

# CRENÇAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS TÉCNICOS DE SAÚDE MENTAL E SUA INFLUÊNCIA NAS ACTUAIS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

PAULO JOSÉ COSTA

Assistente de Psicologia Clínica do Serviço de Pediatria – CHLP, EPE (Leiria)

*paulojosecosta@gmail.com*

## RESUMO

O presente trabalho pretende assinalar as relações existentes entre as crenças e as representações sociais dos técnicos de saúde mental sobre os doentes com distúrbio psicopatológico e as relações que estas produzem, quer nas expectativas que os técnicos formam relativamente à evolução da desordem, quer na prossecução da intervenção terapêutica. Procuramos ainda inferir das relações existentes entre processos de representação social e de percepção causal, no modo como o doente com patologia mental é cognitivamente encarado pelo técnico que directamente é responsável pela sua reabilitação.

**Palavras-Chave:** Crenças, Representações Sociais; Técnicos de Saúde Mental; Intervenções Terapêuticas

## ABSTRACT

The aim of the present study is to signalize the connections between the beliefs and the social representations of the mental health technicians about the patients with a psychopathological disturb, and the impact of them in the expectancies that technicians form relatively of the evolution of the disorder, and even about the progression of the therapeutic intervention. We also deduce about the associations between social representations processes and causal perceptions of the technician responsible of the rehabilitation, in the method of facing the patient with mental pathology.

**Key Words:** Beliefs; Social Representations; Mental Health Technicians; Therapeutic Interventions.

## **1. INTRODUÇÃO**

Como assinala Weinman (1987), cit. por Pires, C. L. (2000), para além das crenças sociais de saúde e de doença, os técnicos de saúde desenvolvem crenças específicas, quer sobre a natureza específica dos problemas clínicos, quer sobre a prevalência e incidência de cada problema de saúde, quer também sobre a gravidade e a possibilidade de tratamento, ou ainda, sobre o próprio doente/ paciente, o que inclui o (des)conhecimento pessoal e as razões que conduzem o indivíduo a recorrer aos serviços.

A breve análise realizada neste artigo é meramente exploratória, não sendo conduzida por quaisquer hipóteses específicas, muito embora um determinado conjunto de conjecturas e suposições sustentadas na revisão da literatura que o suporta, possibilite a formulação de algumas proposições e reflexões no que concerne às práticas terapêuticas em saúde mental.

Em suma, com a presente reflexão pretendemos alertar para a necessidade dos técnicos de saúde mental incluírem nos seus procedimentos terapêuticos, dimensões e factores relacionados com o estado de saúde, que devido à predominância do modelo biomédico cada vez menos têm sido considerados.

## **2. A INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS E DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NOS MODELOS E PRÁTICAS DOMINANTES EM SAÚDE MENTAL**

De acordo com Pires, C. L. (2000), inúmeros são os factores que interferem no modo como nos situamos relativamente à saúde e à doença, assim como, aos seus sintomas. Poderemos aludir à construção de *scripts* ou esquemas mentais, como sendo padrões organizados de informação, que estão estruturados de acordo com uma rede complexa de relações (contendo ideias, acontecimentos, sintomas, desencadeantes) e que determinam os nossos comportamentos.

Para Loventhal (1980), cit. por Pires, C. L. (2000), esses esquemas têm origem em aspectos distintos, como por exemplo: a) associações semânticas (p.e., hipertensão – tensão emocional); b) experiências anteriores com outras doenças, quer

pessoalmente, quer através de pessoas próximas; c) informações provenientes dos outros (p.e., através dos *mass media*).

Paralelamente, Pires, C. L. (2000), assinala que os Psicólogos da Saúde referem ainda uma outra situação relacionada igualmente com este processo, a que denomina de protótipos. Tais protótipos definem-se como crenças dos técnicos de saúde mental sobre uma determinada perturbação que lhes parece ser evidenciada pelo paciente, e à qual se procuram fazer corresponder eventuais sintomas. Se ocorrer o “encaixe”, o paciente será submetido certamente a todas as diligências decorrentes do seu seguimento e tratamento como possuidor de determinada perturbação ou doença.

Em face do exposto, facilmente podemos supor que, quer os esquemas mentais, quer os protótipos de determinada patologia, exercem uma influência determinante no modo com os técnicos e os pacientes interagem no processo terapêutico. Paralelamente, Ogden (1999), cit. por Pires, C. L. (2000), assinala um comprometimento determinante das crenças dos técnicos de saúde na relação e prática profissionais.

Outros factores que poderão determinar a realização de um determinado diagnóstico, são os estereótipos dos técnicos de saúde, a empatia e estado de humor do técnico e as suas características individuais (perfil do técnico de saúde). Os estereótipos, decorrentes de um processo de categorização e de “economia cognitiva”, são frequentemente encarados como problemáticos e directamente responsáveis por equívocos no processo de tomada de decisão. Segundo Pires, C. L. (2000), se atendermos ao facto de na maioria dos casos, os encontros existentes entre técnicos de saúde e pacientes serem limitados no tempo, os estereótipos assumem um papel determinante no desenvolvimento e teste de hipóteses, assim como, no processo de tomada de decisão no que concerne à intervenção terapêutica.

Numa óptica biopsicossocial, o resultado de uma determinada patologia combina a morbilidade específica dessa com as respostas disponíveis, nos contextos intra e interpessoais dos indivíduos, pelo que acenta na crença de que o distúrbio decorre de vivências ansiogénicas em situações ambientais adversas, situando a sua etiologia em perturbações de ordem social, somática ou comportamental (Farina e Fisher, 1982; cit. por Amaral, V. 1998).

Apesar desta constatação, prevalecem actualmente abordagens terapêuticas que acentuam uma intervenção eminentemente de cariz biomédico, sustentadas no discurso essencialista de “doença” (*disease*), cuja crença enfoca a etiologia ou causa do distúrbio ou desordem mental na base de um transtorno bioquímico ou de distúrbios nos processos fisiológicos, recorrendo para isso, fundamentalmente, a um tratamento psicofarmacológico.

A imprevisibilidade comportamental, as manifestações sintomatológicas externas, a inadaptação sócio-familiar e a perigosidade da conduta, são evocações frequentes de quem constrói representações sociais decorrentes deste modelo de intervenção, que tende a considerar o distúrbio psicopatológico como algo mórbido e incapacitante, limitando as estratégias terapêuticas ao internamento e/ou à medicação.

Pires, C. L. (2000), referindo-se às insuficiências do modelo biomédico, assinala a sua inadequação ao não considerar nos seus pressupostos neuroquímicos de doença, a patogenia comportamental ou psicossocial nos factores de risco relacionados com uma desordem ou distúrbio, o que remete claramente para a omissão de dimensões de carácter psicológico e psicossocial.

Refira-se ainda que, facilmente este sistema de crenças vai conduzir a atitudes de passividade assumidas pelos pacientes, o que certamente irá acentuar a tendência para recorrerem a psicofármacos quando se confrontam com problemas quotidianos ou decorrentes do distúrbio, o que reforça a crença de que as suas dificuldades adaptativas resultam de disfunções orgânicas ou problemas congénitos (p.e., hereditários). Veja-se o quanto uma hegemonia deste modelo pode facilmente conduzir ao esquema circular entre expectativas negativas de auto-eficácia comportamental (Rosenthock, 1990; cit. por Ribeiro, J. L., 1998) e a dependência de psicotrópicos e/ou de cuidados médicos.

A este respeito, veja-se o quanto a etiologia e o diagnóstico da desordem assumem duas questões centrais no domínio da diferenciação da abordagem terapêutica, e delas decorrem a adequação e a implementação efectivas da prática ou intervenção psicoterapêutica.

Nesta medida, a crença de que uma inadaptação ou desajustamento do indivíduo aos padrões sócio-normativos vigentes resulta de uma disfunção orgânica, bioquímica ou congénita, facilmente conduz a atitudes, expectativas ou

comportamentos no plano psicoterapêutico, de que é estritamente fundamental o recurso aos psicofármacos.

De acordo com Shoham-Salomon, (1985), cit. por Amaral, V. (1998), na base de uma percepção sistemática dos comportamentos e da conduta do paciente em termos psicopatológicos, decorre um processo de categorização interpessoal denominado de auto-realização de profecias, que conduz facilmente a expectativas comportamentais erróneas por parte do paciente e a atribuições disposicionais inadequadas por parte do terapeuta, atribuindo às condutas dos pacientes uma disposição psicopatológica.

Numa outra instância, e recorrendo ao contributo de Amaral, V. (1996), o técnico através de um processo de objectivação, reduz manifestações subjectivas materializando-as na expressão imediata dos factos concretos, o que representa uma certa ancoragem representacional, na concepção categorial que possui da perturbação mental, e o que conduz a uma subsequente tipologia e categorização de pessoas e ocorrências.

É aliás essa ancoragem que permite, de acordo com o mesmo autor, a inclusão do objecto representado num sistema de categorias sociais pré-concebidas e que permitem transformar o que é novo e estranho em algo familiar.

Aliás, os trabalhos conduzidos por Jodelet (1989), cit. por Amaral, V. (1996), enformam a ocorrência deste processo no seio de uma Comunidade Terapêutica existente numa aldeia francesa, em que os seus membros são identificados em função da doença, enquadrada nas categorias tipológicas de diagnóstico, o que conduziu a uma subestimação dos comportamentos menos desajustados e a uma sobreestimação dos comportamentos mais desajustados.

Ressalte-se ainda a necessidade de considerarmos o facto de em qualquer situação de categorização, estarmos perante um fenómeno que remete para as normas e hierarquias de valores sociais vigentes (Tajfel, 1972 cit. por Amaral, V., 1996), pelo que a transformação de algo que não é familiar em algo que já é conhecido, induz um processo de comparação, de valoração e de conformidade ou divergência em relação à norma.

Paralelamente, de acordo com Amaral, V. (1996), em resultado assiste-se a uma tendência para que o paciente construa cognitivamente expectativas comportamentais negativas, estáveis e não controláveis, face ao seu problema e face ao seu tratamento, ou seja, a uma expectativa de auto-eficácia negativa (Rosenthock, 1990; cit. por Ribeiro, J. L., 1998).

Consubstanciando ainda este processo, Ross (1977), cit. por Amaral, V. (1998), afirma que a interpretação dos comportamentos em função de causas internas ao sujeito da acção, negligenciando as variáveis externas, contingenciais ou situacionais, pode conduzir também a uma configuração desajustada ou enviesamento cognitivo denominado de “erro fundamental”.

Aliás já Rosenham (1973), cit. por Amaral, V. (1998), num estudo paradigmático realizado sobre este domínio, com sujeitos que simularam patologia psiquiátrica e que foram alvo de internamento em instituições psiquiátricas, refere as consequências negativas resultantes de um enviesamento cognitivo dos técnicos. Refira-se ainda que, a tendência para cometer o erro fundamental decorre igualmente do modelo teórico de formação dos técnicos, ou seja, do seu modo subjectivo de apreensão e análise do distúrbio apresentado pelo paciente.

De acordo com Amaral V. (1998) e com Leyens (1985), em contexto terapêutico a empatia assume uma extraordinária relevância, o que é expresso nas asserções tidas por este último autor citado, que refere que a qualidade do tratamento decorre, não de uma quantidade de informação disponível ao terapeuta, mas antes da atribuição que é feita da perturbação em causa, fundada frequentemente, nas meras interpretações que o terapeuta faz dos sintomas manifestados pelo paciente.

Outros autores (Shenkel e Shmidt 1979; cit. por Amaral. V., 1998), demonstraram a diferença que a empatia induz na explicitação do distúrbio, dos sintomas e dos factores precipitantes, conferindo deste modo ao diagnóstico, a relevância dos factores situacionais ou disposicionais. Aliás, se quisermos realçar ainda mais este aspecto, atendamos às palavras de Leyens (1985): «Se se quer restringir o erro fundamental, será necessário dar mais provas de empatia e esquecer um pouco as grandes categorias nosológicas» (op. cit., pp. 109)

Em face do exposto, algumas das investigações a que aludimos remetem, sem qualquer margem para dúvidas, para o facto dos técnicos de saúde mental incorrerem facilmente no erro de atribuição e de categorização, o que decorre quer das expectativas, das crenças e das representações sociais que formulam relativamente aos indivíduos que evidenciam distúrbios mentais ou psicológicos, quer também, por influência dos modelos de intervenção psicoterapêutica que adoptam.

Segundo Amaral, V. (1998), as categorias nosológicas e de diagnóstico assentam em configurações de interpretação da realidade, em redes de interpretação e de significação inteligível e padronizada que procuram explicar criteriosamente os processos psicopatológicos, conduzindo indirectamente à concepção simbólica de *doença*, o que induz por si só, um efeito estigmatizante.

Efectivamente, os dados provenientes das experiências realizadas neste contexto, e às quais fizemos referência anteriormente, comprovam que os modelos e as práticas psicoterapêuticas que se sustentam apenas num discurso categorizante – por exemplo a Psiquiatria biológica e muito particularmente a Psicanálise, conduzem facilmente a um reducionismo do sujeito à categoria de diagnóstico e à unicausalidade da sua problemática. Paralelamente, verificam-se em conformidade com a adopção dessa atitude por parte do terapeuta, enviesamentos cognitivos que envolvem psiquiatras e psicólogos, decorrentes da sua própria subjectividade.

### **3. ALGUMAS CONCLUSÕES**

Não querendo incorrer em reducionismos, ao considerarmos que quem acorre à adopção de modelos que enfoquem criteriosamente o diagnóstico de *doença*, tendo por base pressupostos e categorias objectivos, executa inadequadamente o seu propósito profissional, parece-nos no entanto, importante acentuar a necessidade de atendermos às dinâmicas existentes entre a pessoa e o meio em que essa se insere, tornando inteligível e explicitando o fenómeno da desordem ou do distúrbio evidenciado.

Algumas das referências apresentadas demonstram claramente que os técnicos de saúde mental podem incorrer em erros representacionais, atribucionais e, subsequentemente, ao nível da intervenção psicoterapêutica. Tal decorre, quer das influências peculiares dos seus modelos de referência, quer do universo simbólico, das

redes de significação e de inteligibilidade de natureza subjectiva que foram formando, e mediante os quais enquadram os processos psicopatológicos.

Os dados evidenciados apontam para as práticas que se sustentam apenas num discurso biomédico reduzirem o paciente a um mero ser passivo, receptáculo da prescrição ou imposição do tratamento dirigido pelo terapeuta.

Como afirma Pereira, M. G. (1997), deve realçar-se a importância dos profissionais de saúde incluírem na sua avaliação e diagnóstico, a história cultural do indivíduo/ família, destacando igualmente, a relevância da monitorização da relação terapeuta-paciente para que um prosseguimento adequado do processo de tratamento se verifique.

Numa outra instância, Joyce-Moniz, L. e Barros, L. (1994), assinalam que para o psicólogo da saúde, uma avaliação psicopatológica desenvolvimentista conduzirá ao objectivo genérico da adequação da intervenção clínica directa com o paciente, ao nível da representação da desordem evidenciada, o que significa fazer coincidir o seu nível de representação com o do paciente, com análises mais contingenciais da evolução dos sintomas.

De acordo com Pires, C. L. (2000), a estas abordagens mais ecléticas e holísticas, correspondem novas concepções que alargam ao nível pessoal e clínico, o próprio conceito de saúde e de doença, onde se inclui evidentemente, a saúde mental. Destaque-se a este respeito a concepção de Qualidade de Vida, relacionada com a maior ou menor satisfação do paciente relativamente a diferentes áreas da sua vida pessoal. Ora como vimos, estas concepções são muitas vezes descuradas pela investigação e intervenção biomédicas.

Como sabemos, tradicionalmente a abordagem biomédica incide sobre a análise da causa da doença, constituindo a acção terapêutica aquilo que costuma chamar-se de tratamento e denominando-se a cura o resultado desta acção. Em justaposição, utilizando a noção de Qualidade de Vida, torna-se essencial proceder à avaliação e aferição de uma série de domínios da pessoa dita *doente*: bem-estar económico, bem-estar físico, crescimento pessoal, relações conjugais, etc..

Assim, de acordo com Pires, C. L. (2000), deve proceder-se a uma avaliação destes aspectos, quer no início, quer no final do processo terapêutico, o que conduz



posteriormente, de acordo com os elementos recolhidos, a modificações amplas que transportem para uma adequada reabilitação biopsicossocial.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, V. (1998). Contributos da Psicossociologia para a Compreensão dos Modelos e Práticas Terapêuticas em Psicologia e Psiquiatria. *Antropoanálise*, 3, pp. 23-26.
- Amaral, V. (1996). Representações Sociais da Doença Mental, Expectativas e Processos de Atribuição Causal. *Antropoanálise*, 2, pp. 49-54.
- Castro, F. & Rodrigues (1988). Creencias y Expectativas a Respecto de la Consulta Médica: Un Análisis de Diferencias Culturales. *Revista de Psicología Social*, 3(2), pp. 135-150.
- Joyce-Moniz L. & Barros, L. (1994). Psicologia da Doença. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), pp. 233-251.
- Leyens, J.-P. (1985). *Teorias da Personalidade na Dinâmica Social*. Verbo: Lisboa.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Climepsi: Lisboa.
- Pereira, M. G. (1997). A Adesão aos Regimes de Tratamento na Perspectiva do Modelo Biopsicossocial. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, pp. 209-216.
- Pires, C. L. (2000). *Emergência da Psicologia da Saúde. Problemas e Limites do Modelo Biomédico*. Texto Policopiado.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. ISPA: Lisboa.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1999). *Psicologia Social e Saúde*. Instituto Piaget: Lisboa.