

Comunicação, Saúde Mental e Princípios do SUS: uma proposta para romper o silêncio e a invisibilidade¹

Carla Costa GARCIA²
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ

Resumo

Atualmente, 23 milhões de brasileiros já foram diagnosticados com um transtorno mental ou de comportamento, sendo que 6 milhões são portadores de distúrbios graves ou persistentes, pessoas que além de lidar com as limitações trazidas pela doença, precisam conviver com o estigma, a exclusão social e o silenciamento no processo comunicativo. Diante desse quadro, o presente trabalho visa traçar o percurso histórico de construção social da invisibilidade desses sujeitos e levantar questões sobre a possibilidade da Comunicação, se alinhada aos Princípios do SUS, poder favorecer melhores condições para que eles se façam ver, se façam ouvir e se façam crer, disputando melhores posições nos espaços simbólicos de construção dos sentidos da saúde e dos direitos humanos.

Palavras-chave: Comunicação e Saúde; Saúde Mental; SUS; Invisibilidade social

Neurose, psicose ou psicopatia há muito tempo deixaram de ser apenas classificações de transtornos mentais e de comportamento. Nos últimos anos, elas foram disseminadas e conquistaram lugar de honra no senso comum, onde servem para nomear os tipos de “loucura” que consomem a sociedade contemporânea, marcada pela pressa e competitividade e na qual as idas aos terapeutas e o uso de ansiolíticos ou antidepressivos tornam-se cada vez mais comuns, mesmo sendo, muitas vezes, desnecessários. Sua utilização tornou-se tão corriqueira que o vocabulário da psiquiatria foi transformado em metáfora para desqualificar situações relatadas ou ainda é visto como a justificativa para atos irracionais ou violentos (GARCIA, 2012).

Em tempos em que a medicina e, em especial, a psiquiatria substitui as explicações religiosas para comportamentos considerados “anormais”, 23 milhões de brasileiros já foram diagnosticados com algum transtorno mental e de comportamento, sendo que destes 5 milhões apresentaram distúrbios graves e persistentes, as chamadas psicoses. Sujeitos que, por vezes, são incapazes de diferenciar o real e o imaginário (ROMERO, 1994) e por apresentarem comportamentos que contrariam as normas e geram “sofrimento e interferências com funções sociais” (OMS, 1993, p.5), dificultando relacionamentos

¹ Trabalho apresentado no GP Comunicação, Ciência, Meio Ambiente e Sociedade do XIII Encontro dos Grupos de Pesquisas em Comunicação, evento componente do XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação.

² Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde do ICICT-FIOCRUZ, email: carlac.garcia@uol.com.br

interpessoais, acabam rotulados como loucos, alienados e são estigmatizados; por consequência, excluídos e silenciados no meio social e negligenciados pela comunicação.

O negligenciamento da saúde mental na sociedade brasileira é tão grande, que faltam até mesmo dados epidemiológicos amplos e unificados capazes de nos dizer quem são seus portadores, do que eles sofrem, qual o seu perfil etc. Diante de tamanha invisibilidade, a comunicação também exclui de seu processo de produção, circulação e apropriação o papel e a voz desses sujeitos, indesejados pela sociedade, negligenciados pela saúde e invisíveis na prática comunicacional. Mas, ainda que essa realidade aponte para o esquecimento ou apagamento social desses indivíduos, anualmente milhões de pessoas são diagnosticadas e inseridas na categoria de portadores de transtornos mentais, processo cada vez mais evidente em um período em que a doença mental ganha status de epidemia global. Se hoje sabe-se que mais de 10% da população brasileira convive com algum desses transtornos, a perspectiva é que as estatísticas sejam alteradas, devido ao lançamento, em maio deste ano, da nova revisão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) da Associação Americana de Psiquiatria (APA). O manual é considerado a obra mais influente na área de psiquiatria contemporânea (WANG, 2011) e foi estabelecido como referência para a definição de transtornos mentais e na condução do tratamento e pesquisas. O DSM-5 pode ocasionar o aumento da prescrição de antipsicóticos e a redução da normalidade, visto que quase todos apresentarão sintomas que os incluem em alguns dos distúrbios por ele listados (FREITAS; AMARANTE, 2012).

A ampliação da doença mental tende a elevar também o estigma contra seus portadores, uma vez que a ciência lista sintomas e os classifica, mas ainda não foi capaz de explicar o que são os transtornos ou quais suas causas, que podem ser descritas por quatro correntes científicas distintas - organicismo, psicanálise, comportamentalismo ou existencialismo - ou talvez pela soma de todas elas. Entretanto, se a ciência classifica novos comportamentos sintomáticos, mas não é capaz de explicá-los, o conhecimento popular e as representações sociais ganham espaço e se apropriam da construção histórica da loucura, ampliando o preconceito e a exclusão social de seu portador - pessoas que além de lidar com as limitações impostas pela doença sobre seu organismo, também precisam conviver com o silenciamento e a decorrente invisibilidade social; convivem cotidianamente com a impossibilidade de se fazerem ver, se fazerem ouvir e se fazerem crer, disputando assim – como indivíduos e como grupo – melhores posições nos espaços simbólicos de construção dos sentidos da saúde e dos direitos humanos, tão afetado pelas práticas de comunicação. “Deixamos de considerá-lo pessoa comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e

diminuída.” (GOFFMAN, 1982, p.12). Redução que no caso da saúde mental, ou melhor, do que se caracterizaria por sua ausência, impôs ao “louco” a condição de “não pessoa” e, como tal, um excluído, alguém de quem eventualmente se fala sobre, mas raramente se fala com, se permite uma interlocução.

Diante desse contexto, o presente *paper* visa encontrar, por meio de revisão bibliográfica, os sentidos/imagens atribuídos a esses milhões de brasileiros portadores de transtornos mentais, traçando o percurso histórico de construção social da invisibilidade do “louco”, que permitiu o seu silenciamento/ exclusão no mercado simbólico da comunicação. E, sob a ótica da Comunicação e Saúde, levantar e propor questões sobre como a Comunicação pode ser um espaço e um caminho para dar visibilidade e poder simbólico a esses sujeitos “invisíveis” em nossa sociedade; como condição de possibilidade para isto, percebemos a necessidade de uma comunicação pautada pela Universalidade, Equidade e Integralidade, princípios doutrinários de nosso Sistema Único de Saúde, o SUS.

A Comunicação, a construção da realidade e o mercado simbólico

A Comunicação “é o processo de produzir, fazer circular e consumir os sentidos sociais, que se manifestam por meio dos discursos” (ARAÚJO, 2004, p.167). Discursos que são espaços de construção de sentidos, ou seja, da realidade (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). É a comunicação então, vista por este enfoque que caracteriza um mercado simbólico, que promove a circulação e a apropriação dos sentidos que por séculos criam, atualizam e reforçam o estigma sobre os sujeitos com psicoses, mantendo sua condição de exclusão social.

Araújo e Cardoso (2007) afirmam que o sentido tem atributos de pluralidade e dinamismo, estando em permanente construção. Desse modo, a comunicação é o lugar de consolidação ou mudança dos sentidos. No tema específico que abordamos, seria o lugar de consolidação do estigma (visibilidade ao avesso) ou de criação de possibilidades dos sujeitos da saúde mental de se expressarem e serem levados em consideração. Assim, sairiam de uma posição absolutamente periférica para outra com um pouco mais de poder para propor e fazer circular seus próprios sentidos sobre si, sobre os discursos e as práticas de saúde mental e sobre a vida e o mundo. Teriam mais poder de se fazer ver e se fazer crer. Estamos falando de poder simbólico (Bourdieu, 1989), perspectiva que Araujo aplicou à comunicação no campo das políticas públicas, afirmando que

A comunicação opera ao modo de um mercado, onde os sentidos sociais – bens simbólicos – são produzidos, circulam e são consumidos. As pessoas e comunidades discursivas que participam desse mercado negociam sua mercadoria – seu próprio modo de perceber, classificar e intervir sobre o mundo e a sociedade – em busca de poder simbólico, o poder de constituir a realidade (ARAÚJO, 2003, p.167)

O modelo do mercado simbólico pensa a comunicação a partir de uma rede, “um tecido formado por muitos fios” (ARAÚJO, CARDOSO, 2007, p.63), que correspondem a vozes sociais e circulam em diversas direções, “conduzindo múltiplos discursos, ideias, propostas, opiniões, saberes e sentimentos... Essa rede é operada por interlocutores, que produzem e fazem circular seus discursos, ao mesmo tempo em que se apropriam de outros discursos circulantes.” (ARAÚJO, CARDOSO, 2007, p.63)

Neste mercado, cada pessoa participa por inteiro do circuito produtivo que caracteriza a prática comunicativa, que é produto da articulação de vários contextos como textual, intertextual, existencial e situacional. “Os interlocutores são localizados nos nós de cada rede, significando que cada interlocutor é, simultaneamente, agente e espaço de negociação dos sentidos” (ARAÚJO, 2004, p.171). As condições de negociação são desiguais, pelo fato de que as pessoas ocupam posições diferenciadas, localizadas entre o centro e a periferia discursivos, posições que lhe atribuem maior ou menor poder de negociação nesse mercado simbólico, que é estruturado pelos interesses em jogo. São as relações de poder e desigualdade que determinam o lugar a ser ocupado por cada interlocutor desse mercado, determinando, inclusive, o que pode ser dito em cada ocasião e lugar e quem tem o direito a voz ou deve ser silenciado, como é o caso da loucura. “O mercado simbólico é um mercado de desiguais e a negociação que nele se processa tem o caráter de luta por posições de poder discursivo” (p.168).

É com essa perspectiva sobre a comunicação, que põe em cena a formação dos sentidos sociais, portanto o modo de ação das pessoas sobre o mundo, realçando o seu lugar e suas condições de interlocução, que olhamos para os sentidos sociais que, ao longo dos séculos e ainda hoje, determinam o silenciamento/ invisibilidade do portador de transtornos mentais.

As versões produzidas e partilhadas socialmente e a comunicação

Representação Social é uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada (JODELET, 2001). Ela atua ativamente na construção da realidade social, mas também é por ela construída. Cabe a ela, estabelecer e dividir conceitos, sentidos, mitos e

crenças sobre um determinado tema como a saúde mental, temática que antes mesmo de ser inserida no contexto médico já apresentava significação predominantemente negativa.

Romero (1994, p.71) defende que o entendimento da “realidade” está impregnado de valores interiorizados e expressos por meio de atitudes e afetos, que operam como crenças. “Valores, afetos e crenças constituem o substrato subjetivo do indivíduo. E são a matéria-prima das representações que se faz da realidade: são sua visão de mundo.” Desse modo, as representações sociais são inseparáveis da cultura, da memória social e do contexto histórico em que se formam e no qual são corroboradas como versões socialmente partilhadas (senso comum), ou seja, os sentidos que são produzidos, circulados e apropriados por meio de processos comunicativos. Elas são capazes de categorizar e distinguir entre o normal e o anormal, o certo e o errado, o são e o doente e estabelecer os padrões de como a sociedade deve agir em relação aos sujeitos enquadrados em cada uma dessas categorias.

A noção da loucura como representação geral dos transtornos e o processo de silenciamento dos sujeitos da saúde mental

A representação social mais usada para definir os transtornos mentais e de comportamento na sociedade ocidental é a loucura. Foi a partir dela e de seus significantes que portadores de neuroses e psicoses foram representados e tiveram seus papéis e lugares delimitados em meio à coletividade. No campo epistemológico, sua construção histórica foi determinada a partir de dois importantes fatores, a negação do “diferente” e o internamento (FOUCAULT, 1978).

Desde a Idade Média, pessoas consideradas “estranhas”, por não comungarem os valores ou crenças dominantes, foram vistas como ameaças, seja à ordem, à moral ou até mesmo ao bom funcionamento da sociedade. A esses indivíduos, que séculos depois seriam denominados loucos, foi negado o convívio social e, por isso foram perseguidos, expulsos da cidade até que, por fim, acabaram confinados (internados) nos antigos leprosários – que com o fim da doença estavam ociosos à busca de novos moradores.

O internamento teve como objetivo ‘calar a ameaça’, protegendo a sociedade das pessoas que para lá foram mandadas. Ainda assim, suas implicações eram amplas, tendo possibilitado o nascimento de formulações de imagens sobre a loucura, assim como sua introdução no campo médico-científico com o estabelecimento da Psiquiatria e, posteriormente, sua contestação e o movimento por seu fim (GARCIA, 2012, p.82)

A negação do “diferente” e o internamento: construtores históricos dos sentidos da loucura e de seu silenciamento

Enquanto cientistas, médicos e psicólogos buscam delimitar sintomas que caracterizem esse estado não habitual que condicionou-se adjetivar de loucura, no meio popular o senso comum utiliza como critério para classificá-la o binômio normalidade/anormalidade. Conceitos relativos, que se estabelecem a partir das normas básicas de convivência adotadas e seguidas pela maioria da população, de forma que a normalidade seria caracterizada como um ajuste ao padrão dominante estabelecido ou exigido pelos valores e ditames sociais do meio em que a pessoa está inserida. A transgressão das normas faz com que o sujeito seja visto como o “outro”, o “estranho”, um ser desadaptado e por isso, seja censurado por isolamento ou repúdio declarado. “O indivíduo que difere de seus semelhantes, que perturba ou escandaliza a família ou a sociedade, é muitas vezes condenado como insano” (SZASZ, 1984, p.21). Foucault (1978) defende que sempre foi fácil identificar o louco, uma vez que ele sempre foi “o outro em relação aos outros: o outro – no sentido da exceção – entre os outros – no sentido universal” (p.202).

A censura e o repúdio ao “outro” justifica-se pelo fato dele ser visto como ameaça. Algo com o qual não se pode mostrar indiferente e que “mobiliza medo, atenção e uma atividade cognitiva para compreendê-lo, dominá-lo e dele se defender” (JODELET, 2001, p.21). Foi em função do medo e do enquadramento do “outro” na categoria de ameaça que desde a Idade Média, pessoas cujo comportamento era considerado divergente daquele adotado pela maioria da sociedade foram estigmatizadas e excluídas do tecido social. Nesse período, o papel de ameaça foi representado pelas feiticeiras, que foram perseguidas pela Igreja por prática da heresia (SZASZ, 1984). Por não compartilharem as normas sociais, acabaram vistas como resultado de ações demoníacas e como punição eram queimadas nas fogueiras da inquisição.

Em *História da Loucura*, Foucault conta a história do gesto que exclui e separa a razão da falta de razão. Seus relatos iniciam-se no final da Idade Média, no século XV, com a figura de uma loucura errante, peregrina e indesejada. Os loucos, que ainda eram poucos em quantidade, permaneciam nas cidades por um curto espaço de tempo, até que fossem expulsos e encaminhados à próxima Nau dos Loucos – embarcações cujos barqueiros eram confiados de levá-los para longe.

A loucura era vista como o questionamento dos padrões sociais, uma crítica à moral e um meio capaz de lembrar as verdades dos anseios e fraquezas humanas. Esse louco, portador de verdades que o homem clássico não estava disposto a ouvir e de atitudes de liberdade que contrariavam a “normalidade” estipulada, cresceu em quantidade, de modo que as Naus não mais eram capazes de retirá-los do tecido social. Com isso, a loucura “vai ser

reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força” (FOUCAULT, 1978, p.52), ou seja, o internamento compulsório de pessoas rotuladas como loucas.

Foucault (1978) afirma que para compreender a experiência de construção da loucura é preciso refazer a história do internamento, grande responsável por mudar a figura do louco, seja ao dominar a loucura pela força e isolamento ou por instituir novas imagens que a ligaram ao pecado, à culpabilidade e permitiram a constituição da visão da loucura como atentado à moralidade. À imagem do louco também se acrescentava a animalidade, o furor e a violência, de modo que ele era aproximado ao crime, à desordem e ao escândalo. Como consequência, foi bestializado e obrigado a viver em espécies de jaulas ou zoológicos, o que sugere “que o doente é sujo e que a doença mental também se acompanha de dejetos, de ausência de controle de esfíncteres, de violência e de incapacidade de respeitar as normas vigentes” (MOSCOVICI, 2005, p.15).

Denise Jodelet (2005), por sua vez, comprovou essa crença ao estudar na década de 1970 como os moradores da comunidade francesa de Ainay-le-Château enxergavam seus hóspedes. Comunidade esta que desde o início do século XX foi transformada em Colônia Familiar, um estabelecimento para o tratamento de doentes mentais no qual eles não são encarcerados em hospitais, mas vivem com as famílias da cidade e são integrados no tecido social. Lá existiam mais de mil pacientes instalados em 500 lares, nos quais “havia por parte de muitos dos hospedeiros o medo do contato” (p.70), que só aceitavam hospedar os doentes desde que fossem em quartos do lado de fora da casa e não misturavam suas roupas ou louças às dos integrantes da família, por acreditarem que a loucura seria transmitida por meio do suor e da saliva (p.316).

O internamento enquanto espaço de medicalização e segregação social

Diante do medo de que a alquimia da loucura e dos poderes por ela formados pudessem contaminar a sociedade, o médico foi convocado a participar do mundo do internamento. Não com o objetivo da cura, mas para agir “como um *guardião*, a fim de proteger os outros do perigo confuso que transpirava através dos muros do internamento” (FOUCAULT, 1978, p.391). Ao médico bastava ser o censor e ao internamento, segregar o louco do resto da sociedade, que assim estaria protegida dos perigos da loucura, que agora só dividia espaço com os criminosos. E cujas crises eram combatidas por meio do tratamento moral constituído pelo uso de castigos e repressão.

Ainda que sua entrada tivesse apenas o propósito de proteger a sociedade dos perigos atribuídos à loucura, esse fato e, em especial, o internamento possibilitaram que o conhecimento médico fosse a ela atribuído. Foi naquele espaço exclusivo do louco, no qual

ele era excluído, mas também deveria ser assistido, que a loucura foi, de fato, instituída como doença, compreendida como tal e, conseqüentemente, digna de tratamentos.

Tratamentos que eram constituídos a partir de três princípios: **silêncio**, reconhecimento pelo espelho e julgamento perpétuo. Sendo que o primeiro consistia na não existência de uma língua comum entre a razão e a loucura e, por isso, ao médico não cabia dialogar com o paciente. Esse movimento libertou o louco das correntes, mas o aprisionou o ao mundo moral – característica mantida pela instituição até que fosse realizada a Reforma Psiquiátrica (GARCIA, 2012).

Caem os muros do internamento, mas e o silenciamento do louco?

O movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil firmou-se nas décadas de 1970 e 1980, durante a luta pela redemocratização do país. Entretanto, ela só se tornou real em 2001, com a aprovação da Lei 10.216/2001, que mudou o tratamento dispensado aos portadores de distúrbios mentais, ao propor que “as políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em ‘rede’, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade e atores sociais envolvidos” (AMARANTE, 2007, p.86). Com isso, os manicômios estão sendo progressivamente fechados e Centros de Atendimento Psicossocial (CAPs) criados em todo o país a fim de prestar atendimento a esses sujeitos.

A Reforma Psiquiátrica devolveu os portadores de transtornos mentais ao tecido social, porém, junto com eles reinseriu o medo derivado da loucura na sociedade. Um medo que varia desde o desconforto de conviver com pessoas cujo imaginário associavam à fúria, à animalidade e à irresponsabilidade, até o pânico de, por viverem lado a lado, serem vistos como iguais (JODELET, 2005, p.334). Com isso, reforça-se o estigma sobre seus portadores, ou seja, a “situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena” (GOFFMAN, 1982, p.7).

Esses sujeitos ainda são vistos genericamente como loucos e sua imagem continua a ser associada às ideias de medo, à periculosidade social, à imprevisibilidade e à incurabilidade (LOUREIRO et al., 2008) o que reforça a tendência de evitar o contato com eles. “Percebe-se que o fato de ser doente mental faz diferença, uma vez que a doença mental é considerada como diferente das demais [enfermidades] e o indivíduo acometido é visto como alguém que não *está* apenas doente, mas que *é* doente” (MACIEL et al., 2011, p.203). Pois o mal mental é algo distinto, que “não se articula ao sujeito pelo ‘ter’ mas pelo ‘ser’” (JODELET, 2005, p.207) e esse sentido os mantém permanentemente na condição de loucos. De modo que, se esse sujeitos da saúde mental seguem vistos como loucos, a eles continua sendo omitido o direito de inserir-se socialmente e a possibilidade de ser um interlocutor no

mercado simbólico que sobre o qual opera a comunicação e que produz, faz circular e permite a apropriação dos sentidos sociais, inclusive sobre si próprio, sua doença, condição de saúde e cuidados.

O silenciamento dos sujeitos da saúde mental em nossa sociedade é corroborado por nosso sistema judiciário, que baseia-se na representação de que por estar afastado da razão, o louco não é capaz de controlar seus atos (FOUCAULT, 1978) e, por isso, não pode responder por suas ações, mas por apresentar a tendência de cometê-las “sem querer” deve ficar enclausurado. A partir do Código Penal de 1940 (cujo artigo foi atualizado em 1984) estabeleceu-se leis específicas e tratamento diferenciado aos criminosos com distúrbios mentais. Pela legislação, eles são perigosos, porém inimputáveis. Um portador que comete um crime não pode ser considerado responsável por ele, pois, segundo o artigo 22, ele é “inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento” (SOUZA, 1980, p.43). Portanto, estabeleceu-se na justiça duas formas distintas de julgar e punir os criminosos, a pena e a medida de segurança.

A classificação dessas pessoas como irresponsáveis por seus atos, entretanto perigosas, as vinculou à violência e ampliou seu isolamento na sociedade. Fato confirmado por Garcia (2011) ao avaliar a cobertura da mídia televisiva nacional sobre o Massacre de Realengo³. A fim de explicar o ato que provocou grande comoção nacional, os jornais Nacional (Globo) e da Record, apropriaram-se das representações sociais da loucura e respaldaram-se na fala de psiquiatras, psicólogos e familiares a fim de traçar um perfil do assassino, diagnosticando-o como psicótico (mesmo que o laudo oficial garanta que não é possível precisar se ele era ou não doente mental) e assim compreender o porquê do crime.

Os sujeitos da saúde mental na Folha de S.Paulo

Essas imagens e o silenciamento do sujeito da saúde mental também se refletem na mídia. Foi isso que comprovou Garcia (2012) ao analisar as imagens dos transtornos mentais e de comportamento e de seus personagens na *Folha de S.Paulo*, em 2009. Ano em que o jornal veiculou 366 notícias que falavam sobre ou citavam os transtornos mentais e de comportamento e seus personagens. Dentre elas, havia textos que os exploravam enquanto ciência, como opinião, metáfora para desqualificar as situações relatadas ou ainda relatavam histórias de pessoas que são ou alegavam ser portadores de distúrbios mentais. Deste total,

³ Assassinato de 12 estudantes ocorrido no dia 7 de abril de 2011 numa escola municipal em Realengo, Rio de Janeiro

em apenas 138 (37,7%) havia a presença do personagem, sujeito que vive com algum desses tipos de transtornos (GARCIA, 2012).

Das 107 matérias que se referiam ou divulgavam um achado, pesquisa ou acontecimento científico que interferem sobre ou contribuem com os portadores dos distúrbios mentais em somente 20 textos (18,7%) havia personagem. Em 66 ouviram-se fontes, seja para exemplificar o transtorno ou a pesquisa divulgada e, em especial, para explicá-los. Dentre elas, notou-se o amplo predomínio dos expertises – profissionais da área da saúde e, em especial, pesquisadores e docentes de grandes universidades nacionais ou internacionais. Já o sujeito - portadores e familiares –, pessoas que convivem com distúrbios, tomam os medicamentos e praticam as técnicas descritas nos estudos que originam as notícias, são relegados e têm sua importância – que é a vivencial – diminuída e acabam relegados a função de anedotas – exemplos da situação relatada. Somente em três textos, eles atuam como especialistas, por sua vivência e conhecimento prático sobre o tema e em outros dois são o destaque da notícia, que usa o pesquisador como fonte secundária apenas para corroborar e dar dados técnicos da história contada (GARCIA, 2012).

Já em relação às notícias que falavam de um personagem, em 49 (81,7%) há a opinião das fontes. Entretanto, médicos e cientistas foram minimizados diante da voz de outras figuras que melhor encaixam-se na temática – que tende a abordar o portador por cometer ou ser suspeito de atos violentos -, como advogados, policiais e promotores. Raramente, o personagem foi a única fonte da matéria, o que só ocorreu quando era uma personalidade ou alguém de renome, artistas como Deborah Secco e Roberto Carlos, o jogador de futebol Adriano, entre outros. Em casos em que o portador é desconhecido ou acusado de cometer um ato de violência, irracionalidade ou atentados à sua própria vida (suicídio), sua palavra, quando ouvida – aqui vale ressaltar que muitas vezes eles são substituídos por advogados de defesa, amigos e familiares – é contrastada com a de alguma outra autoridade – da justiça ou de saúde.

Portanto, os números nos mostram que a *Folha* fala sobre eles, entretanto, o faz sem ouvi-los, ou seja, sem reconhecer a sua voz, a sua vivência e seu papel de interlocutor no processo de produção, circulação e apropriação da comunicação. Ato que talvez se justifique pelos sentidos atribuídos pelo jornal aos transtornos e a seus personagens, nos quais a ciência é sempre a protagonista e caminho para a cura, enquanto o sujeito é o *incapaz, aquele sofre e causa sofrimento e um ser capaz de praticar um ato de violência contra sua própria vida ou de alguém próximo, visto que ele porta uma loucura que o limita, o incapacita e o paralisa,*

tornando-o irracional e incapaz de distinguir certo e errado, realidade e ficção. (GARCIA, 2012).

Uma proposta de comunicação pautada pela universalidade e ativada pela participação: a vez e a voz do sujeito

No mercado simbólico da saúde mental muitas são as vozes que atuam na produção, circulação e apropriação dos sentidos sociais sobre os transtornos, suas origens, tratamento e, em especial, sobre o lugar ocupado pelo portador na sociedade e também no processo comunicativo. A indústria farmacêutica, os manuais de classificação das doenças mentais como o DSM-5 e o CID-10, as universidades e institutos de pesquisa, o Ministério da Saúde e sua rede de atenção e assistência, os hospitais privados e até mesmo o Ministério da Justiça são interlocutores desse mercado. Mas e o sujeito, qual o papel que a ele é oferecido?

Excluído social e visto como irracional e incapaz, raramente ele tem voz neste mercado, ainda que seja o maior afetado por ele. Por isso, para alterar essa situação é preciso que os princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação) sejam seguidos não apenas para garantir o atendimento à sua saúde, mas também na comunicação a fim de alterar a desigualdade, tirá-lo da invisibilidade e dar-lhe poder simbólico. Desse modo, diferentemente do que se vê nos sentidos sociais sobre a saúde mental ou ainda no conteúdo midiático sobre ela, defendemos a comunicação como recurso para tirar os sujeitos da saúde mental de um silenciamento secular e dar a eles a possibilidade de participar do mercado simbólico, ou seja, de se fazer ver e crer e desfrutar da verdadeira cidadania, é definida por Coutinho (2005) como sendo a capacidade conquistada pelos indivíduos de se apropriar dos bens socialmente criados e atualizar as potencialidades de realização humana abertas pela vida social. É como cidadão que a comunicação, no campo da saúde, deve tratá-los, o que será possível se ela pautar-se sobretudo pela universalidade, equidade, integralidade e participação.

No campo da saúde, a comunicação não se dissocia da noção de direito, é dirigida ao 'cidadão', objetiva o aperfeiçoamento de um sistema público de saúde em todas as suas dimensões e a participação efetiva das pessoas na construção dessa possibilidade. Em consequência, não se pode limitar a ter a persuasão como estratégia, nem trabalhar apenas com a ideia de divulgação: o objetivo deve ser, minimamente, estabelecer um debate público sobre temas de interesse e garantir às pessoas informações suficientes para a ampliação de sua participação cidadã nas políticas de saúde (ARAUJO; CARDOSO, 2007, p.61)

A noção de universalidade na comunicação nos remete ao discurso da democratização e “se expressa na reivindicação pelo acesso ampliado e facilitado às informações necessárias para o exercício do controle social” (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p.62). Entretanto, vai além do direito ao acesso a informações e diz respeito à pessoa ser não apenas receptor, mas um interlocutor no processo comunicativo, ou seja, alguém que participa e é levado em conta como tendo algo a dizer e quer ser escutado e considerado. “Isto implica, de um lado, no acesso aos meios, canais e espaços de fato e, de outro, na existência de canais e espaços de escuta” (p.62), remetendo à ideia de apropriação, em tornar algo próprio, o que requer códigos e também meios adequados aos destinatários.

Em uma comunicação universal há polifonia social, ou seja, muitas vozes participam da construção dos sentidos a serem circulados e apropriados, inclusive por elas próprias. No caso da saúde mental, tanto as vozes da ciência quanto da sociedade participaram do processo de construção de seus sentidos, entretanto, ao portador ainda é negado este direito. Portanto, para uma comunicação universal é preciso que a ele seja dado a voz para que possa se fazer ver e se fazer crer neste mercado simbólico.

Dar voz significa tratar diferente os desiguais, ou seja, atender as pessoas a partir de suas necessidades, seus contextos específicos. Isso corresponde ao princípio da equidade, garantindo o respeito à diversidade e a contextualização como pré-requisito para se fazer comunicação (ARAÚJO; CARDOSO, 2005). A partir dessa noção, conclui-se que a comunicação que se faz para os casos de dengue, por exemplo, não pode ser a mesma para os portadores de transtornos mentais, visto que além de serem estigmatizados e considerados incapazes, têm inúmeras particularidades impostas por sua condição clínica.

O conceito de equidade também requer a possibilidade de fazer circular os sentidos que se encontram restringidos e dominados pelos discursos mais diversos de forma mais ampla, construindo uma nova forma de produzir sentidos na sociedade. Essa possibilidade inevitavelmente exige luta contra interesses que mantiveram ativa os discursos estigmatizantes; luta para reduzir a desigualdade de poder simbólico. Ou seja, mais do que ser interlocutor, a equidade pressupõe a possibilidade do sujeito da saúde mental lutar para obter maior poder simbólico e ocupar uma posição menos periférica no mercado que produz e circula os sentidos sociais sobre ele e seu transtorno.

Os lugares de interlocução, por sua vez, são determinados pelo contexto e aí está a grande dificuldade em fazer uma comunicação equitativa, visto que se desconhece a realidade da população, restringe-se à noção de perfil, que no caso da saúde mental é até inexistente. Os sistemas de informações epidemiológicos sobre eles não existem ou são

fragmentados e inacessíveis. Desarticulação e fragmentação seguem na contramão do princípio da integralidade, que visa articulação e continuidade de ações, serviços e até mesmo dados para que se possa atender ao indivíduo como um todo (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). Ou seja, uma comunicação integral deveria incluir o interlocutor como um todo, com suas necessidades, interesses e particularidades, sem apelar para generalizações imprecisas e que não correspondem à realidade.

Entretanto, a comunicação ainda segue concentrada nas instituições, que fazem uma comunicação uniformizada para todos. Desde modo, ignora-se a ideia do contexto e os discursos da saúde mental acabam produzidos a partir de uma ciência endeusada e uma indústria farmacêutica que investe milhões em marketing a fim de ampliar a medicalização da sociedade e aumentar o seu lucro. O sujeito pouco é ouvido, apenas em algumas iniciativas fragmentadas de rádios comunitárias ou manifestações artísticas surgidas no contexto e na luta pela Reforma Psiquiátrica e que formam as comunidades discursivas - grupos de pessoas, organizados ou não, que produzem, fazem circular discursos, que neles se reconhecem e são por eles reconhecidos (MAINGUENEAU, 1993; ARAÚJO, 2004).

Por fim, é fundamental ressaltar que o modelo de comunicação que acreditamos ser capaz de superar o silenciamento e a invisibilidade os sujeitos da saúde mental em nossa sociedade deve ter como eixo central a universalidade e a participação. Ele deve considerar o conhecimento que cada uma dessas pessoas tem, suas vivências, opiniões e visões de mundo e desse modo abrir espaço para a interlocução. Do ponto de vista de uma prática comunicativa institucional, isto significa providenciar a oferta de espaços de escuta e de comunicação, que os permitiriam produzir, fazer circular e apropriar-se também dos sentidos simbólicos que constroem a rede dos mercados simbólicos da saúde. Este seria o primeiro e indispensável (e possível) passo no sentido de mudar um condição que, de tão desigual, os impede até de serem considerados cidadãos.

Breves considerações

Tão ou mais importante do que derrubar os muros dos hospitais psiquiátricos é mudar os sentidos que acompanham os sujeitos da saúde mental em nossa sociedade. É dar a essas pessoas o direito a ter voz, permitir que não ocupem apenas o lugar do usuário do SUS ou de clientes dos planos de saúde e da poderosa indústria farmacêutica, mas que se tornem interlocutores, cidadãos, pessoas a quem uma comunicação marcada pela universalidade, equidade, integralidade e participação possa dar o direito a acessar informações, participar do processo de negociação e a se fazer ver e se fazer crer num mercado simbólico menos

desigual e mais equitativo. O meio para torná-la real, acreditamos nós, está na participação, na descentralização e no ato de dar voz a esses sujeitos da saúde mental, ouvir o que essas pessoas rotuladas como incapazes têm a dizer, o que pensam sobre sua situação, como se sentem, o que querem falar e como querem negociar os sentidos sociais sobre ela e a sua condição de saúde. Uma comunicação pautada pelos princípios do SUS e no protagonismo dos sujeitos é o caminho da mudança, da redução de desigualdades e por mais que ela pareça utopia é sobre ela que nos debruçaremos durante o doutorado, no ato de escutar esses sujeitos para, a partir deles, encontrar os contextos e as mediações capazes de permitir-lhes ser interlocutores neste mercado. Pois:

A comunicação que queremos e precisamos para garantir o direito à saúde, nesta nossa sociedade em que a visibilidade é condição de cuidado, necessita, entre outros movimentos, ‘escutar e entender os silêncios, as ausências, amplificar as vozes historicamente abafadas, entender os sentidos clandestinizados por força das estruturas e práticas autoritárias’ (Araújo e Cardoso, 2007). Em outras palavras, necessita promover o reconhecimento daquilo e daqueles que não estão em cena (ARAÚJO, DE LAVOR, AGUIAR, 2012, p.13)

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ARAÚJO, I.S. de. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.8/14, p.165-178, 2003.
- ARAÚJO, I. S. de; CARDOSO, J. M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ARAÚJO, I.S. de; DE LAVOR, A. M.; AGUIAR, R. Comunicação e Negligenciamento: algumas questões em movimento. In: Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 35, 2012, Fortaleza. **Anais eletrônicos...** Fortaleza: Intercom, 2012. Disponível em <<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2012/resumos/R7-1714-1.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2013.
- COUTINHO, C. N. Notas sobre cidadania e modernidade. **Revista Agora**, n. 3. dez. 2005. Disponível em: <<http://www.assistentesocial.com.br/fasciculoatual.html>>. Acesso em 16 jan. 2006.
- FREITAS, F.; AMARANTE, P. Psiquiatrização da vida e o DSM V: desafios para o início do século XXI. **Cebes**, 12 mar. 2012. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=2429&idSubCategoria=56>>. Acesso em: 4 out. 2012.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.
- GARCIA, C.C. Jornalismo Científico, Representações Sociais e Loucura: as justificativas do Massacre de Realengo no Jornal Nacional e no Jornal da Record. In: CONGRESSO DA FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES LUSÓFONAS DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO – LUSOCOM, 9., 2011, São Paulo. **Anais...**, São Paulo, 2011. 1 CD-Rom.

GARCIA, C. C. **Da loucura à ciência:** as imagens e a construção social das notícias sobre os transtornos mentais e de comportamento e seus personagens na *Folha de S.Paulo*. 2012. Dissertação (Mestrado em Comunicação). Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, UNESP, Bauru, 2012.

GOFFMAN, E. **Estigma:** Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

JODELET, D. Representações Sociais: Um Domínio em Expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Editora Uerj, 2001.

JODELET, D. **Loucuras e Representações Sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

LOUREIRO, L.M.J.; DIAS, C.A.A.; ARAGÃO, R.O. Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. **Referência**, Portugal, n. 8, dez. 2008. p. 33-44

MACIEL, S.C. et al. Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 193-204, 2011. Disponível em: <<http://www.sbsonline.org.br/revista2/vol19n1/PDF/v19n1a15.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.

MAINGUENEAU, D. **Novas tendências em análise do discurso**. Campinas: Pontes/UNICAMP, 1993.

MOSCOVICI, S. Prefácio. In: JODELET, D. **Loucuras e Representações Sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

NORONHA, J.C. de; LIMA, L.D. de; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Cebes, 2012.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Coord.). **Classificações de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:** Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ROMERO, E. **O Inquilino do Imaginário:** Formas de alienação e psicopatologia. São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

SOUZA, P. de. **A Revolução dos Loucos**. São Paulo: Global Editora, 1980.

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

WANG, Y.P. O futuro do diagnóstico psiquiátrico no século XXI: a proposta de revisão do DSM. **ComCiência**, n. 123, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/?section=8&edicao=64&id=804>>. Acesso em: 4 out. 2012.