

Representações sociais, estigma e processos de reforma psiquiátrica: Uma revisão teórica de documentos e pesquisas na interface psicossocial e política

Social representations, stigma and psychiatry reform process: a theoretical review of documental analysis in the interface between psychosocial and policy.

Representaciones sociales, estigma y proceso de reforma psiquiátrica: Una revisión teórica de documentos e investigaciones en la interface entre lo psicosocial y lo político.

Noemí Graciela Murekian¹

RESUMO

O interesse internacional sobre os obstáculos que interferem na evolução das experiências de reforma psiquiátrica, como o efeito regressivo da estigmatização, segue demandando a cooperação das ciências sociais. Tem-se afirmado que “não há um único modelo de reforma” e que existem formas diferentes de apropriação local das propostas de transformação. Em linha com tais assinalamentos, o enfoque teórico-metodológico inaugurado por Serge Moscovici tem mostrado sua pertinência e eficácia para abordar o sentido comum e as diversas formas de resposta psicossocial às propostas de integração social. Um antecedente particularmente relevante por seu alcance intercontinental é a enquete “*La Santé Mentale en Population Générale. Image et Réalité*”. Os achados desta enquete testemunham a

estabilidade das representações tradicionais da loucura além dos processos de reforma e dos contextos sócio-antropológicos.

Na América do Sul, existem estudos cotados a determinados projetos de reforma, como os do Brasil e da Argentina. Estudos empíricos e análises teóricas revelam como a evolução histórica dos espaços do encerro para os novos espaços da desinstitucionalização se vincula com as mudanças operadas nas representações da loucura e das formas de estigmatização das pessoas com transtornos mentais.

Palavras-chave: Saúde mental, representações sociais, reforma psiquiátrica, estigma.

ABSTRACT:

The international interest in the obstacles interfering with the evolution of psychiatric reform experiences, such as the regressive effect of stigmatization, still demands the

¹ Doutora da Universidade de Buenos Aires (UBA), Psicologia noemimurekian@uolsinectis.com.ar

cooperation of social sciences.

It has been stated that ‘there is not only one reform model’ and that there are different forms of local appropriation of ideas for change. In line with such statements, the theoretical-methodological approach inaugurated by Serge Moscovici has proved its pertinence and effectiveness in approaching common sense and the different forms of psychosocial responses to social integration ideas. A particularly relevant precedent, due to its intercontinental reach, is the survey called “*La Santé Mentale en Population Générale. Image et Réalité*”. The results of said survey demonstrate the persistence of traditional representations of madness regardless of the reform processes and the socio-anthropological contexts. In South America, there is a number of studies focused on specific reform projects, such as those of Brazil and Argentina. Empirical studies and theoretical analyses reveal that the historical evolution from confinement to new deinstitutionalization spaces relates to changes in the representations of madness and the ways in which people with mental disorders are stigmatized.

Keywords: Mental health, social representation, psychiatric reform, stigma.

RESUMEN

El interés internacional acerca de los obstáculos que interfieren en la evolución de las experiencias de reforma psiquiátrica, como lo es el efecto regresivo de la estigmatización, sigue demandando la cooperación de las ciencias sociales. Se ha sostenido que “no hay un único modelo de reforma” y que existen diferentes formas de apropiación local de las propuestas

de cambio. En línea con tales señalamientos, el enfoque teórico-metodológico inaugurado por Serge Moscovici ha mostrado su pertinencia y eficacia para abordar el sentido común y las diversas formas de respuesta psicosocial a las propuestas de integración social. Un antecedente particularmente relevante por su alcance intercontinental es la encuesta “*La Santé Mentale en Population Générale. Image et Réalité*”. Los resultados de esta encuesta testimonian la estabilidad de las representaciones tradicionales de la locura más allá de los procesos de reforma y de los contextos socio-antropológicos. En Sudamérica, existen estudios acotados a determinados proyectos de reforma, como los de Brasil y Argentina. Estudios empíricos y análisis teóricos revelan cómo la evolución histórica de los espacios del encierro hacia los nuevos espacios de la desinstitucionalización se vincula con los cambios operados en las representaciones de la locura y las formas de estigmatización de las personas con trastornos mentales.

Palabras-clave: Salud mental, representaciones sociales, reforma psiquiátrica, estigma.

INTRODUÇÃO

O interesse internacional sobre os obstáculos que interferem na evolução das experiências de reforma psiquiátrica, como o efeito regressivo da estigmatização, segue demandando a cooperação das ciências sociais. Daí a idéia de retomar esta problemática, no marco da *VII Jornada Internacional e V Conferência Brasileira sobre Representações Sociais*. Destaco que a principal mentora desta linha contínua de debates em saúde mental tem sido Denise Jodelet, desde aqueles

primeiros simpósios apresentados na *VIII e na X Conferência Internacional sobre representações sociais* que ocorreram em Roma/2006 e em Tunes/2010 respectivamente. Em particular, tive a oportunidade de prosseguir o tratamento desta temática no *II Colóquio Luso-Brasileiro sobre Saúde, Educação e Representações Sociais* realizado em João Pessoa/2010.

Interessa-me destacar agora aquelas questões que se encontram na interseção dos discursos dos organismos internacionais e as descobertas mais recentes na pesquisa dos processos de estigmatização em saúde mental. Questões que com frequência têm sido naturalizadas negativamente nos discursos e imagens sociais do “louco”, do “paciente psiquiátrico”, ao ponto de ficarem neutralizadas e postergadas urgentes demandas sanitárias, efeito que se vê potenciado no caso de populações vulneráveis¹. As diversas formas de discriminação: a *estigmatização pública*, a *auto-estigmatização* e a *estigmatização antecipada* possuem graves conseqüências individuais e coletivas como destacaram Angermeyer² e Giordana^{3,4}. Segundo Giordana, a *auto-estigmatização* e a *discriminação antecipada* confirmariam que a pessoa que sofre um transtorno psíquico compartilha as mesmas representações do “doente mental” que possui o grande público, e tem de si mesma, a imagem que a sociedade faz dela. O auto-abandono, a evitação da consulta por temor à segregação e ao isolamento, levam à desatenção e à maior limitação de quem padece o estigma, convertendo-se em questões de saúde pública que requerem um grande compromisso de superação ética e social, tanto por parte dos especialistas, dos usuários, das famílias, como pelos políticos e pelos juristas.

Trabalhar em favor da desestigmatização do “doente mental” requer novos esforços de compreensão teórica e de produção de dados empíricos, pois as campanhas tradicionais dirigidas a sensibilizar o grande público parecem não ter obtido o nível de respostas buscado. Assim o destacaram Piel e Roelandt em um relatório especial de julho de 2001⁵. Mas, já em 1997, esta concepção inspirou o desenho da *enquete SMPB (Saúde Mental em População Geral)* projetada pelo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (Lille, França) com a intenção de afrontar com melhores ferramentas os obstáculos que dificultam a integração social. Como dito mais adiante, especialistas como Giordana⁶, Roelandt, Caria, Benradia, Defromont⁷ e Jodelet⁸, entre outros, discutiram e interrogaram esta problemática a partir dos resultados achados nessa *enquete*, cuja particularidade tem sido a de ser pensada em grande escala sob o enfoque das representações sociais.

DIREITOS DOS USUÁRIOS: ENTRE LUZES E SOMBRAS

Com o desenvolvimento progressivo dos chamados processos de “reforma psiquiátrica”, “desinstitucionalização”, “luta antimanicomial”, “desmanicomialização”, geraram-se novas condições éticas, jurídicas e políticas que apontaram à transformação dos velhos paradigmas científicos e jurídicos que definiam o estatuto do doente mental e sua atenção sanitária. De um rol passivo e dependente, o paciente institucionalizado passou a ser reconhecido na sua condição de sujeito de direito e como usuário do sistema de saúde. Esta mudança do modelo se traduziu num conjunto de ações inspiradas na substituição do hospital psiquiátrico por alternativas

centradas na comunidade e dispositivos institucionais de características não asilares (hospitais dia, serviços de saúde mental em hospitais gerais; lares protegidos, serviços de atenção domiciliária, e outros). Mediante este giro, os espaços de convivência intra e extra-hospitalários se reformularam conceitual e objetivamente, tentando derrubar as barreiras físicas e mentais que caracterizaram por séculos a relação entre “o louco”, “o manicômio” e “a sociedade”^{9,10,11,12}.

Contudo, as reformulações por si mesmas não implicaram a eliminação radical das inumeráveis formas de estigmatização do “doente mental”. Erradicar o estigma segue sendo um objetivo difícil mesmo quando existam múltiplos documentos internacionais que o promovam: a *Recomendação sobre a Promoção e Proteção dos Direitos das Pessoas com Deficiência Mental no Relatório Anual 2000*¹³, o *Relatório sobre Saúde no Mundo 2001*¹⁴, o documento pela *Saúde Mental no Mundo: Não à exclusão, sim aos cuidados*¹⁵, a *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*, por nomear alguns.

Neste sentido, avaliar a assimilação prática dos princípios expostos a partir da *Declaração de Caracas*¹⁷ no marco da *Conferência para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina* (inclusão social, equidade, promoção da saúde e qualidade da atenção) constitui um desafio que continua interpelando os países da chamada Região das Américas. Esta declaração pôs o acento na necessidade de revisão crítica do papel hegemônico e centralizado do hospital psiquiátrico na prestação de serviços de saúde mental e impulsionou o *desenvolvimento evolutivo de modernas concepções socioculturais sobre a*

*atenção do paciente mental*¹⁸. Kutcher, S. y Chehil atualizaram esses princípios precisando seus sentidos e implicações: equidade, efetividade, cuidados baseados na evidência, acessibilidade, integração, atenção orientada pelas necessidades da população, custo-efetividade, sustentabilidade¹⁹.

Segundo Kraut, apesar de que a *Declaração de Caracas* não ter tido um caráter vinculante,

(...) implicou um passo importante na transformação legislativa da atenção psiquiátrica e o melhoramento dos direitos dos pacientes. Ainda hoje constitui o suporte mais potente para fundar as tentativas tendentes a modificar os sistemas vigentes em muitos países da região nos quais os princípios constitucionais não regem, de fato, para os pacientes mentais²⁰.

Este instrumento tem transcendido, além do mais, pela ampla convocatória de setores institucionais e comunitários de cada um dos seus Estados partes instando-os a se comprometer politicamente com a mudança.

os Ministérios de Saúde e de Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Segurança Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, as associações de usuários, universidades e outros centros de treinamento e aos meios de comunicação de massa a que apóiem a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica assegurando, assim, seu desenvolvimento exitoso em benefício das populações da Região¹⁷.

Posteriormente, com o fim de avaliar os desenvolvimentos produzidos a partir da *Declaração*, o Ministério da República

Federativa do Brasil, a OPS e a OMS, convocaram no ano 2005, o pessoal governamental de saúde mental, organizações da sociedade civil, usuários e familiares à *Conferência Regional para a Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 Anos Após de Caracas*. No marco desse encontro surgiram os *Princípios Retores para o desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas* mais conhecidos como os *Princípios de Brasília*²¹. Estes reafirmaram os princípios retores da *Declaração de Caracas*, ao mesmo tempo em que assinalavam os aspectos postergados e pendentes de resolver:

Cabe sublinhar que se muito se avançou, ainda mais deve ser feito para cumprir as ações pendentes derivadas da Declaração de Caracas. Por exemplo, continua sendo excessivo o número de leitos nos hospitais psiquiátricos e, por contraste, demasiado exíguo o número de serviços alternativos na comunidade. Além disso, ainda é insuficiente a capacidade de documentação, monitoria e avaliação.

Além de certos casos destacáveis, na América Latina e no Caribe, a desinstitucionalização como objetivo ainda é limitado pelas múltiplas dificuldades que se devem afrontar e as condições sócio-econômicas a partir das quais os países da região podem afrontá-las²².

Segundo Natella, garantir o direito à saúde, a inclusão social e a autodeterminação supõe construir vínculos de apoio, respeito e confiança entre a comunidade e os técnicos, objetivos que o sistema manicomial tem descuidado²³. Basta referir um dos exemplos mais recentes das denúncias sustentadas por redes de usuários como novos atores das lutas contra a discriminação e da defesa de seus

direitos:

Nossos membros são encarcerados em hospitais e instituições médicas e em templos religiosos, coartando suas oportunidades de desenvolver uma vida de sua própria escolha e perpetuando assim a segregação que reforça estereótipos negativos, derivando em mais discriminação. As práticas médicas violentas tais como o eletrochoque forçoso, a dopagem forçosa, a reclusão e o confinamento solitário continuam sendo realizadas, junto às violentas práticas tradicionais/religiosas, nos próprios lares das pessoas como nas instituições, causando um trauma que não é reconhecido como tal em nossas comunidades, visto que é feito em nome do tratamento terapêutico²⁴.

Existem, pois, o que Saraceno tem qualificado como “desafios globais” e “brechas em saúde mental” em relação à *acessibilidade, qualidade da atenção, estigma e direitos humanos, e prevenção*²⁵, dimensões que interagem entre si e que devem ser atendidas com urgência por seu impacto epidemiológico. Porém para poder enfrentar estes desafios se requer estratégias culturalmente contextualizadas, já que “não existe um único modelo de reforma”²⁵, mas sim formas diferentes de apropriação local das propostas de mudança. De fato, o seguimento, análise e interpretação de tais processos envolvem perspectivas teóricas diferentes em um marco de debates disciplinares e conflitos de poder. Desse modo se manifestou na Argentina, cuja *Ley Nacional de Salud Mental 26.657* foi recentemente sancionada (25/11/2010) e promulgada (02/12/2010); e no Brasil, cuja *Lei Federal 10.216* (06/04/2001) foi sancionada há 10 anos e segue gerando debates científicos:

Desde o início do debate nacional sobre

a Lei de Reforma Psiquiátrica, em 1989, aconteceu entre os meios profissionais e científicos um debate importante sobre a mudança do modelo assistencial e inclusive sobre as concepções da loucura, o sofrimento moral e os meios terapêuticos para tratá-los. O debate ainda subsiste e está presente nas universidades, serviços, congressos científicos e nas publicações de associações e conselhos profissionais (40: 325).

Esta atualidade é a que está requerendo a criatividade dos especialistas no desenho de programas de estudo e pesquisa interdisciplinares de acordo com as dificuldades da problemática considerada.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ESTUDOS ANTECEDENTES

Sem dúvidas, é nesta encruzilhada onde a contribuição da perspectiva psicossociológica inaugurada por Serge Moscovici²⁷ mostra sua pertinência e eficácia. Estudar como o sentido comum apegado às velhas formas de representação asilar se resiste perante o avanço dos processos de transformação e frena as ações de integração social, revaloriza as contribuições investigativas surgidas deste enfoque teórico. Co-participando ativamente neste campo do conhecimento, (a) se capitalizaram antecedentes emblemáticos da análise estrutural dos processos históricos e sociais da construção simbólica e institucional da loucura^{10,28} e da análise interacionista dos processos de visibilidade e de encobrimento do estigma^{29,30}; (b) se avançou para a indagação empírica e a compreensão teórica dos processos socioculturais e sócio-genéticos da produção das reformas e seus impactos psicossociais. Com certeza, o estudo exemplar de Jodelet,

Folie et représentations sociais³¹, abriu um caminho original nas formas de abordar a complexidade desses fenômenos, assim como outras pesquisas e reflexões conceituais realizadas ao redor das representações sociais da saúde e da doença mental acrescentaram diferentes olhares sobre o objeto: Ayestarán^{32,33}, Páez^{34,35,36}, Charuty³⁷, Bellelli^{38,39}, De Rosa^{40,41,42}; Zani^{43,44,45}, Cabruja⁴⁶, Schurmans⁴⁷, Morant⁴⁸, Morant e Rose⁴⁹; Petrillo⁵⁰, Jovchelovitch⁵¹, Markova e Farr⁵², e Wagner, Duveen, Themel e Verma⁵³ para citar alguns.

Na América do Sul, existem estudos apontados a determinados projetos de reforma, como os do Brasil^{54,55,56,57,58} e da Argentina^{59,60,61,62}. Estudos empíricos e análises teóricas que mostram como a evolução histórica dos espaços do encerro para os novos espaços da desinstitucionalização se vincula com as mudanças operadas nas representações da loucura e das formas de estigmatização das pessoas com transtornos mentais.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: NOVAS CONTRIBUIÇÕES

A consciente abertura e requerimento da inclusão dos fatores psicossociais no monitoramento das ações de reforma que foi plasmada na *Declaração de Caracas* não tem sido alheia a outras regiões do planeta. Por isso, é importante voltar a situar a discussão sobre a qualidade das ações de reforma através dos diferentes contextos nos quais se encontram em vigência. Como antecipei no começo, um estudo particularmente relevante pelo seu alcance intercontinental é a enquete “*La Santé Mentale em Population Générale. Image et Réalité*”^{63,64}. Trata-se de uma investigação ação internacional multicêntrica realizada pela

Association Septentrionale d'Épidémiologie Psychiatrique (ASEP) e o *Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS) pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale* (Lille, France), em colaboração com a *Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)*. Os seus objetivos básicos foram: (a) descrever as representações relacionadas com a «doença mental», a «loucura», a «depressão» e com os diferentes modos de ajuda e de cuidado (eixo socioantropológico); (b), avaliar a prevalência dos principais transtornos mentais, na população geral maior de 18 anos ou mais (eixo epidemiológico). O perfil participativo do estudo se expressou nos seguintes objetivos: (c) formar atores de terreno; (d) sensibilizar os agentes sociais, administrativos e políticos; e (e) promover o desenvolvimento de uma prática psiquiátrica comunitária.

A enquete se desenvolveu na França metropolitana e nas Províncias de ultramar, entre os anos 1993 e 2003. Assim mesmo, esta enquete se realizou na Argélia, na Bélgica, nas Comores, na Grécia, em Madagascar, nas Ilhas Maurício e na Maurítânia⁶⁵. Na atualidade, se multiplicaram as amostras em função da expansão do estudo para outros contextos como Espanha, Itália, Marrocos e Tunes. Desse modo o documentou Roelandt e cols.⁷:

Desde o seu começo em 1997, a enquete SMPG foi realizada sobre 79 lugares: 66 lugares nacionais e 13 internacionais, isto é cerca de 70.000 pessoas interrogadas:

- mais de 58.000 indivíduos na França (dos quais 2.500 nos DOM⁶⁶);

- mais de 11.500 indivíduos para o conjunto dos lugares internacionais.

Conforme consta no protocolo de 2004, os dados foram recolhidos através de questionários com perguntas abertas, semi-abertas e fechadas, que foram administradas por meio de entrevistas cara a cara com pessoas abordadas na rua, respeitando quotas sociodemográficas (sexo, idade, categoria socioprofissional^{1/4}), de modo a obter a amostra mais representativa possível da população residente na zona geográfica considerada.

Para Giordana, o estudo SMPG superou o mero caráter descritivo dos estudos em população geral que com frequência se basearam na avaliação de situações imaginárias, virtuais, hipotéticas, visto que pouco se sabe como afetam na vida cotidiana a estigmatização e a discriminação⁴. Bertini afirma que além do caráter intercultural e interétnico, o estudo é inovador por ter combinado enquete epidemiológica e enquete antropológica em população geral e não sobre os pacientes diagnosticados pelo sistema de cuidados⁶⁷.

O que é importante destacar em relação à produção de dados empíricos, é que considerando o contexto antecedente das políticas de setor na França, o achado menos esperado do estudo do CCOMS foi a estabilidade das representações da loucura:

Um dos principais resultados da enquete, de fato, tem sido o de pôr em evidência a ausência total de evolução dos discursos (e das representações que os subjazem) concernentes à loucura, sem importar o sexo, a idade, a categoria sócio-profissional, o nível de estudos, o ethos cultural das pessoas interrogadas⁶⁷.

À noção de louco se associa a idéia

de exclusão e de rejeição da integração. Assim, para mais de dois terços das pessoas interrogadas, um louco é “excluído da sua família” e mais do 80% pensa que é ‘excluído da sociedade’ e ‘excluído do seu trabalho’⁶⁸.

Por sua vez, sob uma ótica geral, Jodelet distinguiu o conjunto de trabalhos e empreendimentos produzidos a partir da enquete SMPG, os que foram reunidos no texto *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*⁶:

Esta obra testemunha um movimento original de mobilização dos profissionais da saúde mental na luta contra a estigmatização dos transtornos psíquicos (...) ⁸.

Pela qualidade de seus conteúdos, Jodelet a qualificou como inovadora e pioneira tanto no que se refere a seu caráter de produção pluridisciplinária, como por ser uma fonte de inspiração para uma renovada reflexão teórica e conceitual sobre a “estigmatização”. Neste sentido, sugere somar à perspectiva do “etiquetamento” e da “categorização”^{69,70}, a da *nominação* posto que ela remete diretamente a uma dinâmica social.

A nominação corresponde à afetação convencional de um nome a uma pessoa ou a um grupo. Este processo reteve a atenção de antropólogos, filósofos do espírito, lingüistas, psicólogos sociais. Todos concordam em considerar o entorno cultural como um recurso que permite dar seus conteúdos ao nome atribuído por pura convenção. Há uma mobilização de significações e saberes que circulam em uma formação social dada e são pertinentes para construir a representação da pessoa referida pelo nome e estabelecer sua

relação com ela.

(...) Nomear é criar uma realidade; é também introduzir um processo de classificação social, por meio do etiquetamento e a categorização⁸.

Em resumo, é possível inferir da mencionada obra coletiva que a estigmatização se reproduz em bem variados contextos socioculturais adotando modalidades complexas que requerem estudo e atenção psicossocial.

PROBLEMÁTICAS DA TRANSIÇÃO

No atual cenário internacional, no qual vários processos de transformação estão sendo levados a cabo, a transição de um modelo a outro impacta fortemente nos principais atores envolvidos: servidores públicos, profissionais da saúde e da saúde mental, usuários e familiares. Sendo assim, a coexistência de velhas estruturas manicomiais junto a formas assistenciais alternativas dificulta uma mensagem clara para a comunidade, e freqüentemente debilita os esforços dos que sustentam o novo modelo.

Ao mesmo tempo, a conflitividade social radica na coexistência do “*desejo de manicômio*”-como disseram Machado & Lavrador⁷⁰- junto ao “*desejo de ajudar*”. Esta ambigüidade que subjace às representações da saúde mental, permite observar como os valores da integração convivem lado a lado com as imagens e sentimentos de medo e de rejeição. Uma ambigüidade que, contudo, permite enfocar e potenciar o flanco positivo, trabalhando no melhor desenho de campanhas de sensibilização e conscientização, tal como expressaram grande parte dos autores aqui citados^{3,5,7}. Uma revisão das campanhas

de difusão em saúde mental foi feita por Boggero e Giordana⁷¹. Eles destacaram algumas experiências bem-sucedidas que se desenvolveram através da mídia nos Estados Unidos, no Canadá, na Austrália, na Nova Zelândia, e também nos países europeus. Entre estes últimos, citaram: (a) a campanha escocesa nomeada “*See me*” (*Olha-me*) que se planejou em várias etapas: durante a primeira (2002-2003) seus slogans foram “*I’m a person, not a label*” / “*I’m a person, like you*”, e na segunda etapa (2003-2004) seus conteúdos se centraram mais na depressão; (b) a campanha governamental italiana de antidiscriminação (2004-2006) que se dirigiu principalmente à escola, e na Província de Roma promoveu o slogan “*Da vicino nessuno è normale*” (*De perto, ninguém é normal*); (c) a chamada *Semaine d’information sur la santé mentale* que espalhou através de todo o território nacional francês conteúdos por meio de debates, filmes, simpósios, testemunhas, e outros. O seu slogan foi: “*En parler tôt pour en parler à temps*” (*Falar cedo para falar a tempo*)⁷¹.

Partindo da comprovação histórica da transculturalidade das representações da loucura, de certa negatividade invariante que as atravessa, e da função socializante e de controle normativo que a loucura adotou nas sociedades ocidentais, Bertini tem observado a necessidade de pensar na luta contra a estigmatização a partir de uma *economia biopolítica*⁶⁷. Por meio deste enfoque advertiu o caráter paradoxal das experiências que a sustentam. Vale dizer, o fato pelo qual, tentando desestigmatizar se chegue a desprezar o poder de controle sociomédico objeto das críticas radicais dos anos ’70, e em particular, de Foucault. Não só isso, mas também que, ao mesmo tempo, e com a mesma

intenção, o processo de desestigmatização se converta no *corolário da externalização da função psi que tem migrado do registro médico para o registro político e mediático*⁶⁷. Esta leitura incisiva que antecipa eventuais efeitos não desejados, se baseia na idéia de que o espaço do cuidado deve ser entendido como *um espaço político no sentido em que expressa as normas, os princípios e os valores que animam este último*⁶⁷. E será então, a partir dele onde se discutirão os êxitos e fracassos das iniciativas de desestigmatização e, por consequência, dos processos de transformação em saúde mental.

DISCUSSÕES QUE NÃO CONCLUEM

As ciências sociais se comprometeram com um campo de estudo fortemente atravessado por interesses políticos, sociais e econômicos que vão além das fronteiras do campo médico, na sua acepção tradicional. O próprio campo médico é politizado e não se basta com sua dimensão técnica. O campo da saúde mental se encontra cada vez mais sujeito a um processo de medicalização que avança sobre as problemáticas sociais e psicológicas gerando etiquetas para “novas” patologias, como foi sustentado por Natella²³. Esse mesmo processo dificulta a desestigmatização das pessoas com transtornos mentais. Dentro de este quadro de situação, a investigação das representações sociais é um recurso chave e a sua incidência será maior na medida em que consiga socializar seus achados nos níveis de ação social e política em saúde mental. Não é igual afrontar o desafio da transformação apelando aos antigos esquemas de pensamento que afrontá-los com o conhecimento e domínio dos novos recursos terapêuticos e o conhecimento das representações sociais que intervêm na relação entre especialistas, usuários e familiares.

Cabe insistir, as resistências à mudança têm-se apresentado em países com diversas formas de desenvolvimento. Daí a decisão sustentada pelos organismos internacionais (OPS, OMS, UN) e das organizações de direitos humanos para agir sem demoras na implementação das políticas de transformação do sistema de saúde mental e do seu correlato mais amplo, o sistema de saúde. Neste sentido, como argumenta Cohen⁷², a capacitação ocupa um lugar privilegiado dentro do processo de integração da saúde mental às práticas de saúde, já que muitas vezes a estigmatização começa pela intervenção de especialistas não formados nas concepções modernas⁷². Assim mesmo o tem afirmado Kutcher e Chehil¹⁹ com o objetivo de atingir as metas da *Declaração de Caracas*.

Estes provedores podem ser profissionais de saúde (psiquiatras, médicos gerais, enfermeiras, trabalhadores de saúde comunitária, etc.) ou podem ser provedores informais ou voluntários (usuários de serviço de saúde mental, religiosos, etc.). Sem importar qual seja a sua denominação, estes trabalhadores da saúde devem ser treinados em saúde mental para apoiar a transição da atenção primariamente de custódia, de caráter vertical aos cuidados de saúde mental baseados na comunidade, integrados no sistema de serviço de saúde. O anterior é igualmente válido tanto para os países de baixos recursos como para os países ricos¹⁹.

Desestruturar a “cultura manicomial” tem-se mostrado como um pré-requisito para garantir os direitos humanos das pessoas que sofrem transtornos psíquicos.

Falamos de cultura manicomial como um

modo social baseado na exclusão, a intolerância às diferenças e deficiências, o etiquetamento e estigma, e o desconhecimento dos direitos sociais das pessoas com sofrimento mental. Cultura que silencia os fatores político-sociais co-produtores de sofrimento mental sem intervir sobre eles, concentra o poder curativo exclusivamente no saber profissional, concebe o paciente como incurável, perigoso, improdutivo e incapaz de consciência, autodeterminação e autonomia²³.

É um objetivo essencial, pois, conhecer sob a ótica dos próprios atores (individuais, grupais e coletivos) as formas que adquirem os processos de transformação do sistema de saúde mental através das culturas. Sendo assim, trata-se de seguir trabalhando para compreender em profundidade a sua dinâmica, já que, como tem se visto, foi a partir de um olhar renovado sobre os processos atuais de estigmatização onde se evidenciou um campo de ação e de pesquisa no qual as representações sociais continuam sendo protagonistas diretas.

REFERÊNCIAS

1. Rodríguez JJ. ed. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después da Declaración de Caracas. Washington DC: OPS; 2007.
2. Angermeyer M. Préface. In: Giordana J-Y (en collaboration). La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. France: Masson, 2010: XIII-XVIII.
3. Giordana JY. Stigmatisation et discrimination des personnes ayant des troubles psychiques. In : Giordana JY. (en collaboration) (2010). La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. France : Masson, 2010:3-38 p.

4. Giordana JY. Une nouvelle voie de recherche : l'étude Indigo. In : Giordana JY. (en collaboration) In : La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. France : Masson, 2010. p. 18-24.
5. Piel E, Roelandt JP. De la Psychiatrie vers la Santé Mentale. In : Rapport de Mission - Juillet 2001. Ministère d'emploi et de solidarité. France, 2001.
6. Giordana JY. (en collaboration). La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. France : Masson, 2010.
7. Roelandt J, Caria A, Benradia I, Defromont L. Perceptions sociales du "fou", du "malade mentale" et du "dépressif" en population générale en France. In : Giordana JY. (en collaboration) La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. France : Masson, 2010 : 47-64 p.
8. Jodelet D. Postface. In: Giordana JY. (en collaboration) (2010). La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. France : Masson, 2010 :235-241 p.
9. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica I y II. México: Fondo de Cultura Económica; 1979.
10. Rosen G. Locura y Sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental. Madrid: Alianza, 1974.
11. Dörner K. Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría. Madrid: Taurus, 1974.
12. Pessotti, I. O Século dos Manicômios. São Paulo. Editora 34, 1996.
13. Comisión Interamericana de Derechos Humanos / Organización de los Estados Americanos. Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental (4 abr. 2001). Disponible em: <<http://www.cidh.oas.org/annualrep/2000sp/cap.6d.htm>>.
14. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS, 2001.
15. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS, 2001.
16. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CPDP) y su Protocolo Facultativo de las Naciones Unidas. Resolución aprobada por la Asamblea General 61/106. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 13 diciembre/2006. Disponible em: <http://es.wikisource.org/wiki/Convenci%C3%B3n_sobre_los_Derechos_de_las_Personas_con_Discapacidad_y_su_Protocolo_Facultativo_de_las_Naciones_Unidas>
17. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Declaración de Caracas. Washington, DC: OPS/OMS, 1990.
18. Rodríguez J J. ed. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Declaración de Caracas. Washington DC: OPS, 2007: 209 p.
19. Kutcher S, Chehil S. La capacitación de recursos humanos en salud para alcanzar las metas de la Declaración de Caracas. In: Rodríguez J.J. ed. (2007). La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de

Declaración de Caracas. Washington DC: OPS, 2007: 247-259 p.

20. Kraut J. A. Salud Mental y Tutela Jurídica. Buenos Aires. Rubinzal, Culzoni Eds, 2006: 188 p.

21. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Principios Rectores para el Desarrollo da Atención en Salud Mental en las Américas. Brasilia, 7-9 noviembre/2005.

22. Cohen H. De la desinstitucionalización a la atención en la comunidad. In: OPS/OMS. Salud mental en la comunidad – Segunda Edición. Washington DC: Serie PALTEX, 2009:119-131 p.

23. Natella G. La creciente medicalización contemporánea: Prácticas que las sostienen, prácticas que la resisten en el campo da salud mental. In: Cannellotto A, Luchtenberg E. (Coord.) Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión: 2008; 7-48. Disponible em: <<http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-specificos/Medicalizacion%20y%20sociedad.%20Lecturas%20criticas.pdf>>

24. Declaración de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría. Documento de posición sobre las implicancias de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad - 14 de marzo de 2011. Disponible em: <www.wnusp.net>

25. Saraceno B. La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en las Américas; implicaciones para el mundo. In: Rodríguez JJ. ed. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después da Declaración de Caracas. Washington DC: OPS, 2007 : 6-20

p.

26. Delgado PG. Reforma Psiquiátrica y Política de Salud Mental en Brasil. In: Rodríguez JJ. ed. (2007). La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington DC: OPS, 2007: 295-327 p.

27. Moscovici S. La psychanalyse, son image et son public. Paris: PUF; 1976.

28. Foucault M. El poder psiquiátrico. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica; 2005.

29. Goffman E. Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates. New York: Prentice Hall, 1961.

30. Goffman E. Stigma. Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs NJ. Prentice-Hall, 1963.

31. Jodelet D. Folies et représentations sociales. Paris: PUF ; 1989.

32. Ayestaran S. Psicología de la enfermedad mental: Ideología y representación social de la enfermedad mental. Bilbao: Editorial de la Universidad del País Vasco, 1985.

33. Ayestaran S. Représentation sociale et attribution de causalité. In: Bellelli G (en collaboration). La représentation sociale de la maladie mentale, Colloque International, 7-10 octobre, 1986. Napoli: Guglielmo Bellelli (ed.), 1987.

34. Páez D. Salud Mental y Factores Psicosociales. Madrid: Fundamentos, 1986.

35. Páez D. Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social. Madrid: Fundamentos, 1987.

36. Páez D. Representación social, cognición social y enfermedad mental: convergencias y divergencias teóricas. In Bellelli, G. (ed.), *La Representation Social de la Maladie Mental*. Colloque International, Naples et S. Maria di Castellabate, Napoli, 1987.
37. Charuty G. *Le couvent des fous*. France: Flammarion, 1985.
38. Bellelli G. *La Representation Social de la Maladie Mental*. Colloque International, Naples et S. Maria di Castellabate, Napoli, 1987.
39. Bellelli G, *L'altra malattia. Come la società pensa la malattia mentale*. Napoli: Liguori, 1994.
40. De Rosa, A-M. S. La società e il malato mentale: opinioni, atteggiamenti, stigmatizzazioni e pregiudizi. In Bellelli, G., *L'altra malattia. Come la società pensa la malattia mentale*. Napoli: Liguori; 1994. p. 43-131.
41. De Rosa, AMS. Sur l'usage des associations libres dans l'étude des représentations sociales da maladie mentale. *Connexions*, 1988;51: 28-50.
42. De Rosa AM. S. Mito, ciência e representações sociais. In: Paredes, E., Jodelet, D., Organizadoras. *Pensamento mítico e representações sociais*. Brasil. UFMT, IUNI, FAPEMAT; 2009. p. 123-179.
43. Zani B. Strategies thérapeutiques et représentations sociales da maladie mentale. In : *La représentation sociale da maladie mentale*. Colloque International. 7-10 ottobre/1986. Napoli: Textes édités par Guglielmo Bellelli, 1987 :107-120 p.
44. Zani B. Istituzioni e operatori di fronte alla questione psichiatrica. In: Bellelli, G., *L'altra malattia. Come la società pensa la malattia mentale*. Napoli: Liguori, 1994: 21-41 p.
45. Zani B. The mentally ill person and the others: social representations and interactive strategies. In: Markova I. and Farr R M. (Eds.), *Representations of Health, Illness and Handicap*. Chur: Harwood Academic Publishers; 1995.
46. Cabruja T. La imagen popular de la locura. In Ibáñez Gracia, T. (coord.). *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai Ediciones, 1988:183-203p.
47. Schurmans MN. *Maladie Mentale et Sens Commun. Une étude de Sociologie da Connaissance*. Paris: Delachaux et Niestlé, 1990.
48. Morant N. What is mental illness? Social representations of mental illness among British and French mental health professionals. In: *Papers on Social Representations*. 1995; 4(1):41-52.
49. Morant N, Rose D. Loucura, multiplicidade e alteridade. In: *Psicologia Social. Representando a alteridade*. Petropolis: Vozes, 1998:129-148 p.
50. Petrillo G. Changes in social representations of mental illness: The last twenty-five years on the italian press. In: *Papers on Social Representations*, 1996;5(2): 99-112.
51. Jovchelovitch S. *Knowledge in Context. Representations, Community and Culture*. Great Britain: Routledge; 2007.
52. Markova I, Farr RM. *Representations of Health, Illness and Handicap*. Switzerland. Chur: Harwood Academic Publishers, 1995.

53. Wagner W, Duveen G, Themel M, Verma J. The Modernization of Tradition: Thinking about Madness in Patna, India. In: *Culture & Psychology*. 1999;5: 413-446.
54. Carvalho M. Ambiente construído e comportamento espacial na instituição psiquiátrica: questões éticas em Observação Participante. In: *Saúde em Debate*. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro, 2001; 25(58): 48-56.
55. Vidal CEL. Avaliação das habilidades de vida interdependente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. [Dissertação de Mestrado] UFMG, Belo Horizonte, MG; 2007.
56. Weber Santos NM. História, memória e loucura: espaços de cidadania nos municípios do Vale do Rio dos Sinos. In: *A história e suas fontes. Vestígios do passado. IX Encontro Estadual de História. Associação Rio Grande Do Sul – ANPUH-RS*. 14 -18 julho, 2008.
57. Amarante P. Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial. Buenos Aires: Topía, 2009.
58. Garcia PJ. Reforma Psiquiátrica, Uma Realidade Possível. Representações sociais da loucura e a história de uma experiência. Curitiba: Juruá Editora; 2009.
59. Murekian NG. Conflictiva de los abordajes disciplinarios alrededor de un objeto de análisis particular: La desinstitucionalización del sistema psiquiátrico asilar y el proceso de cierre de los manicomios. In: *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA*, 1993, 3:128-133.
60. Murekian NG. Salud Mental y Representaciones Sociales: Estructuras, Procesos y Contextos. De la desmanicomialización y sus impactos representacionales en población adulta y en grupos de expertos. Ciudad de Viedma y Ciudad de Buenos Aires. [Tese doutoral] Universidad de Buenos Aires, Área Psicología. Directora, Dra. Denise Jodelet (EHES, París, Francia), Codirectora, Dra. María Cristina Chardon (UBA y UNQ, Buenos Aires, Argentina); 2007.
61. Faraone S. La desinstitucionalización. Un abordaje alternativo o una política de reducción económica administrativa. [Tese de Mestrado em Saúde Pública] da Universidad de Buenos Aires; 2005.
62. Valero A, Faraone S, Adissi G, Bianchi E, Boucht N, Mantilla J, et al. Sufrimiento psíquico, subjetividades e Instituciones Totales. Una experiencia de transformación institucional. In: VIII Reunión de Antropología del MERCOSUR (RAM) “Diversidad y Poder en América Latina”, 29 septiembre- 2 octubre /2009, Buenos Aires, Argentina.
63. DREES. Enquête “La Santé Mentale en Population Générale. Image et Réalité”. In : Direction da Recherche des Etudes de l’Evaluation et des Statistiques: “Etudes et Résultats”, 116, mai 2001.
64. DREES. Troubles mentaux et représentations da santé mentale : premiers résultats de l’enquête Santé mentale en population générale. In : Direction da Recherche des Etudes de l’Evaluation et des Statistiques: “Etudes et Résultats”, 347, octobre 2004.
65. Bellamy V, Roelandt JL, Caria A, Kergall A. L’Enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG): Une Enquête « pas comme les autres ». In : Colloque francophone sur les sondages 2005. Disponible em: <<http://>

www.mat.ulaval.ca/fileadmin/Sondages_2005/
Seance_19/19Bellamy_al.pdf>

66. Départements d'outre mer.

67. Bertini MJ. Fragments d'une économie biopolitique da lutte contre la stigmatisation. In: Giordana JY. (en collaboration). La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. France : Masson, 2010:117-134 p.

68. Tajfel H. La catégorisation sociale. In S. Moscovici (Ed.), Introduction à la psychologie sociale Paris : Larousse, 1972; 1.

69. Tajfel H, Turner JC. An integrative theory of intergroup conflict. In Austin WG, Worchel S. (Eds.), The social psychology of intergroup relations. Monterey, CA: Brooks/Cole, 1979: 33–47 p.

70. Machado L, Dominguez & Lavrador MCC. Loucura e Subjetividade. In: Machado, Leila Domingues e outros. Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

71. Boggero M, Giordana JY. Vaincre la stigmatisation: les campagnes de lutte contre la discrimination. In : Giordana JY. (en collaboration). La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. France : Masson, 2010: 163-180 p.

72. Cohen H. La red de servicios en la comunidad. In: Rodríguez JJ. ed. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después da Declaración de Caracas. Washington DC: OPS, 2007:90-107. p.

Artigo apresentado em 01/11/2011

Artigo aprovado em 28/11/2012

Artigo publicado no sistema em 17/04/2012