ARAÚJO, Eliany Alvarenga. **A construção social da informação: práticas informacionais no contexto de organizações não – governamentais/ONGs brasileiras**. 1998. 221 f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) - Faculdade de Estudos Sociais Aplicados, Universidade de Brasília, Brasília, 1998.

ARAÚJO, Eliany Alvarenga de. Informação, sociedade e cidadania: gestão da informação no contexto de organizações não – governamentais. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 155-167, maio/agosto, 1999.

ARAÚJO, Eliany Alvarenga de. Equação do impacto informacional: uma proposta paradigmática. In.: **Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (ENANCIB) – Informação, Conhecimento e Transdisciplinaridade**, 5., 2003, Belo

Horizonte. Anais ...Belo Horizonte: Escola de Ciência da Informação da UFMG, 2003. Disponível em CD-Rom.

ARRUDA, Ângela. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa** - Fundação Carlos Chagas. Nov. 2002, n. 117. São Paulo: Editora Auditores Associados, p. 127-147, 2002.

BARBOSA, Wilmar do Valle. Tempos modernos (prefácio). In.: LYOTARD, Jean-François. **A condição pós – moderna**. Tradução de Ricardo Correa Barbosa; posfácio: Silviano Santiago. 6ª. Ed. – Rio de Janeiro: José Olympio, 2000.

BARRETO, Aldo Albuquerque. Agregados de informação – memórias, esquecimento e estoques de informação. **DataGramaZero** – Revista de Ciência de Informação, Rio de Janeiro, – v. 1, n. 3, junho/2000. Disponível em: <http://www.dgz.org.br>. Acessado em março/2005.

BARRETO, Aldo Albuquerque. Os destinos da Ciência da Informação: entre o cristal e a chama. **DataGramaZero – Revista de Ciência de Informação**, Rio de Janeiro, n. 0, dezembro/1999. Disponível em: http://www.dgz.org.br/dez99/Art_03.htm. Acessado em março/2005.

BHASKAR, Roy. Dialética. In: **Dicionário do Pensamento Social do Século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1996, p. 204-207.

BILAC, Olavo. Registro histórico – no Hospício Nacional (uma visita a secção das creanças). In.: AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

BLEICHER, Josef. Hermenêutica. In: **Dicionário do Pensamento Social do Século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1996, p. 350-354.

BOTTOMORE, Tom. Estruturalismo. In: **Dicionário do Pensamento Social do Século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1996, p. 275-276.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 6ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BOURDIEU, Pierre. Esboço de uma teoria da prática. In: Ortiz, Renato. **A sociologia de Pierre Bourdieu**. São Paulo: Olho d' Água, 2003.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei no. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://senadofederal.gov.br>. Acessado em 02.03.2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Brasília, DF, 2002a. Acessado em 05.04.2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Mental. **CAPS – Nova sistemática de cadastramento, funcionamento e registro de dados epidemiológicos – Portarias 336/02 e 189/02**. Anexo à Circular 26/02 de 01 de outubro de 2002. Brasília, DF, 2002b. mimeo

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS – Informativo da Saúde Mental/MS/SAS/DAPE/Coordenação Geral de Saúde Mental**. Ano III, no. 16 (01.08.2004 a 30.09.2004), Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acessado em 05.04.2005

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Brasília, DF, 1990. Acessado em 05.04.2005.

BUSH, Vannevar. As we may think. **The Atlantic Monthly**, v. 176, n. 1, p. 101-108, 1945. Disponível em: <http://www.theatlantic.com/doc/194507/bush>. Acessado em 05.04.2005

CAPURRO, Rafael. Epistemologia e ciência da informação. **Anais V Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (ENANCIB)**. Tradução Ana Maria Rezende Cabral, Eduardo Wense Dias, Isis Paim, Ligia Maria Moreira Dumont, Marta Pinheiro Aun e Mônica Erichsen Nassif Borges. Disponível eletronicamente em: http://www.capurro.de/enancib_p.htm. Capturado em 08.11.2003.

CARDOSO, Ana Maria Pereira. Retomando possibilidades conceituais: uma contribuição à sistematização do campo da informação social. **Revista Escola de Biblioteconomia UFMG**, Belo Horizonte, v. 23, n. 2, p. 107-114, 1994.

CARDOSO, Ana Maria Pereira. Pós-modernidade e informação: conceitos complementares? **Perspectiva em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 63-79, 1996.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. 2ª. edição. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

COLOGNESE, Silvio Antônio; MELO, José Luiz Bica de. A técnica de entrevista na pesquisa social. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre: PPGS/UFRGS, v. 9. , p. 143-159, 1998.

COMTE-SPONVILLE, André. **Bom dia, angústia!** São Paulo: Martins Fontes, 1997. p. 45-75.

CORBISIER, Cláudia. A reforma psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In.: AMARANTE, Paulo (org.) . **Ensaio**s: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

COSTA-ROSA, Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In.: AMARANTE, Paulo (org.) . **Ensaio**s: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

DANTAS, Marcos. **A lógica do capital – informação**: a fragmentação dos monopólios e a monopolização dos fragmentos num mundo de comunicações globais. 2ª. ed., Rio de Janeiro: Contraponto, 2002.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DUARTE, Maristela Nascimento. **Ares e luzes para mentes obscuras** - o Hospital Colônia de Barbacena: 1992-1946. 1996. 172 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1996.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Editora Martin Claret, 2003.

DUVEEN, Gerard. Crianças enquanto atores sociais: as representações sociais em desenvolvimento. In.: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). **Textos em representações sociais**. 2ª. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

DUVEEN, Gerard. Introdução – O poder das idéias In.: MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social/ editado em inglês por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

FERREIRA, Sueli Mara Soares Pinto. Novos paradigmas da informação e novas percepções do usuário. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 217-223, maio/agosto 1996.

FERNANDES, Adélia Barroso. **O papel reflexivo da mídia na construção da cidadania: o caso do Movimento Antimanicomial – 1987 a 1997.** 1999. 197f. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

FIRMINO, Hiram. **Nos porões da loucura.** Rio de Janeiro: Codecri, 1982.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura** – na Idade Clássica. 7^a ed., 1^a reimpressão. São Paulo: Editora Perspectiva, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia.** 6^a. Edição. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

FRANÇA, Júnia Lessa et al. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas.** Colaboração: Ana Cristina de Vasconcellos, Maria Helena de Andrade Magalhães, Stella Maris Borges. 6^a. ed. rev. ampl. – Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2003.

FRANÇA, Vera Regina Veiga. Do telégrafo à rede: o trabalho dos modelos e a apreensão da comunicação. In.: PRADO, José Luiz Aidar. **Crítica das práticas midiáticas: da sociedade de massa às ciberculturas.** São Paulo: Hacker, 2002.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação?** Tradução de Rosisca Darcy de Oliveira/ prefácio de Jacques Chonchol. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

GAZZINELLI, Maria Flávia; GAZZINELLI, Andréa; REIS, Dener Carlos; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21(1) p. 200-206, jan/fev 2005.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos Editora S.A, 1989.

GEERTZ, Clifford. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** 7^a. Edição. 1^a. Reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Perspectiva, 2003.

GONZÁLEZ DE GOMÉZ, Maria Nélida. A informação: dos estoques às redes. **Ciencia da Informação**, Brasília, v. 24, n.1, p. 77-83, jan/abril 1995.

GONZÁLEZ DE GOMÉZ, Maria Nélida. Metodologia de pesquisa no campo da ciência da informação. **DataGramaZero** – Revista de Ciência da Informação – v. 1, n.6 – dez/2000.

GONZÁLEZ DE GOMÉZ, Maria Nélida. Para uma reflexão epistemológica acerca da Ciência da Informação. **Perspectiva em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1, p. 5-18, janeiro/junho 2001.

GONZÁLEZ DE GOMÉZ, Maria Nélida. Dos estudos sociais da informação aos estudos do social desde o ponto de vista da informação. In: Aquino, Míriam de Albuquerque (org.). **O campo da Ciência da Informação: gênese, conexões e especificidades**. João Pessoa, PB: Editora Universitária/UFPB, 2002.

GUARESCHI, Pedrinho. “Sem dinheiro não há salvação”: ancorando o bem e o mal entre os neopentecostais. In.: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). **Textos em representações sociais**. 2ª. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

GUEDES, Simoni Lahud. Umbanda e Loucura. In.: VELHO, Gilberto. **Desvio e divergência: uma crítica da patologia social**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. Loucura. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**, Rio de Janeiro: Objetiva, 2001, p. 1.785.

IPATINGA. Prefeitura Municipal de Ipatinga. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **A clientela do CAPS** - comunicação interna. Ipatinga, MG, 2004a. Disponível em disquete.

IPATINGA. Prefeitura Municipal de Ipatinga. Ipatinga inaugura serviço de saúde mental – 18.05.2004. **Portal do Cidadão**: Órgão institucional da Prefeitura Municipal de Ipatinga. Ipatinga, MG, 2004. Acessado em 14.02.2005. Disponível em: www.ipatinga.mg.gov.br.

IPATINGA. Prefeitura Municipal de Ipatinga. Saúde mental estará em debate na quarta-feira – 13.05.2005. **Portal do Cidadão**: Órgão institucional da Prefeitura Municipal de Ipatinga. Ipatinga, MG, 2005. Acessado em 01.06.2005. Disponível em: www.ipatinga.mg.gov.br

JARDIM, José Maria. Informação e representações sociais. **Revista Transinformação**, v. 08, n. 01, p. 15-30, janeiro/abril, 1996.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In.: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). **Textos em representações sociais**. 2ª. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

LAPLANTINE, François. **Aprender Antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. p. 213-251

LAPPAN-BOTTI, Nadja Cristiane. **Oficinas em saúde mental: história e função**. 2004. 244 f. Teste (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto/SP, 2004. Disponível em: <http://www.saber.usp.br> Acesso em: 05.03.2005.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. 17ª. ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

LATOUR, Bruno. Redes que a razão desconhece: laboratórios, bibliotecas e coleções. In.: BARATIN, Marc; JACOB, Christian. **O poder das bibliotecas – a memória dos livros no Ocidente**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2000.

LENSKI, Gerhard. Eugenia, ciência da. In: **Dicionário do Pensamento Social do Século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1996, p. 289.

LÉVY, Pierre. **As tecnologias da inteligência**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.

LYOTARD, Jean-François. **A condição pós – moderna**. Tradução de Ricardo Correa Barbosa; posfácio: Silviano Santiago. 6ª. Ed. – Rio de Janeiro: José Olympio, 2000.

MACHADO, Marília Novais da Mata. **Entrevista de pesquisa: a interação pesquisador/entrevistado**, Belo Horizonte: C/Arte, 2002.

MARTELETO, Regina Maria. **Cultura, educação e campo social: discursos e práticas de informação**. 1992. Tese (Doutorado em Comunicação Social) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, 1992. p. 298 – 355.

MARTELETO, Regina Maria. Cultura da modernidade: discursos e práticas informacionais. **Revista Escola de Biblioteconomia UFMG**, Belo Horizonte, v. 23, p. 115-137, n. 2, jul/dez. 1994.

MARTELETO, Regina Maria. Cultura, educação, distribuição Social dos bens simbólicos e excedente informacional. **INFORMARE – Cadernos do Programa de Pós – Graduação em Ciência da Informação**. Rio de Janeiro, v. 1, n.2, p. 11-23, jul/dez. 1995.

MARTELETO, Regina Maria. Redes e configurações de comunicação e informação: construindo um modelo interpretativo de análise para o estudo da questão do conhecimento na sociedade. **Investigación Bibliotecológica**. V. 14, n. 29., p. 69-94, jul/dez de 2000.

MARTELETO, Regina Maria. Conhecimento e sociedade: pressupostos da antropologia da informação. In.: Aquino, Míriam de Albuquerque (org.). **O campo da Ciência da Informação: gênese, conexões e especificidades**. João Pessoa, PB: Editora Universitária/UFPB, 2002.

MATTELART, Armand. **História da sociedade da informação**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

MATTELART, Armand; MATTELART, Michele. **História das teorias da comunicação**. 6ª. ed. São Paulo:Edições Loyola, 2003.

MEDEIROS, Amâncio Borges de. **Texto para mesa-redonda sobre saúde mental**. In: Mesa – redonda sobre saúde mental – Dia Nacional de Luta Antimanicomial, 18 de Maio de 2005, Auditório da Prefeitura Municipal de Ipatinga, 2005a . Disponível em disquete.

MEDEIROS, Amâncio Borges de. **Saúde mental em Ipatinga**. In: Conferência sobre saúde mental – Dia Nacional de Luta Antimanicomial, 18 de Maio de 2005, Auditório da Prefeitura Municipal de Ipatinga, 2005b . Disponível em disquete.

MELO, José Marques. **Comunicação: teoria e política**. São Paulo: Summus, 1985.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In.: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). **Textos em representações sociais**. 2ª. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec-Abrasco: Rio de Janeiro, 1996. 269 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Hermenêutica – dialética como caminho do pensamento social. In : MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Caminhos do Pensamento – epistemologia e método**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002. 380 p.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social/ editado em inglês por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MORAES, Márcia Oliveira. O conceito de rede na filosofia mestiça. **INFORMARE – Cadernos do Programa de Pós – Graduação em Ciência da Informação**. Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 12-20, jan/jun. 2000.

NEHMY, Rosa Maria Quadros; PAIM, Isis. Questões sobre a avaliação da informação: uma abordagem inspirada em Giddens. **Perspectiva em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 3, p. 81-95, jul/dez, 1998.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de . **A reforma psiquiátrica em Guiabá/MT: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental**. 2003. 293 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2003. Disponível em: [http://: www.saber.usp.br](http://www.saber.usp.br) : Capturado em : 31.08.2004.

OLIVEIRA, Neide Gomes. **Cultura política como determinante histórico da participação social**: O Conselho de Saúde de Ipatinga – MG. 2003.170 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

OSINAGA, Vera Lúcia Mendiondo. **Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e doença mental e assistência psiquiátrica segundo portadores e familiares**. 2004. 164 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) –Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade do Estado de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2004.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Representação social da doença mental pela família do paciente. **Interface** – comunicação, saúde, educação, v. 7, n. 12, p. 71-82, fevereiro de 2003.

PESSOTI, Isaías. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996.

PINHEIRO, Lena Vânia Ribeiro. **Ciência da Informação entre sombra e luz**: domínio epistemológico e campo interdisciplinar. 1997. 278 f. Tese (Doutorado em Comunicação). Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 1997.

RABELO, Miriam Cristina M. Religião, ritual e cura. In.: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) . **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

RENON, Karin D. Movimento social. In: **Dicionário do Pensamento Social do Século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1996.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In.: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário. **Cidadania e Loucura** – políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis/RJ: Ed. Vozes, 2000.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1985.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2003.

SANTOS, Boaventura de Sousa; MENEZES, Maria Paula G.; NUNES, João Arriscado. (Santos at. al). Introdução - Para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo. In.: SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). **Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

SARACEVIC, Tefko. Ciência da Informação: origem, evolução e relações. Traduzido por Ana Maria P. Cardoso. In.: **Perspectiva em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 1, n.1, p. 41-62, jan/jun 1996,

SPINK, Mary Jane. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9 n.3, p. 300-308, jul/set 1993.

SPINK, Mary Jane. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In.: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs.). **Textos em representações sociais**. 2ª. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, n. 1, p. 7 – 40, 1997.

THOMPSON, John B. **Ideologia e cultura moderna**. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reinvenção da cidadania no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In.: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. **A reforma psiquiátrica e as associações de familiares:** unidade e oposição. 2002. 214 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

ANEXO 01

ROTEIRO DE ENTREVISTA

PERFIL SOCIOECONÔMICO DO FAMILIAR ENTREVISTADO

Nome do familiar entrevistado:

Paciente: _____ Vínculo familiar: _____

1) Sexo - 1. () Masculino 2. () Feminino

2) Quantos anos você tem? _____ anos

3) Qual é o seu estado civil? : _____

4) Você trabalha em quê ? _____

5) Você estudou até que ano? _____

5a) Se fez curso técnico ou superior, qual curso?

6) Considerando-se todas as pessoas que residem em seu domicílio, somando todas as fontes de renda como salários, horas extras, pensões e aposentadorias, em qual faixa de renda que eu vou citar, a sua família se enquadra?

1. () Nenhuma renda

2. () Menos de R\$ 300,00 (1 SM)

3. () De R\$ 300,00 a R\$ 900,00 (01 a 03 SM)

4. () De R\$ 900,00 a R\$ 1.500,00 (acima de 03 SM a 05 SM)

5. () De R\$ 1.500,00 a R\$ 3.000,00 (acima de 05 a 10 SM)

6. () Acima de R\$ 3.000,00 (acima de 10 salários mínimos)

7) A casa em que você mora é:

1. () Própria 2. () Alugada 3. () Cedida 4. () Outros – Qual?

8) Quantas pessoas moram na sua residência?

II – Identificação das práticas informacionais:

9) Conte-me um pouco da história da doença de (n): quando e como foi descoberta a doença, qual foi o tratamento indicado.

10) Como tem sido a vida de sua família junto a (n):

11) Como você ficou sabendo que o tratamento da doença mental pode ser feito em casa?

12. Então, como se sentiu?

13) De uma maneira geral, você recebe informação sobre o atendimento ao portador de sofrimento mental, nessa abordagem psicossocial, através de que forma ?

14) Na sua opinião, você contribui para informar outras pessoas sobre o atendimento psicossocial ao portador de sofrimento mental?

14a) Se sim, relate-me uma situação em que isto tenha ocorrido?

15) Se alguém te afirmasse hoje que ‘lugar de louco é no hospício’ como você reagiria?

16) Por favor, associe três palavras aos seguintes termos:

- a) Louco:
- b) Loucura:
- c) Tratamento da loucura:

17) Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

Obrigada pela colaboração. Se eu tiver alguma dúvida, posso te procurar?