

Representações sociais da loucura de equipes multidisciplinares no Brasil

Representaciones sociales de la locura de equipos multidisciplinarios en Brasil

Social representations of the madness of multidisciplinary teams in Brazil

Représentations sociales de la folie des équipes pluridisciplinaires au Brésil

Diana Duse Honorato de Farias

<https://orcid.org/0000-0002-2555-015>

Doutora. Universidad Argentina John F. Kennedy. Buenos Aires. Argentina

diana_duse@hotmail.com

Analía Verónica Losada

<https://orcid.org/0000-0003-0488-465>

Doutora. Universidade de Las Flores. Buenos Aires. Argentina

analia_losada@yahoo.com.ar

DATA DA RECEPÇÃO: Janeiro, 2022 | DATA DA ACEITAÇÃO: Abril, 2022

RESUMO

As representações sociais se constituem como fenômenos complexos que se impelem de maneira persistente na vida social e consistem em recapitulações informativas, cognitivas, ideológicas e reguladas (Jodelet, 1989). Descrever as representações sociais da loucura entre as equipes que atendem portadores de transtorno mental, destacando sua atuação nos Centros de Atenção Psicossocial. Estudo descritivo e transversal, com método de pesquisa misto, com abordagem qualitativa e quantitativa. O desenvolvimento da pesquisa foi realizado a partir de 49 profissionais da área de saúde mental de Centros de Atenção Psicossocial das Regiões Nordeste e Sul do Brasil. Foram utilizados os instrumentos de questionário sociodemográfico, técnica de associação livre de palavras, entrevista em profundidade e consentimento informado. As palavras mais representativas e evocadas pelos participantes a respeito das representações sociais da loucura foram "Usuário", "Paciente", "Mental" e em menor grau "Pessoa", "Família", "Sociedade", "Tratamento", "Cuidados" e "Equipamentos", denotando um enfoque na pessoa afetada sobre a sua saúde e equipa de tratamento. Os resultados das entrevistas em profundidade são organizados em seis categorias. O tema da loucura torna-se tão forte que permeia o imaginário no campo social e no olhar para o homem que se constitui como portador dessa loucura. Os múltiplos sentidos percorrem os profissionais que atuam com esses usuários com baixa implicação e marcados por dificuldades que incluem pouco treinamento sobre o assunto.

Palavras-chave: Insanidade, Psicologia Social, Representações Sociais.

ABSTRACT

Social representations are constituted as complex phenomena that persistently impel themselves in social life and consist of informative, cognitive, ideological and regulated recapitulations

(Jodelet, 1989). To describe the social representations of madness among multidisciplinary teams that treat mentally ill patients, highlighting their professional actions in Psychosocial Care Centers. A descriptive and cross-sectional study was carried out with a mixed research method, with a qualitative and quantitative approach. The development of the research was carried out, based on forty-nine (49) professionals in the area of mental health, who work in Psychosocial Care Centers of the Northeast Region and South Region of Brazil. The instruments of sociodemographic questionnaire, free word association technique, in-depth interview and informed consent were used. The most representative and evoked words by the participants regarding the social representations of madness have been "User", "Patient", "Mental" and to a lesser degree "Person", "Family", "Society", "Treatment", "Care" and "Equipment", denoting a focus on the affected person over their health and treating team. The results of the in-depth interviews are organized into six categories. The theme of madness becomes so strong that it permeates the imaginary in the social field and in the gaze towards the man who constitutes himself as the bearer of that madness. The multiple meanings go through the professionals who work with these users with a low implication and marked by difficulties that include little training on the subject.

Keywords: Madness; Social psychology; Social Representations.

RESUMEN

Las representaciones sociales se constituyen como fenómenos complejos que se impelen persistentemente en la vida social y consisten en recapitulaciones informativas, cognitivas, ideológicas y reguladas (Jodelet, 1989). Describir las representaciones sociales de la locura entre los equipos que tratan enfermos mentales, destacando sus actuaciones en los Centros de Atención Psicosocial. Se llevó adelante un estudio descriptivo y transversal con método de investigación mixto, de abordaje cualitativo y cuantitativo. El desarrollo de la investigación se llevó a cabo, con base en 49 profesionales en el área de la salud mental de Centros de Atención Psicosocial de la Región Nordeste y Región Sur de Brasil. Se utilizaron los instrumentos de cuestionario sociodemográfico, Técnica de asociación de palabras libres, entrevista en profundidad y consentimiento informado. Las palabras más representativas y evocadas por los participantes en cuanto a las representaciones sociales de la locura han sido "Usuario", "Paciente", "Mental" y en menor grado "Persona", "Familia", "Sociedad", "Tratamiento", "Cuidado" y "Equipo", denotando un centramiento en la persona afectada por sobre su salud y equipo tratante. Se organizan en seis categorías los resultantes de las entrevistas en profundidad. El tema de la locura se hace tan fuerte que impregna al imaginario en el campo de lo social y en la mirada hacia el hombre que se constituye como portador de esa locura. Los múltiples significados atraviesan a los profesionales que trabajan con estos usuarios con una baja implicancia y signados por dificultades que incluyen la escasa formación en el tema.

Palabras clave: Locura; Psicología Social; Representaciones Sociales.

RESUMMÉ

Les représentations sociales sont des phénomènes complexes impulsés de manière persistante dans la vie sociale et consistent en des récapitulations informatives, cognitives, idéologiques et régulées (Jodelet, 1989). Décrire les représentations sociales de la folie parmi les équipes qui s'occupent de personnes atteintes de troubles mentaux, en mettant en évidence leurs performances dans les centres de soins psychosociaux. Étude descriptive et transversale, avec une méthode de recherche mixte, avec une approche qualitative et quantitative. Le développement de la recherche a été réalisé avec 49 professionnels du domaine de la santé

mentale des centres de soins psychosociaux des régions du nord-est et du sud du Brésil. Questionnaire sociodémographique, technique d'association de mots libres, entretien approfondi et consentement éclairé ont été utilisés. Les mots les plus représentatifs évoqués par les participants concernant les représentations sociales de la folie étaient "Utilisateur", "Patient", "Mental" et dans une moindre mesure "Personne", "Famille", "Société", "Traitement", "Soin" et « Équipement », désignant l'accent mis sur la personne affectée par rapport à son équipe de santé et de traitement. Les résultats des entretiens approfondis sont organisés en six catégories. Le thème de la folie devient si fort qu'il imprègne l'imaginaire dans le champ social et dans le regard sur l'homme qui se constitue comme porteur de cette folie. Les sens multiples parcourent les professionnels qui interviennent auprès de ces usagers peu impliqués et marqués par des difficultés peu formées sur le sujet.

Mots clés : folie, psychologie sociale, représentations sociales.

INTRODUÇÃO

Las representaciones sociales pueden abordarse desde una mirada transdisciplinaria, situadas en la interfaz de los fenómenos colectivos e individuales se constituyen de interés para todas las ciencias humanas (Jodelet, 1989, Bacon et al., 2020, Rivela y Losada, 2021). Por ello y situando las representaciones sociales en el marco de disciplinas que se centran en la construcción del conocimiento y esbozando algunos supuestos básicos que los insertan en las corrientes posmodernas, pueden contextualizarse en un enfoque psicosocial. Kodato (2016) analiza la historia reciente de la psicología social delineando varios indicadores que son pertinentes para el desarrollo del área sin desconectarse de los discursos conflictivos que aun permanecen, sosteniendo que la historia de la psicología social puede ser relatada e ilustrada en los desafíos originados por el umbral y el afianzamiento de la teoría de las representaciones sociales. La justificación alude a que cuando surgieron las representaciones sociales, ofreció nuevas oportunidades para la investigación social que habían sido asignadas históricamente sobre la base hegemónica de las corrientes positivistas.

Los estudios de las representaciones sociales están signados por una gran pluralidad metodológica, temática y conceptual. Según Jodelet (1989, p.36) "las representaciones sociales son fenómenos complejos que se activan permanentemente en la vida social y consisten en elementos informativos, cognitivos, ideológicos y normativos". Con base en esta línea de pensamiento, la idea de representación social se refiere a un "fenómeno psicosocial complejo cuya riqueza dificulta la producción de un concepto que lo delimite y al mismo tiempo no difumine su multidimensionalidad" (Vala, 1993, p.359).

Moscovici se destacó en las ciencias sociales con un gran impacto en la psicología, con la opción metodológica defendida por el autor de que el análisis del objeto de estudio dependía de la participación activa del investigador (Arruda, 2002). Moscovici interpelo sobre los mecanismos cognitivos involucrados en la representación de un discurso científico por parte de una comunidad específica. Así, este trabajo posicionó el conocimiento cotidiano como en la evaluación de Kodato (2016), la investigación de Moscovici marcó puntual y singularmente a las generaciones de futuros psicólogos sociales. Prueba de ello es que en los tiempos contemporáneos la psicología social traspasó el principio de la ciencia neutral, basada en teorías fuera de contexto con la realidad sociocultural de América Latina. Se convirtió, entonces, en un aspecto epistemológico que considera la naturaleza política e ideológica dentro de la producción científica y el conocimiento reunido a través de ella. Con esta postura, la

psicología social oculta los mecanismos de alienación y debilita los discursos dominantes del capitalismo postindustrial hasta ahora legitimados para mantener una exclusión perversa.

Para Bock (2002), la psicología social está marcada por las revelaciones conductuales provocadas por la influencia mutua de una persona con los demás y la perspectiva de tal interacción. El estudio de la psicología social conoce al individuo como un conjunto de relaciones sociales, a través del comportamiento humano, subjetivo y sus manifestaciones sociales y grupales. Bock afirma que el individuo solo puede entenderse en su singularidad, cuando se inserta en la totalidad social e histórica que lo determina y del significado a su singularidad.

La representación social se convierte en un instrumento de la psicología social, ya que articula lo social y lo psicológico como un proceso dinámico, permitiendo comprender la formación del pensamiento social y anticipar los comportamientos humanos. Favorece el desentrañamiento de los mecanismos de funcionamiento de la elaboración social de lo real, convirtiéndose en fundamental en el estudio de las ideas y comportamientos sociales.

A través de una lectura crítica de las representaciones sociales, se entiende que se trata, y una perspectiva teórica abre un importante campo de posibilidades de estudios para los diversos frentes que tienen en la salud mental su principal objeto de investigación. En la medida en que apunta a la interdependencia entre el conocimiento científico y el conocimiento de sentido común las representaciones sociales rompe con la dicotomía entre esos dos tipos de conocimiento, mostrando la relevancia de presentar que la locura no es acometida sólo por interpretaciones infundadas derivadas de la mirada laica sobre ella, pero también de profesionales y salud y especialistas de diversos sectores.

Considerando el alcance conceptual de la Teoría de las Representaciones Sociales y las posibilidades de aplicación que ofrece, se resaltan en la confluencia, locura y representaciones sociales, encontrando recortes teóricos en referencia al conocimiento y situaciones concretas que permean cuestiones relativas a la salud mental y a la enfermedad. La locura se constituye loable de ser estudiada a la luz de las representaciones sociales, maniéndose cautiva dentro de una sociedad que, aunque en movimiento, preserva patrones atávicos difíciles de ser removidos. De esta forma, se entiende que si la representación social es una contribución de interpretación y comunicación, ella también sirve para reorientar las acciones y comportamientos y, en ese sentido, no está inmune de relecturas. Es en ese contexto que se concibe que la identificación de las representaciones que permean la locura contribuye con el análisis de esa realidad, pues "tiene la capacidad de describir, mostrar una realidad, un fenómeno que existe, del que muchas veces no nos damos cuenta, con un gran poder movilizador y explicativo" (Jacques, 2001, p. 31).

A pesar de su polimorfismo, la construcción de la locura ocurre siempre en consonancia a lo que es considerado como normal y ordinario en una determinada cultura, en un determinado período de la historia. Conforme puntualiza Pacheco (2001), a pesar de su polimorfismo, la cimentación de la locura ocurre persistentemente en referencia a lo que se considera normal y ordinario en una definida cultura, en un definido período de la historia. De acuerdo con la autora el concepto de normalidad y de anormalidad no siempre estuvieron tan distantes.

La concepción de la Locura

Las estructuras y los códigos sociales a través de los siglos han ido construyendo sus conceptos de la locura y determinando las formas en que las enfermedades mentales deben tratarse. Para Matias (2015) las representaciones de la locura se hallaron ligadas a las estructuras del poder en cada período histórico. Las transformaciones pasadas en cada lapso temporal son intrincadas en la formación de los discursos que buscan explicar los sufrimientos psíquicos del sujeto según paradigmas que siempre eran subordinados a factores que superan la enfermedad y el paciente.

Cada cultura posee su propia manera de interpretar la locura, su función social, formas de tratamiento y hasta de engendrar e inventar la imagen del lunático (Pelbart, 1989). Las conceptualizaciones que impregna la locura son una constitución social y hacen mediar su sentido por habilidades culturales que a lo largo de los tiempos sufren modificaciones. En esto, "la enfermedad sólo tiene la realidad y el valor de enfermedad dentro de una cultura que reconoce ella como tal" (Foucault, 1975, p. 49). La locura antes del requisito de una patología para considerarse es por excelencia, un fenómeno sociológico y cultural, porque, sólo será capaz a ella, de considerar la locura como el elemento obvio de la enfermedad mental, cuando sea ser insertada en una cultura que reconoce ella como la patología (Lopes, 2008).

Jodelet (1989) al analizar la locura proporciona una demostración de la importancia del contexto en la formación de las representaciones sociales. Uno de los elementos clave de su análisis es que la representación de la enfermedad mental, por la parte de la comunidad local es moldeada en gran medida del más amplio socio-ambiente histórico y cultural que representa al loco como sujeto anormal y peligroso. Esta representación puede ser percibida también en Foucault. El estudio de Jodelet (1989) mostró que la aproximación entre loco, locura y peligro no sufrió alteraciones drásticas incluso después de que los enfermos mentales conviven pacíficamente en las fronteras de la sociedad, interactuando diariamente con los habitantes locales sin que jamás los afecten negativamente. Hay un poco más de apertura y aflojamiento de las tensiones con relación al enfermo mental, pero el núcleo de la representación social del loco y de la locura es estable e inalterado, protegido por un todo sistema de barreras semánticas y prácticas cotidianas que resisten la total integración de estos individuos en la comunidad.

MATERIAL E MÉTODOS

Método

Se desarrolló un estudio descriptivo, transversal y mixto, de abordaje cualitativo y cuantitativo. Se utilizaron los instrumentos de cuestionario sociodemográfico, Técnica de asociación de palabras libres, entrevista en profundidad y consentimiento informado. Los datos se procesaron a través del software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ).

Muestra

Participaron 49 profesionales que se desempeñan en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) de las regiones Nordeste y Sur, 34 profesionales de la región Nordeste y 15 profesionales de la región Sur. La muestra se constituyó no probabilística, mediante una convocatoria, bajo el criterio y juicio de las investigadoras. El presente estudio ocurrió en 9 Centros de Atención Psicosocial. Estas instituciones fueron seleccionadas en 6 ciudades ubicadas en la Región Nordeste y Región Sur. La elección de estas regiones proporcionó un corte territorial significativo, no solo desde

un punto de vista geográfico sino también desde una coyuntura, ya que fue posible analizar cada territorio en sus especificidades con diferentes perfiles profesionales de salud.

En la Región Nordeste, la investigación se realizó en el Estado de Pernambuco y los datos recopilados en las ciudades de Altinho, Agrestina y Caruaru, todos ubicados al noroeste del Estado. En estas tres ciudades se tuvo acceso a 4 Centros de Atención Psicosocial. En la Región Sur, la investigación se realizó de la misma manera y bajo las mismas pautas. En el estado de Paraná, se recopilaron datos en las ciudades de Foz do Iguazú, Santa Terezinha de Itaipu y Cornélio Procópio, en estas tres ciudades se tuvo acceso a cinco Centros de Atención Psicosocial. La elección de estos dos estados se produjo con el fin de identificar acciones locales de salud mental basadas en las realidades estatales y municipales, investigando las representaciones sociales de la locura entre los equipos multidisciplinarios que tratan enfermos mentales y sus actuaciones diarias.

La participación del nordeste a través del Estado de Pernambuco fue prominente dentro del alcance de la legislación de salud y la creación de los Centros de Atención Psicosocial, y fue el tercer Estado brasileño en promulgar su propia Ley. N° 11.064 de 16 Mayo de 1994, que prevé el reemplazo progresivo de hospitales psiquiátricos a través de una red atención de salud mental. A la vez, el Estado de Paraná destaca por su Ley N°. 11.189, que sigue los principios y lineamientos de la Política Nacional de Salud Mental, respetando la realidad y las necesidades del estado y creando políticas municipales en línea con la reforma psiquiátrica, articulando las negociaciones regionalizadas, supervisando con control, evaluación y seguimiento y ofreciendo soporte técnico a los equipos. Estos estados son geográficamente opuestos y extremos en Brasil, dada la gran influencia sociocultural de aspectos como la inmigración, la distribución del ingreso, el clima, así como las diferentes representaciones sociales que los hacen bastante diferentes.

Instrumentos y Técnicas de la investigación

Cuestionario Sociodemográfico El uso del cuestionario tenía la intención de dibujar un perfil de los profesionales que participaron en la investigación. Por lo tanto, se recopilaron los datos de profesión, sexo, niveles de escolaridad; especializaciones; especializaciones en salud mental; tiempo de actuación/experiencia; duración de la experiencia/experiencia en salud mental; antigüedad en CAPS o servicios similares; carga de trabajo semanal.

Técnica de Asociación de Libres Palabras Con el objetivo de analizar y conocer los contenidos centrados en las representaciones sociales atribuidas a la locura, se utilizó la Técnica de Asociación de Libres Palabras (TALP). Su uso en la psicología social dirige, sobre todo, la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS), que surgió en los años sesenta, como una teoría que busca identificar las dimensiones de las representaciones sociales, a través del conocimiento común a los individuos, como función del conocimiento, y elementos que definen las identidades sociales; función de identidad que justificarán y guiarán las acciones y comportamientos de los individuos en la sociedad; y función de orientación y justificación (Abric, 1998).

Entrevista Como instrumento se llevo adelante una entrevista individual. La entrevista consistió en un diálogo a través del cual se posibilito que los entrevistados transmitieran sus concepciones sobre el fenómeno investigado a partir de sus discursos, sus sentimientos, afectos, comportamientos, opiniones y pensamientos. Los resultados ofrecen un valioso material para el análisis de las alocuciones, siendo que permite según

Castro et al. (2013), estudiar los procesos discursivos característicos de un determinado grupo social y deben interrogarse sobre la articulación entre el proceso de producción de un discurso, las condiciones en que él se produce y sus efectos.

Consentimiento Informado En todas las entrevistas, se administró el consentimiento informado, siendo un instrumento que se utiliza para la protección del derecho del entrevistado, se trata del consentimiento emanado libremente, sin intimidación ni dominio indebido, otorgado a través de una decisión voluntaria luego de haber recibido la información adecuada. La persona debe conocer sus derechos de terminar o interrumpir el proceso investigativo del que está participando en cualquier momento, a pesar de haber aceptado su participación (Losada, 2014).

Software IRAMUTEQ El análisis de datos de las entrevistas se llevó a cabo a través del Análisis Textual en el Software IRAMUTEQ, diseñado por Ratinaud y originalmente se mantuvo en francés hasta 2009, pero actualmente tiene diccionarios completos en varios idiomas. Según Camargo y Justo (2013), el Análisis Textual IRAMUTEQ consiste en un tipo específico de análisis de datos, que se ocupa del análisis del material verbal transcrito, es decir, textos producidos en diferentes condiciones, tales como: textos escritos originalmente, entrevistas, documentos, ensayos, entre otros. El IRAMUTEQ es un software gratuito que permite diferentes tipos de análisis de datos a través de su entorno donde ofrece un conjunto de herramientas para manejar el análisis estadístico. El entorno apunta a un posicionamiento de ideas, una estructuración y una correlación de palabras en el texto, siempre ayudado por imágenes. Se puede aplicar al análisis de texto que el corpus textual y a la tabla de datos que es la matriz de datos, organizados en dos pestañas distintas. El software permite la construcción de resultados sistemáticos a partir de sólidos, con datos y relaciones intertextuales y entre variables que involucran a los participantes. Análisis que pueden ser simples, como la lexicografía básica, que son los cálculos de frecuencia de palabras, o incluso diversificados, como CHD - Clasificación Jerárquica Descendente y AS - Análisis de similitud. El software organiza la distribución de vocabulario de una manera comprensible y visualmente clara, como en el análisis de similitud y nube de palabras (Lahlou, 2012). Tanto las entrevistas como el análisis de datos fueron realizados en lengua portuguesa.

RESULTADOS

Participaron de la investigación 49 profesionales de la salud que trabajan en los servicios de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) de las regiones Nordeste y Sur, conformados por 1 médico, 15 enfermeros, 13 psicólogos, 1 psicopedagogo, 1 terapeuta ocupacional, 10 trabajadores sociales, 6 técnicos de enfermería, 1 educador físico y 1 profesora de artesanías, entre los participantes en este estudio, 21 poseen especialización en salud mental.

De la Región Nordeste participaron 34 profesionales en la investigación, conformaron 10 enfermeras (29.41%), 8 psicólogos (23.53%), 6 trabajadores sociales (17.65%), 5 técnicos de enfermería (14.71%), 1 médico (2.94%), 1 psicopedagogo (2.94%), 1 educador físico (2.94%), 1 terapeuta ocupacional (2.94%) y 1 artesano (2.94%). En cuanto al género, 67,65% mujeres y 32,35% hombres. La edad varió de 24 a 62 años, obteniendo un promedio de 39 años. Con relación al nivel educativo, el porcentaje más alto fue la educación superior (44.12%), seguida de posgrado (38.23%), nivel técnico (14.71%) y escuela secundaria (2.94%). En cuanto al lugar de estudio, 20 (58.82%) profesionales fueron entrevistados en el municipio de Caruaru-PE, debido al

mayor número de empleados en este municipio que trabajan con tratamiento de salud mental, seguido de Altinho-PE con 8 (23, 53%) participantes y 05 (17,65%) entrevistados en Agrestina-PE.

En tanto de la Región Sur, 15 profesionales participaron en la investigación, siendo 5 enfermeras (33.33%), 5 psicólogos (33.33%), 4 trabajadores sociales (26.67%) y 1 enfermero técnico (6.67%). En cuanto al género, 80.00% mujeres y 20.00% hombres. La edad osciló entre 26 y 57 años, obteniendo un promedio de 41 años. En cuanto a la educación, el porcentaje más alto fue a nivel de posgrado (86,67%), seguido de la educación superior (13,33%). Mientras tanto, entrevistó a 10 (66.67%) profesionales en el municipio de Foz do Iguazú-PR, debido al mayor número de instituciones en este municipio que se ocupan de personas con problemas mentales, seguido por Cornelio Procopio- PR. con 03 (20.00%) participantes y 02 (13.33%) entrevistados en Santa Terezinha de Itaipu-PR.

La técnica TALP se administró en el marco de la entrevista. Las preguntas se estandarizaron para la aplicación del instrumento con los entrevistados, como *¿Qué es la locura para ti?*, solicitándoles que nombre palabras, que piensan en el ahora. También fueron realizados con otros temas, tales como: equipo multidisciplinario, autonomía en salud mental, tratamiento, rehabilitación psicosocial, enfermedad mental. Los resultados obtenidos en la Región Nordeste presentados como Nube de Palabras compilada por el Software son expuestos en la Figura 1.

Figura 1: Nube de Palabras – Región Nordeste

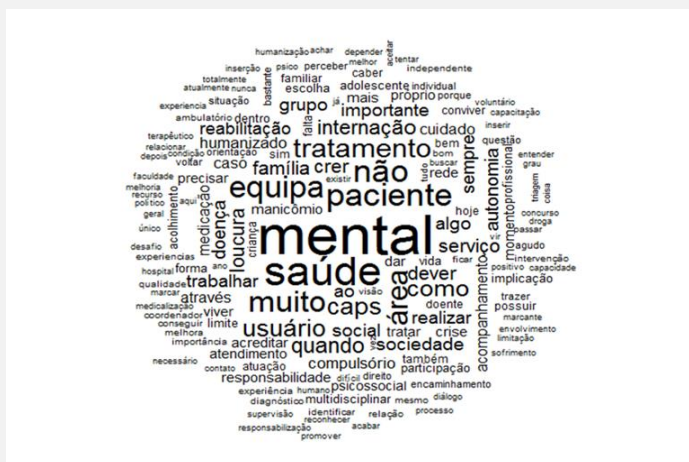


Fue obtenido en el Núcleo Central las palabras más representativas y evocadas por los participantes en cuanto a las representaciones sociales de la locura: "Usuario", "Paciente", "Mental". Lo que se percibe es que las atribuciones de los profesionales a estas palabras centrales traen el paciente a un sitio que es determinado por su salud mental, donde la idea central de la figura de la persona en sufrimiento mental está ligada solo a su enfermedad. Los entrevistados de esta región no se consideran parte del núcleo central en el tratamiento del paciente. En la interpretación del sistema periférico se observó la utilización de las siguientes palabras: "Persona", "Familia", "Sociedad", "Tratamiento", "Cuidado" y "Equipo". En el análisis de las palabras en la nube en su sistema periférico, se constató que los agentes de los equipos multidisciplinarios no encajaban en las propuestas de los centros asistenciales que pretenden atender con empatía las necesidades de los pacientes. El diagrama de la Nube de Palabras demuestra gráficamente la organización y agrupación de las palabras clave presentes en las entrevistas. Es un análisis léxico simple, cuya estructura del gráfico se crea de acuerdo

con el número de ocurrencias que tiene cada palabra en el resultado de esto proceso analítico, realizado por el software. Cuanto más grande y más centralizada está una palabra en la nube, mayor es el grado de evocación por parte de los sujetos. Mientras más y más pequeño es su tamaño, menor es su grado de evocación.

Luego, se analizó la nube de palabras obtenida a través de los discursos de los participantes de la *Región Sur*, verificando que las palabras del Núcleo Central fueran: "Mental", "Salud", "Equipo", "Paciente". En esta región destacó la familiaridad de los entrevistados con el tema de la equipo en el proceso de la representación de la locura, no implicando apenas un problema de salud mental, pero si el compromiso y responsabilidad del equipo multidisciplinario en la atención de los pacientes y esto es expresado en el sentido común de todos los entrevistados. El Núcleo Central queda vinculado directamente al sistema periférico, donde las palabras son: "Usuarios", "CAPS", "Tratamiento", "Internación", que fueran mas evocadas y comparten la misma opinión sobre la responsabilización de los servicios prestados a los pacientes con enfermedad mental. Además, los profesionales que trabajan en la salud mental de esta región, expresan el deseo de mejorar las condiciones de salud.

Figura 2: Nube de Palabras - Región Sur



El análisis de similitud muestra así como los diagramas, las representaciones sociales del corpus textual. A partir de esta observación basada en la Teoría del Núcleo Central, es posible identificar el enfoque estructural donde describe palabras del Núcleo Central como el campo estructurante y el Sistema Periférico que traen las palabras elementales alrededor de las cuales cristalizan los sistemas de representación.

En la *Región Nordeste*, se identificamos seis palabras que forman los núcleos centrales de los discursos: "Usuario", "Servicio", "Salud", "Mental", "Familia" y "Paciente". De ellos hay ramas que tienen una expresión significativa, como "Atención", "Profesional", "CAPS", "Sociedad" y "Tratamiento". En el extremo de las ramificaciones está la relación entre "Actuar" y "Crear"; "Razón" "Respeto" y "Fundamental"; "Servicio al cliente" y "Locura"; "Pase" y "Psiquiatría".

Figura 3: Análisis de similitud - Región Nordeste

Las categorías representativas del enfoque procesual fueran definidas y nombradas por las investigadoras a partir de los conocimientos compartidos por los profesionales en el momento de la encuesta. El análisis de los profesionales entrevistados muestran que el núcleo epistémico de las representaciones sociales de la locura esta presente en sus prácticas y es establecido pela enfermedad mental que sujeto posee. La imagen y concepto de locura para los investigados es similar a la de sociedad, sin diferir por el hecho de ser profesionales, es decir, no cambia lo común y socialmente establecido. *“La locura es vista como algo que todos poseemos, pero nos lleva a pensar que es algo que surge de los estándares sociales de nuestra actuación por impulso e inconscientemente un desequilibrio psíquico”* (E - 04. Ciudad de Agrestina, 29 años, femenino).

Clase 1 ‘En el momento de la práctica’

Esta categoría trae las valoraciones coexistentes en las prácticas de estos profesionales. Notoriamente, la palabra ‘momento’ permite la conexión al desempeño profesional y la capacitación de los investigados. En esta parte de la investigación los entrevistados hablaron de sus culturas organizacionales y trajeron inestabilidad en los servicios, la mayoría demostró que falta recursos financieros para sus prácticas, incluida la formación profesional. Es importante registrar que en esta región los contratos de trabajo de estos profesionales son temporales, la mayoría son 4 años, ya que es el tiempo de la permanencia de la gestión pública en el poder. *“En este momento, sería mejor si hubiera más recursos disponibles para talleres. Hay límite, que está relacionado con recursos financieros, si este recurso fuera mayor y estuviera destinado a CAPS, sería posible desarrollar varios talleres con varias terapias alternativas para los pacientes”* (E - 04 Ciudad de Altinho, 28 años, femenino) *“la enfermera se acerca al paciente, a veces incluso somos psicólogos y eso es más una responsabilidad, los recursos estructurales en este momento no están de acuerdo con nuestra práctica, no estamos en un lugar adecuado, nuestra estación de enfermería sin ninguna estructura, y un ambiente inadecuado limita nuestro desempeño. El equipo está actualmente dividido en las clases profesionales, pero ahora con la nueva administración nos estamos acercando al servicio, las cosas están mejorando”* (E - 10. Ciudad de Caruaru, 24 años, femenino).

Algunos de los profesionales hacen referencia en sus prácticas la participación de su equipo y el lugar de trabajo como un logro. *“Por el momento no encuentro limitaciones en mi desempeño profesional, el equipo multidisciplinario del servicio está compuesto por profesionales de diferentes áreas, unidos que trabajan para lograr un objetivo común que relaciona las diferentes visiones para una mejor resolución”* (E - 01. Ciudad de Agrestina, 40, femenino) *“Mi participación en el servicio es directa. Hago todo con gran profesionalismo y dedicación en este momento, creo que hay límites en todos los servicios y especialmente en lo que respecta a la salud mental”* (E - 20. Ciudad de Caruaru, 35, femenino).

La palabra "momento" en esta categoría plantea un sentido de las circunstancias: momento del desempeño profesional, momento que hay límites y barreras en la actuación. La rutina de trabajo también fue interpretado por una especie de incertidumbre y falta de una realidad más satisfactoria. La incertidumbre esta presente por la no estabilidad del trabajo.

Los profesionales parecen en sus discursos poseer una buena relación con el servicio en la red, mismo vivenciando la falta de insumos y experimentando en el momento cambios de la gestión actual. El conocimiento de que el proceso dentro de

CAPS depende del momento actual, fue visto como una forma socialmente elaborada y compartida a una realidad común a este grupo social. Estos resultados han sido demostrados de manera convincente y cuán inseguros son estos profesionales en la dinámica de sus actividades y las dificultades presentadas.

Clase 2 'Representación Social de la locura'

Esta categoría recupera la idea de la palabra "locura", a través de la pregunta: ¿Qué es la locura para ti?. La locura fue representada por una enfermedad que genera sufrimiento al sujeto y es determinada por un diagnóstico, *"la locura es un trastorno mental grave que impide el hombre de vivir en una sociedad, es definida por un diagnóstico, de la incapacidad mental para actuar, sentir, hablar, pensar y caminar"* (E - 03. Ciudad de Altinho, 43 años, femenino); *"la locura se trata de sentimientos, sentimientos que están fuera del control de la razón, la presencia de delirios o alucinaciones"* (E -01. Ciudad de Agrestina, 40 años, femenino).

En la condición de lo diferente, la locura fue representada por el desorden y sinrazón. En los diálogos está claro que hay un distanciamiento de la noción de locura, un sentido más amplio del término como se ilustra en los discursos: *"No tengo nada que declarar sobre diagnóstico, desorden, medicalización e industria farmacéutica, no creo en la locura"*. (E - 01. Ciudad de Altinho, 53 años, masculino). *"para mí no hay locura, hay trastornos, trastornos psíquicos que afectan a ciertas personas"* (E - 07. Ciudad de Caruaru, 37 años, femenino). *"La locura es cuando el cuerpo, el alma y el espíritu ya no pueden soportar contener una enfermedad generada y no heredada"* (E - 13. Ciudad de Caruaru, 34, femenino). *"la locura es como un brote, algo que no es realista, pero todos estamos un poco locos"* (E - 05. Ciudad de Agrestina, 28 años, femenino).

Como se puede observar, los entrevistados abordan interpretaciones sobre la locura, destacando las representaciones sociales, con inseguridad. En la ocasión de la pregunta disparadora, muchos profesionales pidieron una pausa para pensar, y dijeron que era difícil definir la locura, diferenciándola de una enfermedad mental, sino asociándolo con algo o alguien que tiene un patrón social inaceptable. *"La locura es lo que escapa a los estándares que la sociedad ha dictaminado correctamente, de manera diferente a lo convencional"* (E - 14. Ciudad de Caruaru, 29 años, femenino). Las representaciones reproducidas por los profesionales sobre el concepto y la imagen de la locura, afirman que sus repercusiones son mediadas por actos e interpretaciones construidas en las interacciones sociales. Hay dos puntos de vista muy divergentes: la locura como enfermedad y la locura como estigma social.

Clase 3 'La importancia de la Familia'

En esta categoría se describe cómo los profesionales perciben sus prácticas e integran sus conocimientos en la asistencia a los pacientes, implicando la importancia de la familia. En los CAPS las representaciones sociales de los profesionales a respecto de la familia, aunque estaban en el sistema periférico, esta compartida a los beneficios del tratamiento. Reconocen que los enfermos mentales necesitan de la presencia de su entorno, familias, sociedad, comunidad, red. Visiones que abarcan ellos como sujetos de derechos: *"la mayoría de las veces es importante principalmente el cuidado familiar con este usuario y luego el apoyo de la red de servicios, apoyamos a nuestro paciente través de nuestro espacio, aprecio que este espacio, así como mi trabajo, sean extremadamente importantes para el tratamiento de lo mismo"* (E - 06. Ciudad de Agrestina, 30 años, femenino). *"Los usuarios necesitan vivir en sociedad, pero deben cuidar a la familia de sus limitaciones"* (E - 12. Ciudad de Caruaru, 54 años, femenino).

En las respuestas los profesionales se dan cuenta de que la sociedad es un grupo de individuos de igual valor: cada individuo es libre de tener sus relaciones con diferentes grupos sociales. El lugar de tratamiento no es el límite de las interacciones, ya que este individuo puede ser incluido en todos los grupos sociales que pertenecen. La familia parece ser la base le da adhesión al tratamiento. Los miembros del equipo multidisciplinario demuestran en sus discursos tener como objetivo el tratamiento y la rehabilitación de los usuarios, de acuerdo con los preceptos y las reglas de la institución.

Intercambiando las responsabilidades del tratamiento entre servicios de salud y la familia: *“El equipo multidisciplinario es esencial en su trabajo, la atención de crisis aguda es algo que necesita atención urgente por parte del equipo, por lo tanto, la autonomía en salud mental es trabajar libremente con un equipo multidisciplinario”* (E - 01. Ciudad de Altinho, 53 años, masculino). *“La responsabilidad de cuidar a los enfermos mentales recae en la familia, así como en el servicio de salud, la no participación en el tratamiento de los pacientes, los hacen más difícil lidiar con los prejuicios y la falta de aliento para seguir adelante”* (E - 02. Ciudad de Altinho, 44 años, femenino). *“El trabajo en equipo es un trabajo conjunto, rinde mejor y los resultados son positivos, tenemos varias visiones diferentes para ayudar con las terapias utilizadas”* (E -04. Ciudad de Altinho, 28 años, femenino). *“La falta de credibilidad y apoyo familiar frente a las crisis más allá de la discriminación y exclusión de los miembros de la familia que tienen trastornos mentales se ve en nuestro servicio. La atención de la salud mental tiene mucho que crecer en relación con la sociedad que vive en la ejecución de los derechos y como sujeto de derechos”* (E - 01. Ciudad de Agrestina, 40 años, femenino). *“La responsabilidad de los enfermos mentales es con la familia y más tarde el gobierno, en el equipo multidisciplinario es positivo ya que los profesionales se completan mutuamente en el monitoreo del usuario del servicio”* (E - 02. Ciudad de Agrestina, 37 años, masculino). *“Especialmente en la familia, 95% de los casos, los miembros de la familia se libran de la responsabilidad con el paciente, son pocos los que ayudan al tratamiento”* (E -09. Ciudad de Caruaru, 42 años, masculino).

Clase 4 ‘Responsabilidad profesional’

Esta categoría presentó los conocimientos expresados por los profesionales cuanto a sus desempeños y responsabilidad en los CAPS. Fue identificado que no solo hay un profesional responsable de los enfermos mentales, sino que todo un equipo multidisciplinario debe ser participativo en el curso del tratamiento. Sin embargo, el desempeño del grupo sigue siendo un problema porque está en inadaptado, el equipo, aunque no lo diga claramente, deja entrever que no siguen una dirección en conjunto en el tratamiento, pareciendo a menudo participar de grupos con visiones distintas. El trabajo en la salud mental ha priorizado la composición de equipos de profesionales de diferentes áreas que tienen comportamientos diferentes según sus especialidades y quizás la falta de capacitación de estos profesionales puede ser la causa de esta desalineación.

En los discursos inequívocamente, los entrevistados afirman el miedo a la fragmentación del trabajo, lo que demuestra la necesidad de una integración interdisciplinaria. *“Trabajar juntos produce mejores resultados porque tenemos diferentes visiones para ayudar en el tratamiento”* (E – 04. Ciudad de Altinho, 28 años, femenino) *“Para que el trabajo en equipo suceda, es necesario que cada uno desempeñe su papel para que el equipo real sea muy importante para actuar juntos, ya que el usuario necesita a cada profesional.”* (E – 04. Ciudad de Agrestina, 29 años, femenino). Se evidenció una necesidad de un equipo multidisciplinario con una visión

dinámica, cohesionada y organizada, como un intento de superar la fragmentación de los conocimientos por áreas y el rendimiento del equipo. Los contextos actuales de los equipos están formados por una inmensa red interdisciplinaria donde la actuación conjunta es algo complejo. *“Un equipo multidisciplinario profesional y capaz es importante para la humanización del servicio, independientemente de la raza o la patología, del color, el usuario debe ser tratado con respeto y empatía”* (E – 03. Ciudad de Altinho, 43 años, femenino). *“El desempeño en salud mental no tiene límites y si muchas posibilidades. La práctica diaria nos ofrece desafíos y obstáculos que superar. Creo en una versión multidisciplinaria totalmente diferente de otros servicios, una versión dinámica, puntual y organizada”* (E – 02. Ciudad de Agrestina, 37 años, masculino). *“El servicio se completa con la participación de todos durante la vida de este usuario. Es necesario sincronizar este equipo para que el usuario tenga buenos resultados en su monitoreo”* (E – 03. Ciudad de Agrestina, 62 años, femenino). *“Nunca dejamos de ver que hemos logrado la rehabilitación psicosocial, algo que hemos logrado con nuestro trabajo, es esencial para que el paciente evolucione”* (E – 04. Ciudad de Agrestina, 29 años, femenino). *“La participación en las reuniones del equipo multidisciplinario en la discusión de casos es muy importante, todos tienen su parte de cuidado para promover el bienestar del usuario, incluido él mismo, enfrentamos algunas barreras en el servicio de CAPS que son bastante estresantes, como la ausencia de psiquiatra en el servicio. que son 24 horas causando dificultades para recetar medicamentos a los usuarios recién ingresados; En otras palabras, el equipo multidisciplinario debe estar completo”* (E – 06. Ciudad de Caruaru, 57 años, femenino).

Escuchar las visiones de todos los equipos multidisciplinarios fue importante para facilitar el entendimiento de sus valores en la lógica corporativa. Lo que antes fue colocado como algo necesariamente dinámico, cohesivo y organizado, no siempre son alcanzados y si considerados como límites y obstáculos.

“Desafortunadamente, el equipo multidisciplinario se ve comprometido, la rotación constante de los equipos perjudica el desarrollo del trabajo porque los lazos débiles y los contratos temporales rompen la dinámica construida. Los pacientes no son obstáculos sino víctimas de intervenciones inadecuadas” (E – 01. Ciudad de Caruaru, 43 años, femenino). *“Tenemos algunas limitaciones en nuestro papel como equipo multidisciplinario, el equipo está dividido por clases profesionales y capacitación, de hecho, debido al problema salarial también, pero ahora con la nueva administración nos estamos acercando y las cosas están mejorando”* (E – 10. Ciudad de Caruaru, 24 años, femenino). *“Es muy importante alinearse con el equipo multidisciplinario en el desempeño de cada caso, a veces agotador, a veces fortalecedor, no hay trabajo en mayúsculas sin un equipo multidisciplinario”* (E – 13. Ciudad de Caruaru, 34 años, femenino). *“El desempeño profesional del equipo multidisciplinario debe verse comprometido, tanto como profesional como como persona, de manera humana y empática, a veces tenemos algunos obstáculos en la continuidad de la atención en referencia y en referencia a otros servicios, pero cuando trabajamos en un equipo interdisciplinario. y cuando uno está dispuesto a ir a los servicios o hablar por teléfono para discutir y guiar un caso, se resuelven algunos problemas, otros no, pero actuar es indispensable”* (E – 14. Ciudad de Caruaru, 29 años, femenino).

La lectura crítica de los fragmentos citados anteriormente permite identificar las inestabilidades y fracasos interactivos entre los equipos. Un punto a ser observado en el contexto antedicho, sería ciertamente la rotación de profesionales que impide la continuidad de la formación del equipo. En el discurso de un profesional parece

mantener la prioridad que conducen al modelo de asilo, desacreditando en la reinserción social para algunos pacientes. *“Después de que cerramos la clínica, algunos pacientes llegaron al CAPS, algunas otras residencias terapéuticas; tuvimos algunos pacientes evolucionaron mucho aquí, pero otros, no. los pacientes crónicos, tuvieron una adaptación terrible después de décadas en el hospital, algunos no se adhirieron al tratamiento y murieron, así creo que el asilo sirve si para algunos casos; algunos tienen la capacidad de vivir juntos de su familia, otros no, pueden pasar mucho tiempo en instituciones”* (E -09. Ciudad de Caruaru, 42 años, masculino).

Clase 5 ‘Tratamiento y sus significados’

Esta categoría trae la identificación de las representaciones sociales que los equipos profesionales trasfieren sobre el tratamiento y sus significados. La autonomía en salud mental se refiere a una libertad de los enfermos elegir el propio tratamiento. La autonomía también asume un carácter dudoso y con doble visión, para algunos profesionales es necesaria la reclusión y para otros tiene un contenido humanizador:

“La autonomía psicosocial y la rehabilitación deben existir. La locura pasa por alto todas y cada una de las situaciones de miserabilidad y prejuicio. Luchemos contra todo el encarcelamiento presentado antes de la reforma psiquiátrica a través del asilo en busca de un retroceso y una desinstitucionalización” (E – 20. Ciudad de Caruaru, 35 años, femenino).

“Autonomía y reinserción en el contexto social, enseñando una vez más a vivir en sociedad y al autocuidado psíquico, que son necesarios para dirigir la atención, aunque poco le importa a la sociedad, lo importante es saber cuidar y agradecer cualquier diferencia” (E – 14, ciudad de Caruaru, 29 años, femenino). *“La autonomía es el derecho de ir a cualquier parte, el bloqueo no es una forma de preocuparse, pero si trato bien al usuario, no estoy de acuerdo con los asilos porque sabemos que no están bien cuidados como deberían”* (E – 03. Ciudad de Caruaru, 35 años, femenino). *“La autonomía de este usuario es una conquista para todos y vemos claramente que el tratamiento humanizado se realizó después de la reforma psiquiátrica”* (E – 04. Ciudad de Agrestina, 29 años, femenino). *“La autonomía en salud mental se trata de la elección del tratamiento, la presentación del problema, la evolución del tratamiento y la calidad de la participación entre la familia del paciente y el servicio. El tratamiento debe ser humanizado y realizado con empatía, la atención y la recepción total del paciente y la familia con respecto a la hospitalización obligatoria se lleva a cabo a través de una determinación legalmente impuesta”* (E – 01. Ciudad de Agrestina, 40 años, femenino).

El E - 03 de la Ciudad de Agrestina, 62 años, femenino, aclara completamente su punto de vista sobre el tratamiento al citar la importancia del proceso de resocialización de los enfermos mentales a su entorno social: *“La coexistencia de los usuarios en la comunidad es totalmente posible ‘siempre y cuando tenga un tratamiento completo y este tratamiento no se trate solo de medicamentos, debemos mejorar los servicios que sirven a estos usuarios para que la familia tome conciencia”*.

Con el advenimiento de la reforma psiquiátrica, los discursos de los entrevistados quedan una clara apertura a un nuevo modelo de atención, el nuevo escenario de la salud mental que contribuyó a una asistencia más humana. El E - 03 de la Ciudad de Agrestina, 62 años, femenino, demuestra está muy conectado con ideas reformistas o con la humanización de los enfermos mentales: *“Creo que el tratamiento de este usuario no es solo medicamento, aunque necesitamos los medicamentos, sino*

que eso no es todo en el tratamiento, el tratamiento humanizado se suma al volver a su casa”.

Clase 6 ‘Asistencia a los enfermos’

Describir cómo los profesionales perciben sus prácticas e integran sus conocimientos en la asistencia a los pacientes implica enumerar las experiencias que la mayoría de los profesionales tuvieron en el cuidado y tratamiento de los enfermos. Forman parte de ese contexto de la familia del paciente: el diagnóstico, el tratamiento y la expectativa de rehabilitación. Del mismo modo existe una preocupación cuando el caso de hospitalización obligatoria, principalmente cuando se trata del tratamiento del usuario y su aceptación en el medio donde vive.

“En la medida que trabaja con el usuario, la familia, la comunidad, toda la red de atención médica, y se da cuenta de lo importante que es en la vida de esa persona, siempre debemos hacer nuestro mejor esfuerzo, a través de visitas domiciliarias, asistencia grupal en el servicio. La coexistencia de los usuarios en la comunidad es totalmente posible siempre que tengan un tratamiento completo y este tratamiento no se trate solo de medicamentos, sino que debemos mejorar los servicios que sirven a estos usuarios ” (E – 03. Ciudad de Agrestina, 62 años, femenino). “Fui a una visita al hogar, un hombre de 35 años que estaba encerrado en una habitación de su casa era muy agresivo y no tomaba medicamentos. las condiciones que vivían eran precarias, mal olor, malas condiciones de higiene básica y luego el equipo multidisciplinar articuló que comenzamos las intervenciones con medicamentos y el paciente pudo recibir las intervenciones del equipo; seguimos el caso y el paciente pudo comenzar a socializar y recibir un tratamiento normal hoy, todavía está en seguimiento porque no puede estar sin medicamentos y tiene convulsiones esporádicas, pero fue un gran avance que tuvimos” (E – 06. Ciudad de Agrestina, 30 años, femenino).

Los entrevistados mostraron sus representaciones sobre la asistencia a los pacientes a través de: sus prácticas, los atendimientos individuales, los estudios de caso, las visitas a sus hogares, sobre los signos, síntomas, crisis y las demás atención individualizada a este servicio. Por lo tanto, la práctica y el pensamiento son fundamentales. Las prácticas en sí son las representaciones sociales socio históricas del loco que pueden ser miradas en el proceso de transformación. El discurso del E - 03 de la Ciudad de Agrestina PE, plantea la conciencia social que trasciende el conocimiento de las representaciones de la institución donde trabaja: *“Siempre quise saber más y profundizar el área de salud mental viviendo con pacientes con algunos problemas mentales. Siempre hago grupos de lectura, alfabetización didáctica. Las actividades pedagógicas, los juegos, los títeres y yo participamos en otras actividades, como las reuniones técnicas, las actividades grupales, la evolución, el cuidado individual y la visita al hogar en mi práctica” (E – 03. Ciudad de Agrestina, 62 años, femenino).*

Desde la Perspectiva Procesual en la Región Sur en los participantes sus representaciones sociales de la locura son relacionadas con un discurso amplio y difícil de expresar en palabras. Por lo tanto, para estos profesionales relacionar a la locura a una persona con enfermedad mental, fue acercarse a lo desconocido que posee múltiples visiones: “la locura es vaga y tiene diferentes puntos de vista, puede ser un diagnóstico, un estado mental, un sentimiento” (E – 02. Ciudad de Foz do Iguazú, 52 años, femenino).

Clase 1 ‘En el momento de la práctica’

En esta categoría la palabra *área* muestra una aproximación muy cercana entre los profesionales, el lugar de trabajo y el área que eligieron, o fueron a trabajar bajo las circunstancias. En algunas afirmaciones, la palabra *área* fue citada como algo que no corresponde a su elección personal y profesional, haciendo referencia al área de la salud mental. Aquí cabe señalar que la mayoría de estos profesionales son servidores públicos efectivos, ingresados por licitación pública y muchas veces son destinados por sus superiores sin opción de elección. *“Nunca me pasó por la cabeza trabajar en salud mental, pero me invitaron y acepté fácilmente como un desafío, esta invitación surgió de mi experiencia de 6 años en una comunidad terapéutica. Estaba en un momento de mi vida en el que necesitaba perseguir otras metas y finalmente acepté, ahora soy coordinadora y generalmente participo en la rutina del servicio grupal”* (E – 02. Ciudad de Foz do Iguazú, 52 años, femenino). *“Estoy en el área de salud mental a través de una transferencia, no por elección. Con el paso del tiempo tengo identificación con el área. Realizo todo el trabajo en CAPS”* (E – 01. Ciudad de Santa Terezinha del Iguazú, 57 años, femenino). *“Mi elección de trabajar en salud mental surgió a través de oportunidades de trabajo, pero no hice por elección”* (E -02. Ciudad de Cornélio Procopio, 26 años, masculino).

Algunas afirmaciones que muestran extrema afinidad de los profesionales con el área de salud mental: *“Mi trabajo en salud mental surgió desde la universidad. Estaba interesado en el área de salud mental y me identifiqué en el momento en que me postulo aquí”* (E -01. Ciudad de Foz do Iguazú, 28 años, femenino). *“Mi inserción en el área de salud mental ocurrió después de pasar en el concurso del municipio y siempre tuve identificación con el área donde mi trabajo en el CAPS ocurre a través de la orientación social con el usuario del servicio promoviendo el contacto con toda la red de servicios e integrando a este usuario con la red viendo a este usuario como un todo dentro de la sociedad”* (E – 04. Ciudad de Foz do Iguazú, femenino). *“Mi elección para trabajar en el área de la salud mental se produjo desde el tercer año de la universidad, donde tuve contacto con el tema y me identifiqué mucho, hoy, soy coordinador del servicio para niños y actúo en la enfermería”* (E – 05. Ciudad de Foz do Iguazú, 38 años, masculino). *“Trabajar en salud mental para mí no era una opción, de hecho, me fortalecí porque no tenía a dónde ir y cuando asumí el control, estaba muy asustado en ese momento, pero hoy estoy enamorado del área”* (E – 07. Ciudad de Foz do Iguazú, 55 años, femenino). *“Mi elección para la salud mental ha sido desde que la universidad, es un ambiente en el que me siento muy bien, así que desde mi formación fue una elección, tuve algunas pasantías que fueron rápidas, fui maestra e hice muchos cursos relacionados con el área y también trabajé dos años tercerizados y hoy a través del concurso pude elegir con éxito el área que estoy”* (E – 08. Ciudad de Foz do Iguazú, 34 años, femenino). *“Mi área es en la salud mental y con niños y adolescentes, siempre ha sido de interés propio, mi prioridad siempre ha sido servir a los niños desde que tenía experiencia en el área psicológica”* (E – 10. Ciudad de Foz do Iguazú, 29 años, femenino).

Muchos de los entrevistados revelan el reconocimiento de la necesidad y los desafíos y la búsqueda de capacitación para trabajar en el área. Como también demuestran que la equipo no esta completa. *“Creo que tenemos una gran falta de capacitación que debería invertirse en profesionales, solo tenemos mucha participación y poco reconocimiento, reconocemos que estas habilidades de trabajo duro parecen profundas y tenemos mucha demanda y poca paga”* (E – 04. Ciudad de Foz do Iguazú, 56 años, femenino). *“Estamos trabajando con un sub-equipo y llegando a un equipo mínimo que defienda la política de salud mental, primero si hay un equipo y luego una*

administración que nos capacita así tenemos un mejor servicio” (E – 02. Ciudad de Foz do Iguazú, 52 años, femenino). “En mi opinión, las políticas públicas están mal aplicadas en toda la atención de salud mental, es importante tener un equipo preparado que participe de una capacitación, que comparta una visión integrada, y que las ideas coincidan” (E – 01. Ciudad de Foz do Iguazú, 28 años, femenino). “Creo que tenemos una gran falta de capacitación, que debería invertirse en profesionales, solo tenemos mucha participación y poco reconocimiento; reconocemos que estas habilidades de trabajo duro, tenemos mucha demanda y poco pago” (E – 04. Ciudad de Foz do Iguazú, 56 años, femenino).

El entorno está expuesto a la dialéctica establecida entre perspectivas y realidad, en un juego de identificación y fallas del sistema. Desde el punto de vista de los profesionales las representaciones sociales revelan cambios en la forma de trabajar con la enfermedad mental.

Los entrevistados de la Región Sur notaron un desarrollo y cambio en las relaciones con este patrón de trabajo que permitió el crecimiento y la diversidad en relación con sus formas. Por lo tanto, el trabajo con los enfermos mentales ha cambiado considerablemente, teniendo en cuenta el discurso de los entrevistados y un tratamiento humanizado con foco en la salud mental. *“Estoy contento cuando veo que los usuarios evolucionan con nuestro trabajo y también triste cuando veo que algunos han recaído, creo que es muy importante la inserción de los usuarios en la sociedad, la responsabilidad del tratamiento recaiga en el paciente mismo. Tengo implicación directa de mi desempeño en el área de la salud mental. Siempre hago lo mejor que puedo como profesional. Trato cómo deben ser tratados todos y trato de hacer un trabajo resuelto de la mejor manera posible. Aquí el foco es el usuario” (E – 03. Ciudad de Foz do Iguazú, 42 años, femenino). “El usuario tiene todo el derecho de vivir y convivir con otras personas, siempre estar insertado en la sociedad, la responsabilidad de todos los controles depende del paciente mismo, reconocer la enfermedad, reconocer en la promoción de salud, independientemente de la interferencia de su entorno, cambiar su comportamiento, no sirve forzar a la familia” (E – 04. Ciudad de Foz do Iguazú, 56 años, femenino). “Creo que los pacientes tienen derecho a vivir en sociedad y de nosotros depende la responsabilidad de cuidar a los enfermos mentales, el servicio siempre tendrá alguna dificultad y especialmente nos hemos relacionado con nuestros recursos limitados” (E – 08. Ciudad de Foz do Iguazú, 34 años, femenino).*

Clase 2 ‘La importancia de la familia’

En esto momento los profesionales relacionan las representaciones sociales de la familia se corresponden con la ausencia y el abandono. Más que eso: la falta de interés de la familia en la persona con enfermedades mentales dificulta el proceso de reintegración familiar, ya que reduce la recepción y participación requeridas por un grupo multidisciplinario que involucra a la familia. Los discursos profesionales sobre participación familiar, vislumbran: *“La responsabilidad de cuidar a los enfermos mentales recae en toda una red, incluida esta familia, que muchas veces está ausente” (E – 06. Ciudad de Foz do Iguazú, 56 años, femenino). “En cuanto a la capacidad de los pacientes con trastornos mentales para vivir en la sociedad, hay un retraso en el monitoreo, la responsabilidad de cuidar a los enfermos mentales pertenece a la familia y es la parte más difícil es su tratamiento” (E – 07. Foz do Iguazú, 55 años, femenino). “Me doy cuenta de que uno de los límites en la nuestra actuación, sería la falta de adherencia de los pacientes al centro de referencia, debido a su ubicación, pero los puestos de salud que se encuentran en su localidad son escasos y la familia también*

tiene cierto desinterés en el tratamiento” (E – 10. Ciudad de Foz do Iguazú, 29 años, femenino). “Los pacientes con trastornos mentales tienen la posibilidad de vivir en sociedad, lo cual es importante para su inserción en el entorno social y la familia es un factor clave para el seguimiento porque el paciente vive las 24 horas con la visión familiar” (E – 02. Ciudad de Santa Terezinha de Iguazú, 36 años, femenino). “Para trabajar con los enfermos mentales y sus familias, ayudándoles en la crisis y su rehabilitación psicológica social, nuestras limitaciones en el trabajo ocurren cuando necesitamos el apoyo de la red de hospitales generales, y también de su red familiar” (E – 01. Ciudad de Cornelio Procopio, 25 años, femenino). Estos discursos muestran que la representación social de la familia como cuidadores en el proceso de tratamiento y socialización no se corresponde con la realidad.

El Entrevistado siguiente afirma sobre la responsabilidad y la integración: *“Debemos tener una visión integradora donde la responsabilidad debe pertenecer a todos”. Y realmente la responsabilidad, la convivencia y el cuidado es realmente una responsabilidad, todos deberían, pero es necesario observar las representaciones sociales que circulan fuera del entorno CAPS y dentro del propio CAPS” (E – 10. Ciudad de Foz do Iguazú, 29 años, femenino).*

Clase 3 ‘Responsabilidad Profesional’

Produciendo efectos que están completamente relacionados con el desempeño de sus acciones prácticas los términos “precaución”, “responsabilidad”, “profesional” se refieren a un pensamiento que trata las representaciones sociales en sus acciones con el enfermo mental. Algunos de los entrevistados no dejaron de mencionar sus responsabilidades y limitaciones que existen en sus prácticas.

“Evaluo positivamente la participación de un equipo responsable y la donde siempre estamos revisando nuestras posturas y reevaluando nuestros errores” (E – 09. Ciudad de Foz do Iguazú, 44 años, femenino). “Veo mi trabajo fundamentalmente, tengo la autonomía en salud mental como un desafío para mirar al paciente y darle la bienvenida y escuchar su demanda, y esta es una donación profesional, responsabilidad, porque la enfermedad está relacionada con la falta de escucha y atención” (E – 08. Ciudad de Foz do Iguazú, 34 años, femenino). “La responsabilidad profesional es de cuidar a los enfermos mentales” (E – 06. Ciudad de Foz do Iguazú, 56 años, femenino). “Mi trabajo tiene una implicación social muy importante, que el trabajador social ve siempre como un beneficio social secundario, una ayuda para la enfermedad, no solo para guiar nuestro trabajo; tiene límites y debilidades dentro del propio equipo y los recursos humanos estructurales” (E – 04. Ciudad de Foz do Iguazú, 56 años, femenino). “Un paso importante para la humanización de mi trabajo en CAPS, porque, independientemente de la imagen mental que los usuarios necesitan para tener calidad de vida y una vida social, creo que la responsabilidad de la atención de los enfermos mentales recae en la equipe” (E – 01. Ciudad de Cornelio Procopio, 25 años, femenino).

Clase 4 ‘Asistencia a los enfermos’

Los CAPS son instituciones de la salud mental que están influenciadas por el entorno social del enfermo, dada su especificidad y perfil de pacientes. Presentan una naturaleza más compleja y distinta de otras organizaciones en el mismo sector. De esto surge la importancia de que los profesionales que trabajan en la institución conozcan sus principios básicos y toda la asistencia necesaria en que los pacientes necesitan.

Algunos entrevistados afirman una visión amplia de sus funciones y la asistencia que realizan: *“Hago mi trabajo en el CAPS a través de la detección en la recepción, asistencia de demandas espontáneas, referencias y atención psicológica. Mi experiencia en CAPS fue notable, al darme cuenta de cuántos pacientes están insertados en la sociedad y darme cuenta de la humanización en el tratamiento; un paso importante siempre hago la humanización en mi trabajo; (E – 01. Cornelio Procopio, 25 años, femenino). “En cuanto a mis experiencias, vemos pocos o muchos de nuestros resultados, en algunos casos hacemos referencias y siempre estamos en contacto con el propio equipo, cuando las particularidades e individualidades de los pacientes con perfil de hogar, ellos deben vivir en la sociedad, independientemente de sus limitaciones” (E – 10. Ciudad de Foz do Iguazú, femenino). “Mi trabajo en CAPS es muy dinámico, hago grupos familiares, terapia comunitaria integradora con padres, preparo consultas, hago medición de presión, peso, altura, orientación familiar y orientación de medicamentos” (E – 07. Ciudad de Foz do Iguazú, femenino). “El área de mi trabajo en CAPS es a través de la orientación social para el usuario del servicio, promoviendo el contacto con toda la red de servicios e integrando a este usuario con la red, viendo a este usuario como un todo dentro de la sociedad” (E – 04. Ciudad de Foz do Iguazú, femenino).*

Cuando se enfatiza el tema del trabajo y asistencia a los pacientes, las representaciones sociales reflejan las interpretaciones de un grupo social específico. La relación entre los equipos profesionales de los CAPS, la sociedad, la familia y los pacientes con enfermedades mentales ha experimentado cambios significativos desde que se estableció una nueva estructura de atención. De la invocación de la palabra CAPS y otros términos que se refieren a su operabilidad y representaciones sociales, surge la idea de que los profesionales están cerca de abrazar por completo este nuevo modelo de atención. Si tomáramos profesionales del modelo de asilo, la palabra humanización seguramente no habría aparecido tan a menudo. Quizás sería reemplazado por psiquiatría, medicamentos y otros que son representaciones sociales de este antiguo modelo.

Clase 5 ‘Representación Social de la locura’

Los entrevistados fueron cuestionados sobre lo *¿Qué es la locura para ti?*, obteniendo como respuestas: *“Es difícil ver y comprender la locura porque es todo lo que implica un desequilibrio en la enfermedad de la salud, todo tipo de enfermedad, ya sea mental o física” (E – 01. Ciudad de Foz do Iguazú, 28 años, femenino). “La locura es todo lo que sabemos y aprendemos a vivir” (E – 04. Ciudad de Foz do Iguazú, 56 años, femenino). “Veo la locura como una etiqueta alta que ha perjudicado enormemente la salud mental, y las enfermedades mentales como cualquier otra que necesite supervisión y tratamiento de humanización” (E – 05. Ciudad de Foz do Iguazú, 38 años, masculino). “La locura es todo que viene a vivir en condiciones anormales, lo que no es socialmente aceptable” (E – 02. Ciudad de Cornelio Procopio, 26 años, masculino). “La locura es todo que no es apropiado social y culturalmente” (E – 01. Ciudad de Cornelio Procopio, 25 años, femenino). “La locura tiene sus diversos sentidos” (E – 02. Ciudad de Santa Terezinha de Itaipú, 36 años, femenino). “En cuanto a la locura, nada me viene a la mente” (E – 10. Ciudad de Foz do Iguazú, 29 años, femenino). “La locura es muy compleja y su diagnóstico y tratamiento siempre deben estar asociados con la medicalización y la psicoterapia” (E – 09. Ciudad de Foz do Iguazú, 44 años, femenino). “La locura no es del todo mala, pero es muy triste porque pierdes la noción del tiempo y la realidad se pierde dentro de tu propia realidad” (E – 08. Ciudad de Foz do Iguazú, 34 años, femenino).*

A pesar de trabajar en el área de la salud mental y tener nociones del modelo de atención ofrecido por los CAPS, los entrevistados parecían alternar conocimiento teórico con empírico, trayendo la locura como una condición de difícil definición: tales como algo indefinible, algo social y asociada a la falta de salud mental. Los profesionales también fueron preguntados a respecto del proceso de la rehabilitación de los enfermos mentales, y sus discursos fueron amplios, sin delimitación y vinculado al cuidado y la asistencia a la persona. La mayoría de los profesionales que trabajan en la red de atención, consideran importante el proceso de capacitación continua, los cuales hablan que hay una falla en este investimento: *“Creo que deberíamos tener capacitación, invertirse en más profesionales capacitados”* (E – 04. Ciudad de Foz do Iguazú, 56 años, femenino). *“Primero debe haber un equipo, luego una gerencia que cambia y nos habilita a través de la capacitación”* (E – 02. Ciudad de Foz do Iguazú, 52 años, femenino).

La ignorancia de algunos integrantes de la equipo sobre la enfermedad mental puede convertirse en prejuicio al tratamiento de las patologías allí presentadas por los enfermos. El tratamiento de la enfermedad mental y la propia enfermedad en sí implican factores sociales e históricos muy complejos que el sentido común muchas veces no comprende.

Clase 6 ‘Tratamiento y sus significados’

En esta categoría los profesionales expresan la realidad experimentada en el cotidiano de sus praxis. También buscan enfatizar la importancia que ellos tienen como facilitadores en el proceso de tratamiento, pero también expresan sus limitaciones, principalmente cuando este equipo esta incompleto. *“Dentro de la institución, el equipo multidisciplinar es algo que es soberano para el paciente, depende de la aplicación de políticas públicas a la implicación y participación de mi trabajo, evaluo de manera muy positiva y extremadamente importante. Las limitaciones son muchas con respecto a las hospitalizaciones obligatorias y voluntarias. En mi opinión, las políticas públicas están mal aplicadas. Todo el seguimiento es importante. Un equipo que comparte una visión integrada”* (E – 01. Foz do Iguazú, 28 años, femenino). *“La participación de un equipo multidisciplinario, es muy importante, pero actualmente no sucede”* (E – 02. Ciudad de Foz do Iguazú, 52 años, femenino). *“Tengo una gran experiencia, me puse en contacto con un equipo muy importante, un equipo multidisciplinar bien comprometido, la responsabilidad del paciente depende de todos los profesionales a la vanguardia de todos los servicios dirigidos a este usuario”* (E – 05. Ciudad de Foz do Iguazú, 38 años, femenino). *“La responsabilidad de cuidar a los enfermos mentales recae en toda una red; Mi participación y participación en el tratamiento es importante; El equipo multidisciplinar tiene un potencial humanizado”* (E – 06. Ciudad de Foz do Iguazú, femenino). *“Veo mi trabajo fundamentalmente, tengo autonomía en salud mental como un desafío para mirar al paciente y darle la bienvenida y escuchar su demanda, y esta es una donación profesional, de toda una equipe multidisciplinar, porque la enfermedad está relacionada con la falta de escucha y atención”* (E – 08. Ciudad de Foz do Iguazú, 34 años, femenino).

“El equipo multidisciplinario está muy comprometido. Siempre tenemos una reunión de equipo y un buen diálogo” (E – 10. Ciudad de Foz do Iguazú, 29 años, femenino). *“El tratamiento humanizado está relacionado con todo trabajo y la rehabilitación psicosocial es parte de todo un equipo multidisciplinario”* (E – 01. Ciudad de Santa Terezinha del Itaipú, 57 años, femenino). *“Nuestro equipo consigue un buen diálogo. No encuentro límites en mi trabajo. El municipio brinda salud mental de manera rentable”* (E - 02 Ciudad de Santa Terezinha del Itaipú, 36 años, femenino). *“El*

trabajo del equipo multidisciplinario es importante para la integración profesional para el bien y la mejora de los enfermos mentales cada uno aporta su conocimiento” (E – 01. Ciudad de Cornelio Procopio, 25 años, femenino). “Creo que el trabajo del equipo multidisciplinario es de fundamental importancia para cooperar con la mejora del paciente, cada uno en su especificidad” (E – 02. Ciudad de Cornelio Procopio, 26 años, masculino).

En el tratamiento y sus significados las representaciones sociales de los entrevistados muestran la importancia de un equipo bien preparada y que entente centrarse en el trabajo. Así demuestra varios aspectos positivos a pesar de estar en un contexto con dificultades. Fue evidente que algunos, pero no todos, los profesionales de la salud perciben el nuevo paradigma en el campo de la salud mental, pero sin un conocimiento profundo del tema. Sin embargo, los recursos financieros parecieran ser insuficientes para promover la capacitación continua a los profesionales. La principal dificultad señalada por los entrevistados está relacionada con la gestión y los responsables, lo que observamos en toda a pesquisa en general. La consecuencia inevitable de la dificultad señalada es que la salud mental necesita sincronización. Sin ella, el trabajo de salud mental tiende a fragmentarse y perder de vista la integralidad de la atención, un aspecto que es la esencia de la reforma psiquiátrica. En cierto modo, nuestros entrevistados son conscientes del fenómeno que afecta a la institución, por lo que intentan trascender las complicaciones adoptando una actitud proactiva y humanitaria hacia los servicios. El avance de la reforma psiquiátrica en este contexto requiere el apoyo de una política pública específica dirigida a promover un proceso de trabajo integrado.

En la Región Nordeste en el resumen inicial, el software analizó y dividió el corpus general consistió en 34 textos, divididos en 239 segmentos de texto - ST, con 178 ST - 74.48%. Surgió la ocurrencia de 8300 palabras. Siendo que 1944 palabras distintas y 1169 con una sola ocurrencia, como se muestra en la Figura 5.

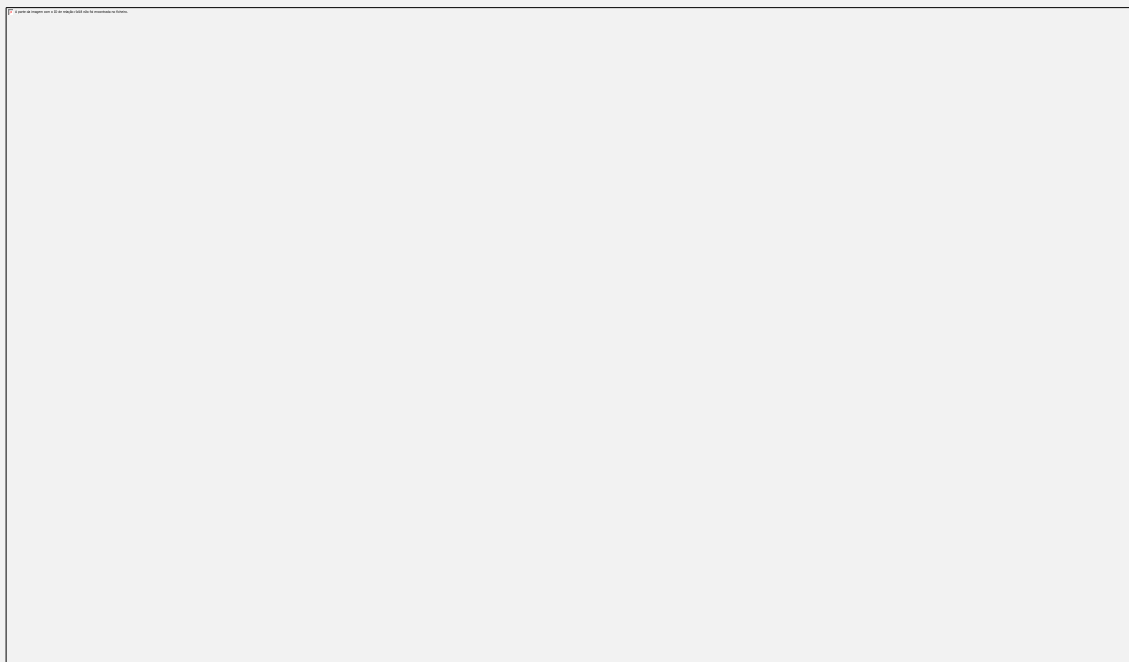
Figura 5 - Descripción del Corpus Textual Región Nordeste.

Descrição do corpus	
Nom	CORPUS PE_corpus_1
Idioma	portuguese
Definir caracteres	utf_8_sig
originalpath	D:\MEUS ARQUIVOS\DIANA\BANCO DE DADOS\CORPUS PE.bt
pathout	D:\MEUS ARQUIVOS\DIANA\BANCO DE DADOS\CORPUS PE_corpus_1
date	Sat Jun 1 00:22:19 2019
time	0h 0m 1s
Paramètres	
ucemethod	1
ucesize	40
keep_caract	^a-zA-Z0-9ÀÁÂÃÄÅÆÇÈÉÊËÌÍÎÏÐÑÒÓÔÕÖØÙÚÛÜÝÞßàáâãäåæçèéêëìíîïðñòóôõöøùúûüýþÿ€'–?—
expressions	1
Statistiques	
Number of texts	34
Number of text segments	239
occurrences	8300
Number of forms	1944
Número de hapax	1169 - 60.13 % des formes - 14.08 % des occurrences

El software IRaMuTeQ, a partir de cálculos estadísticos generó los porcentajes de los elementos léxicos por regiones. La Clasificación Jerárquica Descendente (CHD) de los segmentos de textuales del corpus de los profesionales, clasificando el contenido analizado se en seis clases:

Clase 1, con 31 ST - 17.42%; Clase 2, con 35 ST -19.66%; Clase 3, con 27 ST - 15.17%; Clase 4, con 32 ST - 17.98%; Clase 5, con 24 ST - 13.48%; Clase 6, con 29 ST - 16.29%.

Figura 6. Dendograma - Clasificación Jerárquica Descendente (CHD) – Región Nordeste



Es de destacar que estas 6 clases se dividen en dos ramas (A y B) del corpus total. Subcorpus A, compuesto por la clase 6 ‘Asistencia a los pacientes’, que se refiere a experiencias durante consultas u hospitalizaciones, incluido principalmente el proceso de detección para recibir tratamiento. El subcorpus B, contiene los discursos correspondientes a la clase 1, ‘en el momento de la práctica’, que se refiere a la importancia de los profesionales para comprender sus prácticas e integrar sus conocimientos en la práctica de la salud mental, teniendo como recurso terapéutico. Clase 2 ‘la representación social de la locura’ que muestra el análisis social y el concepto de locura por parte de los profesionales entrevistados, así como el sufrimiento causado por la enfermedad que afecta no solo a los pacientes sino a sus familias, según los informes de los profesionales. La clase 3 ‘la importancia de la familia’ identifica la importancia de las representaciones sociales sobre la salud mental en la práctica profesional y la importancia de la relación del paciente con la familia. Clase 4 ‘Responsabilidad profesional’, percepción del trabajo del equipo multidisciplinario, su desempeño en relación con el problema y su responsabilidad con el público. La clase 5 ‘tratamiento y sus significados’ se refiere al tratamiento y hospitalización de pacientes en hospitales psiquiátricos, incluso en asilos, y cómo los profesionales de la salud mental ven este proceso.

Tabla 1. Designaciones utilizadas para categorías – Región Nordeste.

Corpus Entrevistado Región Nordeste

Este corpus representa la dimensión relacionada con las percepciones de los profesionales de la región nordeste.

Clases de Dendograma generadas por Software IRaMuTeQ - tabla 3

Categorías definidas por el investigador

Clase 1, 17.42%;
Clase 2, 19.66%;
 Clase 3, 15.17%;
 Clase 4, 17.98%;
 Clase 5, 13.48%;
 Clase 6, 16.29%.

En el momento de la práctica
La representación social de la locura
 La importancia de la familia
 Responsabilidad profesional
 Tratamiento y sus significados
 Asistencia a los pacientes

Clase 1 ‘En el momento de la práctica’ Comprende el 17.42%, $f = 31$ ST del cuerpo total analizado. Consta de palabras y radicales en el rango entre $X2 = 9.59$ bueno y $X2 = 20.37$ límite. Esta clase se compone de palabras como "momento" $X2 > 40.15$; "Terapia" $X2 > 19.40$; "Característica" $X2 > 14.47$; "Suceder" $X2 > 14.01$ y "profesional" $X2 > 13.27$. Predominan las evocaciones de profesionales con nivel de educación "Superior" 3 ST; $X2 = 14.47$; "Técnico" 5 ST; $X2 = 6.49$; y "Graduado" 5 ST; $X2 = 6.49$.

Clase 2 ‘La Representación Social de la locura’ Comprende el 19.66% $f = 35$ ST del cuerpo total analizado. Consta de palabras y radicales en el rango entre $X2 = 15.94$ algo y $X2 = 38.73$, locura. Esta clase se compone de palabras como "locura" $X2 > 38.73$; "Sufrimiento" $X2 > 29.77$; "Enfermedad" $X2 > 24.42$; "Sujeto", $X2 > 24.40$ y "diagnóstico" $X2 > 24.40$, predominaron las evocaciones de profesionales con nivel educativo "Graduado" 4 ST; $X2 = 7.93$; "Superior" 1 ST; $X2 = 4.11$; y "Técnico" 4 ST; $X2 = 2.38$.

Clase 3 ‘La importancia de la familia’ Comprende 15.17%, $f = 27$ ST del cuerpo total analizado. Consta de palabras y radicales en el rango entre $X2 = 11.38$ inserto y $X2 = 28.88$, familia. Esta clase se compone de palabras como "red" $X2 > 30.19$; "Familia" $X2 > 28.88$; "Empresa" $X2 > 23.06$; "Comunidad" $X2 > 22.88$ y "modo" $X2 > 22.88$. La clase familiar 3 evoca los requisitos de resocialización con las palabras "red" $X2 > 30.19$; "Familia" $X2 > 28.88$; "Empresa" $X2 > 23.06$; "Comunidad" $X2 > 22.88$.

Clase 4 ‘Responsabilidad profesional’ Comprende 17.98%, $f = 32$ ST del cuerpo total analizado. Consta de palabras y radicales en el rango entre $X2 = 17.99$ en su mayoría y público y $X2 = 26.57$ equipo. Esta clase se compone de palabras como "multidisciplinar" $X2 > 37.27$; "Equipo" $X2 > 26.57$; "Problema" $X2 > 22.67$; "Responsabilidad" $X2 > 20.69$ y "desempeño" $X2 > 19.45$, predominaron las evocaciones de profesionales con educación "Superior" nivel 8 ST; $X2 = 5.83$ y "Graduado" 3 ST; $X2 = 4.91$.

Clase 5 ‘Tratamiento y sus significados’ Comprende el 13,48%, $f = 24$ ST del cuerpo total analizado. Consta de palabras y radicales en el rango entre $X2 = 4.14$ (libertad) y $X2 = 26.26$ (crónico). Esta clase se compone de palabras como "hospitalización" ($X2 > 53.82$); "Obligatorio" ($X2 > 32.59$); "Crónico" ($X2 > 26.26$); "Tratamiento" ($X2 > 23,11$) y "asilo" ($X2 > 17,25$), las evocaciones predominantes de profesionales con nivel de educación "Técnica" (13 ST; $X2 = 7,50$); "Superior" (6 ST; $X2 = 7.10$); y "Postgrado" (6 ST; $X2 = 2.10$).

Clase 6 ‘Asistencia a los pacientes’ Comprende el 16,29% ($f = 29$ ST) del corpus total analizado. Consta de palabras y radicales en el rango entre $X2 = 5.05$ (área) y $X2 = 26.43$ (clasificación). Esta clase se compone de palabras como "visita" ($X2 > 48.70$); "Grupo" ($X2 > 45,93$); "casa" ($X2 > 43.04$); La "evaluación" ($X2 > 26.43$) y la "asistencia" ($X2 > 22.41$) predominaron en las evocaciones de profesionales con un nivel educativo de "Posgrado" (5 ST; $X2 = 7.21$).

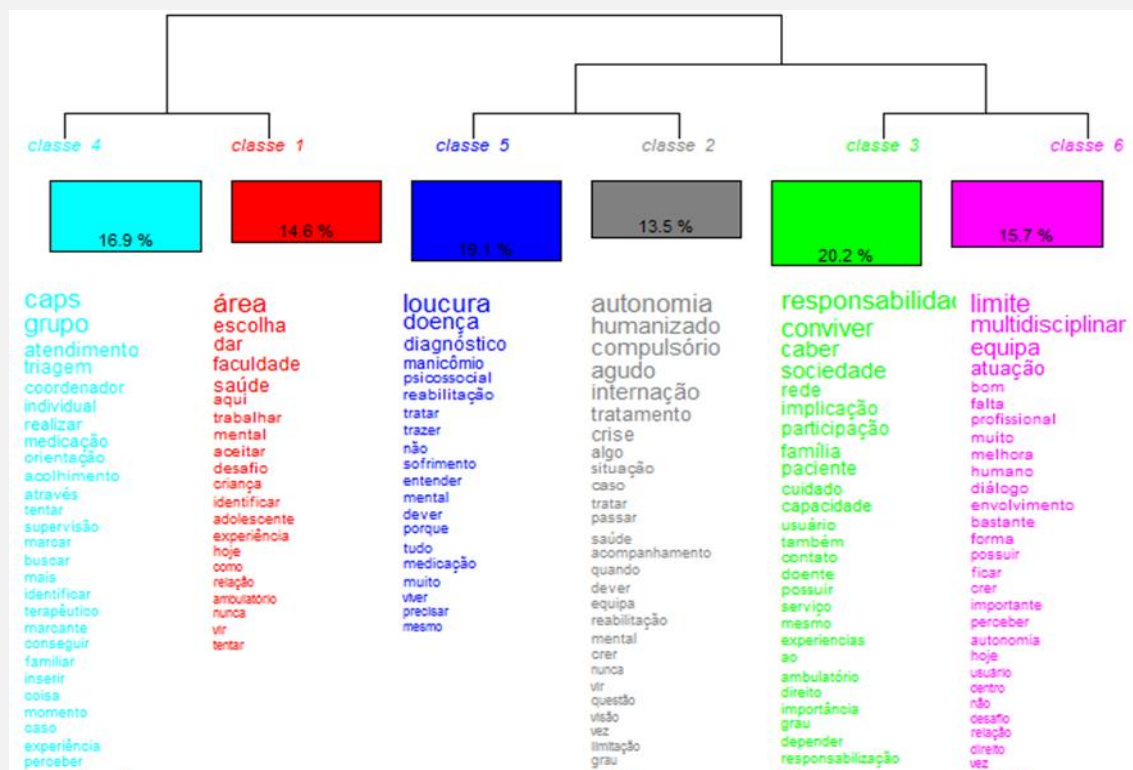
En tanto en la Región Sur el software analizó y dividió el corpus general consistió en 14 textos, divididos en 108 segmentos de texto - ST, con 89 ST – 82,41%. Surgieron la ocurrencia de 3827 palabras. Siendo que 946 palabras distintas y 553 con una sola ocurrencia, como se muestra en los Figura 7.

Figura 7. Descripción de Corpus Textual Región Sur

Descrição do corpus	
Nom	CORPUS PR_corpus_1
Idioma	portuguese
Definir caracteres	utf_8_sig
originalpath	D:\MEUS ARQUIVOS\DIANA\BANCO DE DADOS PR\CORPUS PR.txt
pathout	D:\MEUS ARQUIVOS\DIANA\BANCO DE DADOS PR\CORPUS PR_corpus_1
date	Sun Oct 6 12:34:52 2019
time	0h 0m 1s
Paramètres	
ucemethod	1
ucesize	40
keep_caract	^a-zA-Z0-9àÁâÄãÀäÅæÉêËëÈèÏíÎïóÔõÖöøÙúÛüÜüÇßœ€'ªÑ.;:!*?_-'
expressions	1
Statistiques	
Number of texts	14
Number of text segments	108
occurrences	3827
Number of forms	946
Número de hapax	553 - 58.46 % des formes - 14.45 % des occurrences

La Tabla 2 generada por el software IRaMuTeQ, a partir de cálculos estadísticos tienen en cuenta la Clasificación Jerárquica Descendente (CHD) de los elementos léxicos presentes en los segmentos de texto del corpus de los profesionales de la Región Sul. El contenido analizado se clasificó en seis clases: Clase 1, con 13 ST, 14,61%; Clase 2, con 12 ST, 13,48%; Clase 3, con 18 ST, 20,22%; Clase 4, con 15 ST, 16,85%; Clase 5, con 17 ST, 19,10% y Clase 6, con 14 ST, 15,73%.

Figura 8. Dendograma - Clasificación Jerárquica Descendente (CHD) – Región Sur.



Es de destacar que estas 6 clases se dividen en dos ramas (A y B) del corpus total em análisis. Subcorpus A, compuesto por las clases 1 ‘En el momento de la práctica’ y la clase 4 ‘Asistencia a los pacientes’, ambas las clases se refieren al momento de los profesionales comprendieren sus prácticas en la salud mental y la asistencia de sus actuaciones multidisciplinares a los pacientes en

la terapéutica del servicio. El subcorpus B, contiene los discursos correspondientes a las demás clases, 2; 3; 5; 6. Las clases correspondientes son clase 2 'La importancia de la familia', donde nos muestra la importancia representacional de la familia en el medio social del paciente y en la relación de participación de la familia en el servicio. La clase 3, 'Responsabilidad profesional' fue la clase en que más tuvo un mayor porcentaje, donde los profesionales hablan de sus percepciones cuanto, a sus trabajos en equipo multidisciplinario, su desempeño en relación con el servicio y su responsabilidad con el público de los pacientes. La clase 5 'la representación social de la locura' fue la segunda clase que más tuvo un porcentaje enfática, muestra el análisis social y el concepto de locura por parte de los profesionales entrevistados, donde según los informes de los profesionales, la locura es mucho compleja y su diagnóstico y tratamiento requiere está asociado a medicación e psicoterapia. La clase 6 'tratamiento y sus significados' se refiere al tratamiento y hospitalización de los pacientes en hospitales psiquiátricos, incluso en asilos, y cómo los profesionales de la salud mental ven este proceso.

Tabla 2. Designaciones utilizadas para categorías – Región Sur.

Corpus Entrevistado Región Sur

Este corpus representa la dimensión relacionada con las percepciones de los profesionales de la región sul.

Clases de Dendograma generadas por Software IRaMuTeQ - tabla 5	Categorías definidas por el investigador
Clase 1, 14,61%;	En el momento de la práctica
Clase 2, 13,48%;	La importancia de la familia
Clase 3, 20,22%;	Responsabilidad profesional
Clase 4, 16,85%;	Asistencia a los pacientes
Clase 5, 19,10%;	La representación social de la locura
Clase 6, 15,73%.	Tratamiento y sus significados

Clase 1 'En el momento de la práctica' Comprende el 14,61%, f = 13 ST del cuerpo total analizado. Consta de palabras y radicales en el rango entre X2 = 4.21 "identificar" y X2 = 45.85 "área". Esta clase se compone de palabras como "área" X2> 45.85; "Elección" X2> 24.36; "Facultad" X2> 18.16; "Salud" X2> 18,15 y "trabajo" X2> 11,31, predominaron las evocaciones de profesionales con nivel de educación "Postgrado" 5 ST; X2 = 3,84.

Clase 2 'La importancia de la familia' Comprende el 13,48%, f = 12 ST del corpus total analizado. Consta de palabras y radicales en el rango entre X2 = 10.05 "caso" y X2 = 55.40 "autonomía". Esta clase se compone de palabras como "autonomía" X2> 55.40; "Humanizado" X2> 45.00; "Obligatorio" X2> 42.73; "Agudo" X2> 41.28 y "hospitalización" X2> 33.63, predominaron las evocaciones de profesionales con nivel educativo "Postgrado" 4 ST; X2 = 4.79.

Clase 3 'Responsabilidad profesional' Comprende el 20,22%, f = 18 ST del corpus total analizado. Consta de palabras y radicales en el rango entre X2 = 13.38 "precaución" y X2 = 34.67 "responsabilidad". Esta clase se compone de palabras como "responsabilidad" X2> 34.67; "Vivir con" X2> 29.97; "Ajuste" X2> 25.38; "Sociedad" X2> 22.66 y "red" X2> 16.52, predominaron las evocaciones de profesionales con nivel de educación "Postgrado" 3 ST; X2 = 4.15.

Clase 4 'Asistencia a los pacientes' Comprende el 16,85%, f = 15 ST del corpus total analizado. Consta de palabras y radicales en el rango entre X2 = 8.80 host y X2 = 45.16, CAPS. Esta clase se compone de palabras como "CAPS" X2> 45.16; "Grupo" X2> 39.20; "Servicio" X2> 25.71; "Evaluación" X2> 20.66 e "individual" X2> 15.07, predominaron las evocaciones de profesionales con nivel educativo "Superior" 11 ST; X2 = 5.88.

Clase 5 ‘La representación social de la locura’ Comprende el 19.10%, $f = 17$ ST del cuerpo total analizado. Consta de palabras y radicales en el rango entre $X^2 = 4.55$ “comprender” y $X^2 = 53.30$ “locura”. Esta clase se compone de palabras como "locura" $X^2 > 53.30$; "Enfermedad" $X^2 > 38.02$; "Diagnóstico" $X^2 > 22.44$; “Asilo” $X^2 > 17.18$ y “psicosocial” $X^2 > 12.71$, predominaron las evocaciones de profesionales con nivel de educación “Postgrado” 7 ST; $X^2 = 4.92$.

Clase 6 ‘Tratamiento y sus significados’ Comprende 15.73% $f = 14$ ST del cuerpo total analizado. Consta de palabras y radicales en el rango entre $X^2 = 6.08$ "humano" y $X^2 = 34.16$ "límite". Esta clase se compone de palabras como "límite" $X^2 > 34.16$; "Multidisciplinar" $X^2 > 28.07$; "Rendimiento" $X^2 > 7.78$; “Profesional” $X^2 > 7.83$) y “humano” $X^2 > 6.08$, predominaron las evocaciones de profesionales con educación superior 9 ST; $X^2 = 6.23$.

DISCUSSÃO

Las representaciones sociales están compuestas de actitudes y relacionadas con el conocimiento que el sujeto y/o grupo que sobre un fenómeno, en la presente investigación puntualmente acerca de la locura. Es a través del campo de la representación que puede visualizarse el conocimiento y las actitudes de los profesionales y como esto muestra que la reforma psiquiátrica es un proceso lento y profundo, debido a la cantidad de agentes que involucra. El análisis discursivo propuesto se postulo ir más allá de lo lingüístico buscando otras dimensiones en las que se articulan las representaciones.

Las categorías obtenidas indicaban que la regularidad temática se centra en la humanización, cuidado, tratamiento, responsabilidad. Es decir: ningún término que indique descuido o negligencia, postulando entonces tres categorías bien definidas: humanización, contexto y excelencia, indispensables de la práctica profesional.

La transformación de las formas de atención en salud mental es viable y favorece la implementación de la propuesta de reforma psiquiátrica, en la cual el usuario recibe atención que respeta su ciudadanía y autonomía. La relevancia de la investigación dentro de un enfoque social, en el contexto de las representaciones sociales de la locura, permitió comprender cómo ha sido el uso de este marco en el área de la salud, y cómo es posible articular esta perspectiva científica con la investigación desarrollada por la psicología social.

Al pasar por representaciones sociales arcaicas, donde el loco no era un ser creíble -puntos de vista basados en valores y creencias antiguas-, se vislumbro acerca de las diferentes formas de lidiar con los fenómenos del universo de la locura. Moscovici (2012) va más allá de tratar de describir, analizar y comprender un objeto social dado, trata de comprender a los seres humanos en la amplitud del contexto social. Establece que uno de los postulados de la teoría y el concepto de representaciones sociales es que el elemento social es algo que lo constituye y no un ente disociado. Lo social no determinante a la persona, más aún es parte de ella. El ser humano es esencialmente social.

Transponiendo la idea de la teoría de las representaciones sociales al campo de la salud mental, no es posible dejar de reconocer la aproximación de las representaciones sobre otros conocimientos, verificando, especial y específicamente en este trabajo, la importancia del equipo multidisciplinario en el tratamiento de enfermedades mentales y en el sesgo de las políticas públicas para enfrentar el problema social de la reinserción del sujeto en angustia psicológica en su entorno.

Puede destacarse, a partir del análisis de este estudio, que en el campo de la salud las representaciones sociales son útiles, ya que aportan conocimiento en los estudios sobre la comprensión del proceso de salud-enfermedad, y permiten realizar investigaciones dentro de la actuación profesional.

El conocimiento de las representaciones sociales ayuda al profesional a comprender sus relaciones con otras profesiones de la salud, su inserción en el mercado laboral, la dinámica de sus prácticas terapéuticas, entre otros aspectos de la profesión. Significa tener una mirada plural al singular.

CONCLUSÕES

En este artículo se entiende que en todos los tiempos las representaciones sociales de la locura estuvieron asociadas al estigma del desacuerdo sujeto y normas sociales. Dicho de otro modo, locos son aquellos que no se comportan conforme a las normas sociales impuestas.

Los enfermos mentales siempre han sido segregados en nombre de la paz, del orden social, la ciencia y las promesas de curación. Este es un proceso largo que elimina la condición de ciudadanía del loco, así como su posibilidad de conquistar un lugar social, relegándolo si no solo a un lugar de exclusión, un lugar de un ser olvidado.

La cualificación del loco como desviador de las reglas y de la lógica que supuestamente constituyen los fundamentos de toda sociedad está profundamente arraigada en todas las sociedades. Se trata de la gran coartada para la exclusión de estos individuos. Entre los descubrimientos de Jodelet (1989) consta esta negación que baja el loco y reduce su importancia social. A fin de comprender mejor las representaciones sociales de la locura y la importancia que el contexto tiene en su formación adquiere relevancia una reanudación histórica en sus sistemas de construcción, pues para Moscovici (2012) el conocimiento de la realidad es siempre mediado por procesos representacionales y enunciativos.

Dado este camino teórico presentado, la presente investigación buscó colaborar en la construcción de nuevos pensamientos y transformaciones en el campo de la salud mental, una construcción de conocimiento que influye en las prácticas profesionales y el conocimiento socialmente elaborado y compartido sobre la locura y su proceso de rehabilitación psicosocial.

La comprensión de este tema es de gran relevancia para la sociedad, ya que conlleva desafíos de ciudadanía de la persona en sufrimiento psicológico, lo que implica no solo el reconocimiento de los derechos o la protección de su subjetividad, donde tu locura no implica imposibilidades en la vida social. Del mismo que la mirada hacia el profesional de la salud posibilita a la vez su autocuidado en el campo de la salud mental (Losada y Marmo, 2020).

Es imperativo el desarrollo a modo de futura línea de investigación, la necesidad de analizar otros aspectos que forman parte de la rutina de los profesionales en el desarrollo de servicios de salud mental. El estudio de los aspectos de los partidos políticos y las inversiones técnico-profesionales no fueron objeto de investigación en este trabajo, aunque surgieron cuestiones de esta naturaleza durante el desarrollo de las entrevistas. Otro aspecto observado durante el análisis de datos fue el reflejo negativo de la baja remuneración en la rutina laboral de esos profesionales. La relación entre la falta de estructura física y el buen desempeño de las actividades en los espacios CAPS,

también fue relevante y puede ser objeto de futuros estudios. En vista de los posibles estados de enfermedad de la sociedad, es relevante reforzar las políticas públicas relacionadas con la capacitación de profesionales de la salud mental, a fin de obtener una visión científica y no más arcaica de ellos para tratar las enfermedades sometidas a su cuidado. Por lo tanto, debe pensar en el proceso y la expansión del conocimiento, a través de la capacitación continua de estos profesionales, para mejorar el desempeño en el área de la salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira y D. C. de Oliveira. (Eds.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 27-38). AB.
- Arruda, A. (2002). Subjetividade, mudanças e representações sociais. In Furtado, O. y Gonzáles Rey, F. (Eds.). *Por uma epistemologia da subjetividade: um debate entre a teoria sócio-histórica e a teoria das representações sociais* (pp. 65-75). Casa do psicólogo.
- Bacon, S. L., Baro, S., Barreira, I., Caravello, J. C., Caruso, J. M., Filippa, N. L., Gastaldo, Z. G., Gomez Jimenez, C., Grañana, N., Lavoix, K. L., Losada, A. V., Muñoz, M. A., Nogueira Da Silva, A. C., Peláez, S., Peralta, M. C., Peralta, M. F., Perez A. R., Perez, A. R., Roma, M. C., Sorbara, S. E., Taliercio, A. E y De Souza Godinho, S. (2020). Representaciones de las medidas gubernamentales en el contexto del COVID19. *Revista Digital Prospectivas en Psicología*, 5 (1), 15-24.
- Bock, A. M. B. (2002). *Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia*. São Paulo: Saraiva.
- Camargo, B. V., y Justo, Ana Maria. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518.
- Castro, M. R.; Ferreira, G.; Gonzalez, W. (2013). *Metodologia da pesquisa em Educação*. Rio de Janeiro: Marsupial.
- Foucault, M. (1975). *Doença mental e psicologia*. Traduzido por Lilian Rose Shalders. Título original: *Maladie mentale et psychologie* (Presses Universitaires de France). Tempo Brasileiro.
- Jacques, M. G. (2001). *Psicologia Social Contemporânea*. Vozes.
- Jodelet, D. (1989). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.), *As representações sociais* (L. Ulup, trad., pp. 17-44). Ed. UERJ.
- Kodato, S. (2016). Theoretical Studies. *Psicologia Social e Representações Sociais: Uma Aproximação Histórica*, USP-FFCLRP, 8, 2.
- Lahlou, S. (2012). Text mining methods: An answer to Chartier and Meunier. *Papers on Social Representations*, 20(38),1-7.
- Lopes, F. C., (2008). Loucura e cultura. Foucault, Michel. *Doença Mental e psicologia*. Disponible: <https://www.webartigos.com/artigos/loucura-e-cultura/10325/>.
- Losada, A. V. (2014). Uso en investigación y psicoterapia del consentimiento informado. In B, Kerman, y M. Ceberio (Comp.), *En búsqueda de las ciencias de la mente: investigación en Psicología sistémica, cognitiva y neurocientífica* (pp. 159-167). Ediciones Universidad de Flores.
- Losada, A. V., y Marmo, J. (2020). El cuidado de quienes cuidan: Miembros de Equipos de Atención de Violencia Familiar. *Revista Psicología Unemi*, 4(6), 8-19.

- Matias, K. D. (2015). A loucura na idade média: Ensaio sobre algumas representações. In *Dissertação de mestrado em história*, na área de especialização de história da idade média.
- Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Vozes.
- Pacheco, M. I. P. (2001). A sociedade civil em parceria com a universidade. In: Santos, G. A. (Org). *Universidade, formação e cidadania*. Cortez.
- Pelbart, P. P. (1989). *Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão*. Brasiliense.
- Rivela, C. V., y Losada, A. V. (2021). Representaciones Sociales en Organizaciones de Seguridad. Rol e Influencia en el Sentido de Vida. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 6, 1-34. <https://doi.org/10.32351/rca.v6.218>.
- Vala, J. (1993). Representações sociais - para uma psicologia social do pensamento social. Em J. Vala y M.B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia Social*. Fundação Calouste Gulbenkian.