

# LOUCURA, HOSPITAL, COMUNIDADE: UM ESTUDO SOBRE AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS<sup>1</sup>

Marta Corrêa de Moraes<sup>2</sup>

Leandro Castro Oltramari<sup>3</sup>

**Resumo:** Esta pesquisa investigou a relação entre o Hospital Psiquiátrico – Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina e sua comunidade, no sentido de resgatar as representações sociais que os sujeitos que vivem próximos têm acerca desta instituição, assim como sobre a loucura. Para isso, utilizou-se uma amostra aleatória de dez moradoras, as quais foram submetidas a uma entrevista estruturada, empregando análise de conteúdo como referência. As entrevistas evidenciaram uma representação social do hospital como um lugar de tratamento, onde muitos sofredores psíquicos ficam internados devido ao descaso de seus familiares. Atrelado a isso, pode-se sugerir que as explicações sobre o que seja loucura se caracterizaram, nesta comunidade, por uma compreensão biológica do fenômeno, aparecendo, ainda, nas respostas, indícios de que a população não se preocupa em morar próxima ao hospital e com os pacientes que “transitam” pela comunidade, pelo fato de que pacientes conhecidos não causam medo aos moradores.

**Palavras-chave:** Hospital Psiquiátrico, Representações Sociais, Loucura, Comunidade.

## MADNESS, HOSPITAL, COMMUNITY: A STUDY OF SOCIAL REPRESENTATIONS

**Abstract:** This study investigated the relation between the Psychiatric Hospital – Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, and its surrounding community. The main objective was to identify the social representations that the subjects who live near the hospital have about this institution and the concept of madness. The method consisted of selecting a random sample of ten female neighbors, with whom were conducted structured interviews that were submit to a content analysis. The interviews revealed a social representation of the hospital as a place for treatment, where patients are kept only because their relatives do not care about them. In this sense, we may suggest that the explanations given about the concept of madness in this community may be characterized by a biological understanding of the phenomenon. In addition, the responses indicate that the population is not concerned about living near the hospital or with the patients who circulate in the neighborhood, because the patients who are known, do not frighten the neighbors.

**Keywords:** Psychiatric Hospital, Social Representations, Madness, Community.

---

<sup>1</sup> O presente artigo foi apresentado no Fórum Catarinense sobre Formação em Psicologia, realizado na cidade de Lages/SC, em março de 2004.

<sup>2</sup> Psicóloga formada pela Universidade do Sul de Santa Catarina/UNISUL, integrante do projeto de extensão do Centro de Ciências da Educação (Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC): *Desafios para a religação dos saberes na prática docente*.

<sup>3</sup> Psicólogo, professor da UNISUL, Mestre em Psicologia/UFSC e Doutorando em Ciências Humanas/UFSC.

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com Santos (1994), a assistência psiquiátrica oficial em Santa Catarina teve início com a implantação do Hospício Colônia Sant'Ana, em 1942, atual Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPQ). O hospício foi custeado pelo Governo do Estado e seria, inicialmente, inaugurado em novembro de 1941, com capacidade para 300 leitos. Sua construção, como aponta o autor, foi realizada em um grande terreno afastado 22 km de Florianópolis, em uma região eminentemente rural, denominada Colônia Santana. Todavia, embora tenha sido inaugurado no final de 1941, o atendimento efetivo só iniciou em 1942.

Este breve apanhado sobre a história do hospital é fundamental para o entendimento da pesquisa, visto que a comunidade Colônia Santana se desenvolveu a partir da instalação do IPQ naquela região. Assim, conhecer um pouco de sua história é necessário para que se compreenda como esta comunidade representa o hospital e, em decorrência disso, a loucura.

Conforme Wickert (1998), no pensar coletivo atual, louco é aquele que não tem razão, que dá medo, que não controla seus próprios impulsos, escapando aos padrões sociais a serem seguidos e mantidos, necessitando de tratamento especializado. A autora enfatiza que, na história ocidental de interpretação da loucura, para explicar o comportamento das pessoas que agiam de forma estranha foram, inicialmente, feitas alusões a pactos com o demônio, bem como ao domínio de tendências de animais selvagens. A exclusão dessas pessoas se tornou necessária, de acordo com Wickert (1998), quando a diferença - ou seja, aqueles que não correspondiam aos padrões sociais vigentes e o insano, que escapa à domesticação dos valores e símbolos humanos - não é suportável.

De acordo com Foucault (1991), a exclusão do diferente data da Idade Média. Primeiro foram os leprosos enclausurados nos Leprosários. “O ritual de exclusão do leproso mostrava que ele era vivo, a própria presença da morte” (FOUCAULT, 1991, p.16). Depois, foi a vez das pessoas que possuíam alguma doença venérea serem excluídas e, por fim, a loucura juntou-se a estas doenças. Foucault (1991) assinala, ainda, que, antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, assim como um espaço de separação e exclusão. Sendo assim, o personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar,

mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar o último sacramento. E o pessoal hospitalar (religiosos ou leigos) não era destinado a realizar a cura do doente, mas, como enfatiza Foucault (1991), conseguir sua própria salvação.

O hospital permanece com essas características até final do século XVIII e o Hospital Geral, lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc., é ainda, em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece. (FOUCAULT, 1988, p.102)

Sendo assim, os loucos passam a ser enclausurados em locais delimitados e afastados, para que fiquem “longe dos olhos” (WICKERT, 1998, p.39) e para que a loucura possa ser estudada. Isso porque seu estudo é necessário para que os sãos saibam os males que os ameaçam.

Assim, foi tendo como base as questões acima apresentadas que o objetivo deste trabalho foi delimitado: investigar qual a Representação Social que os moradores da comunidade Colônia Santana têm acerca do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina. Estudar como uma determinada comunidade, vizinha a um hospital psiquiátrico, entende e se relaciona com a instituição psiquiátrica e com a loucura abre uma série de discussões tanto quanto ao tratamento oferecido àqueles que padecem de sofrimento psíquico, quanto discussões que possam remeter à desmistificação da loucura enquanto desrazão e periculosidade. Questões estas fundamentais de serem discutidas se quisermos propor uma nova *práxis* na Psicologia que atua com o sofredor psíquico.

## **2 METODOLOGIA**

De acordo com Sá (1998), uma representação social é sempre de alguma coisa (o objeto) para alguém (o sujeito) e, sendo assim, não se pode falar em representação de alguma coisa sem especificar o sujeito – a população ou conjunto social – que mantém tal representação.

Dada a natureza do fenômeno estudado, tornou-se necessário delimitar uma amostra da população para que se pudesse compreender qual a Representação Social

que os moradores da comunidade Colônia Santana têm acerca do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina. Tendo em vista tais considerações, optou-se por escolher uma amostra aleatória de dez pessoas a serem entrevistadas, conforme explicitado nos procedimentos de coleta e análise de dados. Foram entrevistadas pessoas que moravam o mais próximo possível do hospital.

As entrevistas foram gravadas mediante o prévio consentimento dos entrevistados e duraram, aproximadamente, quinze minutos. É preciso enfatizar que os nomes das pessoas entrevistadas foram omitidos, para que estas não corressem o risco de serem identificadas. Na mesma ocasião, foi entregue um documento onde consta o nome da instituição de ensino com a qual esta pesquisa encontra-se vinculada (Universidade do Sul de Santa Catarina/UNISUL), bem como o nome da pesquisadora e do orientador deste trabalho. Os entrevistados também foram informados acerca dos objetivos a que este trabalho se propõe.

## **2.1 Caracterização dos participantes da pesquisa e procedimentos para coleta de dados**

Das dez pessoas entrevistadas, apenas uma era do sexo masculino, portanto, os sujeitos são descritos no gênero feminino. A idade das entrevistadas variou entre 20 e 88 anos. Sobre o tempo de moradia, apenas duas pessoas revelaram morar a menos de dez anos na comunidade. Os outros participantes moram a mais de 20 anos na localidade. Das dez entrevistadas, sete possuem o primeiro grau incompleto. Sobre os motivos que as levaram a morar na comunidade conclui-se que: quatro delas nasceram na comunidade; duas por motivos de casamento; uma por questões de trabalho familiar; uma por mudança familiar; e outra foi morar perto dos filhos.

As entrevistas foram realizadas na moradia das entrevistadas e gravadas em fitas cassete, mediante o consentimento das mesmas, sendo posteriormente, transcritas.

Para a análise dos dados optou-se, nessa pesquisa, pelo trabalho com categorias<sup>4</sup> (GOMES, 1994) e pela análise de conteúdo<sup>5</sup> como formas de apreensão da rede de

---

<sup>4</sup> De acordo com Gomes (1994), a palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns, ou que se relacionam entre si. Enfatiza ainda que as categorias são empregadas para estabelecer classificações.

significados que faz com que seja possível a compreensão do fenômeno estudado (GEERTZ, 1989).

Tendo em vista tais considerações, passa-se à apresentação dos resultados obtidos e à conseqüente análise dos mesmos.

### 3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Antes de iniciarmos esta apresentação e análise dos dados, é preciso esclarecer ao leitor que os dados de que dispomos não podem, de forma alguma, ser generalizados para o conjunto da população de Colônia Santana, visto que nossa amostra não permite que tenhamos dados conclusivos. Assim, o que podemos é apontar possíveis Representações Sociais do hospital e da loucura.

De acordo com a opinião das entrevistadas, o hospital psiquiátrico aparece como sendo um lugar de tratamento para a loucura. O que aponta para o pensamento de Wickert (1998), segundo a qual, no pensar coletivo atual, louco é aquele que não tem razão, que dá medo, que não controla seus impulsos, escapando aos padrões sociais a serem seguidos e mantidos, necessitando, então, de tratamento especializado. Tratamento este que equivale, como apontam algumas das entrevistadas, à internação e ao uso de medicamento.

Ele é necessário (o hospital psiquiátrico) porque serve para **tratar** as pessoas. O hospital psiquiátrico tem vários tipos de **tratamento**, como por exemplo: **tratamento** dos nervos, **loucura**, drogas e vícios. (**Sujeito 1**, sexo feminino, 36 anos, grifos nossos).

Na minha opinião ele serve para **tratamento** psiquiátrico. (**Sujeito 8**, sexo feminino, 54 anos, grifo nosso).

Além disso, no que se refere à questão do que seja a loucura, as entrevistadas apresentaram um discurso bastante contraditório, ora explicando a loucura a partir de aspectos biológicos, ora relacionando-a a aspectos sócio-ambientais. O que, por sua

---

<sup>5</sup> Gomes (1994) aponta duas funções básicas na aplicação desta técnica. Uma se refere à verificação de hipóteses e/ou questões. A outra função se refere à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. Estas duas funções podem, na prática, se complementar e podem ser aplicadas a partir de princípios da pesquisa qualitativa ou da quantitativa.

vez, reitera a perspectiva de Morant e Rose (1998) de que os entendimentos acerca do que seja a loucura caracterizam-se, na sociedade contemporânea, pela multiplicidade, ambigüidade e fluidez, tendo em vista que, nas respostas das entrevistadas, a loucura foi explicada de forma bastante distinta e até mesmo contraditória. Todavia, nos detemos, neste momento, a apenas algumas das explicações dadas pelas entrevistadas, sobre o que seja a loucura, na medida em que estas apareceram em maior número nas respostas das moradoras da comunidade Colônia Santana.

**(...) é uma depressão que a pessoa tem e acaba não curando**, o que por sua vez deixa a pessoa atordoada. (...) Acho que a **loucura** é isso, **a pessoa de tanto se incomodar com trabalho, dívidas, enfim, entra em depressão e se não é tratada rápido pode acabar ficando louca.** (Sujeito 6, sexo feminino, 20 anos, grifos nossos).

**Loucura é não ter sentido daquilo que se faz.** (Sujeito 2, sexo masculino, 24 anos, grifos nossos).

Quando as entrevistadas relacionam a loucura a aspectos biológicos, não há como deixar de citar Foucault (1988). De acordo com este autor, a loucura, antes do século XVIII, não precisava de internação sistematizada, uma vez que era considerada como uma forma de erro ou ilusão. Todavia, a partir do século XIX, a prática do internamento se efetiva, na medida em que a loucura passa a ser vista como doença e, como consequência disso, inteiramente do âmbito do médico. A partir deste momento, portanto, se exalta a figura do médico como alguém que detém o conhecimento científico. O médico é competente, conhece as doenças e os doentes. É em meio a tudo isto que “se estabelece a função muito curiosa do hospital psiquiátrico do século XIX: lugar de internamento e de classificação (...)” (FOUCAULT, 1991, p.122). Ainda a este respeito, Thomas Szasz (1996) afirma que, desde os anos 60, a visão de que doenças mentais eram doenças cerebrais tornou-se um fato científico.

Tal perspectiva, entretanto, aponta para a noção do autor de que as crenças universais (neste caso, doenças mentais são doenças cerebrais, ou, como afirmam algumas das entrevistadas, “um distúrbio da cabeça”), bem como as práticas a elas ligadas são os materiais a partir dos quais os homens constroem os movimentos e as instituições sociais. Assim, a prática do internamento surge da crença universal de que a loucura é uma doença e, como tal, deve ser tratada.

Para Szasz (1996), doenças são lesões anatômicas ou fisiológicas demonstráveis,

que podem ocorrer naturalmente ou ser causadas por agentes humanos. Apesar de as doenças não serem reconhecidas, ou entendidas, elas “existem”. As pessoas têm hipertensão ou malária, independente de seu conhecimento, ou de serem diagnosticadas por um médico. Os diagnósticos, pontua o autor, são os nomes das doenças. E, pelo fato de serem interpretações sociais, variam de tempos em tempos e de cultura a cultura. Dessa maneira, resume Szasz (1996, p.13): “diagnósticos psiquiátricos não apontam lesões anatômicas ou fisiológicas, nem agentes causadores da doença, mas se referem a comportamentos e problemas humanos”.

Assim, percebe-se que a idéia de loucura como doença surge no século XIX e que, no entanto, ainda perdura de forma bastante arraigada na sociedade. O que, por sua vez, leva a atitudes como as das entrevistadas, que defendem a internação dos “loucos” para serem “tratados”. Essa compreensão biológica da loucura - amplamente compartilhada nas entrevistas, visto que aparece como a categoria de maior frequência no que diz respeito ao entendimento desses sujeitos acerca do que seja a loucura - remete a uma apropriação, por parte desta população, do Universo Reificado da Ciência.

O Universo Reificado corresponde ao mundo restrito das ciências, à objetividade, ou às teorizações abstratas. Já o Universo Consensual corresponde às teorias do senso comum, onde encontram-se as práticas interativas do dia-a-dia e a produção de representações sociais. De acordo com Oliveira e Werba (1998), no Universo Consensual a sociedade é vista como um grupo de pessoas que são iguais e livres, cada uma com a possibilidade de falar em nome do grupo. O universo consensual, para Moscovici (1981), tem por função familiarizar o desconhecido. Através desta função prática pode-se aceitar fenômenos novos que se apresentam, assim o sujeito explica e aceita novas informações. Na concepção deste sujeito, todas as informações “justificam” o que ele pensa. Criando assim uma estratégia de pré-conceber um fato para poder explicá-lo tornando o mesmo, familiar para si.

No que se refere ao Universo Reificado, a sociedade é percebida como um sistema de diferentes papéis e classes, cujos membros são desiguais. A partir dessas considerações, o não familiar é visto como construção, na grande maioria das vezes, do Universo Reificado das Ciências, que deve ser transferido para o Universo Consensual do dia-a-dia. Para Moscovici (1981), o Universo Reificado está contido na linguagem e nas descobertas científicas que classificam os fenômenos de forma sistemática e

organizada, e onde a tarefa de sua divulgação é geralmente empreendida por divulgadores científicos, como jornalistas, comentaristas econômicos e políticos, professores, meios de comunicação de massa, entre outros.

Com isso, podemos supor que, por parte das entrevistadas, a incorporação no seu dia-a-dia, de uma compreensão biologicista da loucura, pode estar ligada à apropriação de um discurso que privilegia este entendimento. Transformam, portanto, o Universo Reificado das Ciências no Universo Consensual. Todavia, os atores sociais não apenas se apropriam do Universo Reificado da Ciência, como também criam suas próprias teorias. Por exemplo, não existe em nenhum lugar da literatura médica algo que diga que “loucos conhecidos são menos perigosos”. Entretanto, isto aparece como uma das condições que garante que os moradores da comunidade Colônia Santana não se incomodem com aqueles pacientes que “transitam” pela comunidade, nem em morar próximos do hospital. No trecho das entrevistas abaixo citadas tal perspectiva fica bastante clara:

**Tem alguns pacientes que são conhecidos da comunidade**, por exemplo o João<sup>6</sup>, desse todo mundo gosta. Ele anda para cá e para lá mas não incomoda ninguém. O problema é que nem todos são como ele. Tem uns que incomodam e aí **eu tenho medo**. (Sujeito 6, sexo feminino, 20 anos, grifos nossos)

Eu acho normal, não me incomoda. (...) **esses pacientes que andam na rua já são conhecidos da comunidade, então as pessoas não sentem medo**. As pessoas só ficam com medo quando é algum paciente de fora, que a gente nunca viu. **Mas eles estão medicados então não tem problema**. (Sujeito 1, sexo feminino, 36 anos, grifos nossos)

De acordo com Alves (1994), o discurso da enfermidade mental é dotado de sentido na medida em que é afirmado como real para os indivíduos. É real porque justamente é originado e legitimado, em primeira instância, no mundo do senso comum. Nesse sentido, é preciso que se compreenda esse discurso como resultante de processos interativos e comunicativos, através dos quais os indivíduos constroem uma rede de significados para suas experiências aflitivas. Schutz *apud* Alves (1994, p.98) afirma que “é necessário levar em consideração que o senso comum contém inúmeras interpretações pré-teóricas, admitidas como certas, sobre a realidade cotidiana”.

Nesse sentido, o discurso acerca da enfermidade mental seria, para Alves (1994), uma construção, *a posteriori*, de situações sociais concretas vivenciadas pelos atores



sociais. Dessa forma, o exemplo dado anteriormente, de que “pacientes conhecidos não incomodam”, pode estar associado ao fato de que alguns pacientes, quando fogem (os ditos desconhecidos), acabam criando alguns incômodos como, por exemplo, o caso relatado pelo **sujeito 6**, sobre um paciente que fugiu e destelhou parte de sua casa. Assim como o **sujeito 6**, outros moradores da comunidade também afirmaram já terem sido importunados por pacientes que fogem. Com isso, é provável que tais experiências tenham sido compartilhadas e transformadas numa teoria de senso-comum: “louco conhecido não incomoda”, pois aqueles pacientes que são conhecidos na comunidade não causam transtornos e, frente a isto, entram em uma outra categorização: são pessoas boas. “Os **pacientes que andam na rua são bons**, têm um distúrbio pequeno.” (**Sujeito 7**, sexo feminino, 57 anos)

Vale ressaltar, ainda, que a loucura enquanto desrazão também aparece como uma explicação possível do que seja o louco, o que, por sua vez, remonta a uma forma de compreender a loucura tal qual no século XVIII, ou seja, enquanto um erro ou ilusão. Ou, como aponta Wickert (1998), como a ausência de razão.

Em contrapartida, a loucura também aparece nos discursos das entrevistadas como algo que tem suas raízes em questões sócio-ambientais. Por exemplo, no discurso do **sujeito 6** (sexo feminino, 20 anos) citado anteriormente.

Tal entendimento do que seja a loucura leva a enfatizar a noção de Dittrich (1998) de que o sofrimento mental não pode jamais ser tratado como uma doença, fora os casos em que fatores fisiológicos podem ser claramente identificados. Isso porque, como ressalta o autor, o sofrimento é uma criação do ser humano em relação com seu mundo. Dittrich (1998) cita ainda o psiquiatra holandês J. H. Van Den Berg, que diz que o sofrimento mental, por mais variados que sejam os fatores, é sempre uma “sociose” e, em última análise, uma expressão de solidão, de isolamento em relação à sociedade.

Entretanto, torna-se importante salientar, neste momento, que quando as entrevistadas explicam a loucura através de aspectos sócio-ambientais elas estão destruindo, como afirmam Morant e Rose (1998), a sua própria imunidade frente à doença mental. Estão colocando-a como um fenômeno que pode fazer parte da vida cotidiana dos atores sociais, não podendo mais, como afirma Mary Douglas *apud* Morant e Rose (1998), ser vista como um fenômeno separado e marginalizado no

---

<sup>6</sup> Nome fictício.

centro de uma sociedade que se diz “normal”. Quando o **sujeito 6** (sexo feminino, 20 anos) afirma que a loucura provém de uma depressão mal curada, ele está colocando a loucura como uma possibilidade para todos os “normais”. Contudo, é preciso deixar claro que não se tem informação suficiente - e nem é este o objetivo aqui - para afirmar que as entrevistadas que atribuíram a loucura a aspectos sócio-ambientais tenham esta leitura da realidade.

Além disso, muitas delas explicaram o que seria loucura a partir de compreensões místicas como, por exemplo: “Uns dizem que é macumba que fazem, outros dizem que a pessoa já nasce assim doida. Só Deus sabe”. (**Sujeito 5**, sexo feminino, 88 anos). Essa forma de compreender a loucura tem, entretanto, suas raízes na Grécia e Roma antigas, como aponta Serrano (1986), visto que, naquele momento histórico, vários fenômenos, inclusive doenças, eram considerados desejos dos deuses, demônios ou forças sobrenaturais.

Outra questão evidenciada ao longo das entrevistas foi uma clara distinção entre nós, “os normais”, e eles, “os loucos”. Ou ainda, como pontuam Morant e Rose (1998), nós próprios e a sanidade de um lado, e, de outro, a loucura e o “outro”. Esta dicotomia remete para o que Jodelet (1999) denomina de categorização social.

No que se refere ao termo categorização social, Jodelet (1999) afirma que, na literatura psicossociológica, tal termo possui dois sentidos. O primeiro deles diz respeito à classificação dos sujeitos em uma divisão social, ou seja, as pessoas são inseridas em uma categoria dada como, por exemplo, homens e mulheres, jovens e velhos etc. O segundo sentido diz respeito à atribuição de uma característica a alguém, caso este em que se pode relacionar a categorização com estigma ou estereótipo. Todavia, existe uma relação entre esses dois sentidos, visto que imputar uma característica a um conjunto de objetos pode servir para constitui-lo em uma classe definida pela divisão desta característica, enquanto que, inversamente, basta ser afetado por uma categoria para que se atribua a si uma característica que é própria desta classe. Dessa forma, a categorização acaba por segmentar o meio social em classes, cujos membros são considerados como equivalentes, em razão de características, ações e intenções comuns. Entretanto, tal simplificação ou estruturação do mundo social pode trazer conseqüências drásticas para o plano da percepção e dos comportamentos, dando lugar a discriminações, na medida em que ela é acompanhada de vieses favoráveis ao grupo do qual se é integrante e desfavoráveis ao grupo do qual se pretende distinguir.

Essa categorização social, “eles os loucos”, permeia todo o discurso das entrevistadas, o que, por sua vez, nos leva a pensar que esta é uma das formas que a comunidade possui para tornar esse outro – o louco – algo familiar. Como apontam Morant e Rose (1998), vários autores, nas Ciências Sociais, argumentaram que, no decorrer da história, muitos grupos sociais foram constantemente marginalizados quando representados como “outros”.

Ainda a este respeito, Oliveira e Werba (1998) afirmam que há dificuldades em aceitar o estranho e o diferente, que são muitas vezes percebidos como ameaçadores. Então, acaba-se por procurar um lugar para este estranho, na tentativa de torná-lo familiar. A todo este processo denomina-se ancoragem, que é, ao lado do processo de objetivação, gerador de representações sociais. A ancoragem é, segundo Oliveira e Werba (1998), o processo pelo qual procuramos classificar, encontrar um lugar para encaixar o não familiar.

Pela nossa dificuldade em aceitar o estranho e o diferente, este é muitas vezes percebido como “ameaçador”. A ancoragem nos ajuda em tais circunstâncias. É um movimento que implica, na maioria das vezes, em juízo de valor, pois, ao ancorarmos, classificamos uma pessoa, idéia ou objeto e com isso já o situamos dentro de alguma categoria que historicamente comporta esta dimensão valorativa. (OLIVEIRA & WERBA, 1998, p.109)

Quanto à questão da objetivação, Oliveira e Werba (1998) afirmam que este é o processo pelo qual procuramos tornar concreta, visível, uma realidade.

Procuramos aliar um conceito com uma imagem, descobrir a qualidade icônica, material, de uma idéia, ou de algo duvidoso. A imagem deixa de ser signo e passa a ser cópia da realidade. Um dos exemplos fornecidos por Moscovici refere-se à religião. Ao se chamar de “pai” a Deus, está-se objetivando uma imagem jamais visualizada (Deus), em uma imagem conhecida (pai), facilitando assim a idéia do que seja “Deus”. (OLIVEIRA & WERBA, 1998: 110)

Assim, quando as entrevistadas explicam a loucura a partir de aspectos biológicos ou sócio-ambientais, ou, ainda, através de compreensões místicas ou da desrazão, parecem estar procurando dar um sentido, ou seja, encontrar um lugar para algo que foge aos padrões compartilhados pela sociedade do que seja a “normalidade”.

A penetração da insanidade no reino privado da casa e da família inspira um sentimento de medo e fragilidade face ao que é implicitamente suposto ser um diferente incurável, potencialmente contagioso, um fenômeno

incontrolável e imprevisível. (MORANT & ROSE, 1998, p.132).

O diferente é, portanto, tido como ameaçador e torná-lo conhecido pode ser uma das maneiras que esta comunidade encontrou para conviver com os “loucos”. Isto aparece nas entrevistas realizadas nesta pesquisa. As entrevistadas afirmam, por exemplo, que não têm medo dos pacientes que transitam pela comunidade, todavia este “não ter medo” está invariavelmente atrelado ao fato destes pacientes serem velhos conhecidos dos moradores. Os pacientes que não são “conhecidos” tendem a amedrontar os moradores da Colônia Santana, na medida em que são tidos como perigosos ou cujas ações e experiências são inexplicáveis e estranhas.

Além disso, muitas foram as entrevistadas que afirmaram que o hospital tem que existir porque sem ele as pessoas que lá estão internadas ficariam sem ter para onde ir. Para elas, a permanência do hospital é fundamental, já que muitas famílias abandonam seus familiares ali e nunca mais vêm buscá-los. Perspectiva esta que tende a culpabilizar a família pelas longas internações psiquiátricas sem que, no entanto, a forma de atendimento oferecido seja posta em questão.

O hospital deveria ser igual uma clínica, ou seja, o paciente é internado, faz o **tratamento** e depois a **família** vem buscar. Só que ali a maioria é esquecida pela **família**. Acho que é um lugar de **tratamento** para essas pessoas. (**Sujeito 4**, sexo feminino, 27 anos, grifos nossos)

O hospital é ótimo, porque quantos pacientes têm ali dentro que a **família** não tem interesse. Pelo menos ali no hospital eles têm pessoas que gostam deles, que **cuidam** e dão o medicamento certo. Além disso, eles têm onde dormir. Eu conheço pacientes que são de **famílias** boas e que nunca vêm visitá-los. Acho que o hospital é um lugar de **tratamento** onde os pacientes são bem **cuidados**. (**Sujeito 3**, sexo feminino, 30 anos, grifos nossos)

Não se pode esquecer, ainda, que a comunidade Colônia Santana nasceu a partir da instalação do Hospital Psiquiátrico naquele local. Portanto, grande parte de sua população trabalha ou tem parentes que trabalham no IPQ. Isso ficou evidente na medida em que todas as pessoas entrevistadas possuíam alguém da família trabalhando ou que já tivesse trabalhado no local. Estes dados nos levam a pensar em uma possível relação de dependência econômica entre comunidade e hospital. Essa perspectiva apareceu, por exemplo, na entrevista do **sujeito 3**. Para a entrevistada não se deve tirar o hospital daquela comunidade, porque as pessoas são bem tratadas e, também, porque o hospital é fonte de emprego para aquela população.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados analisados pode-se sugerir que o hospital é representado por esta população como um lugar de tratamento, sendo que a internação psiquiátrica foi a única forma de tratamento para loucura apresentada pelas entrevistadas. Locais como hospitais-dia, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros, não foram mencionados.

Além disso, algumas respostas nos permitem pensar em uma possível culpabilização das famílias dos sofredores psíquicos pelas longas internações sem que, no entanto, a forma de atendimento oferecido seja posta em questão. Todavia, uma alternativa para esta realidade seria um atendimento em saúde mental bem estruturado, que permitisse um trabalho eficiente com as famílias dos sofredores psíquicos, no sentido de dar suporte a esta situação. Entretanto, entende-se que este atendimento, para ser eficiente, deva ser regionalizado, como propõe Campos (1997), para que o sofredor psíquico não precise se deslocar da sua região em busca de atendimento. Este deslocamento tende a romper, progressivamente, tanto os laços familiares quanto os vínculos sociais.

Já no que diz respeito à representação social da loucura compartilhada pela população da comunidade Colônia Santana, ficou bastante evidente o quanto suas representações acerca deste fenômeno são marcadas, como apontam Morant e Rose (1998), pela multiplicidade, ambigüidade e fluidez, perspectiva esta já discutida anteriormente. Isso nos leva a crer na necessidade de um trabalho comunitário que permita a desmistificação da loucura enquanto desrazão, doença biológica ou um destino de Deus. Representações estas amplamente compartilhadas pelas entrevistadas.

Entende-se, ainda, que este trabalho comunitário de desmistificação da loucura é de fundamental importância, na medida em que, como enfatiza Wickert (1998), de nada adianta derrubar os muros dos manicômios se eles continuarem internalizados na conduta de profissionais e cidadãos. É preciso, porém, frisar que não se está querendo propor uma forma de inclusão social do tipo “somos todos iguais”. O que se está querendo, sim, é trabalhar pela inclusão social da diferença e pelo respeito à alteridade.

É preciso, também, que se promovam discussões que ponham em questão a própria imunidade dos ditos “normais” frente ao sofrimento psíquico, já que, como

enuncia Mary Douglas *apud* Morant e Rose (1998), a loucura é um fenômeno psicossocial que faz parte da vida cotidiana das pessoas e que, portanto, não pode mais ser vista como separada e marginalizada no centro de uma sociedade que se diz “normal”.

Vale ressaltar que os trabalhos comunitários a que se refere este estudo têm como base o referencial da Psicologia Comunitária. Visto que, como enfatiza Freitas (1996), a Psicologia Social Comunitária compreende o homem como sendo um ser sócio-historicamente construído e, ao mesmo tempo, construindo as concepções a respeito de si mesmo, dos outros homens e do contexto social. A autora salienta ainda que a Psicologia Social Comunitária utiliza-se do enfoque teórico da Psicologia Social, “privilegiando o trabalho com os grupos, colaborando para a formação da consciência crítica e para a construção de uma identidade social e individual, orientadas para preceitos eticamente humanos”. (FREITAS, 2000, p.73)

Para finalizar, as reflexões aqui tecidas apontam para a necessidade urgente de propiciar espaços de reflexão e intervenção que coloquem em xeque as bases teóricas que sustentam os manicômios, suas concepções de loucura, bem como sua forma de inserção social. (GRIGOLO, 1995) O objetivo destas reflexões seria o de nos aproximar cada vez mais da superação da realidade atual baseada na clara distinção, conforme Saraceno (1999), entre profissionais da medicina e pacientes, entre lugares da doença (hospital psiquiátrico) e lugares da saúde, enfim, entre os próprios pacientes e a comunidade da qual fazem parte.

## **5 REFERÊNCIAS**

ALVES, Paulo Cesar. O discurso sobre a enfermidade mental. In: ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. de S. (org.). *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 1994.174p.

CAMPOS, Gastão W. de S. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: Elementos para Debate. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MERHY, Emerson Elias; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *Inventando a mudança na saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 333p.

DITTRICH, Alexandre. Psicologia, Direitos Humanos e Sofrimento Mental: Ação, Renovação e Libertação. In: *Psicologia Ciência e Profissão*. Ano 18, nº 1, 1998. p. 38-55.

FREITAS, Maria de Fátima Quintal de. Psicologia na Comunidade, Psicologia da Comunidade e Psicologia (Social) Comunitária – Práticas da psicologia em comunidade nas décadas de 60 a 90, no Brasil. In: CAMPOS, Regina H. de F. (org.) *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia*. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996. 179p.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. 7ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1988. 295p.

\_\_\_\_\_. *História da Loucura na Idade Clássica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Perspectiva, 1991. 551p.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989. 323p.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª ed. São Paulo: Ed. Atlas, 1999. 206p.

\_\_\_\_\_. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: Ed. Atlas, 1991. 159p.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1994. 80p.

GRIGOLO, Tânia Maris. *Dizem que sou louco - Um estudo sobre identidade e instituição psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC, Florianópolis, 1995. 103p.

JODELET, Denise. Os Processos Psicossociais da Exclusão. In: SAWAIA, Bader

(org.). *As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1999. 155p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1994. 80p.

MOSCOVICI, Serge. On social representation. In FORGAS, J.P. (org). *Social cognition*. London: Academic Press, 1981.

NICOLA, Morant; ROSE, Diana. Loucura, Multiplicidade e Alteridade. In: ARRUDA, Angela (org.). *Representando a Alteridade*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1998. 168p.

OLIVEIRA, Fátima O. de; WERBA, Graziela C. Representações Sociais. In: NEVES, Marlene et al. *Psicologia Social Contemporânea*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1998. 264p.

PESSOTTI, Isaías. Tratado de Pinel. In: *A Loucura e as Épocas*. 2ª ed. Rio de Janeiro. Ed. 34, 1994. 206p.

SÁ, Celso Pereira de. *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998. 110p.

SANTOS, Nelson Garcia. *Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental*. Florianópolis: Ed. Letras Contemporâneas, 1994. 115p.

SARACENO, Benedetto. Psiquiatria e saúde mental. In: *Libertando Identidades, da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Ed. TeCorá, 1999, p. 143-162.

SAWAIA, Bader. Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade. In: CAMPOS, Regina H. de F. (org.) *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia*. 9ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996. 184p.

SERRANO, Alan Índio. *O que é psiquiatria alternativa*. São Paulo: Ed. Brasiliense,



1986. 107p.

SOUZA FILHO, E. A. de. Análise de representações sociais. In: SPINK, M. J. P.; BOCK, Ana Maria Mercês. *O Conhecimento no Cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1993, 311p.

SZASZ, Thomas S. *A Fabricação da Loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara S.A., 1984. 408p.

\_\_\_\_\_. Doença mental ainda é um mito. In: Revista Insight. *Psicoterapia*, junho de 1996.

WICKERT, Luciana Fim. Loucura e Direito a Alteridade. In: *Psicologia Ciência e Profissão*. Ano 18, nº 1, 1998.

Endereço:

Marta Corrêa de Moraes  
Rua Renato Ferreira e Costa Júnior, 170 – Itaguaçu  
88085-550 – Florianópolis / SC  
E-mail: psimarta.moraes@ig.com.br

Leandro Castro Oltramari  
Rua Antônio Schoweder, 103/302 – Barreiros  
88110-400 – São José / SC  
E-mail: f7percursos@udesc.br

Recebido em: 12/2004  
Aprovado em: 04/2005