

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das
Organizações

Representações sociais da loucura
e práticas sociais:
o desafio cotidiano da desinstitucionalização

Juliana Garcia Pacheco

Brasília, DF
2011

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Representações sociais da loucura
e práticas sociais:
o desafio cotidiano da desinstitucionalização

Juliana Garcia Pacheco

Tese de Doutorado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Psicologia Social, do
Trabalho e das Organizações (PSTO)

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Angela M. de Oliveira Almeida
Apoio: CAPES

Brasília, DF
Novembro, 2011

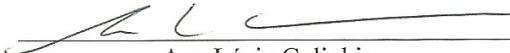
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das
Organizações - PSTO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA E PRÁTICAS SOCIAIS:
O DESAFIO COTIDIANO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Tese defendida e aprovada pela banca examinadora constituída por:



Angela Maria de Oliveira Almeida
(Universidade de Brasília – UnB – IP/PSTO)
Presidente da banca



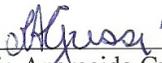
Ana Lúcia Galinkin
(Universidade de Brasília – UnB – IP/PSTO)
Membro



Maria de Fátima de Souza Santos
(Universidade Federal do Pernambuco – UFPE)
Membro externo



Ileno Izídio da Costa
(Universidade de Brasília – UnB – IP/PCCL)
Membro



Maria Aparecida Gussi
(Universidade de Brasília – UnB / Faculdade de Saúde - FS)
Membro

Tudo aquilo que a nossa
civilização rejeita, pisa e mijá em cima,
serve para a poesia

Os loucos de água e estandarte
servem demais
o traste é ótimo
o pobre-diabo é colosso...

O que é bom para o lixo á bom para a poesia...
As coisas jogadas fora
têm grande importância
- como um homem jogado fora

Aliás é também objeto de poesia
saber qual o período médio
que um homem jogado fora
pode permanecer na terra sem nascerem
em sua boca as raízes da escória

As coisas sem importância são bens de poesia...

(Manoel de Barros, Matéria de poesia, 1999)

Ao Shero, meu companheiro querido, incansável, pela espera e pelo carinho, o meu reconhecimento. Que a conclusão deste trabalho seja o início de novas idéias e realização de novos sonhos. Minha gratidão pelo cuidado, pelo zelo e amor nesta jornada.

Aos meus pais e irmã, sempre presentes, pela torcida e pelo crédito. A vocês, o meu amor e um lugar especial no meu coração, hoje e sempre.

À minha orientadora e amiga, Angela Almeida a minha eterna gratidão por ter me aberto as portas da pesquisa, semeando e alimentando em mim o desejo de conhecer, de me aventurar pelos caminhos do conhecimento. Meu agradecimento por ter me ajudado a pensar de forma mais questionadora e por me apontar as limitações de forma tão generosa e acolhedora. Minha sincera gratidão pelo carinho e pelos desafios lançados nestes quase quinze anos de convivência e parcerias.

Aos amigos do LAPSIS por acompanharem de forma tão atenciosa a construção deste trabalho e por terem sido sempre muito presentes nos momentos de discussão e de refinamento das minhas idéias. Um agradecimento em especial à Dani Coenga, amiga e companheira incansável, que compartilhou comigo as angústias, agonias e alegrias da reta final, fazendo com que esta etapa do doutorado ficasse mais leve e divertida.

E por falar em refinamento de idéias, não poderia deixar de agradecer à Denise Jodelet, pessoa e cientista contundente e brilhante, cuja obra prima *Folies et représentations sociales* foi tantas vezes fonte de inspiração. Obra em que apresenta as filigranas da convivência e afirma a importância da aproximação com a loucura para melhor compreendê-la. Mostra ainda a fertilidade do pensamento psicossociológico em seu diálogo com a saúde mental.

A todos os amigos que, mesmo de longe, se faziam presentes, e se empolgavam com os “meus assuntos” relacionados a esse trabalho. Agradeço a atenção especial das amigas Ana Flávia e Fabiana com quem discuti este trabalho algumas vezes e que sempre me entusiasmaram com boas idéias e discussões. Ao querido amigo Martinho Silva pelo incentivo que me deu para estudar o PVC e pela disponibilidade de participar da minha banca, trazendo, mais uma vez, contribuições valiosas para minhas reflexões.

À enfermeira e amiga Daniela Martins, incansável em sua tentativa de melhorar a vida dos pacientes da Enfermaria Psiquiátrica do ISM. Um agradecimento sincero ao seu empenho, até o último momento, em transformar aquele ambiente inóspito em um

lar. O meu reconhecimento e admiração pelo seu exemplo, de alimentar sempre a crença em um mundo mais justo, acolhedor e amoroso.

Aos técnicos de enfermagem da enfermaria psiquiátrica do ISM o meu imenso agradecimento pela honestidade e pela disponibilidade de compartilhar comigo suas angústias. O meu reconhecimento também ao carinho, cumplicidade e vontade de aprender que demonstram diante dos pacientes no cotidiano da enfermaria

À Anunciação pela sua força moral e pela contribuição valiosíssima que vem dando à saúde mental do DF, sempre plantando boas idéias e conquistando a todos, principalmente pelas boas ações. Por ter tido sempre uma prática norteada pela ética e pelo desejo nobre de “salvar” as pessoas da desassistência. Pela sua característica marcante de ser “gente que faz”, está sempre com a mão na massa, trabalhando e moldando este mundo para que ele seja melhor e mais bonito. A você, a minha sincera admiração e enorme gratidão por ter me aberto as portas do PVC, este programa vivo, criativo e que tanto me ensinou sobre os caminhos, ainda tortuosos, da desinstitucionalização.

Ao todos os profissionais do PVC, que sempre me receberam muito bem, abrindo as portas de seu mundo de trabalho, compartilhando angústias, alegrias e almoços deliciosos... Meu agradecimento aos que se disponibilizaram para as entrevistas, que foram fundamentais para conhecer melhor a realidade vivida por profissionais da saúde que enfrentam, no seu fazer cotidiano, os desafios da saúde pública. A vocês a minha admiração pela inventividade e capacidade de superar as dificuldades com boa vontade e disposição.

Um agradecimento especial ao Mário, uma alma boa e generosa que me acolheu carinhosamente no PVC, sendo meu guia nas andanças junto com a equipe. Declaro a minha admiração pela sua paciência, simplicidade e interesse sincero pelo outro, pelo auxílio que presta a todos na busca de saúde e de uma vida melhor. Um exemplo de compromisso com o cuidado e a escuta aos usuários e seus familiares.

À Nazaré, terapeuta ocupacional, em virtude de sua força de vontade de fazer o melhor, de romper com as amarras do pensamento institucionalizado. Parabéns pela beleza e criatividade do trabalho desenvolvido junto aos usuários e familiares do PVC e por ser uma eterna parceira da saúde mental, ainda que não esteja mais no *front*.

Aos familiares e usuários, acredito que qualquer agradecimento é pouco para expressar a minha emoção e gratidão por terem me deixado entrar, ainda que por poucas horas, em seu mundo. Às familiares cuidadoras a minha imensa admiração pelos

inúmeros exemplos de dedicação, respeito e amor. Aos usuários, dedico a minha esperança e a minha emoção ao vê-los no mundo, provando que ele também é de vocês.

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| LISTA DE TABELAS..... | 010 |
| LISTA DE FIGURAS..... | 011 |
| RESUMO..... | 012 |
| ABSTRACT..... | 013 |
| | |
| INTRODUÇÃO..... | 014 |
| Por que Representações Sociais?..... | 015 |
| Loucura: um fenômeno social objeto de Representações sociais..... | 018 |
| A transição paradigmática da atenção à saúde mental no Brasil e sua inserção no pensamento social..... | 021 |
| A loucura na História e os processos de construção das Representações Sociais..... | 025 |
| Modelos de atenção: o confronto entre representações e práticas sociais..... | 031 |
| Modelo hospitalocêntrico ou manicomial: a loucura aprisionada na doença..... | 036 |
| Modelo de reabilitação psicossocial: por um novo projeto de humanidade..... | 040 |
| Convivendo com a loucura: como pensar as relações entre representações e práticas?..... | 050 |
| Abordagem estrutural: a auto regulação entre representações e práticas | 051 |
| Abordagem societal: a importância das posições sociais no jogo das representações e práticas..... | 056 |
| Abordagem culturalista: representações e práticas construindo a alteridade..... | 059 |
| | |
| O Estado da Arte da Reforma Psiquiátrica Brasileira: revisão de literatura.... | 066 |
| Períodos históricos da RPB..... | 070 |
| Análise dos artigos científicos..... | 074 |
| Eixo Aspectos Teórico-Conceituais..... | 076 |
| Eixo Práticas Sociais..... | 082 |
| A TRS nas produções científicas sobre Saúde Mental..... | 094 |
| Algumas considerações sobre a Revisão de Literatura..... | 098 |
| | |
| PERGUNTAS, HIPÓTESES E OBJETIVOS DA PESQUISA..... | 100 |
| | |
| CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA..... | 102 |
| | |
| ESTUDOS EMPÍRICOS..... | 106 |
| | |
| ESTUDO 1: Descortinando as tensões entre o novo e o tradicional..... | 107 |
| 1.1. Contexto do Estudo: Enfermaria Psiquiátrica do ISM..... | 107 |
| 1.2. Objetivos..... | 110 |
| 1.3. Metodologia..... | 111 |
| Participantes..... | 111 |
| Técnica de pesquisa: Entrevista Semi-estruturada..... | 111 |
| Procedimento de análise dos dados..... | 113 |
| 1.4. Resultados e Discussão..... | 114 |
| Eixo: Práticas Cotidianas..... | 116 |
| Classe 3 - Vencidos pela rotina cotidiana..... | 116 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Classe 2 - Relações afetivas: a descoberta e o reconhecimento do outro..... | 119 |
| Classe 1. Negociações cotidianas: a construção da convivência com a loucura..... | 126 |
| Eixo/Classe 4: A ambigüidade da Reforma Psiquiátrica..... | 134 |
| 1.5. Pensando práticas e representações sociais: considerações finais..... | 146 |
| ESTUDO 2: O árduo caminho da desinstitucionalização: viver o cotidiano e suas contradições, mudanças e permanências..... | 157 |
| 2.1. Contexto: Programa Vida em casa – PVC..... | 157 |
| 2.2. Objetivos..... | 159 |
| 2.3. Aproximação com o campo de pesquisa..... | 160 |
| 2.4. Metodologia..... | 162 |
| Etapas da pesquisa..... | 164 |
| Etapa 1. Conhecendo o campo e os processos de Ancoragem..... | 166 |
| 1.1. Objetivos..... | 166 |
| 1.2. Metodologia..... | 166 |
| Observação participante..... | 167 |
| Pesquisa documental..... | 172 |
| 1.3. Resultados / Discussão..... | 177 |
| 1. Gente que vive aqui do lado: os usuários do PVC..... | 178 |
| 2. Trajetória da pesquisa de campo..... | 191 |
| 3. Descobrimo a memória social do PVC: uma história de desafios e afetos..... | 193 |
| 4. Inserção na rede de saúde mental: as parcerias..... | 198 |
| 5. Infra-estrutura física e Recursos Humanos..... | 200 |
| 6. Cotidiano e processos de trabalho: do aparente caos à eficiência possível..... | 202 |
| 7. Visitas domiciliares: a instituição se aproximando da vida cotidiana..... | 210 |
| Visitas de medicação..... | 210 |
| Visitas de avaliação psiquiátrica..... | 215 |
| Visitas compartilhadas..... | 217 |
| Visitas da equipe terapêutica..... | 218 |
| 8. Grupos, subgrupos e relações intra e intergrupos..... | 224 |
| A equipe do PVC: relações intra ou intergrupais?..... | 225 |
| Relações da equipe profissional com familiares e usuários..... | 228 |
| Etapa 2. Viver a desinstitucionalização no cotidiano: mudanças e permanências..... | 231 |
| 2.1. Objetivos..... | 231 |
| 2.2. Participantes..... | 231 |
| 2.3. Roteiro de entrevistas..... | 233 |
| 2.4. Realização das entrevistas..... | 235 |
| 2.5. Procedimento de análise dos dados..... | 236 |
| 2.6. Resultados / Discussão..... | 237 |
| 1. Profissionais..... | 238 |
| 1.1. Eixo/Classe 2: A complexidade e os limites da Clínica Psicossocial..... | 239 |
| 1.2. Eixo/Classe 4: A loucura que se pensa e se trata.... | 248 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1.3. Eixo Práticas Sociais no cotidiano..... | 256 |
| Classe 1. O empreendedorismo individual na construção da clínica ampliada..... | 256 |
| Classe 3: Relações de poder no cotidiano..... | 263 |
| 2. Familiares..... | 277 |
| 2.1 Eixo Relações interpessoais e práticas cotidianas... | 278 |
| Classe 3: Necessidades básicas, idiossincrasias e negociações cotidianas..... | 279 |
| Classe 5: Negociações cotidianas: o eu e o outro do cuidado..... | 284 |
| 2.2. Eixo Pensando a convivência com a loucura e o tratamento..... | 293 |
| Classe 1: O PVC como redução de danos e o desejo de um tratamento melhor..... | 294 |
| Classe 4: Sofrimento, desamparo e frustrações: a realidade do cuidado cotidiano..... | 303 |
| 2.3 Eixo/Classe 2: A resignação diante da missão de cuidar..... | 311 |
| 3. Usuários..... | 318 |
| 3.1. Eixo: Loucura e medicação como mediadores da vida..... | 319 |
| Classe 2: A loucura mediada pela medicação..... | 320 |
| Classe 3: A vida cotidiana mediada pela loucura... | 328 |
| 3.2. Eixo/Classe 4: O preço da inserção social..... | 330 |
| 3.3. Eixo/Classe 1: A loucura dominada pela via da transcendência..... | 334 |
| Representações e práticas em jogo no PVC: as transformações vencendo as permanências..... | 340 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 343 |
| REFERÊNCIAS..... | 356 |
| ANEXOS..... | 376 |
| Anexo 1: Cronologia da Reforma Psiquiátrica Brasileira..... | 377 |
| Anexo 2: Relação entre objetos, perguntas e objetivos de pesquisa..... | 378 |
| Anexo 3: Recomendação 004/2003 – Conselho Nacional de Saúde..... | 379 |
| Anexo 4: Roteiros de entrevista (Estudo 1)..... | 380 |
| Anexo 5: Protocolos de Observação de campo (Estudo 2)..... | 381 |
| Anexo 6: Número de usuários do PVC, em função do tipo de medicação utilizada, sexo, idade, e cidade satélite de moradia..... | 383 |
| Anexo 7: Dados brutos das fichas amarela sobre os diagnósticos..... | 386 |
| Anexo 8: Roteiros de entrevista – Estudo 2..... | 389 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 1. Distribuição, por frequência, dos artigos encontrados nas buscas, a partir do cruzamentos de palavras-chave (N= 629)..... | 067 |
| Tabela 2: Distribuição, por frequência, dos artigos encontrados nas buscas a partir das palavras-chave e seus cruzamentos (N= 180)..... | 068 |
| Tabela 3. Número de artigos analisados em cada eixo, suas respectivas categorias/subcategorias, em cada um dos períodos históricos..... | 075 |
| Tabela 4: objetos de investigação dos artigos que utilizam a TRS, subdivididos em função de nossos objetos de pesquisa (N=31)..... | 095 |
| Tabela 5: Número de usuários do PVC, por sexo e tipo de medicação..... | 179 |
| Tabela 6: Número de usuários do PVC, por idade e tipo de medicação..... | 180 |
| Tabela 7: Números de ocorrências diagnósticas, classificadas por grupos, segundo a CID-10..... | 188 |
| Tabela 8: Numero de internações dos usuários do PVC no Hospital São Vicente de Paula (HSVP)..... | 190 |
| Tabela 9: Número de dias de internação dos usuários do PVC no HSVP..... | 190 |
| Tabela 10: Dados das internações dos usuários que voltaram a se internar após o ingresso no PVC..... | 191 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 1: Distribuição dos artigos científicos entre os anos de 1974 e 2010 (N=809).... | 069 |
| Figura 2: Número de artigos publicados em cada um dos períodos (N=809)..... | 072 |
| Figura 3: Distribuição dos artigos científicos nos seis períodos que compreendem os anos de 1974 e 2010, subdivididos nos eixos temáticos..... | 074 |
| Figura 4: Contexto, método e participantes dos Estudos 1 e 2..... | 106 |
| Figura 5: Resultado da análise do ALCESTE, com os eixos temáticos e suas respectivas classes, títulos, números de UCEs, porcentagem de representação no corpus total e palavras com maior Khi^2 (Estudo 1)..... | 115 |
| Figura 6: Mapa do DF, dividido por regiões administrativas..... | 180 |
| Figura 7: Planta baixa do PVC, sediado no prédio administrativo do HSVP..... | 201 |
| Figura 8: Quadro de usuários com medicação injetável, organizados por cidade satélite de moradia e ordem alfabética..... | 204 |
| Figura 9: Quadro organizador das visitas domiciliares da equipe terapêutica, exames, remoções e pareceres, intercorrências e internações..... | 206 |
| Figura 10: Representação dos subgrupos de profissionais do PVC..... | 226 |
| Figura 11: Resultado fornecido pelo ALCESTE da análise das entrevistas com profissionais, com os eixos temáticos e suas respectivas classes, títulos, números de UCEs, porcentagem de representação no <i>corpus</i> total, palavras com maior Khi^2 e variáveis típicas..... | 239 |
| Figura 12: Resultado fornecido pelo ALCESTE da análise das entrevistas com familiares, com os eixos temáticos e suas respectivas classes, títulos, números de UCEs, porcentagem de representação no <i>corpus</i> total, palavras com maior Khi^2 e variáveis típicas..... | 278 |
| Figura 13: Resultado fornecido pelo ALCESTE da análise das entrevistas com usuários, com os eixos temáticos e suas respectivas classes, títulos, números de UCEs, porcentagem de representação no <i>corpus</i> total, palavras com maior Khi^2 e variáveis típicas..... | 319 |

A Reforma Psiquiátrica no Brasil consiste na reorientação do modelo de atenção à saúde mental, com a substituição do modelo hospitalocêntrico pelo modelo de desinstitucionalização. Apesar dos avanços na legislação e incremento da rede de serviços substitutivos, vivemos ainda a transição dos dois modelos, implicando na tensão entre o novo e o tradicional, relativos às representações sociais (RS) da loucura e às práticas sociais (PS) dirigidas aos sujeitos em processo de desinstitucionalização. Este estudo objetiva investigar as relações entre RS da loucura e práticas sociais em dois contextos resultantes de uma tentativa de implementação da Reforma Psiquiátrica no DF: a Enfermaria psiquiátrica do Instituto de Saúde Mental (ISM) e o Programa Vida em Casa (PVC). Tratam-se de dois contextos, originados no fechamento de um hospital psiquiátrico do DF, que se desenvolveram com características distintas. Foram realizados dois estudos empíricos. No Estudo 1, realizado na Enfermaria Psiquiátrica do ISM, foram entrevistados oito técnicos de enfermagem que mantinham contato direto com pacientes ex-moradores do hospital psiquiátrico. Neste contexto, nos deparamos com a manutenção do manicômio, representada pela lógica hospitalar, pela supremacia das ações procedimentais. Os afetos construídos e as surpresas do cotidiano relativas aos pacientes não foram suficientes para transformar aquele ambiente, onde a lógica manicomial permaneceu praticamente intacta. Recrudesceram-se as representações arcaicas da loucura e ficaram bem visíveis os processos de construção de alteridade, “entre loucos” e “não loucos”. O Estudo 2, realizado no Programa Vida em Casa teve a duração de um ano, quando foram feitas observações participantes, pesquisa documental e entrevistas aprofundadas com três grupos de atores que convivem no programa: profissionais, familiares e usuários. A imposição de novas práticas na forma das visitas domiciliares, sustentadas pelo ideal da desinstitucionalização, permitiu uma aproximação maior entre os grupos, revelando a necessidade de inventar novas formas de lidar com a loucura e com realidade do cuidado para além dos muros institucionais. Neste estudo evidenciaram-se as tensões entre o novo e o tradicional, tanto no nível das práticas como das representações sociais da loucura. Tensões que apontam para transformações que acontecem na dinâmica estabelecida entre os atores do programa, evidenciando que o modelo psicossocial é uma construção coletiva, sem respostas prontas, com desejos e práticas a serem experimentados.

Palavras-chave: saúde mental; modelos de atenção; Reforma Psiquiátrica

The psychiatric reform in Brazil consists of the reorientation of the mental health attention model, with the substitution of the hospital centered model by the deinstitutionalized model. In spite of the developments in legislation, and the increase of substitute service networks, we still live in the transition of both models, implying in a tension between the new and the traditional, relative to social representations (SR) of madness and the social practices (SP) directed at characters involved in the process of deinstitutionalization. This study focuses in the investigation of the relationship between SR of madness and SP in two contexts that resulted from a tentative to implement the Psychiatric Reform in the Federal District (D.F.): The Psychiatric Infirmary of the Mental Health Institute (ISM), and the Life In-house Program (PVC). These contexts developed with distinct characteristics at the time of the closing of a psychiatric hospital in the Federal District. Two empirical studies were produced. On the first one, done at the Infirmary of the ISM, eight technicians who had maintained direct contact with resident patients of the hospital, were interviewed. In this context, we were faced with the maintenance of an asylum, represented by the hospital logic, and by the supremacy of action procedures. The relationships developed, and the daily discoveries related to the patients were not sufficient to transform that environment, where the asylum logic remained practically untouched. The archaic representations of madness were aggravated, and the alterity of construction processes were visible “between the mad ones, and the not mad.” The second study, produced within the Life in-House Program, lasted about a year, involving participant observations, research logs, and detailed interviews with three participant groups: the health care professionals, family members, and the beneficiaries. The imposition of new practices in the form of house visits, supported by the deinstitutionalization ideal, allowed for a greater approximation between these groups, revealing the need to invent new forms of dealing with madness, and to go beyond the institutional walls to address the health care reality. The tensions between new and traditional ways, both at the practical level and the social representations of madness, were evident in this study. They point to the transformations that happen in the dynamics established between participants of the program, evidencing that the psychosocial model is a collective construction without ready answers, and with desires and practices to be experienced.

Key-words: Mental health; mental health attention model; Psychiatric Reform

Este trabalho tem por objetos as representações sociais da loucura e as práticas sociais dirigidas aos sujeitos considerados loucos. Representações e práticas elaboradas por profissionais de serviços de saúde mental, familiares e pelos próprios sujeitos considerados loucos. A partir desses objetos, o objetivo geral proposto é investigar as relações estabelecidas entre as representações sociais da loucura e as práticas sociais dirigidas aos sujeitos considerados loucos em contextos de desinstitucionalização.

Compreendemos a loucura como um fenômeno humano instigante por sua natureza e suas expressões. Um fenômeno amplo, que afeta e compromete a vida das pessoas de diversas formas e com diferentes intensidades. O comprometimento provocado pela loucura atinge várias dimensões da vida daqueles que por ela são acometidos: desde o sofrimento e a experiência intensa vivida pelo sujeito em sua intimidade, que muitas vezes dificultam o estabelecimento de relações com o outro, até a marginalidade do lugar que a sociedade atual lhe reserva.

Entre esses dois extremos – a experiência individual e o lugar social – existe uma infinidade de fatores que se associam para conferir uma continuidade aos mesmos. Assim, o lugar de excluído está também associado ao sofrimento individual e este último, por sua vez, imprime limitações de diversas ordens que, certamente, têm implicações em sua situação de exclusão. Esse ciclo de sofrimento-exclusão, que caracteriza o fenômeno da loucura, não é algo estático ou que podemos precisar o momento exato de seu início, nem no que se refere à experiência individual, nem no que tange à experiência social. Ao contrário.

Com relação à experiência individual são inúmeras as possibilidades de construção subjetiva do sofrimento e são igualmente incontáveis as formas de manifestação daquilo que, com certo simplismo, chamamos de loucura. Utilizamos este termo, justamente por sua amplitude e por ser carregado de inúmeras significações em constante transformação no bojo da sociedade.

Com relação à experiência social, já é sabido que a loucura é um fenômeno que acompanha o ser humano desde tempos remotos. Um fenômeno desafiador, alvo de diversas significações que foram se agregando e se transformando ao longo da história da humanidade. Em sua trajetória a loucura foi sofrendo transformações, atualizando-se em sintonia com cada momento histórico, suas características políticas, econômicas e sociais. Atualizando-se, a loucura foi adquirindo diversos significados, construídos sob os mais diferentes processos e pontos de vista, a partir dos inúmeros sujeitos e grupos que concorrem, constantemente, para a construção do pensamento social.

Apesar de seu polimorfismo, a construção da loucura acontece sempre em referência ao que é considerado como normal e ordinário em uma determinada cultura, em um determinado período da história. Não nos cabe, neste momento, discutirmos o conceito de normalidade, haja vista sua complexidade, mas é importante ressaltar que a normalidade nem sempre estabeleceu a mesma relação de oposição com a loucura, tal como conhecemos atualmente. Em alguns momentos da história ocidental, como na Grécia antiga, por exemplo, houve uma relação de proximidade entre o que se considerava normal e o que era visto como loucura, não existindo oposição entre razão e *desrazão* (Pelbart, 1989). Este exemplo é só para reforçar a complexidade deste fenômeno social, que vem atravessando a história, sofrendo mutações em seus significados, engendrando práticas e ocupando diferentes lugares na dinâmica social. Trata-se de um fenômeno polimorfo e polissêmico, de difícil apreensão, porém de grande relevância para as pessoas que são atingidas direta ou indiretamente por ele e, igualmente, para a sociedade.

Em função de sua complexidade e relevância, ao tomarmos a loucura como um de nossos objetos de estudo, empreendemos nela um recorte, a partir do qual restringiremos nossa discussão aos processos de construção e partilha de seus significados e suas conseqüências para a vida cotidiana. Entendemos a construção dos significados acerca da loucura como resultado de um processo que se dá na interface entre o indivíduo e o coletivo no qual está imerso. Nosso olhar se voltará para a forma como o homem comum e os grupos que ocupam os diversos espaços sociais se posicionam diante desse fenômeno em seu dia a dia. Buscaremos compreender a loucura por meio do que se fala e/ou se cala a seu respeito nos encontros corriqueiros, nas conversas formais e informais, nos tabus e silêncios, nas práticas cotidianas.

Por que Representações Sociais?

O Mistério é profundo,
mas a compreensão humana
é a faculdade mais comum.
(Moscovici, 2003)

De uma forma geral, somos sujeitos que temos necessidade de conhecer o mundo à nossa volta, para nos ajustarmos a ele, para sabermos como nos comportar nas diferentes situações do dia a dia. Queremos conhecer para dominarmos o mundo física ou intelectualmente e também para reconhecer e resolver os problemas vividos no cotidiano e nele nos situarmos com um mínimo de conforto (Jodelet, 2001). A

construção deste conhecimento sobre o mundo se dá nas relações cotidianas que estabelecemos com as diversas pessoas e grupos sociais, por meio de conversações, negociações e ações que empreendemos. Desta forma, estamos diante de uma visão de sociedade como um todo pensante e criativo, que tem uma forma particular de lidar com as informações com as quais convive e reinventa a todo tempo a realidade, com o objetivo de apreendê-la e dominá-la.

Esse processo de apreensão da realidade passa pela necessidade de tornar o não-familiar em familiar, de refazer o equilíbrio entre o que sabemos e o que não sabemos, de nos aproximar do que nos é distante. Para Moscovici (1978/1961) “é profunda a propensão para dar uma existência conosco àquilo que tinha uma existência sem nós, para nos fazer presentes onde estamos ausentes, familiares em face do que nos é estranho” (p.64, grifo nosso). É por isso que, segundo Jodelet (2001), criamos representações dos inúmeros objetos, pessoas, acontecimentos ou idéias que estão à nossa volta. Esta autora destaca ainda o caráter social das representações na medida em que partilhamos esse mundo com outras pessoas “...que nos servem de apoio, às vezes de forma convergente, outras pelo conflito, para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo” (p.17).

A partir dessa visão de sociedade pensante, que constrói representações compartilhadas acerca dos diversos fenômenos cotidianos com o objetivo de conhecer e dominar a realidade, foi elaborado o conceito de *Representações Sociais*. Este é o conceito fundante da Teoria das Representações Sociais (TRS), elaborada por Moscovici na década de 1960 e que será utilizada como suporte teórico para o desenvolvimento desta pesquisa de doutorado.

O conceito de Representações Sociais é bastante amplo, pois abarca as diversas dimensões que estão em jogo na apreensão da realidade. Defende-se que as RS devem ser estudadas

/.../ articulando-se os elementos afetivos, mentais, e sociais e integrando – ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação – a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideativa sobre a qual elas têm de intervir (Jodelet, 2001, p.26).

Todas as definições clássicas de Representações Sociais as conceituam como uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, ou seja, são teorias do senso comum ou espécies de “ciências coletivas”, como afirma Moscovici (1978/1961). Essas teorias do senso comum são construídas no âmbito das relações cotidianas por

meio das conversações ordinárias do dia a dia e obedecem a uma lógica diferente da lógica formal ou científica. Os “pensadores naturais” dessas teorias sobre o mundo não têm o compromisso com a objetividade ou com a “prudência do especialista”, seguindo as regras que melhor lhes convêm. A finalidade não é a busca de “comprovação ou falseamento da verdade” como a ciência, mas sim ampliar o conhecimento, é “estar por dentro”, “não ser ignorante nem ficar de fora do circuito coletivo” (p.55). De uma forma geral, a finalidade das representações sociais é o “domínio do mundo” e das situações que se apresentam na vida cotidiana, possibilitando às pessoas lidar com os problemas e desafios do dia a dia.

Como pode ser percebido, as Representações Sociais são uma forma de conhecimento prático e têm funções diferentes do conhecimento científico. Suas funções são: a) *função de saber*, que permite aos indivíduos construir novos conhecimentos e, assim, compreender e construir a realidade; b) *função identitária*, que permite situar os indivíduos em suas pertencas sociais e organizar as relações entre os diferentes grupos no campo social; c) *função de orientação*, que revela a íntima relação entre as representações e as práticas sociais, na medida em que as representações orientam as práticas e; d) *função de justificação*, pois, ao mesmo tempo, que as representações servem para orientar as práticas, também são utilizadas para justificá-las (Almeida, 2001).

Quando pensamos no fenômeno da loucura, tais funções das representações sociais se evidenciam, pois, por meio das representações construímos conhecimentos e saberes sobre a loucura que nos permitem compreender melhor a realidade na qual este fenômeno se insere. Com relação às funções de orientação e justificação, os conhecimentos que construímos acerca da loucura orientam nossas práticas para com os indivíduos que consideramos loucos ao mesmo tempo em que justificam tais práticas. Já, por meio de sua função identitária, as representações sociais permitem aos indivíduos situarem-se com relação à loucura como fazendo parte do grupo que a observa, rotula, ou que por ela é acometido. Com relação a essa função, Abric (1998) afirma que as representações sociais, por definirem a identidade dos grupos, terão um papel importante no controle social exercido por essas coletividades sobre cada um de seus membros, em especial nos processos de socialização.

Loucura: um fenômeno social objeto de Representações sociais

Com relação às pesquisas em representações sociais, um dos desafios iniciais do pesquisador é reconhecer se um fenômeno é um fenômeno social e, em seguida, verificar se este fenômeno social pode ser considerado um objeto de representações sociais. Consideramos ser a loucura, sem dúvida, um objeto de representações sociais (conforme já foi demonstrado por Denise Jodelet, 1989), por atender às condições apontadas por Sá (1988) e Moscovici (1978/1961) para a constituição de um fenômeno de representações sociais.

No âmbito da TRS, não basta que um fenômeno seja falado por um determinado grupo de pessoas para que se constitua em um objeto de representações sociais. É preciso que ele tenha uma relevância para a vida do grupo, ou seja, que tenha implicações para a vida cotidiana a ponto de levar as pessoas a se posicionarem, não somente de forma abstrata, mas em termos de práticas sociais. Além disso, é preciso que haja uma circulação desse objeto entre vários grupos sociais e que ele se torne um ponto de negociações de concepções, de práticas e de identidades entre os diferentes sujeitos que constituem esses grupos. Para Sá (1998, p.21), os fenômenos sociais são uma construção típica do universo do senso comum e são “por natureza, difusos, fugidios, multifacetados, em constante movimento e presentes em inúmeras instâncias da interação social”. Outra dica que o ator nos traz para sabermos se estamos diante de um fenômeno de representações sociais é observar a correspondência entre o pensamento social sobre um determinado objeto e as práticas sociais dirigidas a ele, considerando que as representações sociais são prescritivas das práticas e da realidade construída.

Moscovici (1978/1961) fala ainda sobre as dimensões da realidade social que criam condições para a produção de uma representação: “dispersão da informação”, “focalização” e “pressão à inferência”. Essas três condições determinam uma configuração particular de uma situação social de comunicação, necessárias à emergência de uma representação social.

Com relação à *dispersão da informação*, Moliner (1996) afirma que, em virtude da complexidade do objeto social, os indivíduos não têm acesso a informações precisas e objetivas sobre os objetos, o que favorece a transmissão indireta dos saberes e o aparecimento de distorções sobre os objetos. No caso da loucura tal dispersão é visível, pois se trata de um fenômeno com características as mais diversas, com diferentes formas de manifestação e que guarda certa “aura de mistério”. Trata-se de um fenômeno insólito que, mesmo com todos os esforços da ciência em classificá-la, compreendê-la e

dominá-la, ainda restam dúvidas e inúmeras questões não respondidas. No próprio universo científico – também denominado no âmbito da TRS de universo reificado - testemunhamos divergências e discursos contrastantes no que tange às origens da loucura, possibilidades de prevenção e formas de tratamento. No universo do senso comum – denominado universo consensual – essa multiplicidade de concepções é ainda mais plural, pois, às apropriações dos conhecimentos científicos, somam-se as crenças míticas, religiosas e outros conhecimentos diversos oriundos das experiências cotidianas e que vem atravessando a história das sociedades. Todos esses elementos se misturam de forma a construir teorias sobre a loucura que tem um objetivo prático: lidar com ela no cotidiano.

A *focalização* diz respeito à posição social específica que cada grupo tem com relação ao objeto de representação (Moliner, 1996). A posição que cada grupo ocupa com relação ao objeto faz com que os membros desse grupo se interessem de maneira mais focalizada por algum aspecto do objeto, dificultando uma visão global do mesmo. Outros fatores importantes que se relacionam com a focalização são: a proximidade dos sujeitos para com o objeto de representação, o que determina sua relevância, e os diferentes acessos à informação que as pessoas têm sobre o objeto, no nosso caso a loucura. O grau de escolarização, o ambiente cultural, o local de moradia, os serviços a que os diferentes grupos têm acesso, dentre outros inúmeros fatores, influenciam a focalização, ou seja, o tipo de olhar e entendimento que os diferentes grupos terão sobre este fenômeno.

A *pressão à inferência*, terceira condição de emergência de representações sociais, diz respeito à necessidade de desenvolver comportamentos e discursos coerentes em relação ao objeto. Segundo Moliner (1996, p.1), “durante a ação ou conversação, e por razões de eficiência, o indivíduo seria levado a estabilizar seu universo de conhecimento relativo ao objeto”, favorecendo sua adesão às opiniões dominantes do grupo no qual se insere. Percebe-se que a pressão à inferência e os produtos dessas pressões diferem entre diversos grupos e espaços sociais, levando à adoção de discursos e comportamentos que sejam coerentes com as necessidades de tais grupos e espaços.

Em suma, a loucura é um fenômeno de representações sociais por atender a todas as condições de emergência e engendrar diversas “teorias” ao seu respeito. Teorias de senso comum que têm por finalidade construir conhecimentos, subsidiar e justificar as ações que são dirigidas aos sujeitos considerados loucos, bem como

permitir um posicionamento com relação a estes sujeitos. Teorias do senso comum que agregam em torno da loucura um “amálgama de significações e práticas”.

A loucura é um fenômeno de representações sociais que perpassa os três campos de pesquisa destacados por Wagner (1988). De acordo com este autor, o estudo das representações sociais, devido a sua complexidade e às possibilidades de interação entre diversas áreas de conhecimento, pode se constituir em três campos distintos de pesquisa. Um dos campos de pesquisa é dedicado aos objetos e fenômenos sociais construídos e reelaborados culturalmente ao longo da história. Outro campo de pesquisa, que pode ser considerado a abordagem original das representações sociais, refere-se ao processo de apropriação e ressignificação das idéias científicas no âmbito do senso comum e suas implicações na vida cotidiana dos diversos grupos sociais. O terceiro campo refere-se às condições e eventos políticos e sociais que têm um significado recente na vida social, implicando em mudanças práticas no cotidiano de determinados grupos, fazendo emergir o que Wagner (1988) denomina de representações sociais polêmicas.

O presente trabalho propõe interfaces entre os três campos de pesquisa acima citados. Com relação ao terceiro campo de pesquisa, estamos considerando o atual momento de implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil como um movimento político, social e técnico que tem implicações visíveis para a sociedade brasileira, considerando que pressupõe uma reorientação do modelo de atenção à saúde mental (de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de reabilitação psicossocial). Reorientação que significa a proposição de novas práticas e representações sociais para o campo e que tem conseqüências diretas para os diversos grupos sociais que mantêm algum tipo de contato com o fenômeno da loucura.

Para situarmos melhor nosso leitor, a seguir apresentaremos algumas reflexões sobre este momento atual em que estamos vivenciando no país a reorientação do modelo de atenção à saúde mental. Ao reafirmar esta transição paradigmática, nos propomos a pensá-la a partir da idéia de uma sociedade pensante, que elabora representações sociais acerca da loucura a partir de diversos sistemas de pensamento.

A transição paradigmática da atenção à saúde mental no Brasil e sua inserção no pensamento social

*O novo
não me choca mais
Nada de novo
sob o Sol
Apenas o mesmo
ovo de sempre
Choca o mesmo novo.
(Paulo Leminski, Caprichos e Relaxos, 1983)*

Na vasta literatura sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) constam inúmeras definições do que seja este movimento, das quais destacamos a de Passos (2003, p.231). A escolha por essa definição se deve ao fato de que ela oferece uma visão ampla do que é a Reforma, em especial do que é a Reforma no Brasil, evidenciando os diversos níveis de abrangência desse movimento. Para essa autora, por Reforma Psiquiátrica entende-se...

/.../ desde o conjunto de medidas oficiais (políticas, planos e alterações na lei visando à desospitalização e à reforma da assistência psiquiátrica) até o movimento social mais amplo, envolvendo trabalhadores da saúde mental, usuários, familiares e entidades da sociedade civil, numa luta pela transformação da condição de cidadania dos doentes mentais. Este movimento pode ser compreendido enquanto revisão crítica (teórica, ética, política e jurídica) das práticas e discursos sobre a doença mental e os chamados doentes mentais. Implica em tentativas de mudanças mais profundas, não só nos aspectos da lei, das políticas públicas e das práticas de cuidados, mas, igualmente, nos valores e significações sociais em torno da loucura e da doença mental.

Por essa definição, pode-se perceber a complexidade do processo de implementação da Reforma Psiquiátrica onde quer que ela ocorra, haja vista conciliar em um mesmo movimento diversas esferas sociais, com implicações que vão desde níveis macro políticos até transformações nas relações interpessoais, incentivadas pelas propostas de transformação na maneira de conceber a loucura e seu lugar social. Desta forma, parece-nos fundamental conhecer como se engendram os processos de transformação na atenção à saúde mental em seus diversos níveis para que possamos ter uma visão mais clara do que ocorre atualmente no campo da saúde mental no Brasil.

Sabe-se que hoje, estamos vivendo um momento de transição de modelos de atenção à saúde mental (Freitas, 1998; Costa-Rosa, 2000; Pitta, 2001; Passos, 2003; Alarcon, 2005; Silveira & Vieira, 2005; Alverga & Dimenstein, 2006; Yasui, 2010,

dentre outros). Busca-se a superação do modelo hospitalocêntrico asilar - centrado na internação dos doentes em hospitais psiquiátricos - e sua substituição por um modelo de reabilitação psicossocial, baseado na desinstitucionalização e inserção social dos doentes mentais. Apesar de todos os esforços dos “reformistas” e da consolidação de uma política nacional de saúde mental voltada para a desinstitucionalização - que conta inclusive com um vasto conjunto de leis e portarias que a regulamentam - ainda não superamos por completo o modelo anterior. Sobrevive ainda, o “desejo de manicômio”, expressão tomada de empréstimo por Alverga e Dimenstein (2005, 2006) para chamar a atenção à presença destes desejos que atravessam o tecido social e que se constituem em forças motrizes que alimentam as instituições totais.

A RPB ainda não é um processo homogêneo e assume diferentes ritmos e feições nas diferentes localidades brasileiras, além de ser um processo marcado por inúmeros conflitos e desafios. Além dos problemas da pobreza estrutural e dos grandes desafios da saúde pública no Brasil, podemos dizer que a RPB coloca em confronto diversas concepções de loucura, de homem e de sociedade, bem como revela um campo de tensões entre interesses políticos, econômicos e ideológicos divergentes.

Concordamos com Yasui (2010, p.76) quando, ao descrever as diferenças entre o modelo hospitalocêntrico e o modelo de reabilitação psicossocial e as diferentes relações que estes modelos travam com a loucura, afirma tratar-se de

Diferentes formas de olhar e de ouvir que implicam diferentes formas de atuar e intervir. Modelos de discursos, de produções de saber e de práticas sobre a realidade: um, que representa um modelo hegemônico de pensar e nos fala de uma racionalidade científica médica com suas características (isolar, observar, classificar, determinar); outro, que se espanta com o acaso e o incorpora, buscando compreender esse complexo mosaico do viver e do sofrer.

Este autor, ao apresentar os dois modelos coexistentes (hospitalocêntrico e de reabilitação psicossocial) os afirma como estando claramente filiados a diferentes paradigmas, ou seja, diferentes formas de enxergar o mundo, a existência, conjuntos diferentes de suposições, métodos e problemas típicos que determinam em um dado momento histórico quais são as questões importantes e quais as melhores maneiras de respondê-las (Yasui, 2010). Para este autor, a RPB, representada pelo modelo de reabilitação psicossocial, vem sendo implementada em um momento de crise do paradigma científico e sua racionalidade. A Reforma Psiquiátrica, segundo Yasui (2010, p.77) revela uma “importante ruptura com o modo psiquiátrico de olhar e compreender

essa estranha e complexa experiência humana que podemos genericamente nomear de loucura”. Por pretender ser uma ruptura, a RPB impõe a necessidade de colocar em jogo novos operadores conceituais construindo um novo marco teórico para o campo da saúde mental. Ou, nas palavras do próprio autor: “produção de novos conceitos para novos problemas e objetos” (p.77).

Empreenderemos nosso recorte de pesquisa neste momento atual, no qual se tencionam esses dois modelos de atenção à saúde mental citados. Um recorte que nos é útil na delimitação do campo de investigação de nossos objetos de estudo, lembrando, representações sociais da loucura e práticas sociais relacionadas a sujeitos em processo de desinstitucionalização. Como se trata de um estudo de representações sociais, estamos interessados na configuração do pensamento social no momento atual, o que justifica nosso recorte. Partindo da constatação da co-existência dos modelos de atenção, que se filiam a paradigmas distintos, constatamos também que estes modelos colocam em jogo concepções e elementos divergentes para a construção de representações e práticas sociais relativas à loucura, na atualidade.

Entendemos, entretanto, que a loucura é um fenômeno social arcaico, ou seja, de presença longínqua na história da humanidade e das culturas. Um fenômeno que acompanha o ser humano desde tempos imemoriais. Disso decorre que as significações atribuídas à loucura, bem como as práticas a ela associadas, contam com rico arcabouço simbólico e imaginário construído ao longo da história do pensamento social. Arcabouço que está para além das fronteiras do universo reificado² da ciência, de onde “emanam” os “jovens” modelos explicativos que constituem nossas referências. A vida cotidiana acontece antes e para além deste universo reificado, constituindo-se também de outros sistemas de pensamentos, crenças, valores. Modelos científicos (nos quais incluímos os modelos de atenção à saúde mental) são incorporados à vida cotidiana e,

² No âmbito da TRS são definidos dois universos de conhecimento distintos - o reificado e o consensual – que ocupam lugares diferentes na sociedade atual e que funcionam sob diferentes lógicas. O *universo reificado* é aquele onde se produzem e circulam as ciências, cujo pensamento é caracterizado pela erudição, objetividade e rigor lógico e metodológico. Neste universo a sociedade é vista como um sistema de diferentes papéis e categorias e seus membros são desiguais. Existe um comportamento adequado a cada circunstância e informações apropriadas para determinados contextos. O grau de participação dos sujeitos nesse universo está relacionado à sua qualificação formal.

No *universo consensual*, ao contrário, a sociedade é vista como um grupo de indivíduos em que todos têm o mesmo valor. A todos é facultada a possibilidade de se comportar e se posicionar livremente e como “amador”, um “observador curioso”. A produção de conhecimento se funda em uma lógica distinta, não mais baseada na objetividade, mas sim na tradição e no consenso. Não há um compromisso com a racionalidade ou a coerência, sendo as contradições abarcadas. Neste universo a lógica é regida pela necessidade de lidar com os objetos no cotidiano (Moscovici, 1961/1978, 2003; Sá, 1993).

em sinergia com as necessidades e desafios que lhe são inerentes, são apropriados e transformados, engendrando a construção de representações sociais.

Retomemos o que Moscovici (1961/1978) chama de sociedade pensante: uma sociedade dinâmica, que coloca em jogo inúmeros elementos de representação que cada grupo social - em função de seus posicionamentos, possibilidades, necessidades e “energética comunicacional” - selecionará e organizará na forma de distintas representações sociais. Representações que são as “teorias do senso comum”, tecendo a teia do conhecimento cotidiano.

Moscovici (2003) ao rerepresentar a idéia de uma sociedade pensante, circunscreve o campo de interesse da TRS ao momento em que o ser humano faz perguntas, procura respostas ou pensa. Ao comentar estudos recentes realizados com crianças, que demonstram que as origens e o desenvolvimento do sentido e do pensamento dependem das inter-relações sociais, o autor conclui que “o mundo dos objetos constitui apenas um pano de fundo para as pessoas e suas interações sociais” (p.44). Ou seja, é nas interações sociais que o sujeito vai dando curso à construção de suas representações sociais. Uma construção marcada pelas tentativas dos sujeitos em conhecer e compreender a realidade circundante para resolver os “...enigmas que o ocupam e preocupam desde o berço e dos quais ele nunca pára de falar” (Moscovici, 2003, p.42). Ressalta-se aqui também a importância da comunicação social.

Ao desenvolver sua idéia de sociedade pensante, Moscovici (2003) critica uma tendência que, segundo ele, predomina nas ciências humanas: a tendência a considerar que a sociedade não pensa. Essa concepção é expressa de duas formas. A primeira forma é considerando nossa mente como pequenas caixas pretas, meramente condicionadas de fora. Moscovici rebate essa consideração reafirmando que

/.../ nós sabemos muito bem que nossas mentes não são caixas pretas, mas na pior das hipóteses, buracos pretos, que possuem uma vida e atividade próprias, mesmo quando isso não é óbvio e quando as pessoas não trocam nem energia nem informação com o mundo externo. A loucura, esse buraco negro na racionalidade, prova irrefutavelmente que é assim que as coisas são (Moscovici, 2003, p.44).

A outra forma de expressão da concepção de que a sociedade não pensa é a afirmação de que os grupos e as pessoas estão sempre e completamente sob controle de uma ideologia dominante, imposta por sua classe social e outras instituições de pertença. Para Moscovici (2003), essa afirmação é fruto de resquícios do pensamento

traduzido por Le Bon em seu clássico *Psicologia das massas*, que sustenta que as massas não pensam nem nada criam, é somente o indivíduo e a elite organizada que pensam e criam. Ao contrário, Moscovici reafirma que as pessoas e os grupos “pensam por si mesmos, produzem e comunicam constantemente suas próprias e específicas representações e soluções a questões que eles mesmos colocam” (p.45). Às ideologias, ciências e acontecimentos, Moscovici reserva o lugar de “alimento para o pensamento”, revelando, a nosso ver, que, apesar de sua importância, elas não dão conta completamente da complexidade da realidade vivida.

Essas observações sobre a concepção de sociedade pensante - que está na base epistemológica da TRS - servem para nos alertar que os dois modelos de atenção à saúde mental que coexistem neste momento de transição paradigmática fazem parte de um universo mais amplo. Um universo onde estes modelos se combinam de diferentes formas, sendo abarcados pelo movimento da cultura e da história, anteriores e para além deles. Um universo dinâmico, em que esta sociedade pensante ocupa o duplo lugar de “criadora e criatura” e no qual as representações sociais ocupam um lugar importante enquanto instrumentos de construção do mundo e de si, engendrando diversos entendimentos acerca desses modelos.

A loucura na História e os processos de construção das Representações Sociais

Para conhecermos as atuais representações sociais da loucura, consideramos importante pensarmos este objeto em termos de sua inserção histórica. A história longínqua da loucura na humanidade certamente imprime marcas e sentidos, por meio dos elementos arcaicos que sobrevivem à ação do tempo e que vão se combinando e transformando de diferentes formas na complexa construção das representações sociais.

Das três principais vertentes de desenvolvimento da TRS (estrutural, culturalista e societal) apontadas por Almeida (2001), destacamos neste momento a vertente culturalista, representada pela obra de Denise Jodelet, principal responsável pela divulgação da TRS no Brasil e América Latina. Nosso destaque é um reconhecimento ao trabalho desta autora, que empreendeu um grande esforço na restituição da dimensão histórica, social e cultural das representações sociais (Jodelet, 2001, 2005). Concordamos com a leitura empreendida por Trindade, Santos e Almeida (2011, p.114), quando estas autoras afirmam que as dimensões das representações sociais enfatizadas por Jodelet são componentes que unem a Psicologia Social às outras ciências sociais, “por meio dos laços estabelecidos entre os mecanismos sociocognitivos do pensamento

social, a linguagem, a ideologia, o simbólico e o imaginário”. Em nosso caso, entendemos que a história cumpre um papel fundamental na construção das atuais representações sociais da loucura, colocando-as no ponto de intersecção entre várias disciplinas científicas e saberes do senso comum.

Na construção das representações sociais entram em ação dois processos essenciais: a ancoragem e a objetivação.

A objetivação é o processo que confere materialidade a uma idéia abstrata. É a constituição de uma imagem representativa do objeto. Para Moscovici (1961/1978) “objetivar é reabsorver um excesso de significações materializando-as (e adotando assim certa distância a seu respeito). É também transplantar para o nível da observação o que era apenas inferência ou símbolo” (p.111). O processo de objetivação passa por três fases: a) seleção e descontextualização dos elementos que constituem o objeto, a partir de critérios normativos e culturais; b) formação de um núcleo figurativo, ou seja, um complexo de imagens que reproduz um complexo de idéias e; c) naturalização dos elementos do núcleo figurativo, processo pelo qual os elementos do pensamento tornam-se elementos da realidade (Moscovici, 1961/1978, 1984; Jodelet, 1984, 2001; Sá, 1993).

Objetivar é materializar um saber sobre o objeto. É a visibilidade do domínio do sujeito que representa, sobre o objeto representado, por meio de sua (re) construção concreta, imagética e naturalizada. Trindade, Santos e Almeida (2011) ao falar das imagens trazem uma importante afirmação, que se contrapõe a um possível equívoco no entendimento das imagens como mera reprodução. Para as autoras, as imagens “não se separam da potencialidade criativa dos objetos e dos sujeitos, que reorganizam, constituem e são constituídos de forma infinitamente nova” (Trindade, Santos & Almeida, 2011, p 107).

Com relação ao processo da ancoragem, este se refere ao modo como os elementos de representação são integrados aos sistemas de pensamento pré-existentes, transformando-os e sendo por eles transformados. É o antigo acolhendo o novo, transformando-o e sendo por ele transformado, numa dinâmica de permanências e renovações, tal como nos mostra o poema de Leminski, quando este se refere a um novo gerado “pelo mesmo ovo de sempre”.

A ancoragem é o processo de classificar e denominar. Ao classificarmos o objeto a ser representado, o comparamos aos diversos “paradigmas” ou protótipos estocados em nossa memória. A partir dessa comparação escolhemos aquele em que o objeto mais

se enquadra e aí o incluímos. Oferecemos um lugar a este objeto que, ao ser incluído, também transforma o lugar que o acolheu. Damos também um nome ao novo objeto, retirando-o de um anonimato perturbador no qual, por não ser designado, não existe. Ao nomeá-lo, incluímos o objeto numa genealogia, num complexo de palavras específicas, podendo o mesmo a partir de então, ser descrito, adquirir características e tornar-se objeto de uma convenção (Moscovici, 1961/1978; Sá, 1993).

Ao permitir a integração do novo, por meio da classificação e denominação, o processo de ancoragem converte o objeto social – fenômeno de representações sociais – num instrumento do qual o sujeito pode dispor. Um instrumento que vem integrar e moldar as relações sociais, abrangendo e lidando com suas contradições, sempre em acordo com a necessidade de saber e de dominar a realidade, pois, parafraseando Moscovici (1961/1978, p.174), “depois que a pedra foi transformada em machado e o sílex em fogo, o homem sempre transformou as coisas e as criaturas em instrumentos úteis.”

Para tentar tornar mais claros estes processos e a importância da História na constituição das representações sociais, retomaremos de forma breve duas concepções trazidas por Foucault (1972) que foram associadas à loucura em momentos históricos distintos: a concepção trágica e a concepção crítica da loucura. Conferir um destaque a essas duas concepções se justifica pelo fato de acreditarmos que elas agregam e fornecem elementos importantes que vêm compor as atuais representações sociais da loucura. Consideramo-las como duas grandes tendências que configuram espécies de “grandes matrizes”. Apesar de, em sua forma pura, essas concepções terem sentidos opostos, elas são constituídas por elementos que vem se combinando das mais variadas formas na construção das representações sociais da loucura até chegar na atualidade. Representações sociais que na atualidade também são marcadas pela incidência dos dois modelos de atenção que se tencionam.

As concepções trágica e crítica da loucura começaram a se delinear, segundo Foucault (1972), no período da Renascença, período em que essas duas concepções ainda formavam um “amálgama” indiferenciado. Ao longo do Renascimento foram sendo delineadas suas diferenças, que se consolidaram com o advento do Iluminismo, período em que a razão foi elevada à condição de centro organizador do conhecimento, do pensamento e do ideal de homem que se estabeleceu deste período em diante, qual seja o homem racional.

Na concepção trágica a loucura é considerada e vivida de forma ambígua, sendo adorada e temida, definida como tendo um caráter místico-fantástico e associada um saber transcendental, inacessível ao homem comum. A loucura, nesta concepção, tem uma força primitiva de revelação, na qual o onírico e o real se confundem eternizando figuras inquietantes e enigmáticas. É a loucura que inspira os mitos e as obras dos primeiros trágicos gregos, Ésquilo e Sófocles, nas quais é visível a permanência da influência de entidades míticas na manifestação da loucura, a despeito do componente psicológico da mesma, que já começava a ser cogitado. A permanência destes componentes míticos na Grécia antiga, um dos “berços” de nosso pensamento ocidental, fez com que o homem mantivesse com a loucura uma relação, ao mesmo tempo, de distância e proximidade. A distância podia ser evidenciada pela falta de uma mediação entre homens e deuses, uma “distância inapelável do sagrado, reverência perplexa às forças do mundo, exterioridade da loucura em relação ao sujeito, estranheza da mensagem que ela porta” (Pelbart, 1989, p.42). Já a proximidade era expressa pelo fato de a loucura habitar a vizinhança do homem e seu discurso, fazendo parte de seu cotidiano. Como à época de Homero, todos estavam sujeitos à loucura e não havia, portanto, a necessidade de exclusão da mesma.

A representação imagética desta concepção trágica é repleta de distorções e deficiências corporais, homens transfigurados por zoomorfismos e figuras mítico-religiosas. Tal representação imagética pode ser observada nas obras de arte produzidas no período que compreende o final da Idade Média e início da Renascença, por pintores como Albrecht Durer, Hieronimus Bosch, Peter Brueghel, dentre outros (Pacheco, 2009).

A concepção crítica, por sua vez, se contrapõe de maneira clara à concepção trágica. A loucura, ao longo do período do Renascimento, começa também a ser representada como erro, defeito e denúncia da fraqueza e natureza viciada do ser humano, ou seja, é introduzida no campo da moral, em especial no âmbito da filosofia e da literatura. Ela passa a ser apreendida por uma “consciência crítica”, que a julga como uma verdade medíocre e a toma como objeto de discurso. Tal “consciência crítica” retira da loucura o seu estranho poder de expressão dos mistérios do mundo, sendo reveladora de um desequilíbrio do próprio homem (Frayse-Pereira, 1985).

Ferraz (2000) ressalta quatro concepções apresentadas na obra de Foucault (1972). Trata-se de concepções que, a nosso ver, podem ser incluídas nas concepções trágica e/ou crítica. Mas, por ser uma leitura mais específica, que confere destaque a

determinados aspectos, consideramos interessante acrescentá-las aqui. O autor identifica a *concepção crítica*, “enquanto delimitadora dos reinos do sentido e do não-sentido, da verdade e do erro da sabedoria e da embriaguez, do sonho e da realidade, e assim por diante”, tal como também a compreendemos.

Além desta concepção, Ferraz (2000) identifica outras três:

a) *Consciência prática*, na qual a loucura é representada pelos ritos de purificação, revigorando as consciências obscuras da comunidade. Nesta concepção, a loucura situa-se mais no campo das cerimônias do que da linguagem;

b) *Consciência enunciativa*, que não pertence à ordem do conhecimento, mas do reconhecimento. A loucura aparece como *espelho*, faz reconhecer a familiaridade de sua dor. Para este autor, a consciência enunciativa pode ser a responsável pelo fascínio e pela atração exercidos pela figura do louco, ainda que seja simultânea e correlata ao horror e às tentativas de distanciamento;

c) *Consciência analítica*, predominante nos séculos XIX e XX, que considera as outras concepções como primitivas. É a concepção que retira o lirismo e a ritualística da loucura e ela passa a evocar somente as técnicas de supressão. É a concepção que constitui a própria essência epistemológica da psiquiatria, segundo Foucault (1972). Seu triunfo repousa na objetivação da loucura pela medicina, que a reduziu a um objeto de conhecimento tal qual outro qualquer (Ferraz, 2000). Ferraz (2000) traz como exemplo desta concepção um breve relance do conto “Darandina”, escrito por Roas em 1962. Neste conto é relatada uma cena de insanidade de um louco de rua que subiu, em injúrias, no topo de uma palmeira, chegando a despir-se lá de cima até ser retirado por algumas pessoas do local. A multidão participava contagiada da cena, aos gritos, gargalhadas, ao final aplaudindo o louco contido. Em meio a esta balburdia, o estudante de medicina que participava da cena, calculadamente diagnostica: “É o síndrome exofrênico de Bleuler.” Um detalhe bem humorado do conto, que Ferraz interpreta como um exemplo desta concepção analítica, que reduz a loucura a uma doença, desconsiderando sua riqueza fenomênica e seus modos de aparecimento (Ferraz,2000).

Voltando às nossas concepções matrizes (trágica e crítica), atualmente testemunhamos a prevalência dessa concepção crítica, consolidada no período do Iluminismo que se seguiu ao Renascimento, influenciada pelos discursos racionalistas que colocam a loucura à margem, definido-a pela negatividade. É importante destacar, porém, que a concepção trágica não desapareceu, tendo sido apenas ocultada, como afirma Foucault (1972, p.28):

... a consciência crítica da loucura viu-se cada vez mais posta sob uma luz mais forte, enquanto penetravam progressivamente na penumbra suas figuras trágicas (...) obscuramente, essa experiência trágica subsiste nas noites do pensamento e dos sonhos, e aquilo que se teve no século XVI foi, não uma destruição radical, mas apenas uma ocultação. A experiência trágica e cósmica da loucura viu-se mascarada pelos privilégios exclusivos de uma consciência crítica.

O não desaparecimento dessa concepção trágica é evidenciado na atualidade em diversos contextos, nos quais a loucura ainda guarda uma “aura de mistério e de fantástico”. Por exemplo, nos estudos realizados na Itália e posteriormente no Brasil por De Rosa (1987) sobre a representação social da loucura elaborada por crianças e adultos, percebe-se que a dimensão trágica da loucura, “empurrada” para os subterrâneos do pensamento ocidental, por vezes eclode nas imagens associadas à loucura. Além dos elementos de representação associados à doença consolidados pela Psiquiatria, outros elementos oriundos do misticismo e da metafísica, atuais ou de tempos arcaicos, também aparecem como constitutiva das representações da loucura. Em seus estudos, a autora apresenta imagens produzidas por crianças e adultos, nas quais o louco é também representado como ser fantástico, sobrenatural, muitas vezes de forma trágica e irônica.

O que destacamos destas duas concepções, para além de suas características, é o movimento que estabeleceram entre si ao longo da história. Mesmo tendo características diferentes, ou mesmo opostas, estas concepções não aparecem, necessariamente, em sua forma pura, nem são, necessariamente excludentes. Uma das características do pensamento social é que ele abarca as contradições e as reelabora de acordo com suas condições e necessidades.

Testemunhamos aqui a ação da ancoragem, a partir da qual os elementos divergentes que constituem o pensamento social, ao longo das flutuações da história, estabelecem diferentes combinações, numa espécie de “acordos de coexistência”, alternando momentos em que determinados elementos se sobressaem em detrimento de outros. Acordos estabelecidos sempre em consonância com o contexto social e cultural circundante, e com o arcabouço cognitivo-subjetivo daqueles que elaboram as representações.

Testemunhamos ainda, a participação da objetivação, na medida em que as concepções de loucura encontram-se personificadas nas imagens evocadas pelos sujeitos, a exemplo dos estudos de De Rosa (1987). Imagens carregadas de sentidos e

que também fazem parte do rico arcabouço imagético de que os sujeitos dispõem. Arcabouço construído ao longo de sua história pessoal e cultural.

Modelos de atenção à saúde mental: o confronto entre representações e práticas sociais

“Somente aquelas diferenciações capazes de se manifestar com força radical, a ponto de imprimir a determinado fenômeno um sentido contrário àquele seguido até então, poderão requerer o estatuto de contradição.”
(Abílio da Costa-Rosa, 2000)

Como afirmado anteriormente, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) pode ser definida como a reorientação do modelo de atenção à saúde mental. Uma reorientação que visa a substituição do Modelo Hospitalocêntrico ou Manicomial por um Modelo de Reabilitação Psicossocial, voltado para a desinstitucionalização da loucura. Estes dois modelos, retomando as reflexões feitas anteriormente, têm filiações paradigmáticas distintas. Isso que significa dizer que estão baseados em concepções de homem e de mundo distintas e que buscam a consolidação de distintas representações sociais acerca da loucura. Da mesma forma, estes modelos também se ligam a práticas sociais distintas.

A despeito de sua consolidação nas esferas jurídica e nas políticas públicas, a Reforma Psiquiátrica ainda é um movimento relativamente novo no Brasil e ainda se encontra em fase de transição, como discutimos anteriormente. Neste sentido, ela se constitui em um campo de constantes tensões entre o tradicional e o novo, no que diz respeito tanto às representações sociais da loucura e as práticas sociais a ela dirigidas como às relações entre elas. Partindo deste contexto, apresentaremos brevemente como a TRS entende as relações entre as representações e as práticas sociais.

A obra seminal de Moscovici (1961/1978) coloca em evidência uma hipótese que originou vários estudos subseqüentes: a de que os comportamentos dos indivíduos ou dos grupos não eram determinados pelos componentes objetivos da situação, mas sim pela sua representação.

Jean-Claude Abric, importante teórico das TRS, dedicou um livro às relações entre práticas e representações sociais. Dentre suas várias reflexões, Abric (2001) aponta que a TRS traz alguns avanços para a Psicologia Social no que tange a relação entre práticas e representações. Segundo este autor, dentro de uma concepção mais tradicional dentro desta disciplina, são efetivamente as práticas que criam as

representações e não o inverso. Apesar de considerar efetivo o papel das práticas na constituição e transformação das representações sociais, o autor também apresenta outros fatores que influenciam a constituição destas, quais sejam: a) fatores culturais, ligados à história do grupo e à sua memória coletiva; b) fatores ligados ao sistema de normas e valores, destacando que as práticas desenvolvidas pelos sujeitos não podem ser independentes das normas e valores aos quais os sujeitos aderem; c) fatores ligados à atividade dos sujeitos que organizam suas experiências subjetivas, estruturam e formatam suas interações sociais. Ao mostrar esses outros fatores influentes na constituição das representações sociais, Abric confere às representações um estatuto de maior complexidade e abrangência, em contraposição à concepção mais tradicional há pouco citada. O reconhecimento dessa amplitude das representações abre margem para que também se considere a importância destas na determinação das práticas.

Abric (2001) apresenta diversos resultados de pesquisa que evidenciam que as representações também são determinantes das práticas. O autor cita vários exemplos em que as representações sociais determinam o comportamento cooperativo (Abric, 1987), as relações intra e intergrupos e a estrutura e funcionamento dos grupos (Faucheux & Moscovici, 1968; Apfelbaum, 1969; Sherif, 1969; Abric, 1971; Abric & Kattan, 1972; Codol, 1972; Abric & Vacherot, 1976), a busca de informações sobre o companheiro (Snyder & Swann, 1978), as reações às condições de trabalho (Morin, 1989), a escolha profissional (Rousselet, 1987; Guimelli, 2001), as práticas frente à doença mental (Jodelet, 1989), dentre outros.

A partir de suas considerações sobre o papel das representações na determinação das práticas, que vieram se somar à idéia tradicional de que as práticas determinam as representações, Abric (2001) conclui que as representações e as práticas se geram mutuamente. Para apoiar essa idéia, Abric cita um trecho de Autes (1985) que diz que

...não se pode dissociar a representação, o discurso e a prática. Elas formam um todo. Seria vão buscar se a prática produz a representação ou é o inverso. É um sistema. A representação acompanha a estratégia, tão pronto a precede e a informa, a modela enquanto a justifica e racionaliza: ela a faz legítima (Autes, 1985, citado por Abric 2001, p.206).

Outro argumento que confirma a íntima relação e mútuo engendramento entre práticas e representações é o fato de algumas práticas sociais permitirem descobrir aspectos da representação nunca verbalizados e, portanto, inacessíveis às técnicas de coleta de dados de representações sociais. Existem dimensões da representação que só

podem ser testemunhados por meio das atitudes e práticas cotidianas, sem que haja, necessariamente, um correspondente verbal ou mesmo mental.

A pesquisa realizada por Jodelet (2005), no contexto da Colônia Familiar Ainay-le-Château, onde estava em curso uma experiência de desospitalização de doentes mentais, demonstrou claramente que as representações sociais continham aspectos não verbalizados e que, sequer, tinham uma representação mental para aqueles que as elaboraram. As dimensões não verbalizadas, entretanto, ficavam evidentes nas práticas cotidianas da comunidade.

Um exemplo de prática comum a todos os aldeões era a de lavar as roupas e louças dos doentes mentais separadas dos outros moradores das casas. Quando questionados sobre essa prática, os aldeões se remetiam ao “costume”, pois “os antigos” (pais, avós) também faziam isso, por medo do contágio. Os aldeões negavam essa possibilidade, pois em suas falas afirmavam que a doença mental não era contagiosa. Entretanto, mantinham intacta a rígida separação das águas no cotidiano doméstico, mesmo deparando-se com a “irracionalidade” de tal prática. Neste caso, as representações sociais abarcaram as visíveis contradições. Ou como afirmou Jodelet (2005, p.305), “essas medidas, chamadas de medidas de higiene, se revelam como práticas socialmente significantes, cujo sentido desvela dimensões fundamentais da representação coletiva da loucura e basta para afastar a hipótese de procedimentos e elaborações particulares a algumas hospedeiras ‘fóbicas’ ”. Este último comentário de Jodelet, a nosso ver, reforça o caráter social das práticas cotidianas.

A relação entre representações e práticas no âmbito do movimento da RPB revela que, de fato, elas funcionam como um sistema. O modelo de reabilitação psicossocial que vem sendo implementado atualmente impõe uma mudança de práticas que tem, como um de seus propósitos, a transformação das representações sociais da loucura no que diz respeito ao seu estatuto de periculosidade, improdutividade e incapacidade para a vida social. Por outro lado, não podemos deixar de considerar que a construção deste novo modelo já é fruto de um questionamento dessa mesma representação da loucura e da forma de tratá-la.

Desta maneira, torna-se tarefa um tanto difícil definir, neste campo, se são as práticas que geram as representações ou se são as representações que geram as práticas. O que podemos supor, neste caso específico, é que os processos de transformação das representações e a transformação das práticas ocorrem em ritmos distintos. Em alguns

momentos as representações questionaram e impuseram novas práticas e, em outros, as práticas impuseram novas representações. Uma suposição.

A dificuldade em definir a relação de causalidade entre representações e práticas no caso da RPB vem ao encontro da afirmação de Rouquette (1998), para quem não é suficiente dizer que práticas e representações se influenciam mutuamente. Para este autor não se trata de uma relação de reciprocidade, sendo uma ingenuidade afirmá-la. Rouquette, na tentativa de fornecer uma informação mais precisa sobre a relação que se estabelece entre representações e práticas, afirma ser razoável “considerar as representações como *condições das práticas*, e as práticas como *agente de transformação das representações*” (Rouquette, 1998, p. 43)

A reflexão sobre a relação entre representações e práticas no âmbito da TRS é complexa, merecendo que a retomemos mais adiante. Ao retomarmos essa discussão à frente, o faremos destacando o que cada uma das vertentes da TRS nos oferece enquanto categorias teóricas de análise no que tange à investigação das representações sociais da loucura e as práticas sociais dirigidas aos sujeitos em contexto de desinstitucionalização.

Neste momento focalizaremos nossas reflexões na delimitação do que estamos chamando *Práticas Sociais*, e em seguida apresentaremos os modelos de atenção à saúde mental em vigor.

Trindade (1998) aponta que o conceito de práticas sociais vem sendo amplamente utilizado nos estudos sobre representações sociais. Sua ampla utilização, entretanto, não se apóia em uma definição clara deste conceito, como demonstra a revisão de literatura realizada por esta autora nos artigos do periódico *Papers on Social Representations*. Nesta revisão, somente quatro autores se dedicam à caracterização do conceito de práticas sociais, o que é explicado pela autora não em termos de negligência ou descaso dos pesquisadores, mas sim em termos de um “consenso explícito”,

... onde todos (ou quase) sabem que todos têm a mesma compreensão sobre as configurações das práticas sociais, sendo, portanto, um exercício de redundância a tentativa de defini-las. É a naturalização das práticas sociais (Trindade, 1998, p.3, grifo do autor).

Trindade (1998) defende que, dada a importância da relação entre práticas e representações sociais como um dos pressupostos da TRS, faz-se necessária uma melhor definição do conceito de *práticas sociais*, considerado como um de seus importantes construtos teóricos. Neste sentido, Trindade identifica o que é consensual

nas reflexões e definições encontradas nos artigos constantes de sua revisão de literatura. A partir desses elementos consensuais, a autora nos oferece o que estamos considerando como definição do que sejam as *Práticas Sociais* no âmbito deste trabalho:

...um conjunto de ações/comportamentos que apresentam uma organização encadeada e padronizada, instituídas na relação entre os diferentes papéis sociais. As práticas sociais são perpassadas pela subjetividade e pode-se afirmar também que são fruto da apropriação de um conjunto de conhecimentos/comportamentos objetivados por gerações anteriores, o que remete à dimensão histórica das práticas. Percebe-se também a importância da comunicação entre os membros dos grupos sociais na construção e manutenção da estabilidade das práticas sociais (Trindade, 1998).

No âmbito desta pesquisa de doutorado, são considerados dois tipos de práticas: as de cuidado e as de saúde. Borges (2000), em sua pesquisa sobre as representações sociais da enfermagem, ao refazer o percurso histórico das práticas de cuidado afirma que estas se iniciam com a própria vida e são originadas nas sociedades primitivas. Borges afirma que a intervenção de cuidado é entendida na dimensão da interação humana, o que inclui tanto as tensões biofísicas quanto as tensões psicossociais. No que diz respeito às práticas de saúde, a autora não traz uma definição clara, mas deixa entender que se referem mais às intervenções técnicas feitas por especialistas.

A partir das reflexões de Borges, reconhecemos a dificuldade em distingui-las no âmbito de nossa pesquisa, considerando que, no âmbito da saúde mental, em especial no que se refere ao Modelo de Reabilitação Psicossocial, as práticas de saúde estão permeadas pela interação humana, pela escuta e pelas tensões psicossociais, características de práticas de cuidado. Assim, estamos considerando práticas de cuidado e de saúde como parte das práticas sociais.

Quando nos referimos à transição dos modelos de atenção à saúde mental, partimos do pressuposto de que coexistem ainda dois grandes grupos de práticas sociais que definimos como: a) as *tradicionais*, construídas ao longo da história e reforçadas pela ciência psiquiátrica, que têm um “lugar cativo” no pensamento e funcionamento social e; b) as *novas práticas* empreendidas e incentivadas no movimento de Reforma Psiquiátrica, representada pelo modelo de reabilitação psicossocial.

Após nossa reflexão sobre a relação entre representações e práticas sociais e a definição do que entendemos por tais práticas, procederemos à apresentação dos

distintos modelos de atenção à saúde mental. Serviremo-nos dos parâmetros utilizados por Costa-Rosa (2000) para apresentar as diferenças entre os modelos, quais sejam:

- a definição de seu “objeto”
- a definição dos “meios” teórico-técnicos de intervenção (o que inclui as formas de divisão do trabalho interprofissional);
- as formas de organização dos dispositivos institucionais;
- as modalidades do relacionamento com os usuários e a população;
- as implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos.

Além desses parâmetros, iniciaremos a apresentação de cada modelo com uma contextualização histórica, que nos permitirá conhecer as funções e o lugar ocupado por estes modelos na dinâmica do pensamento social da época em que surgiram, ampliando, assim, nossa compreensão dos processos de ancoragem. Faremos também alguns comentários, ao final da apresentação de cada modelo, sobre o que revelam e propõem no que tange às representações sociais da loucura e as práticas sociais dirigidas aos sujeitos considerados loucos ou doentes mentais, nossos objetos de pesquisa.

Modelo hospitalocêntrico ou manicomial – a loucura aprisionada na doença

Ao final do período do Renascimento (século XVII) e ao longo do período subsequente - o Iluminismo -, a ciência se consolidou como o centro organizador de todo o pensamento ocidental, tendo a razão como seu grande instrumento e, aparentemente, única fonte válida para a construção do conhecimento. Como fruto dessa Razão Instrumental, nasce no âmbito da ciência médica, por volta do início do século XIX, a Psiquiatria.

O nascimento da Psiquiatria revela uma combinação de diferentes interesses que se interpenetram. Por um lado, havia uma preocupação legítima com a construção de saberes sobre a loucura, em especial com a descoberta de sua cura. Os hospitais psiquiátricos se constituíram, originariamente, como campos de pesquisa e experimentação de novas terapêuticas.

Ao lado de sua função terapêutica, porém, a psiquiatria também nasce com outra função, não menos importante: a de controle social. O final do século XVIII e início do século XIX foram marcados por profundas transformações sociais, em especial no que se refere ao processo produtivo, às novas relações de trabalho que se estabeleceram com a Revolução Industrial e o crescimento desordenado das cidades. Essas transformações

sociais geraram problemas sem precedentes na história e que exigiam novas respostas e soluções (Polanyi, 1980; Netto, 2001; Pereira, 2001). Diante da necessidade de oferecer respostas aos problemas sociais emergentes, testemunha-se ainda uma necessidade interna à Psiquiatria de responder algumas defasagens da ciência psiquiátrica com relação às outras áreas médicas no que dizia respeito ao seu estatuto de cientificidade. Desta forma, pode-se afirmar que alguns conceitos e teorias no âmbito da psiquiatria vieram ao encontro destas necessidades de auto sustentação e controle social.

Um exemplo disso foi a elaboração do conceito de degeneração (ou degenerescência), elaborada por Bénédict-Augustin Morel em meados do século XIX na Alemanha. Fundante da “Teoria da Degenerescência”, este conceito teve uma grande repercussão na construção de todo o arcabouço teórico da Psiquiatria biológica daquele momento em diante. O conceito de degeneração foi fortemente associado à idéia de hereditariedade e degradação humana em seu sentido intelectual e moral. Segundo esta teoria, a loucura passa a ser interpretada como uma recusa ao contrato social e decorrente de uma degeneração causada por fatores orgânicos e psicológicos, ou seja, restrita ao nível individual. Uma interpretação limitada, por desconsiderar a dimensão econômica, política e histórica na produção da loucura, mas que também veio ao encontro das necessidades das classes dominantes à época em estabelecer critérios “objetivos” e “científicos” de controle social (Cunha, 1990; Serpa Júnior, 1998).

Esta conjugação harmoniosa entre Psiquiatria, Política e Direito se manteve e se fortaleceu nas décadas seguintes. O discurso psiquiátrico, aliado a outros saberes e discursos de outras ciências como, por exemplo, a Antropologia e o Direito, vieram atender às necessidades das classes dominantes a partir do início do século XIX e encontra eco ainda hoje, como nos mostra Bravo (2004) ao discorrer sobre a construção do preso psiquiátrico e/ou louco infrator. Em sua dissertação, o autor demonstra a importância fundamental dos “discursos competentes” no aprisionamento e na redução da loucura ao conceito de doença mental. Um processo que implica na redução da loucura e dos loucos a um subproduto de sistemas de valores que promovem a perpetuação das desigualdades sociais, expressas nos diferentes acessos aos direitos, aos bens materiais e simbólicos, e à palavra. Um sistema de valores que encarcerou - e continuam a encarcerar - a loucura, normatizando a vida e excluindo aqueles considerados inúteis ao “bom funcionamento social”, na concepção de uma “minoria dos melhores”, nas palavras do autor (Bravo, 2004).

É importante destacar que a Psiquiatria não é um “campo limpo e harmonioso”. Em seu âmbito há inúmeras divergências nas maneiras de focalizar a doença. Mas, diante da necessidade de controle social, o discurso psiquiátrico biológico, marcado pela idéia da degeneração intelectual e moral, se fortaleceu e se infiltrou em diversas instâncias da vida social – desde uma dimensão macro política até as formas cotidianas de sociabilidade estabelecidas com a loucura. Construiu-se uma imagem da loucura associada à periculosidade, negatividade, improdutividade e incapacidade para a vida social. Uma imagem que conjuga o julgamento científico com o julgamento moral.

Pela via de seu “engajamento social”, a Psiquiatria tomou a doença mental por seu *objeto*, empreendendo uma drástica redução de toda a “gestualidade trágica” da loucura, nos termos de Foucault (1972), à doença mental. Inicialmente, a doença mental foi considerada uma forma de erro, ou ilusão que se contrapunha ao que estava posto como a normalidade de condutas. Uma forma de desordem expressa pelas formas de agir e sentir, pela vontade e liberdade dos homens, compreensão claramente filiada à concepção crítica da loucura (Foucault, 1972; Yasui, 2010).

A esta compreensão crítica que está nas bases do modelo manicomial se somou uma grande ênfase nas determinações orgânicas da “doença”, que resulta na supremacia da medicação enquanto *meio de intervenção*. Decorre deste fato, que não se considera a existência do sujeito como subjetividade desejante, como nos aponta Costa-Rosa (2000). Não se investe na mobilização do sujeito como participante do tratamento, mesmo compreendendo que o problema “está nele”.

Foucault (2000) aponta que o internamento realizado em hospitais gerais e posteriormente em hospitais psiquiátricos, cujo sentido primordial é a reestruturação do espaço social, foi duplamente importante para a loucura. Colocou-a num tempo de silêncio e criou para ela parentescos novos e estranhos. Este autor aponta que a loucura não sairá durante muito tempo deste “tempo de silêncio”, pois com seu internamento ela “é despojada de sua linguagem; e se se pôde continuar a falar dela, ser-lhe-á impossível falar de si mesma” (p.79). Ao mesmo tempo, no internamento ela também passa a ser associada aos libertinos, criminosos. Estabeleceu parentescos com as culpas morais e sociais, tornou-se herdeira dos “crimes de amor” e de vários outros. Não em função da descoberta de sua verdade, mas como conseqüência da sedimentação “do que a história do Ocidente fez dela em 300 anos. A loucura é muito mais *histórica* do que se acredita geralmente, mas muito mais *jovem* também”, como nos demonstra Foucault (2000, p.80, grifo do autor).

A loucura além de ter sido aprisionada pela concepção de doença, também foi destituída de seu saber. Ela passou a ser objeto de especialistas que detém o saber sobre ela. Neste sentido, a participação do sujeito dentro do modelo hospitalocêntrico se restringe a colaborar na ingestão da medicação, pois “quem trabalha basicamente, é o remédio”. A loucura em sua dimensão experiencial e subjetiva parece ter desaparecido com o fortalecimento de uma tradição psicopatológica hegemônica, meramente descritiva. Uma psicopatologia que, segundo Stanghellini, citado por Leal, Serpa-Júnior, Muños, Goldenstein e Delgado (2006), se desconectou integralmente de sua base epistemológica que privilegiava a qualidade das experiências subjetivas.

De acordo com Leal, Serpa-Júnior, Muños, Goldenstein e Delgado (2006) a psicopatologia descritiva hoje está restrita à identificação e descrição de sintomas, que devem ser detectados, controlados e corrigidos rapidamente. Uma psicopatologia que se pretende a-teórica, não oferecendo instrumentos para o entendimento da loucura enquanto experiência humana, relacional, posto que desconsidera o modo do sujeito operar no mundo, suas relações e sua história. Uma psicopatologia que engendra uma prática de cuidado puramente avaliativa, disciplinar e medicamentosa, que não se envolve e nada revela sobre o sujeito.

Das diversas conseqüências dessa desconsideração do sujeito em sua complexidade destacamos a rígida imposição da hierarquia dos saberes. Dentro deste modelo, a figura do médico é central e aos outros profissionais é reservado o lugar do “não-médico”, um lugar assessorio, subalterno, sem autonomia. Uma *divisão do trabalho* absolutamente hierarquizada, na qual prevalece o saber sobre o corpo, prerrogativa da Medicina.

Essa divisão do trabalho ocorre dentro de uma instituição que se cristalizou como o símbolo do modelo manicomial: o hospital psiquiátrico ou manicômio. Uma instituição de caráter totalizante, onde predominam as interdições, a violação de Direitos Humanos, o isolamento social, as relações de poder e saber, altamente *hierarquizadas*, tal como revela Goffman (1961/2003) em seu clássico *Manicômios, prisões e conventos*. Uma instituição na qual seu funcionamento e relações internas “se transladam para a relação com os usuários e a população, que estão excluídos de qualquer participação que não seja a de objeto inerte e mudo” (Costa-Rosa, 2000).

Assim, na lógica deste modelo manicomial a participação da família também não é valorizada, sendo as aproximações com estes atores sociais geralmente de caráter pedagógico e assistencial. Além disso, por ser o isolamento em hospitais psiquiátricos o

meio de intervenção preponderante, ao longo das longas internações, enfraquecem-se os vínculos dos sujeitos com suas famílias e demais redes sociais (Costa-Rosa, 2000; Dimenstein, Sales, Galvão & Severo, 2010; Yasui, 2010). O contato com a família muitas vezes também é considerado indesejado por dois motivos: de um lado, a necessidade de proteger a família da indisciplina e desordem moral que o louco representa; de outro a necessidade de afastar o louco do ambiente de origem de sua doença, numa visão que culpabiliza as famílias por considerá-las propiciadoras do adoecimento (Rosa, 2003; Mello, 2005, Dimenstein et al, 2010).

No que diz respeito às implicações éticas desse modelo hospitalocêntrico, o que destacamos primeiramente é seu caráter iatrogênico, ou seja, a piora do que se considera como a patologia em função do próprio tratamento. Um tratamento que exclui os sujeitos do convívio social, isolando-os em instituições totais, mas que também exclui o sujeito de sua própria existência, ao invalidar-lhe a palavra e o saber sobre si. Outra implicação ética é a manutenção de uma rígida ordem social onde a diferença e a desrazão ameaçam frontalmente o *status quo*, que, mesmo centrado na racionalidade, resiste em se repensar. Ameaça que leva à necessidade de afastar a loucura, neste caso a doença mental, dos olhares e do convívio. Um modelo que alimenta a intolerância, o estigma e a negação da diferença essencialmente humana e, por isso mesmo, relacional e social. Alimenta a racionalidade restritiva e constrói com a loucura uma relação baseada em uma alteridade intransponível.

Modelo de Reabilitação psicossocial: por um novo “projeto de humanidade”

O pensamento e as práticas que estão na base da Reforma Psiquiátrica e que colocam em xeque a eficácia do hospital e do saber psiquiátrico nasceram, de certa forma, junto com a própria Psiquiatria. Desde seu início a Psiquiatria encontrou resistências, que se fortaleceram após algumas décadas, em função de fatores internos à própria disciplina (a não descoberta da cura da loucura, descrédito de seus fundamentos e técnicas) e fatores externos relacionados com o contexto mundial (pós-guerra, emergência de movimentos civis, início da discussão em torno dos Direitos Humanos). Estes fatores internos e externos se somaram e deram força à emergência de correntes de pensamento contrárias (Pacheco, 2009).

Das várias correntes de pensamento que imprimiram críticas severas ao *status quo* do qual a Psiquiatria estava a serviço, denunciando a “natureza e função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas” (Amarante, 1995, p.90) destacamos a

Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana. Essas duas correntes tiveram grande influência no início da Reforma Psiquiátrica no Brasil e adquiriram visibilidade com a criação, em 1975, da Rede de Alternativas à Psiquiatria em Bruxelas. Trata-se de um movimento internacional de grande importância para a história da Reforma Psiquiátrica por fomentar inúmeras reflexões e críticas acerca da Psiquiatria em diversos níveis. Reflexões e críticas que vão desde o nível mais técnico e científico, até o nível político e ideológico.

A Antipsiquiatria tinha como um de seus principais pressupostos a afirmação de que a loucura é um fenômeno que ocorre *entre* os homens e não *dentro* deles. De uma forma bem sintética, a Antipsiquiatria se propõe a pensar a loucura enquanto fruto do *facto social*, para além de sua dimensão meramente individual, biológica (Fábregas & Calafat, 1978).

A Psiquiatria Democrática Italiana (conhecida como Psiquiatria Democrática Italiana - ou tradição basagliana, em homenagem ao seu principal pensador Franco Basaglia) é considerada como um marco para a Reforma Psiquiátrica mundial por colocar em xeque, pela primeira vez na história, a instituição e, principalmente, o saber psiquiátrico. Este movimento articula não somente uma transformação do hospital psiquiátrico, mas tem uma maior abrangência. Para Basaglia (1985, p.9),

O questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam, levando-nos a uma crítica da neutralidade científica – que atua como sustentáculo dos valores dominantes -, para depois tornar-se crítica e ação política.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) tem seu início formal, segundo alguns autores (Delgado, 1992; Amarante, 1995; Tenório, 2002; Vasconcelos, 2008), na segunda metade da década de 70, coincidindo com o fim do “milagre econômico” e o início do fim da ditadura militar no país. Momento em que a sociedade civil começou a se organizar em movimentos sociais para reivindicar, de uma forma geral, melhores condições de cidadania. Em consonância com o momento de reconstrução da democracia e de início da construção do sistema público de saúde no país (o Sistema Único de Saúde – SUS), as reflexões críticas com relação ao modelo manicomial se aprofundaram e começou a se configurar o modelo de Reabilitação Psicossocial de atenção à saúde mental hoje em processo de desenvolvimento (Pacheco, 2009).

Tenório (2002) faz um resgate da polêmica em torno do nome do movimento de Reforma Psiquiátrica, e, retomando as reflexões de Delgado (1992), aponta que nas

últimas décadas, o termo Reforma adquiriu uma inflexão diferente, qual seja, a de que a crítica ao asilo passa a incidir sobre os próprios pressupostos da Psiquiatria, deixando de visar somente seu aperfeiçoamento ou humanização. Trata-se de um questionamento do saber psiquiátrico e das estruturas sociais de pensamento que o sustentam. A crítica não é mais somente à forma de funcionamento das instituições psiquiátricas, mas sim à sua própria existência (Tenório, 2002), o que revela a afinidade com o pensamento advindo da Psiquiatria Democrática Italiana.

Considerando ser a história da RPB um tema já bastante explorado nas publicações brasileiras, como poderá ser constatado na Revisão de literatura apresentada à frente, sintetizamos no Anexo 1 algumas informações relativas a essa história. No Anexo 1 é apresentada uma cronologia da RPB, passando pelos principais acontecimentos, congressos e encontros de profissionais, usuários e familiares, e conferências nacionais, bem como datas de promulgação de leis e principais portarias.

Da trajetória da Reforma no Brasil, destacamos dois encontros de trabalhadores em saúde mental ocorridos ao final da década de 70. Encontros que foram importantes para a formatação do pensamento relativo à desinstitucionalização e discussão dos diversos conceitos que subsidiaram a construção do atual modelo de reabilitação psicossocial de atenção à saúde mental. Esses encontros contaram com a presença de teóricos da desinstitucionalização que participavam de movimentos sociais e experiências internacionais de implementação da Reforma Psiquiátrica.

Em 1978 foi realizado o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, no qual foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), sendo considerado o marco fundador da RPB, por instaurar um espaço de reflexões e intervenções sobre o cenário da atenção à saúde mental no país. Neste mesmo ano foi realizado o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro, que contou com a presença de Franco Basaglia, Félix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman considerados como teóricos importantes no cenário da saúde mental internacional. Este congresso foi uma oportunidade de conhecimento das experiências vivenciadas em outros países e foi onde começou a ser definida a formatação política e ideológica para o nascente movimento da RPB. Foi ainda a oportunidade de encontro com atores que faziam parte da Rede de Alternativas à Psiquiatria e suas reflexões (Amarante, 1995; Pacheco, 2009).

Como frutos desses dois encontros, em 1979 foram realizadas algumas conferências com Franco Basaglia no Brasil que resultaram na publicação do primeiro

livro deste autor no país, intitulado *A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil*. Foram vários debates e encontros realizados em São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. Basaglia também visitou vários manicômios, instituições e sindicatos. Uma das visitas importantes de Basaglia foi ao Complexo Hospitalar de Barbacena, o qual comparou aos campos de concentração nazista, haja vista o grau de violência e violação dos Direitos Humanos fundamentais testemunhados na instituição.

As conferências de Basaglia são relatadas por Nicácio, Amarante e Barros (2005, p.196) como momentos de grande vivacidade nos diálogos entre os atores participantes. Momentos que abriram “um novo horizonte ético, teórico, prático, cultural e podemos dizer que as Conferências de 1979 marcaram decisivamente caminhanças e itinerários do projeto de transformação da instituição psiquiátrica em terras brasileiras”. Nestes encontros, a Reforma Psiquiátrica foi pensada em sua dimensão ética e ideológica, reafirmando a possibilidade de superação do manicômio, a negação da objetivação das pessoas e a utopia de transformação da realidade. Tratou-se ainda da relação da instituição psiquiátrica com o Estado, da compreensão da loucura como parte das contradições da vida e da existência. Diversos outros temas tratados, segundo os autores, também participantes desses encontros, convidavam os ouvintes a inventar diferentes formas de lidar com a experiência das pessoas com sofrimento psíquico.

Esse momento de construção dos alicerces teóricos, éticos e ideológicos da RPB foi fundamental para o fortalecimento do MTSM que após alguns anos se ampliou, assumindo as proporções de um movimento social com a entrada de novos grupos sociais (familiares, usuários, políticos, artistas, dentre outros) aliados na luta pela Reforma. Com essa ampliação passou a ser conhecido como Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), a partir de 1987.

Ao se ampliar, o MTSM transformou-se em um movimento social, deixando de ser um movimento exclusivo de técnicos em saúde mental. Refletindo nos termos da TRS, entendemos que esta ampliação instaurou um canal de comunicação entre dois universos de conhecimento: o universo reificado e o universo consensual. O universo reificado representado pelos profissionais da saúde mental com formações acadêmicas diversas. O universo consensual representado pelos demais atores sociais – familiares, usuários, políticos, artistas, dentre outros – que dispunham de um conhecimento prático, construído a partir de suas experiências cotidianas com a saúde/doença mental.

Sob a força deste movimento social, que também pode ser considerado um movimento técnico-teórico, a primeira grande diferença que se apresenta com relação ao modelo manicomial diz respeito ao *objeto* de intervenção que vem, de certa forma responder à inquietação colocada por Foucault (2000, p.69): “...se esta subjetividade do insano é, ao mesmo tempo, vocação e abandono no mundo, não é ao próprio mundo que seria preciso perguntar o segredo de seu *status* enigmático?”

Se no modelo manicomial o *objeto* é a doença, neste modelo de reabilitação psicossocial o objeto passa a ser o sujeito em sua “existência-sofrimento”, um objeto consolidado na experiência da Psiquiatria Democrática Italiana e definido por Franco Rotelli, Leonardis, Mauri e De Risio (1990) no clássico texto *Desinstitucionalização: uma outra via*. Este objeto “sujeito em sua existência-sofrimento” amplia o campo de intervenção em saúde mental para além do sujeito em sua dimensão meramente orgânica. Trata-se de pensar a loucura como um fenômeno não exclusivamente individual, biológico, mas um fenômeno social e cultural e ao mesmo tempo subjetivo, evidenciando a vizinhança desta reflexão com as empreendidas pela Antipsiquiatria. Essa nova concepção de objeto, segundo Costa-Rosa (2000, p.155), produz um

...deslocamento fundamental das mudanças, do indivíduo para a instituição e o contexto. A loucura e o sofrimento não têm mais que ser removidas a qualquer custo, eles são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito. Os conflitos são considerados constitutivos e designam o posicionamento do sujeito e o lugar sociocultural de homem.

Percebe-se que essa mudança de *objeto* reorienta de forma radical o pensamento característico do modelo anterior. Se antes a loucura era vista sob a ótica de uma concepção crítica, evocando apenas a necessidade de sua supressão, percebe-se aqui, uma retomada do lugar da loucura como característica inerente ao ser humano. Neste sentido, o sujeito alvo das intervenções dos modelos também sofre um reordenamento de seu lugar. Ao contrário do aniquilamento do sujeito no modelo manicomial, neste modelo de reabilitação psicossocial o sujeito é convocado a se reconhecer como agente da possibilidade de mudança.

A mudança de objeto tem implicações diretas na mudança dos *meios teórico-técnicos de intervenção*. A implicação subjetiva, como aponta Costa-Rosa (2000), é uma das inversões básicas dos meios de tratamento se comparado ao modelo anterior. Da mudança de objeto, decorre que outros fatores psicossociais, políticos e culturais

também passam a ser considerados como determinantes importantes do processo de sofrimento. A inclusão destes novos fatores acarreta uma ampliação dos meios de intervenção, no sentido de abarcar a complexidade do novo objeto: psicoterapias, laborterapias, socioterapias, cooperativas de trabalho e outros inúmeros dispositivos de cuidado e reintegração sociocultural.

No que diz respeito à *divisão do trabalho interprofissional*, agora a ênfase é no trabalho em equipe interdisciplinar. Propõe-se uma horizontalização de poderes no que diz respeito aos saberes. Como a dimensão biológica não é mais a única determinante do processo de sofrimento, abre-se espaço para que outros olhares venham contribuir com seus saberes para o tratamento do sujeito em sofrimento. Busca-se a superação dos especialismos e a construção de campos comuns de atuação entre diversos profissionais, que não se restringem mais à área médica. Essa divisão do trabalho propõe uma postura que não enxergue somente a determinação orgânica, mas que busque qual é, ou quais são as possíveis determinações para o problema em questão. Essa postura de ampliar a busca das determinações deve vir acompanhada por um processo de desmedicalização, como decorrência do fato de que o remédio não é mais o único meio de intervenção. (Costa- Rosa, 2000).

Essa divisão do trabalho interprofissional, caracterizada pelo trabalho em equipe interdisciplinar, acontece sob nova *organização dos dispositivos institucionais*. Se no manicômio as relações de poder e saber são absoluta e definitivamente hierarquizadas, dentro dessa nova organização dos dispositivos institucionais propõe-se uma subversão dessas relações, descentralizando-as e horizontalizando-as, tanto no que se refere aos macro-poderes (a municipalização, criação de conselhos de fiscalização e co-gestão no âmbito dos sistemas de saúde, propostas de participação popular), quanto nos micropoderes (horizontalização das relações entre os profissionais e entre esses e os usuários, familiares e sociedade civil). Propõem-se serviços cuja dinâmica de funcionamento deve ser pautada na autogestão e participação popular, tendo como meta “a destituição do imaginário institucional autoritário e repressor de que a instituição é necessariamente tributária do modo asilar” (Costa-Rosa, 2000, p.160).

Ainda com relação à *organização dos dispositivos institucionais*, destacamos as diretrizes propostas pela Política Nacional de Saúde Mental que revelam também novas concepções no que diz respeito às *modalidades de relacionamento com usuários e população*. Essas diretrizes são: 1) Redução do número de leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos; 2) criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; 3)

incorporação da saúde mental na atenção básica à saúde; 4) incorporação de políticas públicas para tratamento de álcool e outras drogas no âmbito da saúde mental; 5) programas assistenciais e indenizatórios, como o “Programa De Volta Pra Casa”; 6) expansão dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; 7) expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs e, 8) Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica. Essas diretrizes do Ministério da Saúde apontam para a superação do modelo manicomial e implementação efetiva de um modelo de reabilitação psicossocial. O formato dos novos serviços e estratégias de cuidado proporcionam e incentivam a livre circulação do usuário em seu meio social e comunitário.

Outro ponto que destacamos destas diretrizes e que também revelam as novas *formas de relacionamento com usuários e população* é a responsabilização pelo território no cuidado à saúde mental. O conceito de território é amplo, polissêmico e utilizado de diferentes formas, como nos mostram Faria e Bortolozzi (2009). No caso de sua apropriação pelo campo da saúde mental, o conceito de território aponta para o compartilhamento com a sociedade do cuidado com a loucura, um lugar onde se conjugam identidades, onde se realizam as trocas sociais, onde se desenvolve o sentimento de pertencimento. Um lugar onde a vida acontece, o lugar dos afetos e desafetos. É o lugar onde o sujeito circula e se constitui, ao mesmo tempo em que também o constrói e o integra em sua rede de significações.

Trata-se de uma noção de território semelhante à proposta pelo importante geógrafo brasileiro Milton Santos que, a partir de uma revisão epistemológica dos conceitos de território e espaço, trouxe importantes contribuições ao campo da saúde pública no Brasil. De toda a complexa reflexão que Milton Santos faz acerca do território enquanto território de vida, para além de uma simples delimitação geográfica, destacamos uma breve reflexão que, supomos, atende nossa necessidade de esclarecermos o que estamos considerando como território no âmbito deste trabalho. Para este autor,

...o território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho; o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida. (Santos, 2006, p.15)

Nessa nova *organização das instituições* e do *relacionamento com seus usuários*, sobressai a necessidade de construir uma nova concepção de clínica que neles se deve exercer. No âmbito do movimento social pela Reforma Psiquiátrica, foram elaboradas as bases teóricas e conceituais de construção de uma nova perspectiva clínica, denominada de diferentes formas por diferentes autores: Clínica Antimanicomial (Lobosque, 1997), Clínica Ampliada (Bezerra, 2001), Clínica Peripatética (Lancetti, 2008), dentre outras. Não pretendemos neste momento debater o mérito de cada uma dessas denominações, nem discutir o alcance da clínica definida por cada um dos autores citados. Cada autor, ou grupo de autores, traz algumas sistematizações particulares enfatizando diferentes aspectos desse grande campo da clínica em saúde mental.

Há, entretanto, elementos comuns a “todas essas clínicas” aparentemente distintas. Frutos de um mesmo movimento, essas clínicas guardam semelhanças no que tange aos princípios que as organizam, o que nos permite considerá-las, neste momento, como uma clínica única e ampliada. Os princípios da singularidade, limite e articulação propostos por Lobosque³ (1997) de certa forma constituem a base do pensamento compartilhado por outros autores.

Todas essas clínicas buscam a inclusão de outras dimensões em suas práticas, propondo interfaces com o ambiente social, familiar, laboral dos usuários e ampliação da rede social de apoio. Tem-se, subjacente a essa idéia, a concepção de saúde não mais como sinônimo de ausência de doença, mas sim como algo que ocupa todas as dimensões da vida do sujeito. Podemos inclusive apontar uma correspondência dessa idéia com o princípio doutrinário da integralidade⁴, proposta no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

³ O princípio da singularidade, diz respeito à produção de um “coletivo de grande expressividade, constituído pela articulação de diversas singularidades entre si” (Lobosque, 1997, p.22), o que significa um convite para que o sujeito sustente sua particularidade e diferença, apropriando-se e respeitando os limites da cultura. O princípio do limite vai além da internalização das normas sociais pelo sujeito acometido de transtorno psíquico, referindo-se ao alargamento dos limites sociais, de forma a proporcionar à sociedade a possibilidade de um convívio com certa dose de “descabimento” e diferença. O princípio da articulação remete à característica interdisciplinar do campo e à necessidade da Saúde Mental ampliar seus limites e dialogar com outros campos conceituais e práticos. Este princípio é fundamental, na medida em que, quando se fala de Reforma Psiquiátrica, trata-se, sobretudo, de uma transformação cultural, que vai além da área da saúde. Trata-se de um diálogo amplo com toda a sociedade e seu funcionamento (Lobosque, 1997).

⁴ Este princípio, por ser doutrinário, é considerado um dos alicerces que constituem a ideologia do SUS. Trata-se da necessidade de tratar o sujeito em todas dimensões que se relacionam com a sua saúde, atendendo-o em diferentes momentos e com diferentes estratégias. A integralidade engloba ações de promoção em saúde, prevenção, recuperação e reabilitação.

Essa nova clínica ampliada está pautada no conceito de desinstitucionalização como um princípio norteador das reflexões e ações em seu campo. O conceito de desinstitucionalização, construído no bojo da experiência italiana, ganhou uma amplitude com relação ao conceito de desospitalização anteriormente difundido. Uma definição que consideramos clássica de desinstitucionalização foi elaborada por Franco Rotelli, grande colaborador de Basaglia na Itália. Uma definição que já amplamente citada, mas que consideramos importante apresentá-la. No âmbito deste movimento, a desinstitucionalização é

...um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ agora, mas, no entanto, seguramente ‘se cuida’. Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (Rotelli, Leonardis & Mauri, 1990, p.33).

No bojo desta nova clínica constantemente em construção e revisão, outros conceitos vêm se tornando particularmente importantes e algumas reflexões têm sido produzidas no sentido de esclarecer cada vez mais o alcance dos mesmos, como poderá ser observado na revisão de literatura apresentada à frente. Dentre eles podemos citar: cidadania, autonomia, contratualidade, territorialização, inserção e exclusão social, participação, desospitalização e o próprio conceito de desinstitucionalização que vem sendo enriquecido com o aprimoramento das experiências.

Concordamos com Grigolo e Costa (2009, p.25) quando estes afirmam que para construir esta nova clínica é necessário “o repensar cotidiano dos conceitos, das práticas, das relações entre as pessoas com sofrimento e as tecnologias de cuidado incluindo os próprios atores neste processo de construção de novos serviços”. Concordamos ainda que a construção desta nova clínica - que denominaremos a partir deste momento de Clínica Psicossocial – vem sendo permeada pelos questionamentos e provocações dos referenciais psiquiátricos tradicionais que sempre fundamentaram o campo da saúde mental. Referenciais ainda presentes nos discursos dos atores envolvidos na área e que precisam ser transformados. Juntamente com os autores acima citados, acreditamos que esta nova clínica vem sendo construída à medida que vêm sendo desafiados os conceitos e práticas tradicionais, que desafiam também antigas representações sociais da loucura. É justamente neste jogo entre o novo e o tradicional

que esta nova clínica vem sendo definida, como um corpo ainda inacabado, aberto a constantes reinvenções e transformações.

Assim, pode-se perceber que os novos serviços buscam se constituir em espaços de interlocução, de construção de uma “intersubjetividade horizontal”, nos termos de Costa-Rosa (2000). Inclui-se aqui não somente o usuário, mas também sua família e comunidade. A família neste modelo assume outro lugar, bastante distinto do que lhe foi reservado no modelo manicomial. Agora a família passou a ser a grande aliada no processo de desinstitucionalização, transformando-se em parceira na construção da reabilitação psicossocial (Rosa, 2003; Mello, 2005; Dimenstein et al, 2010).

Assim, no que diz respeito a estes parâmetros (*organização institucional e relacionamento com os usuários e a população*), destacamos a interlocução, o livre trânsito do usuário, a construção contínua de uma clínica psicossocial e a territorialização com integralidade.

Ao longo da apresentação deste modelo, acreditamos ter ficado evidente que se trata também de um novo posicionamento ético diante da loucura e da sociedade. Concordamos com Costa-Rosa (2000), quando este autor afirma que, dentre as implicações éticas deste modelo estão: a promoção da implicação subjetiva e sociocultural dos sujeitos considerados loucos, fundamentada em uma inclusão social que respeite a singularidade. Em termos mais amplos, a implementação deste novo modelo implica na construção de um “projeto de humanidade”, conforme as reflexões de Valentini (2003, comunicação pessoal), em que o sofrimento, a diferença, a vulnerabilidade e a desrazão voltem a ser consideradas como inerentes à condição humana, ou seja, a condição de todos. E que, por isso, sejam acolhidas, respeitadas e cuidadas.

Neste sentido, para concluir nossa apresentação deste modelo, evocamos uma reflexão de Franco Basaglia em uma de suas conferências no Brasil, na qual ele reforçou ainda a necessidade desse movimento

...reentrar na cidade, reinscrever os problemas das pessoas internadas em sua dimensão existencial, produzir novas instituições, conectar a questão psiquiátrica no conjunto das contradições sociais. Em outras palavras, a superação das “instituições da violência” é uma exigência ética, técnica, política e cultural (Nicácio, Amarante & Barros, 2005).

Convivendo com a loucura: como pensar as relações entre representações e práticas?

A transição paradigmática vivenciada no campo da saúde mental no Brasil nos permite construir para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) a imagem de um campo de batalhas. Um campo tenso, onde o novo e o antigo se chocam na (re) construção das representações sociais da loucura e das práticas dirigidas aos sujeitos em processo de desinstitucionalização. Trata-se de um campo marcado por ambivalências e contradições. É comum, por exemplo, testemunharmos CAPS e residências terapêuticas - serviços que se constituíram dentro do modelo de reabilitação psicossocial - funcionando sob a lógica da tutela e da coerção, o que demonstra a permanência da lógica manicomial, permeada por representações sociais da loucura arcaicas.

Essa “coexistência” de posturas e concepções é amplamente discutida no texto emblemático de Pelbart (1991), no qual este autor traz a idéia do “manicômio mental”, expressão que se consolidou, quase que como um conceito, para os pensadores da saúde mental no Brasil. Compreendemos o manicômio mental como um espaço de enclausuramento da *desrazão*, de tentativa de confinamento e domínio da irracionalidade que sobrevive em de cada um de nós, mesmo naqueles que aderem claramente aos ideais da Reforma Psiquiátrica. É a sobrevivência do manicômio nas mentes mesmo quando seus muros concretos foram derrubados, como nos diz Pelbart. Podemos traçar um paralelo entre essa idéia do “manicômio mental” e os elementos arcaicos de representação da loucura que sobrevivem no pensamento social. Elementos arcaicos que permanecem atuantes, a despeito de todo o movimento de transformação das práticas em saúde mental, que deveria pressupor novos elementos de representação.

Tal sobrevivência do tradicional é compreensível se considerarmos a distância sempre existente entre o que é prescrito e o que é vivido. No caso da RPB não se trata apenas de uma mudança no sistema de tratamento, uma mudança nas práticas prescritas, mas trata-se, sobretudo, da construção de uma nova visão, um novo posicionamento, ou seja, da construção de novas representações sociais da loucura. A construção de novas representações não é um processo imediato, ainda mais se tratando de um objeto tão arcaico como a loucura.

A transformação dessas representações requer mudanças mais amplas, relacionadas à cultura, ao funcionamento social, às formas de sociabilidade, à formação de novas identidades, dentre outras. Mudanças que precisam de tempo para ser consolidadas e que estão para além da existência de normatizações, na forma de leis,

portarias e regulamentações. São mudanças que se revelam nas relações interpessoais e intergrupais, mas que também são frutos de construções históricas e que ocorrem no nível das normas sociais e crenças.

Para pensarmos este complexo processo de construção das representações sociais da loucura e sua relação com as práticas sociais, buscamos nas três principais vertentes da TRS, conceitos e reflexões que nos sirvam de parâmetros para empreender nossas análises. Essas três vertentes são diferentes aprofundamentos dentro da TRS, que se desenvolveram a partir dos pressupostos do que Doise chamou de “a grande teoria”. Para este autor, uma “grande teoria” é um conjunto de conceitos e princípios gerais, que revelam uma visão de homem e de sociedade, mas, que precisam ser completadas por descrições mais detalhadas dos processos dos quais trata (Almeida, 2009).

Cada uma das vertentes (estrutural, societal e culturalista) desenvolveu uma linha diferente de raciocínio, porém, sempre em acordo com os pressupostos originários da “grande teoria”. Estas vertentes nos oferecem linhas de pensamento e construtos teóricos que nos serão úteis na continuidade deste trabalho de investigação da relação entre representações sociais da loucura e práticas sociais.

A abordagem estrutural, cujo principal representante é Jean Claude Abric, contribui com suas reflexões acerca do processo de transformação de representações sociais. A abordagem societal, representada por Willen Doise, nos permite uma leitura de nossos objetos a partir de diferentes níveis de análise. A abordagem culturalista, liderada por Denise Jodelet, nos apresenta com importantes reflexões acerca das fronteiras simbólicas, construídas social, cultural e historicamente, que permitem a manutenção de uma relação de alteridade com a loucura.

Apresentaremos essas vertentes a seguir, na ordem acima citada.

Abordagem estrutural: a auto-regulação entre representações e práticas

Ao comentarmos anteriormente sobre o atual confronto entre o novo e o tradicional no que diz respeito às representações sociais da loucura e as práticas sociais, nos reportamos à reflexão de Abric (2001), na qual este autor afirma que as representações e as práticas se geram mutuamente, revelando processos de auto-regulação. Em virtude da íntima relação entre elas, afirma-se que qualquer contradição entre as representações sociais e as práticas leva necessariamente à transformação de uma ou outra.

A transformação das práticas pelas representações sociais é um processo justificado pelas próprias funções - orientadora e justificadora - das representações. Grande parte da argumentação da TRS gira em torno da idéia de que as representações sociais são as teorias do senso comum, que orientam as práticas cotidianas, ao mesmo tempo em que as justificam. São funções explicitamente relacionadas às práticas sociais.

No caso da transformação das representações sociais pelas práticas, Flament (2001) aponta, no âmbito da Teoria do Núcleo Central (TNC)⁵, três tipos de transformação, que são operadas em função da natureza das práticas e sua relação com a representação: a) transformação progressiva; b) transformação resistente e c) transformação brutal. Esses tipos de transformação são ainda considerados em função da reversibilidade da situação e da posição de poder e autonomia do sujeito na situação onde ocorrem as práticas.

As transformações progressivas são aquelas em que as práticas novas não estão em total desacordo com as representações, não havendo, portanto, um impacto visível sobre os elementos do núcleo central. Os elementos do sistema periférico se modificam de forma a se adequarem à nova situação e, aos poucos, são introduzidas transformações nos elementos mais resistentes, constitutivos do núcleo central. Não há uma ruptura da representação.

As transformações resistentes são características de situações em que as práticas novas estão em desacordo com as representações e testemunha-se a criação do que Flament (2001a) chama de “esquemas estranhos” de representação. Podemos entender esses “esquemas estranhos” como construções subjetivas – por exemplo, explicações, justificativas - que tentam dar conta das incoerências entre representações e práticas, amenizando o desconforto advindo das dissonâncias entre esses dois pólos. Esses esquemas estranhos “funcionam como mecanismos de defesa que impedem o esfacelamento do núcleo, mas não por muito tempo”, como afirma Campos (2003). Aos poucos, com a criação de diversos esquemas estranhos no sistema periférico, estes passam a ser incorporados ao núcleo central, modificando a estrutura da representação.

⁵ A TNC é considerada um dos desdobramentos da Teoria das Representações Sociais e postula que as representações sociais são estruturadas a partir de um duplo sistema: o núcleo central e o sistema periférico. O núcleo central contém os elementos mais arcaicos e resistentes, que conferem o sentido principal da representação. O sistema periférico contém os elementos mais contextuais e que servem como proteção ao núcleo central, abarcando as contradições e se adaptando ao contexto (Abric, 2001). Em desenvolvimentos mais atuais, Abric privilegia o uso da terminologia “sistema central”, em referência a trabalhos que demonstram relações particulares entre os elementos mais centrais (Abric, 2003).

As transformações abruptas são características de situações em que as práticas novas obrigam a construção de novas representações, sem que haja possibilidade de sustentar as resistências. Tais transformações são evidentes no caso de situações irreversíveis, nas quais o recurso a antigas práticas é inviável, o que obriga, ainda que de maneira forçada, um rearranjo dos elementos do núcleo central da representação, modificando-lhe a estrutura e o sentido (Flament, 2001b).

Neste mesmo artigo, Flament (2001b) empreende esforços no sentido de retirar o sistema periférico do “lugar menor” que ocupava na TNC em relação ao núcleo central. Para ele, é nessa periferia que uma representação é vivida no cotidiano. O autor detalha as três funções do sistema periférico: concretização, regulação e defesa. Com a concretização, os elementos oriundos do processo de ancoragem permitem o entendimento da representação em termos concretos. A regulação permite, por meio dos “esquemas estranhos”, a adaptação dos conteúdos e processos coletivos às mudanças do contexto externo, imediato. O sistema periférico também protege o núcleo central, “modificando e neutralizando importantes modificações no meio, de modo a evitar ao máximo as transformações bruscas do núcleo e evitar o ataque aos elementos centrais por parte da realidade, quando esta sofre uma mudança intensa.” (Campos, 2003).

Esses diversos tipos de transformação das representações sociais pelas práticas são interessantes para pensar o processo de transformação das representações sociais da loucura, um dos desafios propostos pela Reforma Psiquiátrica. Em função da dissonância existente entre as práticas sociais propostas pela Reforma e as representações “históricas” que associam a loucura à incapacidade para a vida social, podemos supor que os tipos de transformação das representações sociais mais freqüentes sejam as resistentes e as progressivas.

Um dos pontos que nos apoiamos para pensar estes tipos de transformação das representações sociais da loucura é o fato de que atualmente contamos com uma política nacional de saúde mental que está em desenvolvimento, implementando novos serviços abertos e comunitários, reduzindo a cada ano o número de leitos em hospitais psiquiátricos. Apesar das fortes resistências de parcelas mais conservadoras da sociedade e do ritmo lento em que tais transformações vêm ocorrendo, não se pode negar que a Reforma Psiquiátrica é hoje uma realidade. Trata-se de uma situação, pelo menos aparentemente, irreversível.

Não podemos afirmar categoricamente que não retornaremos ao modelo hospitalar, mas, de qualquer forma, acreditamos que mesmo que haja este retorno, ele

não será como antes. Este improvável retorno ao modelo manicomial, caso aconteça, muito provavelmente ocorrerá em novas bases, incorporando pelo menos alguns dos princípios e conceitos da Reforma, considerando que ela já é uma realidade, ainda que não ideal, em muitos lugares do país.

Este argumento vem de uma observação não sistemática que temos feito nos últimos anos. Percebe-se que atualmente já não é possível defender abertamente o manicômio, pois tal tipo de defesa caracteriza uma postura política e tecnicamente incorreta e em desacordo com o pensamento, corrente na atual sociedade, de defesa dos Direitos Humanos. Neste sentido, supomos que são poucas as possibilidades de retorno às antigas práticas, especialmente após a atuação do MNLA e a divulgação na mídia, ainda que tímida, das condições de tratamento dentro de hospitais psiquiátricos. Assim, de acordo com esta abordagem, quando não se pode mais voltar às antigas práticas, a tendência é iniciar-se um processo de reestruturação do campo representacional, introduzindo novos elementos, que transformam as Representações Sociais de um determinado objeto, em nosso caso, a loucura.

Não estamos com isso afirmando que não existam mais preconceitos, resistências ou posições contrárias ao novo modelo, o que seria uma afirmação ingênua. Afirmamos sim, que as representações sociais da loucura e as práticas condizentes com o modelo manicomial encontram agora dificuldades em se expressar de forma aberta, e vêm criando estratégias novas e sutis para seu exercício.

Atualmente percebe-se que, em virtude das novas leis e normas sociais que coíbem as práticas discriminatórias, em várias partes do mundo testemunha-se uma diminuição das formas clássicas de discriminação de grupos minoritários. Entretanto, alguns estudos que tratam da discriminação racial, demonstram que outras formas menos diretas e mais sofisticadas de discriminação vêm sendo empregadas por grupos majoritários. Nos estudos de Lima e Vala (2004) e Pereira, Torres e Almeida (2003), fica evidente a utilização de discursos ideológicos como justificativa para as práticas discriminatórias. Os sujeitos não mais se assumem abertamente como preconceituosos, mas justificam suas atitudes discriminatórias pelo fato de a “sociedade” ser preconceituosa. Novas justificativas para velhas representações. É o sistema periférico em ação, acolhendo o novo, resguardando o antigo. De que modo o novo e tradicional se acomodarão, em que sentido ocorrerão as transformações, só o tempo poderá mostrar.

Complementando a reflexão sobre a relação entre representações e práticas, Rouquette (1998) alerta para a ingenuidade de considerar esta relação como sendo algo recíproco. Como dito anteriormente, para este autor as representações sociais são condições das práticas que, por sua vez são agentes de transformação das representações. Este autor faz uma releitura das idéias de Flament (2001) sobre as relações entre representações e práticas. Em sua releitura confere um destaque às questões da reversibilidade/irreversibilidade, do grau de autonomia do sujeito e sua implicação afetiva com o fenômeno. Sua releitura tem como parâmetros duas situações específicas: a) quando as circunstâncias externas se modificam radicalmente e b) quando não ocorrem transformações radicais na realidade objetiva.

Quando as circunstâncias externas se modificam radicalmente, se a situação é vista como reversível, os indivíduos desenvolverão esquemas de raciocínio que os protegem de ter que aderir ou construir novas práticas. Por outro lado, se essa mudança radical é vista como irreversível, exigindo novas práticas em completo desacordo com a representação anterior, essas novas práticas vão determinar uma *transformação brutal* da representação. Se a percepção da irreversibilidade é presente, mas as novas práticas não estão em total desacordo com as antigas representações, as novas práticas irão engendrar uma *transformação sem ruptura* da representação (Rouquette, 1998; Campos, 2003).

Quando, no segundo caso, não há transformações radicais na realidade objetiva, são as representações sociais que apresentam maior grau de determinação sobre as práticas, exercendo sua função orientadora. Esse grau de determinação das representações estará condicionado ao grau de autonomia dos sujeitos na situação vivida e à intensidade das cargas afetivas, o que remete também à memória histórica coletiva (Rouquette, 1998; Campos, 2003).

Campos (2003) acrescenta à reflexão uma importante observação acerca da dificuldade de se construir um modelo único que explique a relação entre representações e práticas. Para este autor, cada pesquisa deve ser desenvolvida a partir de situações bem definidas e deve levar em consideração cada caso em sua especificidade.

Desta forma, a abordagem estrutural, a partir das reflexões empreendidas no que tange à relação entre representações e práticas, contribui para nossa pesquisa nos seguintes pontos: a) a importância dos elementos periféricos, em especial no que tange à sua função de adaptar os conteúdos e processos coletivos às exigências do contexto vivido; b) identificação dos tipos de transformação das representações; c) as

características do contexto na determinação do equilíbrio entre representações e práticas; d) a importância da percepção pelos sujeitos e grupos da reversibilidade ou irreversibilidade das situações e; e) inserir o grau de autonomia e de afetividade do sujeito na situação vivida como parâmetros para compreender a relação entre representações e práticas.

Abordagem Societal: a importância das posições sociais no jogo entre representações e práticas

As contribuições de Doise e de sua abordagem societal para a Psicologia Social são diversas, não nos cabendo discorrê-las neste momento. O que podemos afirmar, de uma forma geral, é que o objetivo de Doise e de pesquisadores colaboradores é buscar conectar o individual ao coletivo, por meio da articulação de explicações de ordem individual às explicações de ordem societal. Nesta abordagem busca-se compreender, a partir da perspectiva psicossociológica, a construção das Representações sociais em relação às diferentes inserções sociais dos sujeitos que as elaboram (Almeida, 2009).

Das diversas contribuições da abordagem societal, destacamos duas que nos auxiliam a empreender um olhar mais analítico para com nossos objetos: a) a articulação dos níveis de análise e; b) o paradigma das três fases.

Doise (1984, 1986) problematiza a dicotomia existente no campo da psicologia social, revelada na cisão entre as explicações “psicológicas” e “sociológicas”. Para este autor, a abordagem das representações sociais de Moscovici supera essa dicotomia, na medida em que seus objetos de estudo situam-se no espaço de interface do indivíduo e coletivo, admitindo de forma integrada explicações tanto em nível psicológico quanto sociológico. Partindo desse pressuposto, Doise apresenta seu modelo teórico para a Psicologia Social, que pressupõe quatro níveis de análise, cujo objetivo é abarcar as diversas dimensões da relação indivíduo-coletivo.

Os quatro níveis propostos por Doise (1984, 1986) são: 1) intrapessoal; 2) interpessoal; 3) intergrupale; 4) societal. A proposta dos quatro níveis de análise é uma decorrência da constatação pelo autor de que as inúmeras pesquisas em Psicologia Social, referentes a uma vasta e dispersa quantidade de temas, em sua grande maioria restringiam-se a apenas um nível de análise, geralmente os dois primeiros (intrapessoal e interpessoal) desconsiderando os outros níveis, igualmente importantes.

O autor ressalta que a subdivisão dos níveis de análise é um trabalho necessário em um primeiro momento, para que se os fenômenos sejam estudados em profundidade.

Para Doise (1986) cada nível é como um filtro que captura um aspecto específico da realidade, enquanto outros níveis escapam. O autor nos alerta contra possíveis mal entendidos:

nós não estamos falando de quatro níveis diferentes de realidade, mas quatro níveis diferentes de análise. Teorias são desenhadas para capturar diferentes aspectos da realidade e não estamos sugerindo, de forma alguma, que a realidade em si é estruturada em quatro níveis (Doise, 1986, p.11).

Ao ressaltar a importância dos níveis de análise, o autor afirma, entretanto, que a pesquisa não deve parar por aí, devendo ser completada pela articulação entre esses níveis, o que permitirá ao pesquisador compreender o alcance de suas reflexões. Doise (1984, 1986) destaca ainda que são poucos os estudos que se dispõem a fazer essa articulação entre os quatro níveis propostos.

No *nível intrapessoal*, o interesse se volta para a maneira como o indivíduo organiza internamente suas experiências no meio social. No caso de nossa pesquisa, nosso “filtro” é ajustado para enfatizar a forma como os sujeitos lidam, em suas individualidades, com as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica. Como os sujeitos participantes, os atores do campo da saúde mental, a partir das novas práticas e relações que são propostas, se organizam internamente no processo de construção de representações e práticas associadas à loucura.

O *nível interpessoal* refere-se às análises sobre os processos interpessoais como eles ocorrem em uma dada situação. O foco da investigação é a dinâmica das relações estabelecidas em um determinado momento, por determinados indivíduos em uma situação específica. Em nossa pesquisa este nível de análise focalizará as relações pessoais estabelecidas entre os diversos atores sociais em interação. Neste nível de análise, não são considerados os papéis sociais desempenhados por cada um dos atores, o que se refere ao próximo nível, o intergrupai. Neste nível interpessoal o foco é nas relações singulares estabelecidas entre sujeito e sujeito.

Já no *nível intergrupai*, as diferentes inserções sociais dos sujeitos em interação são incluídas nas análises. A posição ou *status* social é considerado como variável independente nas situações em que sujeitos de grupos distintos estão em interação e suas pertencas a estes grupos trazem implicações para as relações estabelecidas (Doise, 1984). É o caso das relações entre os diferentes “papéis sociais” em interação nos contextos de tratamento em saúde mental, em que cada um dos atores é representante de um grupo específico. Em interação, estes sujeitos (ou grupos), diante de situações e

objetos distintos, se posicionam de formas também distintas, a partir das representações partilhadas por seu grupo de pertença. Neste nível podemos incluir, por exemplo, as relações estabelecidas entre os diferentes profissionais na construção da clínica ampliada, bem como a negociação cotidiana das equipes com usuários e familiares.

Com relação ao *nível societal*, Doise (1986, p.15) afirma que “cada sociedade desenvolve suas próprias ideologias, seus próprios sistemas de crença e representações, valores e normas, que validam e mantêm a ordem social estabelecida”. Mesmo sendo expressos de diferentes formas, estes sistemas de crença, representações, valores, normas e ideologias são considerados universais no âmbito de uma cultura, e resultam em representações e comportamentos hegemônicos. O autor observa ainda que esses elementos compartilhados induzem à justificação de qualquer acontecimento de que os sujeitos tomem parte e que “essa convicção da aplicabilidade universal, paradoxalmente arma os alicerces para as diferenciações sociais e discriminação.” (p.15). Neste nível societal de análise, nosso foco recairá sobre as lutas políticas entre os modelos de atenção à saúde mental divergentes e o que tais lutas revelam em termos de representações sociais mais hegemônicas acerca da loucura. Também incluímos neste nível de análise as diferentes organizações institucionais que os dois modelos propõem.

Em formulações mais recentes, Doise (2010), provocado pelas exigências da atualidade, sugere ainda um quinto nível de análise: o *nível intersocietal*. Para o autor, neste momento atual de globalização, os “seres humanos de diferentes origens e sociedades, tornam-se conscientes de sua interdependência e nestes relacionamentos se iniciam relações simbólicas, normas sociais e princípios contratuais” (Doise, 2010, p.4). Neste nível podemos pensar nas relações que se estabeleceram entre os diferentes países na construção de um novo pensamento acerca da loucura e das formas de tratá-la. Assim, compreendemos a Rede de Alternativas à Psiquiatria, ou a Declaração de Caracas (documento formulado entre países da América Latina que estabeleceram normas comuns para a assistência psiquiátrica) como exemplos de relações e acordos que acontecem em nível intersocietal.

Outro ponto da abordagem societal que também nos interessa neste trabalho é o Paradigma das três fases, que pressupõe que “...estudar as representações sociais implica sempre a descrição dos sistemas de significados compartilhados, a análise de diferenças de posicionamento individual em relacionamento com esse sistema e da explicação das diferenças de posicionamento” (Doise, 2010, p.9).

Cada uma das fases propostas dentro desse paradigma se baseia em uma hipótese específica, que sustenta os objetivos a serem alcançados em cada fase.

Com relação às hipóteses, na *primeira fase* trabalha-se com a idéia de que há uma partilha de crenças comuns acerca de um dado objeto social entre os diferentes membros de população. A *segunda fase*, que entendemos como um aprofundamento da primeira hipótese, pressupõe a heterogeneidade de tomadas de posição com relação a um dado objeto. Na *terceira fase* trabalha-se com a hipótese de que as oposições individuais são também caracterizadas por ancoragens em outras realidades simbólicas, explicitando-se nas hierarquias de valores, percepções das relações entre diferentes grupos e nas diversas experiências sociais, nas quais os sujeitos também são convocados a se posicionar (Almeida, 2001, 2009).

A partir dessas hipóteses, em cada fase busca-se investigar diferentes dimensões das representações sociais. Na primeira fase objetiva-se conhecer os elementos amplamente partilhados e a forma como se organizam em um *campo comum das representações sociais*. Na segunda fase busca-se compreender como e porquê os sujeitos se diferenciam em seus posicionamentos diante dos objetos de representação, identificando assim, os *princípios organizadores das diferenças individuais*. Na terceira fase, trata-se de investigar a *ancoragens das diferenças individuais* (Almeida, 2001, 2009).

Remetendo-nos à primeira fase podemos pensar nos elementos de representação mais arcaicos e amplamente partilhados com relação à loucura, dos quais comungam os diversos grupos sociais estudados. Para além dos elementos que compõem este campo comum das representações, nos é importante identificar também os elementos que se distinguem em função dos posicionamentos sociais e dos diferentes graus de proximidade e implicação com a loucura que os sujeitos mantêm. Por fim, compreendemos, em acordo com a idéia da ancoragem das diferenças individuais, que posicionar-se com relação à loucura não é um fato isolado na vida dos sujeitos. Os posicionamentos diante da loucura certamente estão encadeados e se assemelham a outros posicionamentos tomados em diferentes circunstâncias, com relação a outros objetos e situações.

Abordagem culturalista: representações e práticas construindo a Alteridade

A abordagem culturalista da TRS tem como sua grande representante Denise Jodelet, pesquisadora que trabalhou muitos anos junto com Moscovici no laboratório de

Psicologia Social na *École des Hautes Études en Sciences Sociales* em Paris, tornando-se uma das grandes responsáveis pela difusão da teoria em outros países, em especial nos países da América Latina. No âmbito da TRS, esta pesquisadora é considerada como a “mais fiel” à obra original de Moscovici, por seu esforço em sistematizar os principais conceitos na forma de um corpo teórico organizado. Sua obra é vasta, abrangendo inúmeros temas e articulações teóricas com outras ciências sociais. Assim, mais uma vez, não nos cabe fazer referência ao conjunto de sua obra, mas dela destacar as reflexões que serão úteis à compreensão de nossos objetos de pesquisa. Para os interessados em conhecer a extensão da obra de Denise Jodelet, recomendamos a leitura de *Une Approche en psychologie sociale: l'oeuvre de Denise Jodelet*, livro escrito por diversos autores da área que a homenageiam, em reconhecimento às suas grandes contribuições para a TRS.

Um primeiro destaque é com relação às reflexões empreendidas por Jodelet sobre a transversalidade do conceito de representações sociais. Por estar situado na intersecção entre o psicológico e o social, este conceito interessa a todas as ciências humanas e, ao longo de sua trajetória de pesquisadora, Jodelet estabeleceu ricos diálogos da Psicologia Social com outras ciências sociais, em especial a Antropologia, Sociologia e História. Para a autora, a

...multiplicidade de relações com disciplinas próximas confere ao tratamento psicossociológico da representação um estatuto transversal que interpela e articula diversos campos de pesquisa, reclamando não uma justaposição, mas uma real coordenação de seus pontos de vista (Jodelet, 2001, p.25)

A partir dessa reafirmação das representações sociais enquanto um conceito psicossociológico e, portanto, intimamente ligado à dimensão cultural, Jodelet (2006) traz críticas severas à Psicologia Social e à Psicologia da Saúde. Segundo esta autora, estas disciplinas não conferiram à cultura a sua devida importância, nem o destaque que outras ciências sociais a conferiram, em especial a Antropologia e a Sociologia, às quais a autora se refere constantemente. Em sua crítica, Jodelet (2006, p.77) reafirma a necessidade da Psicologia da Saúde e da Psicologia Social integrarem em suas abordagens “...um olhar sobre o indivíduo, situando-o no horizonte das suas inscrições sociais e culturais”, pois considera que, quando não há essa integração, uma compreensão mais aprofundada do binômio saúde-doença fica seriamente prejudicada.

Esta crítica vem ao encontro das críticas que o novo modelo de atenção proposto faz ao modelo manicomial, que reduz a loucura à sua dimensão orgânica e, portanto,

médica, desconsiderando suas determinações relacionais, sociais e culturais, parâmetros de outras áreas do conhecimento.

Neste mesmo artigo escrito em 2006, Jodelet faz uma síntese das várias formas de compreensão da cultura (tradição sociológica, tradição etnológica, perspectiva compreensiva, contextual, sociocognitiva), colocando em oposição as abordagens “etic” e “emic”⁷. Ressalta que um estudo que considera as dimensões culturais deve, necessariamente, apoiar-se em uma abordagem “emic”, similar à adotada na etnociência e na antropologia cultural, onde o sistema cultural é examinado a partir do ponto de vista de seus próprios membros.

Essa observação relativa à abordagem “emic” nos remete à experiência compartilhada no âmbito do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), que originou importantes reflexões e ações que influenciaram todo o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Essas reflexões acerca do processo de Reforma, que pode ser considerada uma análise do sistema cultural, foi feita a partir do ponto de vista dos próprios atores sociais a ele relacionados, partícipes do MNLA. Partindo dessas considerações, podemos afirmar que a RPB é um processo que está fortemente ligado à dimensão cultural, apontando para uma possível superação integração entre os campos da Psicologia da Saúde e da Psicologia Social.

Para além dessas contribuições de cunho mais epistemológico, destacamos as complexas reflexões trazidas por Jodelet sobre a construção da alteridade como um processo psicossociológico. Para esta autora, a produção da alteridade se dá “através de um sistema interdependente de práticas e representações. Aí se dá igualmente a evidência da contribuição dos indivíduos para o estabelecimento coletivo da ordem”. (Jodelet, 1998, p.62).

O conceito de alteridade tem diversas significações e usos pelas diferentes ciências que dele se apropriam. Nesta pesquisa de doutorado, utilizaremos este conceito baseadas nas reflexões trazidas por Jodelet (1998, 2005). Para ela, a alteridade é “produto de um duplo processo de construção e de exclusão social que, indissolavelmente ligados como os dois lados duma mesma folha, mantém sua unidade por meio dum sistema de representações” (Jodelet, 1998, p.48).

⁷ As abordagens do tipo “etic” referem-se a um modelo universal do fenômeno estudado, construído a partir de teorias e métodos estabelecidos de antemão pelo pesquisador. Trata-se de critérios absolutos e padronizados. As abordagens do tipo “emic” examinam o sistema cultural a partir de seus próprios membros (Jodelet, 2006).

Essa definição faz alusão ao seu emblemático trabalho de pesquisa *Loucuras e Representações Sociais*, publicado originalmente em 1989, no qual a autora faz uma distinção entre “alteridade de fora” e “alteridade de dentro”. A *alteridade de fora* se refere ao que é longínquo ou exótico, e tem por base a distinção entre culturas distintas. Já a *alteridade de dentro* é construída em relação àqueles que se distinguem no seio de um mesmo grupo social ou cultural. É uma alteridade construída com relação àqueles que, em função de suas diferenças - físicas ou de pertencimento a subgrupos diferentes dentro de um mesmo grupo - podem ser considerados, por sua proximidade, como fonte de mal-estar ou ameaça.

Este trabalho de pesquisa empreendido por Jodelet (1989) traduzido no Brasil em 2005 é por nós definido como emblemático em função de sua profundidade na compreensão da relação de alteridade que se estabeleceu entre “loucos” e “não loucos”. Este estudo foi realizado em uma colônia familiar, *Ainay-le-Chateau*, uma pequena cidade situada perto de Paris, fora, entretanto, do circuito turístico ou comercial. Nesta cidade foi realizada uma experiência de desospitalização de doentes mentais, que conviviam na cidade, hospedados nas casas dos aldeões. Essa experiência teve seu início no ano de 1900, sendo a única experiência deste porte em território francês.

No período em que foi pesquisada (início da década de 1980) a cidade contava com, aproximadamente, 1000 doentes mentais ex-internos do hospital psiquiátrico que foram distribuídos em cerca de 500 lares de aldeões que os abrigavam, chamados de hospedeiros. Para receber estes pensionistas, os hospedeiros, em contrapartida, recebiam um auxílio financeiro do governo local, além de contar com o apoio e visitas periódicas da equipe técnica do hospital. Estes hospedeiros ficavam responsáveis pelo cuidado aos pensionistas e pela sua inserção na vida social, por meio da convivência familiar e do trabalho.

Trata-se de um estudo monográfico que empregou diferentes tipos de investigações: etnográfica (observação participante na vida coletiva e nos locais onde conviviam os “loucos” e “não loucos”), sociológica (levantamento das características das famílias hospedeiras dos doentes mentais, condições de moradia e os tipos de relações estabelecidas entre os diversos atores sociais) e psicossociológica (entrevistas aprofundadas). Por sua característica monográfica, o estudo permitiu nas palavras da própria autora, “cercar as representações sociais da loucura, a evolução e a dinâmica das relações estabelecidas com os pacientes, os comportamentos a eles reservados e as práticas observadas na gestão de sua vida cotidiana.” (Jodelet, 1998, p.60)

Retomando a reflexão anterior acerca da *alteridade de dentro*, o grande mérito deste trabalho (que resumiremos em função do espaço, certas do reducionismo que tal síntese impõe) é mostrar a construção da alteridade no complexo jogo das relações entre representações e práticas. A proximidade e o hábito vivido na relação entre os pacientes psiquiátricos e não pacientes provocam uma “dinâmica própria, marcada pela necessidade urgente de estabelecer diferenças entre quem é e quem não é louco” (Jodelet, 2005, p.7).

A necessidade de diferenciação/exclusão decorreu da ameaça induzida pelo sistema institucional que, por um lado, incentivava nos doentes o desejo de participação social completa e igualitária e, por outro, de maneira complementar, inseria os hospedeiros na tarefa de incluir o louco na vida cotidiana. Já podemos, neste momento, fazer um importante paralelo entre a experiência vivida em *Ainay-le-Chateau* e experiência que vem sendo vivida no Brasil com a implementação do modelo de atenção psicossocial. O atual modelo de atenção à saúde mental vivido no Brasil tem em seu cerne a construção da cidadania e autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, reposicionando-os no cenário social, propondo à sociedade a tarefa de transformar-se para poder reintegrar esses novos atores na vida social.

Voltando à *Ainay-le-Chateau*, diante da ameaça que a convivência com a loucura provocava, testemunhou-se a construção de medidas simbólicas e práticas que asseguravam a colocação do louco em posição de alteridade. Vale destacar que a ameaça não se refere ao “perigo” que o louco representava em termos de violência, pois este “perigo” foi devidamente tratado pela equipe técnica do hospital que, além de garantir que a periculosidade não fazia parte dos quadros clínicos dos pensionistas, a qualquer sinal de agressividade, permitiam o retorno do pensionista ao hospital, restituindo a segurança dos hospedeiros.

A ameaça, neste caso era relativa à identidade dos hospedeiros, que se via em “perigo” diante da grande proximidade com a loucura. A união com os doentes mentais representava um verdadeiro perigo para a identidade coletiva. Neste sentido, Jodelet (2005) identificou uma série de práticas que revelavam a construção de fronteiras simbólicas intransponíveis entre os dois grupos. Práticas que faziam parte de um sistema interdependente de práticas-representações que concorriam para a construção da alteridade.

Em seu texto de 1998, Jodelet seleciona, dentre as inúmeras facetas deste sistema de práticas-representações, que funcionam como demarcadoras da alteridade,

três que considera como importantes: a) a concepção de doença mental, que empurra o doente para um estado de natureza – portanto inquestionável - distinto daquele do homem normal; b) concepções relativas aos danos dos nervos, associadas à desordem moral e sexual, que eram sistematicamente utilizadas na construção das práticas, mesmo que o doente não desse sinais destas “anomalias”; tratavam-se precauções contra um perigo que constantemente se anunciava e; c) a reativação da teoria dos humores de Hipócrates que, aparecendo sobre novas bases, renova o medo do contágio da loucura, mesmo sendo esta possibilidade nula, como assegurado pelo corpo técnico do hospital.

A partir dessas concepções foram sendo construídas práticas que demarcavam claramente os lugares de loucos e não loucos. Lugares absolutamente distintos, ainda que coexistentes em um mesmo espaço social. Um ponto importante dessas práticas é que elas deveriam ser obedecidas por todos, ainda que houvesse alguma discordância. Aos hospedeiros que violassem tais práticas era reservado o lugar de excluídos. Ou seja, as práticas instituídas funcionavam como normas que deveriam ser seguidas por todos, como uma espécie de fidelidade dos membros do grupo para se resguardar do “outro perigoso”.

A referência à pesquisa de Jodelet (2005) retoma um ponto importante de nossa pesquisa, qual seja a convivência com os sujeitos considerados loucos. Neste momento de reorientação do modelo de atenção à saúde mental, as novas estratégias de atenção preconizadas pela política nacional proporcionam uma progressiva inserção da loucura na vida comunitária. Com a implantação dos novos serviços substitutivos ao manicômio (CAPS, SRTs, Centros de Convivências) e das novas estratégias de atenção (por exemplo, a inserção da saúde mental na atenção básica), as situações de contato e de convivência com o “louco” tornaram-se freqüentes. Assim, faz-se importante conhecer, em que medidas e de que maneira os sistemas práticas-representações vem construindo fronteiras simbólicas entre os grupos de loucos e não loucos na sociedade atual, também marcada por representações arcaicas da loucura.

Em suma, da obra de Jodelet, destacamos a importância de pensar as representações sociais em sua transversalidade com outros campos de saber e pensar como os sistemas práticas-representações contribuem para a construção da alteridade.

Nessas reflexões preliminares, buscamos circunscrever a leitura que faremos do fenômeno da loucura, enxergando-o com a lente da Teoria das Representações sociais. Consideramos a loucura como um fenômeno histórico arcaico, com implicações

importantes para a vida individual e social e que, na atualidade vem passando por mais uma de suas inúmeras revisões. Vivemos hoje no Brasil uma revisão da loucura em seus aspectos conceituais e práticos provocada pela de transição de modelos de atenção à saúde mental, de um modelo hospitalocêntrico manicomial para um modelo de reabilitação psicossocial, baseado na idéia de desinstitucionalização. Transição de modelos conhecida como Reforma Psiquiátrica. Nosso foco será sobre a complexa relação entre as representações sociais da loucura e as práticas sociais a ela ligadas que vem se estabelecendo neste contexto de transição. Um tema pensado a partir dos três enfoques complementares da TRS.

Para pensarmos este tema instigante, iniciaremos pela revisão de literatura cujo intuito foi conhecer o Estado da Arte da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Após esta revisão, apresentaremos nossas perguntas, hipótese e objetivos de pesquisa. Na sequência contextualizaremos para o leitor nosso campo de investigação, de onde se originaram dois contextos distintos: a Enfermaria Psiquiátrica do Instituto de Saúde Mental e o Programa Vida em Casa – PVC, ambos do âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do DF. Realizamos dois Estudos empíricos, um em cada contexto, que serão apresentados separadamente após a contextualização do campo.

A seguir, nossa revisão de literatura.

O Estado da Arte da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Revisão de literatura

A partir da delimitação de nossos objetos de estudo – *representações sociais da loucura e práticas sociais dirigidas aos sujeitos em processo de desinstitucionalização* - e da Reforma Psiquiátrica, enquanto contexto no qual se articulam esses objetos, empreendemos uma revisão de literatura com o intuito de conhecer o que tem sido publicado sobre o tema.

A revisão de literatura apoiou-se nos artigos científicos indexados em duas bases de dados eletrônicos: *SciELO (Scientific Electronic Library Online)* e *LiLACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)*. Estes bancos de dados incluem artigos de periódicos ligados à área da saúde no Brasil e América Latina. A busca pelos artigos científicos indexados nas bases de dados foi realizada em duas fases (de dezembro de 2008 a fevereiro de 2009; e em maio de 2011) e considerou os anos de 1974 a 2010.

Considerando que os objetos de nossa pesquisa são: a) Representações sociais da loucura; b) práticas sociais de cuidado e saúde e; c) a Reforma psiquiátrica – enquanto contexto, utilizamos em nossas buscas descritores (palavras-chave), que se articulam a cada um desses objetos.

Na *primeira fase* da revisão de literatura (realizada de dezembro de 2008 a fevereiro de 2009), empreendida nos dois bancos de dados acima citados, utilizamos nove descritores (palavras-chave), quais sejam: a) *loucura, doença mental, representações sociais*; b) *desinstitucionalização, centro de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, centros de convivência*; e c) *saúde mental e reforma psiquiátrica*. Foi considerada a presença dessas palavras no título, resumo e/ou palavras-chave do texto.

O número de artigos encontrados na primeira fase da revisão foi 629. Na Tabela 1 apresentamos os resultados de cada uma das diversas buscas empreendidas com os cruzamentos de palavras-chave. Para uma melhor compreensão da Tabela 1, apresentamos na primeira coluna os diferentes cruzamentos de *palavras-chave*, os nomes de arquivos gerados, nos quais armazenamos os resumos dos artigos encontrados, bem como as respectivas datas em que foram realizadas as buscas. Nas colunas seguintes são apresentados os números de artigos encontrados em cada busca e o número de artigos considerados em nossa análise, já descartados os artigos repetidos e outros tipos de material bibliográfico.

Tabela 1: Distribuição, por frequência, dos artigos encontrados nas buscas, a partir do cruzamento de palavras-chave (N= 629).

| Nome do arquivo - data Palavras-chave | SciELO | | LiLACS | | TOTAL | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| | Encontrados | considerados | Encontrados | considerados | Encontrados | considerados |
| R*1 – 11/12/08 Saúde mental e <u>não</u> Reforma Psiquiátrica | 319 | 218 | 0 | 0 | 319 | 218 |
| R2 – 11/12/08 Reforma psiquiátrica e <u>não</u> saúde mental | 21 | 19 | 0 | 0 | 21 | 19 |
| R3 – 11/12/08 Reforma psiquiátrica e Saúde mental | 18 | 13 | | | 208 | 104 |
| RL*1 – 09/03/09 Saúde mental e Reforma e psiquiátrica | | | 190 | 91 | | |
| R4 – 12/12/08 Loucura e <u>não</u> saúde mental e <u>não</u> reforma psiquiátrica | 41 | 27 | | | 181 | 105 |
| RL2 – 10/03/09 Loucura e <u>não</u> saúde mental e <u>não</u> reforma psiquiátrica | | | 140 | 78 | | |
| R5 – 15/12/08 Doença mental e <u>não</u> saúde mental e <u>não</u> loucura | 7 | 7 | | | 7 | 7 |
| ----- - 09/03/09 doença mental e <u>não</u> saúde mental e <u>não</u> reforma psiquiátrica | | | 0 | 0 | | |
| R6 – 15/12/08 Desinstitucionalização e <u>não</u> saúde mental e <u>não</u> reforma psiquiátrica | 19 | 12 | | | 136 | 73 |
| RL6 – 09/03/09 Desinstitucionalização e <u>não</u> saúde mental | | | 117 | 61 | | |
| R7 – 16/12/08 Centro e atenção e psicossocial | 49 | 34 | | | 156 | 83 |
| RL3 – 10/03/09 Centro e atenção e psicossocial | | | 107 | 49 | | |
| R8 - 16/12/08 Serviços e Residenciais e Terapêuticos | 7 | 0 | | | 19 | 3 |
| RL5 – 09/03/09 Serviços e Residenciais e Terapêuticos | | | 12 | 3 | | |
| R9 – 16/12/08 Centro e Convivência e <u>não</u> saúde mental | 46 | 6 | | | 48 | 6 |
| RL4 – 09/03/09 Centro e Convivência e saúde mental | | | 2 | 0 | | |
| R10 – 02/04/09 Representações sociais e | 3 | 3 | | | | |

| | | | | | | | |
|----------------------------|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|
| saúde e mental | | | | | | 22 | 10 |
| RL7 - 01/04/09 | | | | | | | |
| Representações e sociais e | | 19 | 7 | | | | |
| saúde mental | | | | | | | |
| ----- - 02/04/09 | | | | | | | |
| Representações sociais e | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Reforma e psiquiátrica | | | | | | | |
| R11 - 02/04/09 | | | | | | | |
| Representações sociais e | 1 | 1 | | | | | |
| doença e mental | | | | | 1 | 1 | |
| ----- - 01/04/09 | | | | | | | |
| Representações e sociais e | | | 0 | 0 | | | |
| doença mental | | | | | | | |
| R12 - 02/04/09 | | | | | | | |
| Representações sociais e | 1 | 0 | | | | | |
| loucura | | | | | | | |
| ----- - 01/04/09 | | | | | | 1 | 0 |
| Representações e sociais e | | | 0 | 0 | | | |
| loucura | | | | | | | |
| TOTAL | 532 | 340 | 587 | 289 | 1119 | 629 | |

*R= resumos de artigos da Base de dados *SciELO*

*RL= resumos de artigos da Base de dados *LiLACS*

Na segunda fase da revisão de literatura, realizada em maio de 2011, utilizamos apenas o banco de dados *Scielo*, no qual foram encontrados 180 artigos. Essa segunda fase teve por objetivo complementar nossa revisão com os artigos publicados em 2009 e 2010. Para tanto utilizamos seis descritores (palavras-chave): *loucura*, *doença mental*, *Reforma Psiquiátrica*, *Saúde mental*, *Atenção Básica* e *Representações sociais*. Os resultados das buscas empreendidas nesta segunda fase estão apresentados na Tabela 2, a seguir. Essa segunda fase contou com o auxílio de três auxiliares de pesquisa que atuaram como juízas na análise dos artigos.

Tabela 2: Distribuição, por frequência, dos artigos encontrados nas buscas a partir das palavras-chave e seus cruzamentos (N= 180)

| Nome do arquivo - data Palavras-chave | SCIELO | |
|----------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| | Encontrados | Considerados |
| R1 - 07/01/11 Saúde mental e não Reforma Psiquiátrica | 134 | 134 |
| R2 - 10/05/11 Reforma Psiquiátrica | 29 | 24 |
| R3 - 11/05/11 Atenção Básica e Saúde Mental | 3 | 1 |
| R4 - 12/05/11 Loucura | 29 | 21 |
| 12/05/11 | | |

| | | |
|-------------------------------------------------|------------|------------|
| Doença mental | 0 | 0 |
| 06/06/11 | | |
| Representações sociais e saúde mental | 0 | 0 |
| 06/06/11 | | |
| Representações sociais e saúde e mental | 0 | 0 |
| 06/06/11 | | |
| Representações e sociais e saúde mental | 0 | 0 |
| 06/06/11 | | |
| Representações sociais e Reforma Psiquiátrica | 0 | 0 |
| 06/06/11 | | |
| Representações sociais e Reforma e Psiquiátrica | 0 | 0 |
| 06/06/11 | | |
| Representações sociais e doença mental | 0 | 0 |
| 06/06/11 | | |
| Representações sociais e doença e mental | 0 | 0 |
| 06/06/11 | | |
| Representações sociais e loucura | 0 | 0 |
| 06/06/11 | | |
| Representações e sociais e loucura | 0 | 0 |
| TOTAL | 195 | 180 |

Os artigos encontrados nas duas fases da revisão de literatura foram analisados conjuntamente, e totalizaram 809 artigos, publicados entre os anos de 1974 a 2010. Os resumos de todos os artigos foram lidos e passaram por diferentes categorizações.

O primeiro passo de nossa análise consistiu em distribuir os artigos selecionados em função do ano de sua publicação, com o objetivo de verificarmos o movimento das publicações científicas ao longo do tempo. A distribuição dos 809 artigos ao longo dos anos compreendidos na revisão de literatura é apresentada na Figura 1 a seguir.

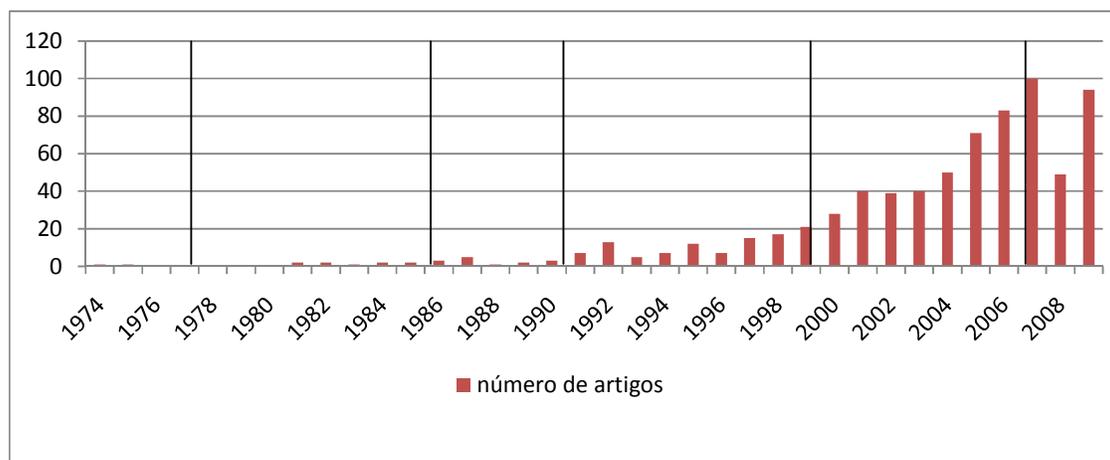


Figura 1: Distribuição dos artigos científicos entre os anos de 1974 e 2010 (N=809).

Como pode ser observado na Figura 1, traçamos cinco linhas verticais que delimitam seis diferentes períodos de análise. Esses períodos foram demarcados em função de eventos por nós considerados como importantes marcos históricos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). A seguir apresentamos os períodos históricos delimitados.

Períodos históricos da RPB

A divisão em períodos vem atender uma necessidade de sistematização da literatura investigada e verificação das mudanças no teor dos artigos científicos. Concordamos com Besselaar (1976, p.63) quando alerta sobre a impossibilidade de “traçar com precisão as linhas de demarcação entre os diversos campos, já que cada um deles se liga estreitamente a outro e coincide parcialmente com outro”. Entendemos os marcos históricos aqui escolhidos como referentes a eventos que introduziram mudanças na situação política relativa à saúde mental, bem como revelaram novas possibilidades de atuação e compreensão deste movimento no país.

O período de 1974 a 1977 é considerado a “pré-história” da RPB. Apesar de alguns movimentos de contestação pela melhoria da saúde pública já estarem acontecendo no cenário nacional, aliados ao movimento de redemocratização do país, concordamos com alguns autores (Delgado, 1992; Amarante, 1995; Tenório, 2002; Vasconcelos, 2008) que é somente em 1978 que a RPB tem seu início formal, tendo como marco a criação do Movimento Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Entre 1978 e 1986, temos o “período germinativo” da RPB, quando ocorrem diversos encontros de trabalhadores da saúde mental em todo o país, reivindicando a transformação do modelo de atenção à saúde mental. Momento de intensas críticas e denúncias da iatrogenia do modelo hospitalocêntrico, em que outros atores sociais se juntaram ao movimento de trabalhadores.

Em 1987 se inicia o terceiro período, da “visibilidade social da RPB”, que vai até 1991. Alguns marcos importantes se destacam neste período, que se inicia, com a realização do II Congresso Nacional do MTSM em 1987, quando o movimento de trabalhadores se amplia, adquirindo a envergadura de um movimento social e passando a ser conhecido como Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Ainda neste ano de 1987 foi criado o primeiro CAPS do país na cidade de São Paulo (CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira) e aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde

Mental. Em 1989 é apresentado no Congresso Nacional o Projeto de Lei 3657/89 de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT/MG) que propõe a extinção dos hospitais psiquiátricos e a criação de redes de serviços substitutivos ao manicômio. Também em 1989 é feita a intervenção no Hospital Anchieta na cidade de Santos dando início à construção da primeira rede de serviços substitutivos em saúde mental no Brasil.

Essa intervenção tem como uma de suas marcas a ousadia, considerando que se fez, pela primeira vez no país, uma ação concreta de desmonte do aparato manicomial e construção de uma rede de serviços substitutivos, evidenciando a viabilidade da transformação do modelo de atenção. A experiência de Santos também forneceu subsídios concretos à formulação da política nacional de saúde mental, até então sem nenhum respaldo legal, posto que a Lei Federal de Reforma Psiquiátrica ainda estava sendo proposta na forma do PL 3657/89.

O quarto período, entre os anos de 1992 e 2000, é o momento da “implementação da política nacional de saúde mental”. Em 1992 ocorre a II Conferência Nacional de Saúde mental, que coloca a saúde mental na agenda governamental. Fica estabelecida e é iniciada a implementação da nova Política Nacional de Saúde Mental cuja base é a reorientação do modelo de atenção. Nesse ano são aprovadas as primeiras leis estaduais de Reforma Psiquiátrica nos Estados do Espírito Santo e Rio Grande do Sul.

Em 2001, se inicia o “período de consolidação da Política Nacional de Saúde Mental”, que vai até 2008. O marco histórico de início deste período foi a aprovação da Lei Federal 10.216 de Reforma Psiquiátrica (também conhecida como Lei Paulo Delgado), fruto de intensas negociações políticas em torno do PL 3657/89 proposto em 1989. Ainda no ano de 2001 acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Neste período de 2001 a 2008 percebemos um aumento considerável na frequência de publicações científicas na área.

Os anos de 2009 e 2010 constituem o sexto período, denominado “período da pactuação da intersetorialidade”, que teve como marco a Marcha dos Usuários até Brasília, promovida pela Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial. A Marcha contou com a presença de aproximadamente 2000 usuários de diversas partes do país que, organizados, reivindicaram a realização da V Conferência Nacional de Saúde Mental. No bojo dessa reivindicação estava a luta política pela efetiva implementação da política nacional e suas diretrizes, por meio do fortalecimento da

intersetorialidade. Em 2010 foi realizada a V Conferência Nacional de Saúde Mental em resposta à organização do movimento social.

Para uma melhor visualização do número de artigos relativos a cada período histórico, apresentamos a Figura 2, a seguir.

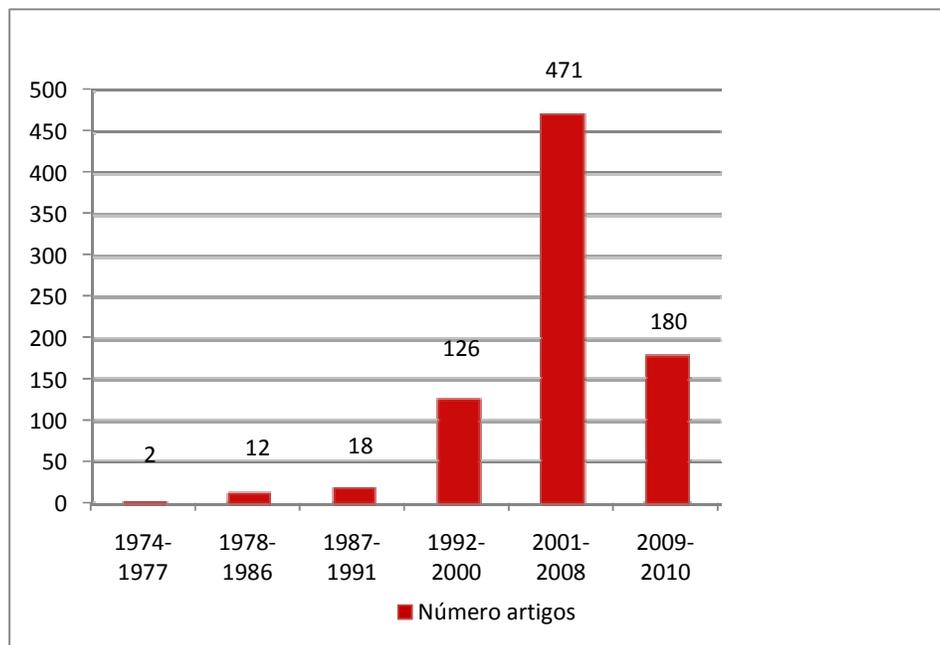


Figura 2: Número de artigos publicados em cada um dos períodos (N=809).

Entendemos que o aumento do número de publicações, principalmente a partir do ano de 1997, (meados do quarto período) é um reflexo da importância que o tema da saúde mental vem adquirindo nas duas últimas décadas, em especial no que se refere ao processo tenso e conflituoso de implementação da RPB. Este processo, estimamos, gera uma necessidade de posicionamento dos diversos atores sociais, neste caso, os profissionais e teóricos da área. Este momento de transição de modelos de atenção fez com que inúmeros relatos de experiências na área da saúde mental fossem publicados, seja por parte dos favoráveis à RPB, seja por parte dos que são contrários a essa proposta. Além disso, não podemos negligenciar o fato de que é neste período que as publicações científicas brasileiras, como um todo, apresentam um crescimento visivelmente.

Um dado que merece comentários é o descompasso entre o início do processo de Reforma no Brasil, que teve como marco a criação do Movimento Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) ao final da década de 70, e o momento de crescimento significativo das publicações de artigos científicos na área, meados dos anos 90. No período de criação do MTSM testemunhamos um processo de intensa

mobilização cultural que envolveu diversas camadas da sociedade, inclusive os grupos mais intelectualizados (profissionais da saúde, artistas, acadêmicos). Entretanto, é somente mais tarde que este movimento cultural encontrará eco nas produções acadêmico-científicas.

Uma explicação que nos parece plausível é o próprio intervalo de tempo entre a manifestação de um fenômeno social e a realização de pesquisas sobre tal fenômeno e sua posterior publicação. De qualquer forma, ainda assim nos parece um intervalo longo.

Outro fator que também nos parece relevante é o tipo de publicação alvo de nossa revisão. Nesta pesquisa nos ocupamos dos artigos científicos publicados em periódicos indexados nas bases de dados acima citadas. Não incluímos nessa revisão sistemática os livros publicados na área, que constituem um tipo expressivo de publicação. Desde meados da década de 1980 são publicados livros que trazem uma nova visão de loucura e seu tratamento. Algumas editoras brasileiras criaram coleções especialmente para tratar do tema, como por exemplo: a) Editora Fiocruz, que tem uma vasta produção de livros, teses e dissertações na área; b) Escrituras Editora, que criou a coleção Ensaio Transversais, que articula reflexões teóricas e ações cotidianas relativas à saúde mental; c) Nau Editora, que possui a coleção Archivos de Saúde Mental; d) o próprio Ministério da Saúde que tem uma linha de publicações de documentos oficiais da área de saúde mental.

Dentre outras editoras que poderíamos citar damos destaque à Editora Hucitec que criou, ao final da década de 80, a coleção *SaúdeLoucura*, que tem mais de 30 volumes que tratam de temas específicos ligados à saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Esta coleção engloba desde os princípios da Reforma (destaque aos volumes de autoria de Ana Marta Lobosque – *Princípios para uma Clínica Antimanicomial* e Anna Pitta – *Reabilitação Psicossocial no Brasil*) até ações mais específicas como, por exemplo, o volume que trata das articulações entre saúde mental e saúde da família. Como parte da coleção *SaúdeLoucura*, a editora HUCITEC também criou uma linha especial, intitulada “Políticas do desejo” que traz reflexões mais específicas sobre a clínica que vem se construindo no âmbito da Reforma Psiquiátrica.

Estes comentários sobre o tipo de publicação são reveladores de algo importante: as reflexões empreendidas sobre a RPB tiveram início no bojo dos questionamentos empreendidos no movimento social e no âmbito das experiências concretas de transformação da atenção à saúde mental. É somente mais tarde, quase duas décadas

depois, que a academia brasileira se volta de forma mais atenciosa e expressiva para este campo de conhecimento.

A partir do ano de 1997, conforme demonstrado na Figura 1, o aumento no número de publicações vem acompanhando o processo de implementação da Reforma e seus novos serviços substitutivos no país.

Análise dos artigos científicos

Para compreendermos como se organizam os diversos temas publicados sobre saúde mental ao longo do tempo, empreendemos uma análise mais sistemática dos 809 artigos. Todos foram submetidos a um processo de categorização a partir da leitura de seus resumos. Cada um dos artigos foi categorizado duas vezes⁸, em função de dois eixos temáticos: *Aspectos teórico-conceituais* e *Práticas Sociais*. A categorização foi feita separadamente para cada eixo, de forma que pudéssemos ter uma visão mais clara de como a Reforma Psiquiátrica e nossos objetos de pesquisa estão representados na literatura científica.

A distribuição dos artigos nestes eixos temáticos ao longo dos períodos compreendidos em nossa revisão é apresentada na Figura 3, a seguir.

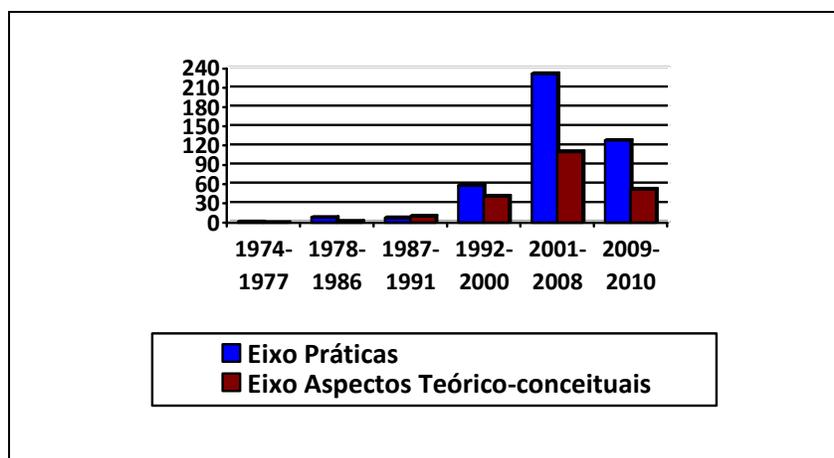


Figura 3: distribuição dos artigos científicos nos seis períodos que compreendem os anos de 1974 e 2010, subdivididos nos eixos temáticos.

Observa-se que, a partir do quinto período, o crescimento do número de publicações relativas à saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica vem acompanhando a crescente implementação da atual política de saúde mental.

⁸ Uma terceira categorização dos resumos desses artigos foi realizada em função dos *Atores da saúde mental* e é apresentada em Pacheco e Almeida (submetido para publicação).

Percebe-se um crescimento do eixo *Aspectos teórico-conceituais* a partir do quarto período iniciado em 1992. Tal crescimento denota o aumento de uma preocupação relativa ao desenvolvimento teórico e conceitual, bem como uma necessidade de resgatar a história do movimento de Reforma naquele momento em que o número de serviços substitutivos no país teve um aumento significativo.

O eixo *Práticas Sociais*, entretanto, apresentou um crescimento maior no número de artigos. A supremacia deste eixo também se justifica pela multiplicação de experiência de implementação dos novos serviços substitutivos e estratégias de atenção à saúde mental preconizados pela política nacional, bem como a consequente necessidade de consolidar e divulgar tais experiências. Podemos também supor que o conhecimento produzido tenha a marca de um saber prático, calcado em experiências concretas vividas no cotidiano dos serviços e dos processos de reabilitação psicossocial.

Para melhor ressaltar os temas constantes nos eixos temáticos *Aspectos Teórico-conceituais* e *Práticas Sociais*, não foram considerados na categorização todos os 809 artigos na análise de cada eixo. Foram desconsiderados, em cada um dos eixos, os artigos que não guardavam qualquer relação com as categorias estabelecidas.

Apresentamos a Tabela 3 abaixo, para uma melhor visualização dos dois eixos temáticos e das categorias/ subcategorias que os compõem. Na Tabela 3 consta o número de artigos que foram considerados para análise em cada eixo temático, em cada categoria/subcategoria, em cada um dos períodos históricos anteriormente definidos.

Tabela 3. Número de artigos analisados em cada eixo, suas respectivas categorias/subcategorias, em cada um dos períodos históricos.

| EIXO TEMÁTICO | CATEGORIAS/ SUBCATEGORIAS | Períodos | | | | | | TOTAL |
|----------------------------------------------|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| | | 1974- 1977 | 1978- 1986 | 1987- 1991 | 1992- 2000 | 2001- 2008 | 2009- 2010 | |
| Aspectos Teórico- conceituais | História da RP | 0 | 0 | 3 | 6 | 20 | 3 | 32 |
| | História/Discurso Psiquiatria | 0 | 1 | 3 | 6 | 10 | 10 | 30 |
| | Conceitos e política de SM | 0 | 0 | 2 | 24 | 56 | 28 | 110 |
| | Loucura e subjetividade | 0 | 1 | 2 | 5 | 27 | 11 | 46 |
| | Total | 0 | 2 | 10 | 41 | 113 | 52 | 218 |
| Práticas sociais | Novas Práticas | 0 | 4 | 1 | 36 | 147 | 90 | 278 |
| | CAPS | 0 | 3 | 0 | 12 | 53 | 34 | 103 |
| | Reabilitação Psicossocial | 0 | 0 | 0 | 11 | 37 | 22 | 70 |
| | SM na Atenção Básica | 0 | 1 | 1 | 6 | 26 | 20 | 53 |
| | SRT | 0 | 0 | 0 | 1 | 17 | 9 | 27 |
| | Hospitais Gerais | 0 | 0 | 0 | 5 | 11 | 4 | 20 |
| | Centros de Convivência | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 5 |
| | Práticas Tradicionais | 1 | 4 | 6 | 22 | 85 | 37 | 155 |
| | Diagnósticos | 0 | 1 | 4 | 8 | 58 | 32 | 103 |
| | Hospitais Psiquiátricos | 1 | 3 | 2 | 11 | 22 | 4 | 43 |

| | | | | | | | |
|-------------------------|----------|----------|----------|-----------|------------|------------|------------|
| Terapias Medicamentosas | 0 | 0 | 0 | 3 | 5 | 1 | 9 |
| Total | 1 | 8 | 7 | 58 | 232 | 127 | 433 |

Para compreender melhor o que significam estes números, apresentaremos algumas reflexões sobre cada um dos eixos temáticos, em suas respectivas categorias e subcategorias que estejam mais relacionadas aos nossos objetos de investigação.

Eixo Aspectos Teórico-Conceituais

Este eixo pretende sistematizar o conhecimento acerca dos dois modelos de atenção à saúde mental que coexistem atualmente no cenário nacional (o hospitalocêntrico/manicomial e o de reabilitação psicossocial), destacando também o processo histórico de transformação e transição desses modelos. Neste contexto também foi relevante conhecer e sistematizar o conhecimento acerca do fenômeno loucura, objeto privilegiado de representações e discursos dos modelos de atenção.

As categorias que se destacaram pela quantidade de artigos e relevância de seus temas para nossa pesquisa foram *Conceitos e política de SM* e *Loucura e subjetividade*.

Conceitos e Política de Saúde Mental

Nesta categoria estão incluídos artigos que apresentam e discutem conceitos específicos que dão sustentação teórica à Reforma Psiquiátrica: autonomia, cidadania, liberdade, Direitos Humanos, desinstitucionalização, desospitalização, Reabilitação psicossocial, dentre outros. Inclui também temas mais gerais, como legislação em saúde mental, avaliação de serviços e reflexões acerca do atual modelo de atenção à saúde mental e da política nacional que o sustenta.

O tema mais proeminente foi o da política de saúde mental, entendida tanto em seu aspecto conceitual (25 artigos discutem conceitos, princípios e diretrizes dos modelos de atenção em jogo), quanto avaliativo (22 artigos apresentam avaliações da implantação da política de saúde mental em níveis local e nacional e avaliação de serviços substitutivos). As reflexões sobre a política de saúde mental foram se ampliando a partir do período de 2001 a 2008 e continuam, proporcionalmente, crescendo no período de 2009 e 2010.

A crescente atenção aos aspectos conceituais da política nacional de saúde mental revela a necessidade de aprofundamento nos princípios concernentes a cada modelo de atenção, para que se possa iluminar os pontos ainda obscuros que permanecem neste

momento de transição, em que modelos teoricamente antagônicos se sobrepõem na prática e cotidiano das experiências de Reforma.

Da mesma forma, acreditamos ser relevante o crescimento dos artigos que tratam a política de saúde mental com enfoque mais avaliativo, pois se trata de um processo marcado por inovações e transformações que precisam ser constantemente avaliadas e revisitadas. Nestes artigos também constam reflexões sobre o próprio processo avaliativo, que necessita de novos indicadores mais adequados à realidade do novo modelo. Diversos autores concordam que indicadores biomédicos e comportamentais não são mais suficientes para avaliar a eficácia do modelo de reabilitação psicossocial, que inclui também as chamadas novas tecnologias sociais. Tecnologias que, tradicionalmente, não existiam ou não eram avaliadas (Vasconcelos, 1995; Almeida e Scorel, 2001; Furtado, 2001; Wetzel & Kantorski, 2004; Jardim, Cartana, Kantorski & Quevedo, 2009).

Alguns dos conceitos importantes tratados na literatura foram: cidadania, clínica psicossocial e desinstitucionalização. Interessante observar que cidadania e desinstitucionalização são conceitos que já vêm sendo tratados de maneira constante desde o período iniciado em 1987.

A cidadania aparece fortemente relacionada ao trabalho de empoderamento realizado junto aos usuários dos serviços de saúde mental (Quinto Neto, 1992; Moreno & Saeki, 1998; Oliveira & Alessi, 2005; Rodrigues, Brognoli & Spricigo, 2006; Gastal & Gutfreind, 2007; Mota & Barros, 2008; Oliveira & Conciani, 2009; Almeida, Dimenstein & Severo, 2010) e às conquistas no campo político e legislativo (Geraldes, 1992; Amarante, 1995a; Bertoloti, 1995; Jacobina, 2004).

Com relação ao tema da cidadania, três estudos empíricos são realizados utilizando o referencial teórico da TRS. Rodrigues, Brognoli e Spricigo (2006) investigam as representações sociais de uma associação de usuários a partir de entrevistas com cinco de seus integrantes. A associação foi representada como sendo um espaço de informação e formação política, espaço de contato com a sociedade, de construção da autonomia, por meio da geração de renda e, conseqüentemente, de combate ao preconceito e aumento de poder de contratualidade⁹. O trabalho também é

⁹ Kinoshita (2001, p.55) discute este conceito de contratualidade partindo do pressuposto de que no universo social, “as relações de troca são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer intercâmbio. Este valor pressuposto é o que dar-lhe-ia o seu poder contratual” (ou contratualidade).

visto como um importante espaço de construção da cidadania, como pode ser observado no estudo de Jorge e Bezerra (2004). Neste estudo o trabalho é visto por usuários e profissionais como um ponto importante de onde partem tanto a inclusão como a exclusão social. Gastal e Gutfreind (2007) estudam as representações sociais do direito à saúde em grupos de usuários de serviços com características distintas: um ambulatório de saúde mental e um centro terapêutico semelhante a um CAPS. Em ambos os grupos, os usuários reivindicam maior espaço de escuta e apontam o despreparo dos profissionais da saúde mental na compreensão e aceitação de seus direitos, crítica que se estende ao Estado, responsabilizado pelo não cumprimento dos direitos no âmbito da saúde mental. Neste estudo, o autor verifica maior frequência de ações solidárias no grupo do Centro Terapêutico, o que revela a importância deste tipo de serviço na construção de uma cultura mais solidária e cidadã.

O conceito de desinstitucionalização vem sendo aprimorado ao longo dos anos no sentido de ampliar seu entendimento e também de diferenciá-lo, cada vez mais, do conceito de desospitalização (Fortes, Cordás & Cardos, 1987; Barros, 1990; Sonenreich & Silva-Filho, 1995), haja vista a freqüente confusão entre estes termos na prática.

As reflexões sobre cidadania e desinstitucionalização tiveram grande importância política, pois se iniciaram no momento histórico em que as lutas políticas pela reorientação do modelo de atenção estavam em andamento. A inserção da saúde mental na agenda governamental, celebrada na II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, foi provocada e sustentada pelas reflexões acerca da desinstitucionalização, da cidadania e dos Direitos Humanos voltados para a clientela atendida nos antigos hospitais psiquiátricos (Amarante, 1994; Kuhn & Kantorski, 1995; Nicácio & Campos, 2004; Alverga & Dimenstein, 2006).

Já a idéia de cuidado e as reflexões mais especificamente voltadas para a construção de uma clínica psicossocial só ganham maior relevância na literatura científica a partir do período iniciado em 2001 (Meola, 2000; Vieira Filho & Nóbrega, 2004; Silveira & Vieira, 2005; Schmidt & Figueiredo, 2009). Podemos inferir que foi somente a partir dos impasses e desafios cotidianos impostos pelo processo de desinstitucionalização, antes não vividos, que se incrementou a discussão em torno da construção de uma nova clínica ampliada, aqui denominada clínica psicossocial.

A construção desta nova clínica ocorreu diretamente ligada à necessidade de aprofundar as reflexões sobre o tratamento aberto e sobre a loucura, representada

naquele momento pelos ex-internos dos hospitais psiquiátricos que começavam a ser reinseridos na vida social.

Loucura e Subjetividade

Nesta categoria incluímos os artigos que tratam das concepções, atitudes, crenças, imagens e representações acerca da loucura e seus termos correlatos. Reflexões relativas aos processos saúde-doença e constituição subjetiva de uma forma geral fazem parte desta categoria, que inclui também avaliação das capacidades, habilidades e limitações dos usuários. É uma categoria que sistematiza o principal objeto das transformações no âmbito da saúde mental: a loucura e sua relação com a cultura.

Aqui incluímos tanto artigos teóricos como empíricos que tivessem por objetivo refletir acerca das concepções de loucura, doença mental, transtornos mentais e outros fenômenos que mantêm alguma “vizinhança” com estes objetos.

A loucura propriamente dita foi objeto de investigação em 20 artigos, a doença mental em 11 e o transtorno mental foi objeto de estudo em quatro artigos. Interessante notar que a loucura foi abordada mais do ponto de vista teórico (dos 20 artigos, 14 são teóricos e apenas seis são empíricos), enquanto que a doença mental foi enfocada basicamente em estudos empíricos. Apenas um artigo teórico abordou o tema da doença mental, sendo este uma revisão de literatura (Spadini & Souza, 2006) em que os autores tinham por objetivo conhecer como era apresentada a visão que familiares e usuários tinham da doença mental.

Apesar do número de artigos ser ainda pequeno para podermos tirar conclusões definitivas, parece-nos que a loucura, por ser mais abrangente e com múltiplas significações, está mais vinculada a reflexões abstratas, relativas a sujeitos genéricos, enquanto a doença mental é mais enfocada quando se trata de situações e sujeitos concretos. Além disso, supomos que a doença mental seja uma forma privilegiada de objetivação da loucura, considerando que a loucura nos últimos séculos vem sendo tratada sob o signo da doença por influência do discurso médico-psiquiátrico.

Dos artigos teóricos que tratam a loucura, destacam-se três enfoques principais: histórico, filosófico e literário. Do ponto de vista histórico, os autores destacam a importância de conhecer as concepções teóricas sobre o louco e a loucura, tanto provenientes do senso comum, quanto do saber científico, como instrumento para desnaturalizar as concepções de loucura, mais recentemente associadas com a periculosidade e incapacidade. Os autores ainda defendem a importância da história

para a reflexão sobre as atuais práticas no âmbito assistencial (Humerez, 1990; Silveira & Braga, 2005; Machado, 2009).

Podemos dizer que o enfoque histórico tem forte intersecção com o enfoque filosófico, considerando a grande influência da obra de Foucault, *A História da Loucura na Idade Clássica*, nos autores que tratam a loucura sob este ponto de vista (Nalli, 2001; Machado, 2009; Gutman, 2010; Oliveira, 2010). De um modo geral, os autores aderem à idéia foucaultiana de que a loucura é um fenômeno mais histórico que natural. Seguindo essa mesma linha de raciocínio, consoante com as idéias de Foucault, Sander (2010) reforça a necessidade da adoção de outras ferramentas conceituais “no intuito de esclarecer as condições de possibilidade de noções como as de loucura, doença mental e desrazão, em busca de uma relação porosa com o Fora (*Dehors*)”.

Para além de Foucault, a filosofia também traz contribuições interessantes, no que se refere à “natureza da alma”: Platão, em *Fedro*, tenta fundamentar a natureza mista da alma, composta de uma parte racional e outra passional. Destaca ainda que é justamente essa ambiguidade constitutiva que está diretamente ligada às diversas formas de amor, retórica e loucura, podendo ser tanto perniciosa quanto prodigiosa, a depender da maneira como se conduz tal ambigüidade (Montenegro, 2010).

A loucura também é retratada do ponto de vista literário. São analisadas a relação entre normalidade e loucura e suas intersecções com a história social e trajetória individual na obra de Clarice Lispector (Rosenbau, 2010), a influência do louco de rua no imaginário popular (Ferraz, 2000) e as configurações estabelecidas entre arte, clínica, loucura, precariedade e inacabamento a partir da obra de Qorpo-Santo, *Seis mezes de huma enfermidade* publicada entre as décadas de 1860 e 1870 (Lima, 2010).

Dos artigos teóricos sobre a loucura, apenas um utiliza a Teoria das Representações Sociais. Wachelke (2005), a partir de uma revisão da história da loucura, empreende uma articulação entre as representações sociais deste fenômeno e o conceito de “vácuo representacional”. Segundo este autor, caracteriza-se um vácuo representacional quando há uma desvinculação do sistema cultural de representação (advindo do universo consensual) e o “sistema científico” da representação (advindo do universo reificado) é incompleto, não cobrindo todo o objeto e não permitindo tornar o não familiar em familiar. A partir desta idéia, Wachelke sugere que a loucura está em meio a um vácuo representacional, questionando inclusive a possibilidade de construir representações sociais acerca deste objeto. Um dos argumentos contra essa idéia de vácuo representacional, apresentado pelo próprio autor, é que a alteridade (por meio da

qual é definida a loucura e que poderia ser um impeditivo para a constituição de uma representação social), constitui um dos principais elementos que compõem as representações sociais da loucura e não uma impossibilidade de representá-la. Esse artigo teórico de Wachelke é um exemplo de como a TRS pode auxiliar na compreensão dos fenômenos concernentes ao campo da saúde mental, ao mesmo tempo em que a saúde mental se constitui em um campo fértil para o desenvolvimento da própria TRS.

As representações sociais da loucura elaboradas por grupos de usuários foram investigadas em um dos artigos empíricos (Brito & Catrib, 2004). Elas aparecem associadas às idéias de “doença”, “fora de si”, “mal-estar psíquico” e “distorções da realidade”. Brito e Catrib afirmam que a construção das representações dá-se de maneira dinâmica, sendo os significados constantemente partilhados e re-elaborados, além de ocorrerem na interface dos conteúdos individuais relativos às vivências subjetivas, próprias de cada sujeito e os conteúdos culturais do meio social.

Os outros artigos empíricos, que não utilizaram o enfoque das representações sociais, mas cujas pesquisas também tiveram como objeto a loucura, demonstraram que ela é caracterizada a partir de dois vieses: um mais ligado à reprodução do saber científico (a loucura vem atrelada à representação de doença), e outro mais ligado ao saber prático, (visão mais social que reposiciona a loucura como produto das desigualdades sociais) (Pugin, Barberio & Filizola, 1997). Este segundo viés mais social é enfatizado nos artigos empíricos sobre a loucura, nos quais temas como a inserção social e política da loucura (Amorim & Dimenstein, 2009), a institucionalização desnecessária (Schmid, 2007) e o estigma e preconceito vividos por sujeitos considerados loucos (Nunes e Torrenté, 2009) são tratados com maior frequência.

Com relação à doença mental, ela se constituiu basicamente enquanto objeto de estudos empíricos. Apesar de alguns aspectos psicossociais terem sido relatados como causas da doença mental, esta foi fortemente associada à idéia de doença orgânica, na maioria das pesquisas realizadas (Tsu, 1991; Pegoraro & Ogata, 2001; Rodrigues & Figueiredo, 2003; Spadini & Souza, 2006). Na maioria das pesquisas que constam de nossa revisão, o doente mental foi considerado como incapacitado, dependente, instável emocionalmente, sem controle, fora do padrão de normalidade (López Jiménez, Caraveo Anduaga, Martínez Vélez & Martínez Medina, 1995; Pegoraro & Ogata, 2001; Rodrigues & Figueiredo, 2003), além de despertar emoções conflitantes como medo, preconceito e compaixão (Cavalheri, Merigui & Jesus, 2007).

Essa visão da doença mental, segundo alguns autores, é fruto da reprodução estereotipada dos conhecimentos adquiridos, que resulta em uma práxis conservadora, mesmo em contextos inovadores como os serviços substitutivos, com concentração em tratamentos medicamentosos e dependência institucional (Rodrigues & Figueiredo, 2003; Osinaga, 2005).

Com relação ao transtorno mental, o estudo de Pereira, Barbieri, Paula e Franco (2007) utiliza o referencial das representações sociais e demonstra que agentes comunitários de saúde consideram a pessoa acometida pelo transtorno mental passiva, sem condições de protagonizar os próprios caminhos que, por sua vez, são marcados pelo preconceito. Interessante observar que Pinheiro e Santos (2002) encontraram uma representação da deficiência mental que em muito se parece com a representação do transtorno mental, confundindo-se com esta. De fato, essa é uma confusão comum no campo da prática profissional. Percebe-se, de uma forma geral, pouca clareza quanto às diferenças entre transtornos mentais e deficiência mental, o que requer mais estudos na área.

Os outros estudos sobre o transtorno mental são referentes a transtornos considerados menores em estudantes de Direito, Medicina e Psicologia (Volcan, Souza, Mari & Horta, 2003; Gastaud, 2006) e concepções de depressão em grupos da sociedade civil (Peluso & Blay, 2008).

Outro termo que consideramos correlato à loucura é doença dos nervos que foi objeto de dois estudos de representações sociais (Areosa & Fensterseifer, 2005; Oliveira & Roazzi, 2007) em grupos da sociedade civil. Oliveira e Roazzi (2007) mostram que a construção das representações sociais da loucura também é marcada pelas questões de gênero, sendo influenciadas pelas representações sociais de mulher e homem, o que merece aprofundamento por parte de outros pesquisadores.

A seguir, será apresentada de forma mais detalhada a literatura encontrada referente às práticas sociais no campo da saúde mental.

Eixo Práticas Sociais

Observamos o crescimento do número de artigos referentes às *novas práticas* a partir do quarto período, iniciado em 1992. Neste período o número de artigos sobre as novas práticas ultrapassa o número de artigos referentes às práticas tradicionais, que sempre foi proporcionalmente maior até este período. Apesar do número de artigos nos primeiros três períodos ser pequeno para tirarmos alguma conclusão sobre a tendência

das práticas relativas àqueles períodos, é importante destacar que os três artigos encontrados sobre CAPS no segundo período são referentes a experiências de outros países da América Latina que não o Brasil (Puente Silva & Tenório, 1982; Guzmán & Florenzano, 1985; Rey Tosar, 1986). Ou seja, dos 16 artigos publicados nos três primeiros períodos, somente dois são referentes às novas práticas no país.

Neste momento cabe uma observação acerca da divisão desse eixo em duas grandes classes, *Novas Práticas* e *Práticas Tradicionais*. Esta é uma divisão que tem por objetivo diferenciar as práticas que já faziam parte do campo da saúde mental antes da Reforma Psiquiátrica e as práticas que vêm sendo implementadas e incentivadas pela atual política nacional de atenção à saúde mental, em acordo com os princípios preconizados pela Reforma. Isso não quer dizer que no cotidiano das instituições essas práticas sejam excludentes, pois, por exemplo, em um CAPS ou outro serviço substitutivo também se fazem diagnósticos e são administração de psicotrópicos, consideradas aqui como práticas tradicionais. Trata-se de uma divisão didática para acentuar as diferenças entre os dois modelos coexistentes no cenário nacional.

Voltando ao crescimento de artigos referentes às *Novas Práticas* a partir do quarto período, um dos motivos que acreditamos ter modificado a tendência das publicações foram os marcos históricos, anteriormente citados, ocorridos a partir de então: a) a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992; b) o fortalecimento do MNLA enquanto movimento social e a integração de alguns de seus membros na gestão pública da saúde; c) a multiplicação dos serviços substitutivos pelo país; d) a retomada das discussões sobre a necessidade da aprovação do projeto de Lei Paulo Delgado proposta em 1989 e sua aprovação na forma da Lei 10.216, a lei nacional de Reforma Psiquiátrica, em 2001.

Nos quinto e sexto períodos há um crescimento ainda maior dos artigos sobre as novas práticas. Isso talvez se deva ao fato de que, a partir de 2003, segundo dados do Ministério da Saúde (2007), o número de CAPS mais que triplicou, se comparado que número que se tinha até 1997. O número de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) também teve um crescimento visível. Apesar do número ainda ínfimo diante da necessidade desses serviços, o número de SRTs quadruplicou a partir de 2003.

Entretanto, apesar do crescimento de artigos sobre novas práticas ser visivelmente maior do que o de artigos referentes às práticas tradicionais, este crescimento pode ser em decorrência do próprio viés de nossa pesquisa. As palavras-chave utilizadas (*loucura, doença mental, Representações sociais,*

desinstitucionalização, Centro de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica), de certa forma, nos remetem ao que estamos considerando como novas práticas. Não incluímos em nossas buscas palavras-chave que remetam às práticas tradicionais em Saúde mental, por não serem foco de nosso estudo. Isso quer dizer que as publicações referentes às práticas tradicionais também podem ter crescido nos últimos anos, em que a área da saúde mental ganhou mais relevância social. Ainda assim, consideramos significativo o crescimento do número de artigos referentes às novas práticas como um indicador da crescente importância que o processo de Reforma vem ganhando no país.

Com relação às *Novas práticas*, apesar do número de artigos praticamente ter quadruplicado no quinto período se comparado ao período anterior, este crescimento não foi linear para todas as subcategorias. As subcategorias de *Novas práticas* que mais se destacaram em termos de crescimento proporcional foram: *SRTs, CAPS e Saúde Mental na Atenção básica*.

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

Com relação a subcategoria *SRT*, houve um crescimento proporcional considerável no número de artigos. Este aumento nas publicações nos parece coerente com o crescimento do número de serviços desse tipo, que praticamente quadruplicou no último período. Entretanto, a literatura científica ainda nos parece tímida se considerarmos a inovação deste tipo de serviço e sua importância fundamental para o processo de reinserção social. Este tipo de serviço, em face da sua complexidade e relevância requer que mais pesquisas sejam realizadas.

Nos 27 artigos encontrados é unânime a compreensão da relevância dos SRTs para o processo de reinserção social, construção da autonomia e cidadania. A literatura aponta algumas relações entre os processos de subjetivação e a apropriação do espaço da cidade pelos ex-internos dos hospitais psiquiátricos, propiciado pela vivência em residências terapêuticas. O “habitar” a cidade é um tema recorrente na literatura e alguns autores apontam o aspecto “biopolítico” da relação loucura e cidade (Romagnoli, Paulon, Amorim & Dimenstein, 2009; Amorim & Dimenstein, 2009).

Suiyama, Rolim e Colvero (2007) fazem uma revisão da literatura sobre o tema entre as décadas de 1980 e 2000. Em 1980 temos a busca da humanização do espaço asilar por meio dos lares abrigados, construídos dentro dos hospitais psiquiátricos ou vizinhos a estes. Em 1990 se inicia a construção dos parâmetros para moradias, que

começam a ocupar os espaços urbanos. A partir de 2000 é que se inicia a busca por conhecer a vivência dos moradores e dos profissionais que trabalham nas residências. Dos 27 artigos de nossa revisão, sete dedicam-se claramente à investigar a percepção que os moradores têm de seu próprio processo de ingresso em uma SRT.

Alguns artigos voltam sua atenção aos profissionais que atuam nas SRTs e grande parte dedica suas reflexões à nova clínica e os processos de subjetivação produzidos nesses serviços. Grande parte dos estudos utiliza a observação participante e concluem que, apesar dos avanços que representam a construção das SRTs, ainda persiste o desafio do resgate da subjetividade dos sujeitos implicados e a ampliação dos espaços de troca e participação social. Outros artigos, como por exemplo, Moreira e Andrade (2007) apontam para a necessidade de repensarmos os conceitos de loucura e a própria forma de conceber a vida. Os autores alertam que essas reflexões devem fazer eco nos processos de implantação das SRTs. O processo de construção desses serviços também é focado a partir do ponto de vista da implementação da política nacional (Furtado, 2006) e das parcerias locais estabelecidas entre a gestão pública e entidades governamentais ou do terceiro setor (Alvarenga e Novaes, 2007; Vidal, Bandeira & Gontijo, 2008).

De uma forma geral, o que os artigos referentes às SRTs apontam é que, no âmbito desses serviços, o cuidado é algo a ser reinventado cotidianamente e que as práticas do dia a dia não admitem “cartilhas nem regras preestabelecidas ou imutáveis” (Honorato & Pinheiro, 2008). Trata-se de reinventar as instituições e a vida cotidiana.

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

Com relação aos *CAPS*, também se percebe um incremento no número de artigos, que acompanham, de certa forma, o crescimento do número de serviços.

Percebe-se que o perfil dos artigos se modificou ao longo dos três últimos períodos. No período de 1992 a 2000 predominam os artigos que relatam experiências de implantação de *CAPS* em diversas localidades do país. Tais artigos trazem alguns apontamentos sobre a transição de modelos. Neste período somente três artigos se dedicam a investigar as concepções de loucura e tratamento, nos grupos de profissionais apenas. Nos períodos que se seguem (2001-2008 e 2009-2010), essa tendência dos artigos se modifica. Fica evidente uma maior preocupação com as concepções de tratamento que permeiam o cotidiano dos serviços, os novos processos de trabalho e seu impacto na saúde mental dos profissionais e demais atores desses contextos. Uma

novidade nestes dois últimos períodos é que usuários e familiares também passam a ser sujeitos das pesquisas, o que revela uma atenção maior ao público alvo dos CAPS.

Essa atenção maior aos usuários e familiares dos CAPS, a nosso ver, é uma decorrência esperada do processo de inserção desses usuários na sociedade, bem como ao novo lugar que a família passa a ocupar no novo modelo de atenção. Um lugar de parceira e co-responsável pela inserção social dos usuários.

Com relação às concepções de loucura que permeiam o cotidiano dos CAPS, poucas pesquisas têm sido feitas, mas contam com a participação de profissionais, usuários e familiares. Coexistem diversas compreensões da loucura, advindas tanto do saber científico, quanto do saber advindo da prática (Pugin, Barberio & Filizola, 1997). Rodrigues e Figueiredo (2003) apontam que há uma reprodução estereotipada de conhecimentos que, em verdade, mantêm o instituído com relação à loucura. Já os resultados apontados por Pinho, Hernandez e Kantorski (2010) demonstram que os trabalhadores assumem relações de benevolência com a clientela do serviço, como consequência da dificuldade em estabelecer o que é normal e patológico em saúde mental.

No que diz respeito ao funcionamento dos CAPS, fica evidente que estamos vivendo, de fato, uma transição de modelos. Os diversos artigos que tratam do funcionamento dos CAPS e das concepções de tratamento relatadas por profissionais, usuários e familiares demonstram que o CAPS é reconhecido por esses atores como um serviço fundamental no processo de reabilitação. Usuários relatam conquistas de autonomia nos afazeres cotidianos, na vida afetiva, social e econômica, associam o tratamento nos CAPS à redução do número de internações, ressaltando os aspectos positivos desses serviços (Marzano & Souza, 2004; Melo & Furegato, 2008; Mielke et al, 2009). Familiares sentem-se acolhidos e vêem o CAPS como ponto de apoio na tarefa de cuidar de seu familiar e alguns estudos vêm sendo feitos sobre as estratégias de inserção da família no tratamento oferecido nos CAPS. Profissionais apontam a função política dos CAPS e Gastal e Gutfreind (2007) chegam a afirmar que a participação proporcionada no âmbito dos serviços pode ser um foco alternativo na formação de novas representações sociais da loucura.

Por outro lado, os estudos mostram que a diversidade de compreensões acerca do modelo de atenção muitas vezes vem permeada por concepções advindas do modelo psiquiátrico tradicional. Essa “permeabilidade” dos modelos é vista por alguns autores como um fator que dificulta o pleno desenvolvimento do processo de

desinstitucionalização, proposto pelo paradigma psicossocial (Mostazo & Kirschbaum, 2003; Rabelo & Torres, 2006; Leão & Barros, 2008; Jardim, Cartana, Kantorski & Quevedo, 2009; Mondoni e Rosa, 2010).

Alguns exemplos dessa permeabilidade entre os modelos são a centralidade do lugar do médico na equipe e da medicação como principal forma de tratamento. Na literatura investigada alguns autores chamam atenção para o processo de gestão dos CAPS, que pode permitir a perpetuação do processo de cronificação e reprodução da lógica manicomial (Nunes, 2005) ou mesmo barrar as possibilidades de comunicação e ajuda mútua entre os usuários, dificultando o empoderamento dos mesmos (Figueiro e Dimenstein, 2010; Guareschi, Reis, Oliven & Hüning, 2008).

Quanto aos familiares, apesar do CAPS servir como ponto de apoio, estes atores ainda desconhecem os mecanismos de sua participação social, revelando uma deficiência dos CAPS, como aponta Moreno (2009). Além disso, alguns estudos vêm sendo feitos a respeito da sobrecarga familiar, um fato decorrente do processo de desinstitucionalização que precisa de maior atenção por parte da política nacional e de um maior engajamento dos CAPS na construção de parcerias mais concretas com as famílias. A plena adoção da tomada de responsabilidade dos serviços pelo território ainda necessita de tempo e preparação da rede, bem como o desenvolvimento das chamadas tecnologias psicossociais, como aponta Martinho Silva (2009). Todos esses “atravessamentos” revelam a complexidade do processo de superação do modelo asilar (Nicácio & Campos, 2005).

Por fim, outro ponto bastante trabalhado nos artigos que tratam dos CAPS é a preocupação com os processos de trabalho, conforme afirmamos acima. Aliado às dificuldades de entendimento do novo modelo, que coloca em conflito representações e práticas novas e tradicionais, estão as dificuldades operacionais do cotidiano. A sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos, a necessidade de reinvenção das profissões no cotidiano, a necessidade de repensar os vínculos, bem como a falta de suporte governamental e precariedade da rede de atenção em diversas localidades, levam ao esgotamento das equipes e à necessidade de criação de estratégias de prevenção e educação permanente em saúde mental para os profissionais (Rosa & Kirschbaum, 2003; Figueiredo e Rodrigues, 2004; Coimbra & Kantorski, 2005; Tavares, 2006; Nardi & Ramminger, 2007; Melo & Furegato 2008; Vasconcellos & Azevedo, 2010).

De uma forma geral, os artigos sobre os CAPS confirmam a transição de modelos: os serviços abertos já são uma realidade e são reconhecidos em sua função de reinserção social, mas trata-se de um processo ainda em construção, no qual muitas questões, práticas e teóricas, ainda permanecem sem respostas incorrendo em retornos ao antigo modelo de atenção, o qual se busca superar.

Saúde Mental na Atenção Básica

Com relação a esta subcategoria percebe-se um crescimento no número de artigos publicados a partir do período de 2001 a 2008, mais especificamente a partir do ano de 2004. Este crescimento é coerente com as proposições da nova política, que visam à inserção social e comunitária dos usuários dos serviços e uma crescente “capilarização” da atenção à saúde mental. Este crescimento também coincide com a realização de vários eventos coordenados pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2001 a 2003, em parceria com universidades, prefeituras e coordenadores estaduais de saúde e saúde mental, cujo objetivo era iniciar o processo de organização das ações de saúde mental na atenção básica.

Em todos os períodos de nossa análise, os artigos enfatizam as ações e experiências concretas de saúde mental no âmbito da atenção básica em suas mais variadas formas. Dentre os diversos dispositivos utilizados para o cuidado em saúde mental estão: as visitas domiciliares (Okada, Feio & Kerr-Corrêa, 1994; Pietrolongo & Resende, 2007; Feuerwerker & Merhy, 2008), a terapia comunitária (Guimarães & Ferreira-Filha, 2006; Rocha et al, 2009; Andrade et al, 2010), os grupos de encontro (Falconi et al, 2005; Macedo & Monteiro, 2006; Rios, 2007) e educação popular (Carneiro et al, 2010).

Outro dispositivo de trabalho em saúde mental na atenção básica, considerada fundamental para a efetivação dessa diretriz da política nacional é o matriciamento ou apoio matricial (Bezerra & Dimenstein, 2008; Dimenstein, 2009; Figueiredo & Campos, 2009). Trata-se de um instrumento adotado no âmbito da saúde pública que se caracteriza por um suporte técnico especializado oferecido a uma equipe interdisciplinar de atenção básica, a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Esse instrumento foi formulado com o objetivo de aumentar o grau de resolutividade nas ações em saúde e promove um rearranjo na formulação dos organogramas dos serviços de modo que as áreas especializadas, outrora verticais, passem a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares de atenção básica (Figueiredo & Campos, 2009).

O matriciamento foi incorporado à política de saúde mental, no sentido de incluir os Centros de Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como parte da atenção oferecida em saúde mental, sendo de responsabilidade dos CAPS a constituição das equipes de referência. Essas equipes de referência são responsáveis pelo acompanhamento longitudinal do processo saúde/doença/intervenção de cada paciente atendido pela atenção básica que apresentar problemas de saúde mental. O matriciamento é feito por meio de visitas compartilhadas, reuniões de capacitação e supervisão dos casos atendidos, formulação conjunta e acompanhamento de projetos terapêuticos. Todas essas ações devem estar sempre baseadas na idéia de responsabilidade compartilhada (Bezerra & Dimenstein, 2008; Dimenstein, 2009; Figueiredo & Campos, 2009).

Os artigos revisados demonstram duas faces referentes às ações de saúde mental na atenção básica revelando, tal como a literatura sobre os CAPS, um momento de construção destas novas práticas. Alguns artigos apontam para a relação profícua existente entre os serviços de saúde mental e a atenção básica. Estudos demonstram ser possível a articulação da rede no sentido da incorporação de ações de saúde mental como parte do atendimento prestado pelas equipes de PSF e dos Centros de Saúde. Algumas experiências revelam a diminuição significativa do número de internações psiquiátricas (Okada, Feio & Kerr-Corrêa, 1994), a produção da integralidade e da continuidade do cuidado, (Feuerwerker & Merhy, 2008), melhor organização política da comunidade e participação da construção coletiva de novos saberes e práticas no campo da saúde mental (Carneiro et al, 2010), diversificação dos dispositivos terapêuticos (Figueiredo & Campos, 2009), construção de redes de solidariedade na comunidade (Andrade et al, 2010) e ampliação do olhar profissional para o contexto social, o que, por sua vez, amplia as possibilidades de intervenção no território (Delfini, Sato, Antoneli & Guimarães, 2009).

Por outro lado, algumas deficiências ainda são apontadas na articulação das ações de saúde mental com a atenção básica, até mesmo por ser esta articulação recente e ainda em fase de aprendizagem. Algumas das limitações apontadas são: a) a grande demanda por atendimento ao lado da falta ou precariedade dos serviços substitutivos e do SUS como um todo; b) a não organização dos processos de trabalho voltados para as ações de saúde mental e a falta de diretrizes institucionais para efetivação das parcerias necessárias, o que revela, além do descaso político e gestão equivocada dos recursos, a falta de clareza acerca do matriciamento; c) discrepâncias entre o proposto normativo e

o instituído; d) falta de registros dos casos de saúde mental; e) falta ou insuficiência de atividades voltadas para pessoas com transtornos mentais e, especialmente; f) a insuficiente formação dos diversos profissionais para lidar com casos de saúde mental (Amaral, 1997; Nunes, Juca, Valentim, 2007; Bezerra & Dimenstein, 2008; Delfini, Sato, Antoneli & Guimarães, 2009; Dimenstein, 2009; Lucchese, Oliveira, Conciane & Marcon, 2009; Ribeiro, Medeiros, Albuquerque & Fernandes, 2010).

Importante destacar que o tema dos processos de trabalho passou a ser uma preocupação no âmbito da articulação entre Saúde mental e atenção básica nos últimos anos, assim como a questão da formação profissional. Diversos profissionais refletem sobre suas dificuldades e limitações diante da realidade vivida no ambiente de trabalho, sobre sua inserção nas equipes de trabalho, analisam criticamente suas atividades e demonstram preocupação com a formação de estudantes. Alguns artigos versam especificamente sobre a importância da formação e capacitação para o trabalho em saúde mental na atenção básica, apontando para o descompasso da formação profissional com a realidade vivida nos novos serviços e estratégias do SUS (Peduzzi, 1992; Dimenstein, 1988; Silva, Furegato & Costa Júnior, 2003; Eidelwein, 2005; Rios, 2007; Souza, Matias, Gomes & Parente, 2007; Ramos-Cerqueira, Torres, Martins & Lima, 2009; Neves, Lucchese & Munari, 2010).

A formação precária dos recursos humanos pode ser percebida no pensamento que os profissionais têm acerca dos transtornos mentais e do próprio cuidado. Pensamento ainda carregado de concepções leigas e pouco refletidas. Na literatura são relatadas inúmeras práticas reprodutoras da ideologia psiquiátrica, inabilidade no manejo de questões trazidas pela comunidade e pouca utilização dos recursos comunitários na prevenção em saúde mental (Helsing, 1981; Nascimento & Braga, 2004; Souza, Matias, Gomes & Parente, 2007). Não podemos também deixar de apontar o alto grau de sofrimento psíquico dos profissionais da atenção básica em função da maior proximidade com a violência cotidiana e falta de apoio institucional e de supervisão do trabalho (Lancman, Ghirard, Castro & Tuacek, 2009).

De uma forma geral, os estudos sobre a saúde mental na atenção básica demonstram uma fecundidade desta articulação, mas apontam também para a complexidade de suas ações, que remetem à necessidade de maiores investimentos por parte da gestão pública, em especial nos quesitos capacitação profissional e implementação efetiva dos serviços de atenção à saúde mental. Outro ponto importante é a construção de processos de trabalho que permitam a emergência das trocas sociais e

da ousadia na experimentação de práticas mais criativas e flexíveis (Breda, Rosa, Pereira & Scatena, 2005).

Reabilitação Psicossocial

O crescimento do número de artigos na subcategoria *Reabilitação Psicossocial* acompanha, de certa forma, o crescimento do número geral de publicações. Compreendemos a Reabilitação Psicossocial a partir dos três cenários definidos por Saraceno (2001), onde se desenvolvem, em seus diversos aspectos, as relações e a vida dos sujeitos em processo de desinstitucionalização: a *rede social*, a *casa*, e o *trabalho* com valor social.

Destes cenários, a literatura privilegia a *rede social*, pois este cenário envolve as mais diversas atividades, relações sociais e estratégias de subjetivação estabelecidas pelas pessoas em processo de desinstitucionalização, no âmbito dos novos serviços substitutivos em saúde mental ou em outros espaços sociais.

Das dimensões que compõem este cenário, destacam-se as atividades realizadas nos serviços substitutivos, na forma de oficinas terapêuticas, que tem por objetivo principal propiciar as trocas sociais. Nos relatos sobre as oficinas, a arte aparece como elemento facilitador das trocas sociais e simbólicas e algumas reflexões vem sendo feitas sobre a utilização da arte com o meio para inserção social (Pulchinelli, Megale & Alonso, 1992; Castro, 1992; Tavares, 2003; Tavares & Sobral, 2005; Campos & Kantorski, 2008; Liberato & Dimenstein, 2009; Melo 2010; Pádua & Morais, 2010).

Ainda no cenário das redes sociais, grande importância vem sendo conferida aos diversos aspectos da convivência com demais atores na vida social cotidiana fora das instituições. Alguns estudos foram realizados no sentido de identificar habilidades sociais e comportamentais específicas de psicóticos em processo de desinstitucionalização (Bandeira, 1999; Bandeira, Machado & Pereira, 2002; Souza, Silva Júnior, Silva, Campelo, Guedes, Carvalho & Souza, 2003; Cardoso, 2005; Vidal, Gontijo e Bandeira, 2007). A maioria dos estudos sobre aspectos da convivência, entretanto, tratam da qualidade das relações sociais estabelecidas, do desenvolvimento da autonomia no lidar cotidiano, experiências e reflexões sobre os limites e potencialidades do processo de desinstitucionalização (Leão, 1996; Moreira & Andrade, 2003; Salles & Barros, 2007; Dalmolin & Vasconcellos, 2008; Soares & Carvalho, 2009; Santos, 2009; Salles & Barros, 2009; Furtado, 2010).

Ainda que com menor frequência, uma atenção especial também é conferida ao cenário *casa*. Trata-se de um âmbito mais específico, onde se destacam as relações familiares e os diversos processos de subjetivação relativos ao *morar, habitar* um espaço íntimo e pessoal, fora das instituições asilares. Apesar de ser um tema de grande importância no âmbito das experiências de Reforma Psiquiátrica, haja vista ser a família a grande parceira das instituições no processo de desinstitucionalização, é somente a partir de 2001 que esta importância começa a se refletir nas publicações científicas. Alguns artigos vêm sendo publicados sobre o papel da família no processo de reabilitação psicossocial (Gonçalves & Sena, 2001; Hirdes & Kantorski, 2005; Mello, 2005; Gambatto & Silva, 2006; Romagnoli, 2006; Azôr & Vectori, 2008; Ribeiro, Martins & Oliveira, 2009; Cavalheri, 2010; Pinho, Hernandez & Kantorski, 2010) e o contraponto da sobrecarga familiar resultante deste processo (Colvero, Ide & Rolim, 2004; Randemark, Jorge & Queiroz, 2004; Bandeira & Barroso, 2005; Borba, Schwartz & Kantorski, 2008).

Com menor importância aparece o cenário *trabalho*. Apenas 4 artigos (Kinker, 1997; Jorge & Bezerra, 2004; Barfknecht, Merlo & Nardi, 2006; Paula, 2008) são dedicados ao tema da inserção social pela via do trabalho com valor social, o que revela um longo caminho a ser ainda percorrido para que possamos falar em uma plena inserção social, considerando o valor do trabalho em nossa cultura.

Vale destacar ainda o pequeno número de artigos que tratam da relação de profissionais, com usuários e familiares (Paula, Furegato & Scatena, 2000; Pinho, Hernandez & Kantorski, 2010), o que nos leva a questionar se há, de fato, uma plena compreensão por parte dos profissionais da importância de seu papel na articulação da reabilitação psicossocial. Também é escassa a produção no que tange às ações e reflexões sobre inserção política e Direitos Humanos, empreendidas somente a partir do ano de 2004 (Soares, 2004; Rodrigues, Brognoli & Spricigo, 2006; Mota & Barros, 2008; Almeida, Dimenstein & Severo, 2010; Melo, 2010).

Centros de Convivência

Outro resultado que nos chama a atenção é o número reduzido de publicações relativas aos *Centros de Convivência*, o que também acompanha o número reduzido de serviços desta natureza. Apesar de terem se mostrado equipamentos eficazes no que tange à reinserção social e, apesar das experiências inovadoras e de sucesso, os Centros de Convivência ainda são em número ínfimo no país (somente 36 Centros de

Convivência e Cultura estão atualmente cadastrados pelo Ministério da Saúde). Isso talvez se deva ao fato de que esses serviços ainda não contam com uma regulamentação pelo Ministério da Saúde, o que dificulta o repasse de verbas para financiamento dos serviços. Trata-se, ainda, de um projeto interministerial, com uma complexificação das ações e parcerias, o que dificulta sua priorização.

A seguir, as reflexões acerca das subcategorias das *Práticas Tradicionais*.

Terapias Medicamentosas

A subcategoria *Terapias Medicamentosas* apresentou um número pequeno de ocorrências. Parece-nos óbvio que este pequeno número se deve ao viés de nossa pesquisa, haja vista conhecermos o alto grau de medicalização na área da saúde mental. A partir da década de 60, com a descoberta e o desenvolvimento dos neurolépticos (também conhecidos como antipsicóticos), a indústria farmacêutica vem se desenvolvendo de forma visível e com uma estreita relação com a medicalização da sociedade. A cada ano são lançados no mercado novos e mais sofisticados medicamentos, que apresentam cada vez menos efeitos colaterais e mais ação específica. A melhoria desses medicamentos é fruto de pesquisas científicas que certamente são publicadas em revistas especializadas que escaparam à nossa pesquisa.

As medicações foram um avanço importante na história da saúde mental, tendo em inúmeros casos facilitado a socialização e outros processos terapêuticos. Afirmamos, entretanto, a existência de uma super medicalização pelo fato de que é comum em nossa prática profissional testemunharmos a existência de usuários que tomam uma quantidade enorme de comprimidos por dia, comprometendo sobremaneira o desempenho nas atividades diárias e não obtendo, muitas vezes, o resultado desejado. Apesar dos efeitos colaterais atualmente serem menos severos do que os que apresentavam as antigas medicações, eles ainda são significativos. Para os interessados no tema, sugerimos o documentário *Efeitos Colaterais* produzido pela ONG INVERSO em conjunto com o Núcleo de Comunicação em Saúde Mental do DF - TV SÃ, no qual a super medicalização é demonstrada de maneira irônica, por pessoas que a vivem em seu cotidiano.

Diagnósticos

Percebe-se a proeminência da subcategoria **Diagnósticos** no que tange às práticas tradicionais, talvez pelo fato de ser uma subcategoria é bastante ampla, tratando

de diversos aspectos relacionados com a construção de diagnósticos em saúde mental. Nesta subcategoria estão incluídas reflexões, técnicas e estratégias para a construção de diagnósticos em saúde mental, fatores externos e saúde mental, relação saúde mental e trabalho na perspectiva organizacional. Essa categoria inclui também diversos artigos sobre psicodiagnóstico, psicanálise e outras abordagens psicoterapêuticas e diagnósticas específicas. Trata-se de artigos que, a despeito de sua importância na área da saúde mental, não constituem o foco de nossas reflexões por não estarem diretamente relacionadas com as reflexões sobre os modelos hospitalocêntrico ou de reabilitação psicossocial de atenção à saúde mental.

Hospitais psiquiátricos

Podemos afirmar que o número de artigos na subcategoria Hospitais psiquiátricos teve um decréscimo proporcional do quarto para o quinto período, apesar de ainda ser expressivo. Entretanto, tal como a subcategoria Diagnósticos, não constituíram o foco de uma análise mais sistemática. A pouca representatividade deste tema na literatura também pode dever-se ao recorte empreendido nas buscas.

A TRS nas produções científicas sobre Saúde Mental

Como ressaltado no início deste trabalho, escolhemos como aporte teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS), em virtude de seu potencial heurístico para a compreensão de nossos objetos de estudo. A TRS vem crescendo em importância nas produções acadêmicas dos últimos anos, sendo cada vez mais utilizada por pesquisadores das áreas de Saúde, Educação, Ciências Sociais e Psicologia Social. Neste sentido, acreditamos ser importante conhecer como teóricos e profissionais da saúde mental vem se apropriando desta teoria e a utilizando como suporte para suas investigações e reflexões.

Dos 809 artigos constantes de nossa revisão, somente 31 utilizam claramente esta abordagem teórica. Destes 31, 25 foram incluídos nos eixos temáticos por tratarem de temas diretamente a eles ligados. Consideramos o número de artigos que utilizam a TRS ainda pequeno se considerarmos a produção científica na área da saúde mental. Também fica evidente a utilização recente dessa teoria no campo da saúde mental, pois somente a partir de 2001 que as pesquisas brasileiras em saúde mental começaram a utilizar tal referencial teórico. Há apenas um artigo datado em 1991 realizado no âmbito de uma escola primária, sobre as representações sociais da doença mental elaboradas

por grupos de escolares (Tsu, 1991). Ou seja, em um contexto distante dos serviços de saúde mental, com uma população que também não faz parte desse contexto.

Este resultado nos soa curioso se pensarmos que a saúde é um dos campos privilegiados de estudos no âmbito da TRS no Brasil. Uma das possíveis explicações pode ser o fato de que a saúde mental tradicionalmente se constituiu como um campo à parte na área da saúde. Esse fato pôde ser corroborado por nossas observações não sistemáticas em nossa experiência profissional. Recentemente participamos de uma Conferência Regional de Saúde no Distrito Federal e o tema da saúde mental não apareceu nas discussões. A saúde mental foi situada somente quando as reflexões se voltaram para a intersectorialidade. Ou seja, a saúde mental não foi considerada como dentro da saúde, mas sim como área afim.

Com relação aos objetos de representações sociais estudados, 10 artigos versam sobre a loucura e seus correlatos, 9 sobre práticas sociais em saúde mental e 6 sobre a Reforma Psiquiátrica, novo modelo de atenção e termos afins. Para visualização destes objetos de pesquisas utilizando a TRS, ver a Tabela 4 abaixo.

Tabela 4: objetos de investigação dos artigos que utilizam a TRS, subdivididos em função de nossos objetos de pesquisa (N=31)

| Objeto de representação | Nº de artigos |
|----------------------------------------------|----------------------|
| Loucura | 10 |
| Doença mental/doente mental | 3 |
| Doença dos nervos | 2 |
| Loucura | 2 |
| Transtorno mental | 1 |
| Deficiência mental | 1 |
| Sexualidade do portador de transtorno mental | 1 |
| Práticas Sociais | 9 |
| Tratamento psiquiátrico | 1 |
| Cuidado | 1 |
| Tratamento aos internos do HCTP – Sergipe | 1 |
| Atuação cotidiana do enfermeiro psiquiátrico | 1 |
| Participação da família | 1 |
| Associação de usuários | 1 |
| Consciência do direito à saúde | 1 |
| Trabalho no adoecer psíquico | 1 |
| Papel terapêutico do acadêmico de enfermagem | 1 |
| Reforma Psiquiátrica | 6 |
| Reforma Psiquiátrica | 3 |
| Novo modelo de atenção | 1 |
| Processo de desospitalização | 1 |
| CAPS | 1 |
| Outros | 6 |
| Morte/morrer | 2 |

| | |
|------------------------------------------------|-----------|
| Pessoa em situação de rua | 1 |
| Depressão no contexto de trabalho | 1 |
| Saúde na velhice | 1 |
| Relação entre saúde mental e trabalho feminino | 1 |
| Total de artigos | 31 |

Com relação aos objetos de estudo, percebe-se que, em muitos casos, se faz uma transposição linear de um fenômeno social para um fenômeno de representações sociais, desconsiderando as reflexões de Sá (1998) sobre a construção de um objeto de representação. Em alguns casos há a transposição de fenômenos, sem um questionamento se, de fato, trata-se de um fenômeno de representações sociais, como é o caso, por exemplo, dos objetos “consciência do direito à saúde” (Gastal, 2007) e “papel terapêutico do acadêmico de enfermagem” (Miranda et al, 2009). Em outros artigos percebemos que não há uma preocupação em definir claramente o objeto de pesquisa. Por exemplo, os estudos que tiveram como objetos “novo modelo de atenção” (Leão & Barros, 2008) e “processo de desinstitucionalização” (Antunes & Queiroz, 2007), na verdade investigavam as representações sociais a respeito do CAPS. Com relação ao objeto “participação da família no tratamento de usuários de hospital-dia” não ficou claro qual era exatamente o objeto da representação, pois os resultados mostraram representações da família, da doença mental e do tratamento.

A pouca atenção na definição dos objetos de representação, a nosso ver, demonstra o uso meramente instrumental da TRS em alguns dos artigos de nossa revisão, que não evidenciam, pelo menos explicitamente, o devido compromisso com os pressupostos epistemológicos da teoria. Da mesma forma, outro fato que nos chamou a atenção foi que, em alguns artigos, a TRS foi claramente citada como uma “abordagem metodológica”, o que é um equívoco. A TRS é uma teoria que traz em si uma grande complexidade e, com exceção da abordagem mais estrutural das representações sociais, não há uma metodologia própria da TRS. Na verdade, os estudos em representações sociais se utilizam de todo o arsenal metodológico oriundo das ciências humanas e sociais acessíveis aos pesquisadores. Da mesma forma, percebe-se também um uso meramente instrumental do conceito de Representações Sociais, utilizando-o de forma desvinculada de seu contexto teórico original.

Alguns autores discutem claramente a relação entre Representações e Práticas Sociais.

Pereira, Barbieri, Paula e Franco (2007) revelam representações sociais da loucura ainda ancoradas no modelo do dano, ou seja, marcadas pela impossibilidade de

recuperação da autonomia. Os autores discutem que as representações sociais encontradas, apesar de elaboradas por agentes comunitários no seio das ações de saúde mental na atenção básica, consideradas como parte das novas práticas em saúde mental, estão ancoradas em práticas tradicionais, demonstrando a possibilidade das representações sociais abarcarem as contradições.

Dantas e Chaves (2007) ao investigarem as representações sociais acerca do tratamento psiquiátrico, elaboradas pelos guardas que prestam serviço em Hospital de custódia, demonstram que estes representam a instituição a partir das incoerências próprias à mesma. Pode ser observado nos relatos dos guardas que já existe certo questionamento acerca das oposições normalidade *versus* anormalidade, loucura *versus* lucidez. Ao discutir a relação entre representações e práticas, os autores apontam para a importância da implementação de novas práticas no processo de transformação das representações sociais do louco infrator.

Rodrigues, Lima e Roncalli (2008) encontraram uma visão idealizada do cuidado, baseada não em ações de reabilitação, mas em sentimentos e posturas socialmente desejadas. Os próprios sujeitos afirmam que as chamadas “tecnologias leves” não são adotadas de forma efetiva e faz-se necessária uma ressignificação do processo de trabalho, para que haja mais coerência entre o dizer e o fazer, ou seja, entre as representações e as práticas.

Miranda e Furegato (2004), dentre outros achados, mostram que a prática do enfermeiro é norteadas por dois modelos distintos que se combinam no cotidiano. De um lado o modelo biomédico, prescritivo e subordinado ao poder médico. Do outro lado o “modelo próprio”, resultado de delineamentos próprios, advindos da prática e das relações interpessoais, do aprimoramento do cuidar, e do redesenho de habilidades e competências. Este estudo traz reflexões teóricas sobre a relação entre representações e práticas, demonstrando que a atuação do enfermeiro está intimamente ligada à maneira como este a representa.

De uma forma geral, os estudos que tratam da relação entre representações e práticas sociais confirmam a necessidade de mais estudos para se compreender os vários entendimentos que se têm acerca das práticas cotidianas nos serviços de saúde mental, nos programas e nas iniciativas da sociedade civil e quais representações estão permeando tais práticas.

Como resultado da análise desses estudos que utilizam a TRS, percebe-se ainda, uma falta de clareza dos conceitos que permeiam a prática, como por exemplo, os

conceitos de inclusão social, cidadania, autonomia, dentre outros. Essa falta de clareza talvez seja decorrente da própria compreensão precária do que é a *Reforma Psiquiátrica*: uma compreensão ainda fragmentada e perpassada por ambigüidades, como demonstram os estudos realizados por Machado (2004), Murekian, Valência, Cid e Curtis (2002) e Randemark, Jorge e Queiroz (2004). A partir destes estudos podemos afirmar que a Reforma Psiquiátrica não é uma unanimidade, sendo um processo gerador de diferentes posicionamentos e compreensões. Tais estudos demonstram claramente que estamos em um momento de transição, no qual o modelo tradicional de atenção à saúde mental não é mais aceito de forma unânime, mas o novo modelo ainda não está consolidado. No caso dos familiares, como mostra o estudo de Randemark, Jorge e Queiroz (2004) fica evidente a falta de uma compreensão mais global da perspectiva ética e social da Reforma Psiquiátrica, o que talvez possa ser estendido para os demais sujeitos das pesquisas citadas.

Algumas considerações sobre a Revisão de literatura

De uma forma geral, esta revisão nos mostra que o campo da saúde mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, é um campo fértil de reflexões teóricas e experimentação de novas práticas. Essas análises nos permitem afirmar que ainda não temos um novo modelo de atenção plenamente consolidado. O modelo de atenção pautado na reabilitação psicossocial, apesar de já ser uma realidade, ainda convive com o modelo tradicional, pautado na exclusão social pela hospitalização.

Ainda testemunhamos, nos diversos estudos analisados, uma representação social da loucura/doença mental fortemente associada à periculosidade, dependência e incapacidade para a vida social. Da mesma forma, as representações sociais da Reforma Psiquiátrica ainda estão permeadas por ambigüidades e posicionamentos diversos, que se situam entre uma total concordância e uma total discordância.

Com relação às práticas, testemunhamos nos novos serviços e estratégias de atenção a mesma ambigüidade relativa às representações. O desejo de transformação do olhar e das atitudes para com o louco/doente mental convive com a “segurança” do modelo biomédico e suas respostas prontas para as situações e casos mais difíceis. Experiências exitosas voltadas para a desinstitucionalização vêm sendo crescentemente relatadas, mas tais experiências ainda são permeadas por dúvidas e desconfiças quanto à possibilidade de sua generalização.

Com relação à Teoria das Representações Sociais, acreditamos que esta abordagem teórica tem muito a contribuir para a compreensão das tensões que se estabelecem entre o novo e o tradicional no campo da saúde mental, na medida em que permite conhecer de forma mais aprofundada a construção do pensamento social. Entretanto, tal abordagem ainda é utilizada de maneira tímida e limitada, tornando a saúde mental um campo ainda a ser explorado pelos estudiosos desta teoria.

A introdução teórica e esse primeiro mapeamento da literatura ofereceram-nos subsídios para a construção dos objetivos e do desenho metodológico da presente pesquisa, apresentados a seguir.

PERGUNTAS, HIPÓTESES E OBJETIVOS DA PESQUISA

A partir da introdução teórica e da revisão de literatura, pudemos confirmar que atualmente o país se encontra em um momento de transição de modelos no que diz respeito à atenção à saúde mental. Essa transição de modelos implica em uma transição das práticas dirigidas aos sujeitos considerados loucos. Antes trancafiados em instituições fechadas, atualmente estes sujeitos estão em processo de desinstitucionalização e reinserção social. Tal processo, impulsionado pela implementação da política nacional de saúde mental, requer a construção de práticas inovadoras, que dêem conta da reinserção deste ator social - o sujeito considerado louco - no cotidiano. Essas práticas inovadoras são preconizadas em diversos níveis, desde o mais macro, da criação de novas instituições e discursos, até o nível micro das relações interpessoais, sendo fortalecida a idéia de uma clínica psicossocial.

Quando nos referimos aos modelos em transição, também estamos fazendo referência às diferentes representações sociais da loucura subjacentes a esses modelos. Não podemos esquecer que as mudanças na atenção à saúde mental são também consequência dos questionamentos das representações sociais da loucura reforçadas pelo discurso psiquiátrico, associadas à periculosidade e incapacidade para a vida social.

Desta forma, testemunhamos processos dinâmicos em que representações e práticas se engendram e se transformam sucessiva e simultaneamente. A atenção à saúde mental no Brasil nos fornece um campo de observação importante que, aparentemente, corrobora as reflexões de Abric (2001) sobre o movimento de auto-regulação entre representações e práticas citadas anteriormente.

A partir desse pressuposto da auto-regulação entre representações e práticas, formulamos as seguintes perguntas: a) em que medida as novas práticas, preconizadas pela atual política nacional de saúde mental, engendram novos elementos (ou novas configurações dos antigos elementos) das representações sociais da loucura?; b) em que medida as representações sociais da loucura construídas histórica e socialmente influenciam na implementação e na compreensão das novas práticas dirigidas aos sujeitos em processo de desinstitucionalização?

Nossa *hipótese* é de que, neste momento de transformação das práticas sociais relativas aos sujeitos considerados loucos, preconizadas pela atual política de saúde mental, as representações sociais da loucura também acompanharão essas mudanças, considerando que as novas aproximações possibilitam a emergência de novos elementos e estratégias para lidar com este objeto no cotidiano. Outra hipótese, complementar a

essa, é de que as práticas prescritas pela política nacional serão negociadas, construídas e sofrerão adaptações (e talvez retrocessos e permanências) no cotidiano para abarcar as contradições advindas das representações sociais da loucura, sendo a implementação dessas novas práticas um processo lento e de gradual transformação.

Por entender as representações sociais como fenômenos prescritores da realidade e que estão em íntima relação com as práticas sociais, elaboramos os objetivos desta pesquisa de doutorado.

O *Objetivo geral* é investigar as relações entre as Representações Sociais (RS) da loucura e as Práticas Sociais (PS) dirigidas aos sujeitos em processo de desinstitucionalização, elaboradas por grupos de atores sociais diretamente envolvidos nesse processo (profissionais, familiares e usuários).

Os *Objetivos específicos* são: a) identificar quais são os elementos que compõem as RS da loucura e como se constituem essas representações; b) Identificar quais são e como são construídas as PS dirigidas aos sujeitos em processo de desinstitucionalização; c) Investigar qual é a relação entre as RS da loucura e as PS em dois contextos específicos resultantes de uma tentativa de implementação da Reforma Psiquiátrica no DF.

Para uma melhor visualização da relação entre os objetos, as perguntas de pesquisa e os objetivos acima descritos, ver Anexo 2.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

Nossa pesquisa foi realizada em dois contextos específicos, resultantes do fechamento da Clínica de Repouso Planalto: a enfermaria psiquiátrica do Instituto de Saúde Mental (ISM) e o Programa Vida em Casa (PVC), sediado no Hospital São Vicente de Paula (HSVP)

Não nos cabe neste trabalho retomar a história da saúde mental no Distrito Federal, haja vista não ser o foco de nosso trabalho. Outras autoras (Machado, 2006; Santiago, 2009; Zgiet, 2010) já se dedicaram a investigar essa história em detalhes, ressaltando importantes aspectos do descontínuo e tenso processo de implementação da Reforma Psiquiátrica no DF. Vale dizer, apenas, que há ainda um grande descompasso no que tange à implementação da política nacional de saúde mental, sendo o DF uma das últimas unidades da Federação Brasileira no que diz respeito à cobertura assistencial por serviços substitutivos. Desta complexa história de avanços e retrocessos, nos deteremos brevemente no processo de desativação da Clínica de Repouso Planalto, para situar os dois contextos que se tornaram os campos de nossa pesquisa.

A Clínica de Repouso Planalto, localizada na área rural da cidade de Planaltina no Distrito Federal, foi criada entre o final dos anos 60 e início dos anos 70 e funcionava em regime de internação integral. A Clínica era particular, mas mantinha um convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS) há muitos anos, fazendo parte da precária rede de serviços de atenção à saúde mental no DF.

Segundo informações obtidas na reportagem do caderno Cidades do jornal Correio Brasiliense de 22 de março de 2003, a clínica recebia um repasse mensal de R\$100 mil do SUS para o tratamento de pacientes psiquiátricos. Entretanto, apesar da quantia recebida pelo SUS, a clínica contava com duas partes diferenciadas, sendo uma destinada aos pacientes particulares e outra parte pública destinada aos pacientes dos SUS, cuja diferença de tratamento era visível. Na parte destinada aos pacientes particulares, os quartos eram para duas pessoas, com banheiros privativos, refeitórios confortáveis com talheres de metal e pratos de louça, área de lazer com piscina e aparelhos de ginástica, projetos terapêuticos bem definidos e acompanhados. Na área reservada aos usuários do SUS, o cenário comum dos grandes hospitais psiquiátricos: grandes alas-dormitório coletivas, superlotadas e separadas por grades, banheiros coletivos sem porta, usuários sem seus objetos pessoais de higiene, refeitórios coletivos com pouca iluminação e ventilação, bancos grandes e pesados com talheres e pratos de

plástico, atendimentos psiquiátrico, psicológico e ocupacional precários, sem definição clara de projeto terapêutico.

No dia 20 de março de 2003 a clínica foi interditada pela Vigilância Sanitária do DF porque não tinha alvará de funcionamento há um ano e tinha enormes dívidas com o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e com a Companhia de Abastecimento e Saneamento do DF (Caesb), referente à taxa de ocupação do prédio, que pertencia a esta empresa. Além dos débitos, também se tornaram públicas inúmeras denúncias de violência, negligência e maus tratos vivenciados pelos pacientes da clínica. Foi revelado também o desaparecimento de 60 internos da clínica entre 1996 e 2002. Estes desaparecimentos jamais foram investigados, o que caracteriza gravíssima omissão das autoridades competentes.

A Clínica Planalto foi desativada no dia 1^o de abril de 2003 em consequência, tanto da interdição pela Vigilância Sanitária, quanto da mobilização de alguns grupos sociais organizados, dentre os quais podemos citar: o Movimento Pró-Saúde Mental do DF, a INVERSO – ONG em Saúde Mental, o Conselho Regional de Psicologia – 1^a região, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara Legislativa do DF e o Ministério Público do DF - Promotoria dos Usuários do Sistema de Saúde (Pró-Vida). Tais grupos se mobilizaram, a partir das denúncias, com o objetivo de desativar a clínica e reaproveitar os recursos provenientes do SUS para a construção de serviços substitutivos, conforme orienta a política nacional. Assim, o fechamento da Clínica Planalto pode ser considerado como um dos marcos na história da Reforma Psiquiátrica no DF e uma tentativa de adequar a atenção à saúde mental às diretrizes propostas pela política nacional.

A Clínica Planalto, entretanto, atendia com certa rotatividade um grande número de pacientes, integrando, ainda que de forma inadequada, a rede de atenção à saúde mental do DF, de característica predominantemente hospitalocêntrica à época de seu fechamento. Sua desativação provocou mudanças importantes na atenção à saúde mental, evidenciando a precariedade da rede de serviços substitutivos. O fechamento da Clínica tirou do cenário uma instituição que tinha uma função primordial para o equilíbrio do modelo hospitalocêntrico. A Clínica Planalto internava e isolava os pacientes psiquiátricos, de forma que a população em geral não percebia a falta de serviços substitutivos para onde pudessem encaminhar seus doentes. A (quase) inexistência de serviços substitutivos no DF permitia que a instituição fechada respondesse, ainda que de forma insuficiente e inadequada, ao problema dos familiares,

da população em geral e dos serviços de saúde no que tange ao cuidado dos doentes psiquiátricos graves e/ou em crise. Para além do problema da “doença mental” propriamente dita, a Clínica também atendia uma demanda de pacientes que eram internados em virtude de problemas sociais graves, tornando-se, de certa forma, “moradores crônicos” da instituição.

Na época de sua interdição, a clínica contava com, aproximadamente, 127 pacientes que foram encaminhados para diferentes instituições em caráter emergencial. Vinte e seis pessoas que não tinham família ou rede social de apoio conhecida e que eram moradores da Clínica há alguns anos foram levados para uma enfermaria montada em caráter emergencial e provisório no Instituto de Saúde Mental. Segundo a assistente social que participou da transferência dos pacientes da Clínica Planalto, 10 foram encaminhados ao Hospital de Base do DF em virtude do grave estado de saúde dos mesmos. Destes 10, três faleceram, dois foram encaminhados para o Albergue Nosso Rancho em Águas Lindas de Goiás e cinco retornaram para suas famílias. Alguns internos que estavam em crise foram encaminhados para internação no Hospital São Vicente de Paula (HSVP) e outros, que apresentavam deficiências específicas foram enviados a outras instituições de atendimento especializado, como, por exemplo, asilos, instituições para deficientes e não permaneceram sob cuidado da Secretaria de Saúde do DF. Outros internos foram encaminhados para o albergue Nosso Rancho localizado em Águas Lindas de Goiás, o que gerou a criação de um convênio entre a Secretaria Municipal de Águas Lindas de Goiás e a Secretaria de Saúde do DF na época. A maioria dos pacientes, não se sabe o número exato, foi levado para suas casas, de volta para o convívio com os familiares.

O retorno abrupto para suas casas e famílias desencadeou um processo de constantes reinternações destes pacientes no HSVP. Tendo em vista a situação emergencial, o HSVP aumentou seu número de leitos, indo na contramão da política nacional. Devido à grande quantidade de pessoas com quadro psiquiátrico e social grave, a instituição passou a funcionar de forma mais caótica do que em momentos anteriores, com superlotação dos leitos da emergência e da internação. A situação foi de tal gravidade que o Conselho Nacional de Saúde dedicou sua 130ª Reunião Ordinária, para a discussão da assistência aos ex-internos da Clínica Planalto, que culminou com a Recomendação 004, de 08 de maio de 2003, apresentada no Anexo 5.

Essa recomendação do Conselho Nacional de Saúde, aliada ao caos institucional vivido pelo HSVP, veio reforçar a necessidade e criação de um mecanismo de

atendimento aos pacientes egressos da Clínica Planalto. As constantes reinternações em curtos períodos de tempo e a impossibilidade de um atendimento adequado a essa população dentro da instituição levaram à criação de um programa de atendimento domiciliar, atualmente conhecido como Programa Vida em Casa (PVC), que passou a fazer o acompanhamento desses pacientes e suas famílias. Esse programa foi criado e coordenado pela assistente social que participou ativamente do processo de transferência dos pacientes da Clínica Planalto, e que, portanto, conhecia os pacientes e suas famílias.

Os dois contextos resultantes do fechamento da Clínica de Repouso Planalto, que permaneceram no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal- a enfermaria psiquiátrica do ISM e o Programa Vida em Casa (PVC) - constituíram o campo de pesquisa para os estudos empíricos realizados no âmbito desta pesquisa de doutorado.

ESTUDOS EMPÍRICOS

Esta pesquisa inclui dois estudos empíricos realizados nos dois contextos anteriormente citados. Os dois estudos têm por objetivo geral investigar as relações entre as RS da loucura e as PS dirigidas aos sujeitos em processo de desinstitucionalização e os objetivos específicos contidos neste objetivo geral.

O que diferencia os dois estudos, além dos contextos, são as técnicas de pesquisa utilizadas e os grupos de sujeitos participantes em cada um deles, como pode ser observado na Figura 4.

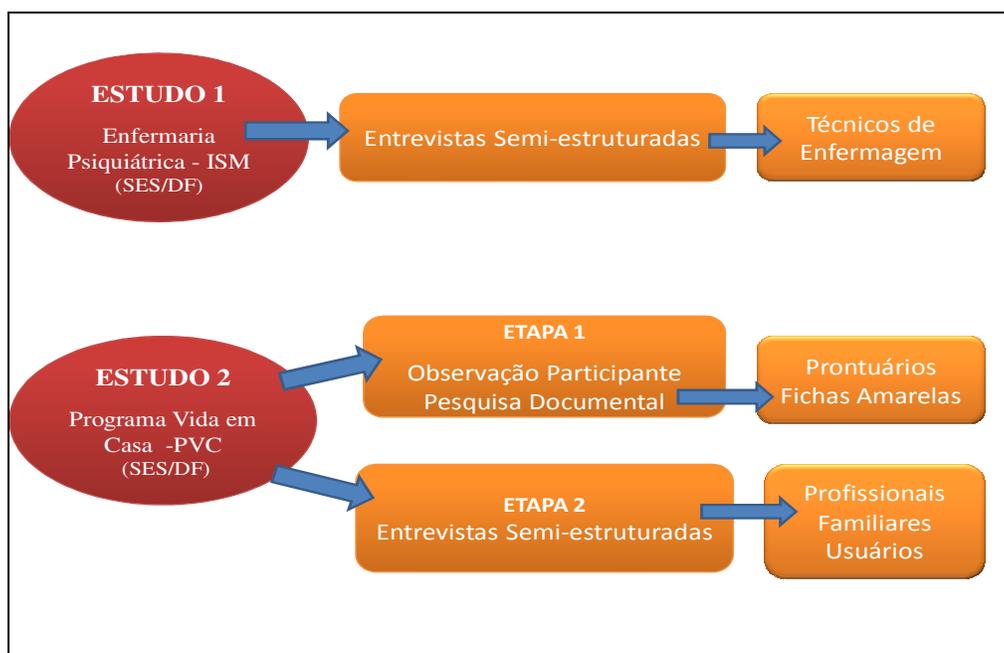


Figura 4: Contexto, método e participantes dos Estudos 1 e 2

O Estudo 1 foi nossa primeira aproximação com os objetos de pesquisa. Trata-se de um contexto menos abrangente, com características asilares e constituído por número restrito de atores sociais. O Estudo 2, de característica mais etnográfica, foi realizado no Programa Vida em Casa (PVC), contexto mais abrangente, com interação com o meio social e maior número de atores sociais participantes. A seguir, os dois estudos.

ESTUDO 1

DESCORTINANDO AS TENSÕES ENTRE O NOVO E TRADICIONAL

1.1. Contexto: Enfermaria psiquiátrica no instituto de saúde mental - ISM

A enfermaria psiquiátrica foi criada em caráter emergencial no Instituto de Saúde Mental do DF, quando do fechamento da Clínica de Repouso Planalto, processo anteriormente descrito. Essa enfermaria foi criada no dia 4 de abril de 2003 para receber 26 pacientes psiquiátricos sem moradia e referência familiar conhecida. Estes pacientes se encontravam em precário estado de saúde física, apresentando desnutrição, desidratação e doenças de pele por falta de higiene, negligência e maus tratos sofridos na instituição de origem. Apresentavam também características marcantes de institucionalização, como: alto grau de dependência de outras pessoas para os cuidados básicos, obediência imediata a qualquer comando ou, por vezes, alto grau de agressividade, amedrontamento, quadro psiquiátrico agravado (especialmente devido à inadequação da medicação), empobrecimento na linguagem e na capacidade de estabelecer relações (Machado, 2006).

Os primeiros meses de funcionamento da enfermaria foram destinados à restituição do estado de saúde física dos pacientes. A equipe que permaneceu na assistência aos pacientes era somente de profissionais de enfermagem (uma enfermeira e um grupo de aproximadamente 25 técnicos/auxiliares) o que contribuiu para a caracterização de uma enfermaria, e não de uma residência terapêutica, como era chamado este local. Também participava do cotidiano da enfermaria um grupo de auxiliares de limpeza, funcionários de empresa terceirizada que presta serviços para a Secretaria de Estado da Saúde do DF.

Em agosto de 2005, a partir de um teste sociométrico realizado por uma assistente social, então presidente do Movimento Pró-Saúde Mental do DF, os 17 pacientes moradores da enfermaria à época foram divididos em dois grupos, em função de suas afinidades e características comuns. Um desses dois grupos passou a morar em outra casa distinta dentro dos limites físicos da instituição. O intuito dessa divisão era propiciar melhores condições de moradia, mais próximas do que é preconizado pela política de saúde mental.

Em 2006, foram organizados dois encontros de capacitação e duas supervisões com o objetivo de dar algum suporte ao trabalho dos profissionais. Essas iniciativas tiveram um papel importante no incentivo à equipe, que fez algumas tentativas de

incorporar em suas atividades de trabalho momentos de conversa e atenção individualizada aos pacientes, além da proposição de algumas atividades lúdicas e ocupacionais. Em outubro de 2006, foram contratados acompanhantes terapêuticos para acompanhar alguns pacientes que receberam o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e a bolsa-auxílio reabilitação do Programa federal “De Volta para Casa”. Estes pacientes passaram a sair periodicamente da instituição para passeios na comunidade próxima e para realização de atividades de tratamento em outras instituições. Essas iniciativas de capacitação, supervisões e contratação de acompanhantes terapêuticos não contaram com um apoio institucional, tendo sido de responsabilidade pessoal da enfermeira que coordenava a equipe e era, no momento, tutora dos moradores.

Em meados de 2007, houve uma mudança na gestão da instituição. Com essa mudança se iniciou um movimento de adequação da instituição à atual política de saúde mental, com vistas a equiparar seu funcionamento ao de um CAPS I. Neste sentido, a existência da enfermaria, que mobilizava um grupo grande de auxiliares e outros recursos institucionais, foi considerada pela nova gestão como algo que transgredia aos princípios da Reforma Psiquiátrica, pois a existência de pacientes moradores neste serviço de saúde mental ia de encontro ao ideal da desinstitucionalização. Além disso, se contrapunha frontalmente às características da instituição, uma instituição aberta, que funcionava aos moldes de um hospital-dia.

Com o objetivo de solucionar o problema da enfermaria, algumas medidas foram tomadas. Medidas que, a nosso ver, apesar da justificada necessidade de adequação à política nacional, foram abruptas e não contavam com uma estrutura de suporte ao cuidado dos pacientes moradores. Dentre essas medidas, podemos citar: a) o não incentivo à construção dos projetos terapêuticos coletivos e individuais que propiciassem a reabilitação psicossocial e; b) a desativação das duas casas, com o consequente retorno de todos os moradores ao antigo espaço físico da enfermaria, visivelmente inadequado à moradia. O local abrigava um número grande de pacientes, não havia um projeto institucional nem projetos individualizados visando a reabilitação psicossocial.

Ao final do ano de 2007, outras mudanças importantes para o cotidiano da enfermaria: a) saída da enfermeira coordenadora da equipe, o que foi vivenciado pela equipe com insatisfação e insegurança, haja vista a incerteza com relação ao destino dos moradores; b) foi vetada a saída dos pacientes da instituição com os acompanhantes terapêuticos, o que impossibilitava seu contato com a vida social extra-hospitalar e

culminou com o encerramento deste atendimento para a maioria dos pacientes; c) as tentativas de flexibilizar a rotina da enfermaria foram suspensas. Retomou-se o esquema inicial da enfermaria, no qual todos deveriam seguir os horários da instituição, um serviço de hospital-dia, que não tinha regime de internação. A rotina era estabelecida tendo como referência o funcionamento da instituição em horário comercial. O horário do jantar, por exemplo, era às cinco da tarde, horário em que os funcionários da cozinha encerravam seu expediente. Os finais de semana eram marcados pelo ócio e isolamento.

O interesse por este contexto específico se deu pelas peculiaridades de seus atores e por ser bastante ilustrativo do desafio de desinstitucionalização. Com o fechamento do hospital psiquiátrico, restaram aqueles sujeitos sem qualquer rede de suporte familiar ou social e com a marca da cronificação resultante dos longos anos de institucionalização. Esse grupo de moradores vindos da antiga Clínica de Repouso Planalto pode ser considerado como representante de uma parcela importante da população interna aos hospitais psiquiátricos brasileiros. Trata-se dos moradores institucionalizados, sem família ou rede social de apoio e que atualmente constituem um dos maiores desafios no processo de desinstitucionalização. Uma clientela que necessita de atenção especial, cuja condição motivou a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos e do Programa Federal De Volta Pra Casa.

Este contexto da enfermaria nos pareceu propício para observarmos essa situação de precariedade de laços sociais e as dificuldades de inserção na vida social desse tipo de clientela. Além disso, esse contexto que pode ser considerado provisório¹⁰, é ilustrativo do atual momento de transição dos modos de cuidar em saúde mental, onde contradições, tensões e conflitos se fazem presentes no cotidiano. De acordo com o que temos discutido até o presente momento, as características desse contexto da enfermaria do ISM podem ser estendidas a outras experiências e tentativas de desinstitucionalização no país.

Como será possível ao leitor perceber ao longo deste estudo, este contexto se diferencia muito pouco de um hospital psiquiátrico tradicional. Sua escolha se justifica, entretanto, por mais dois motivos, além do acima exposto. O primeiro é que ele é resultante de uma tentativa de implementação da Reforma Psiquiátrica no DF. O

¹⁰ A criação da enfermaria, em 2003, se deu em caráter emergencial e provisório, pois para essa clientela seriam criadas, em poucos meses, residências terapêuticas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do DF. A criação das SRTs só começou, de fato, a ser iniciada no segundo semestre de 2011, com a autorização formal do Secretário de Estado da Saúde do DF para a compra dos imóveis, processo atualmente em andamento.

segundo é que esta enfermaria se situa em uma instituição que guarda uma “aura” de reabilitação psicossocial. O Instituto de Saúde Mental quando de sua criação, era uma instituição modelo que serviu de parâmetro para pensar as novas formas de cuidado em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, esse serviço não acompanhou os desenvolvimentos das reflexões sobre a reforma e ficou defasado no que diz respeito à Política Nacional de Saúde Mental.

Neste universo da Enfermaria, iniciamos a aproximação com nosso objeto de pesquisa, qual seja, *a relação entre as representações sociais da loucura e as práticas sociais dirigidas aos pacientes psiquiátricos em processo de desinstitucionalização.*

No momento em que foi realizado este Estudo 1 moravam na enfermaria 14 pacientes. Dois moradores faleceram e os demais haviam sido encaminhados a outras instituições e dois faleceram.

1.2. Objetivos

Neste contexto buscamos responder à seguinte pergunta: como se relacionam as representações sociais da loucura e as práticas sociais dirigidas aos ex-moradores do hospital, agora moradores da enfermaria em serviço aberto?

A partir dessa pergunta elaboramos o objetivo geral deste Estudo 1, qual seja, investigar as relações entre as representações sociais da loucura e as práticas sociais no âmbito da enfermaria. Este objetivo geral se desdobra em três objetivos mais específicos, quais sejam: a) investigar quais são as representações sociais da loucura/doença mental, elaboradas pelos técnicos de enfermagem, cuidadores dos moradores da enfermaria; b) investigar quais são as práticas sociais dirigidas a estes moradores e como são construídas essas práticas; c) investigar como se dá a relação entre as representações sociais da loucura/doença mental e as práticas sociais neste contexto da enfermaria.

Por ser o primeiro estudo e o primeiro momento de aproximação com nosso objeto de pesquisa, outras questões também nos interessavam, como por exemplo, a) se neste contexto as pessoas faziam distinções entre os termos *loucura* e *doença mental*; b) qual a melhor maneira de acessarmos as representações sociais da loucura e as práticas sociais? Tentamos responder a essas perguntas a partir da forma como construímos nossa metodologia de pesquisa, apresentada a seguir.

Antes de apresentarmos a metodologia, importante destacar o lugar do qual nos posicionamos. A enfermaria já nos era um contexto familiar, pois, em momento anterior

à pesquisa, havíamos trabalhado como acompanhante terapêutica de alguns moradores e participado dos encontros para capacitação da equipe. A equipe da enfermaria já estava acostumada à nossa presença, o que, por um lado, facilitou a realização do estudo. Por outro lado, reconhecemos que tal proximidade pode ter levado a alguns vieses nas respostas dos participantes. Desta forma, tivemos o cuidado de deixar claro nosso novo lugar de pesquisadora e a postura de não intervenção.

1.3. Metodologia

Participantes

Participaram deste estudo 8 auxiliares de enfermagem (6 mulheres e 2 homens) que trabalhavam há mais de dois anos na enfermaria. Estes profissionais foram escolhidos em função de sua proximidade com os pacientes psiquiátricos moradores da enfermaria. Dos oito participantes, quatro mulheres não tinham experiência anterior em saúde mental.

Técnica de pesquisa: Entrevista Semi-estruturada

Dentre as técnicas qualitativas existentes, optamos por realizar **entrevistas semi estruturadas**, considerando que esta técnica é a que nos pareceu mais adequada à investigação do objeto deste estudo.

Para a realização das entrevistas foi elaborado um **roteiro de entrevista** constituído por duas partes: 1) mais diretiva, constando duas questões de evocação; 2) mais livre, com duas perguntas abertas. Para maiores detalhes ver Anexo 4.

As duas questões de evocação, realizadas na primeira parte do roteiro de entrevista, tiveram como termos indutores: *loucura* ou *doença mental* e *novas práticas de cuidado em saúde mental*. Esta primeira parte pode ser caracterizada como uma entrevista estruturada que, de certa forma, é uma espécie de “substituta do questionário” (Nils & Rimé, 2003). As perguntas foram altamente padronizadas e se referiam a objetos claramente definidos pela pesquisadora.

A respeito das questões de evocação, Abric (2001) as definem como técnicas de associação livre, cujo termo indutor corresponde ao objeto de representação que se pretende investigar e os termos evocados correspondem aos supostos elementos da representação. Por sua característica direta e objetiva, Abric considera que esta técnica de associação livre permite conhecer os elementos implícitos ou latentes da representação, que poderiam ser de difícil acesso nas produções discursivas.

As questões de evocação foram feitas da seguinte forma:

Questão A: Termo indutor - loucura (A.1) ou doença mental (A.2)

Quando você ouve a palavra **loucura** (ou **doença mental**), que palavras lhe vêm à cabeça?
Diga pelo menos 4 palavras.
Qual dessas você acha mais importante, a que mais caracteriza a **loucura** (ou **doença mental**)? Por quê?
Me fale um pouco das outras palavras. Por que você falou... 1,2,3,4,5?

Questão B: Termo indutor - novas práticas de cuidado (B)

Você conhece a reforma Psiquiátrica, ou pelo menos já ouviu falar dela. Como você sabe, a Reforma Psiquiátrica propõe novas práticas de cuidado em saúde mental. Quando você escuta sobre essas **novas práticas de cuidado**, o que lhe vem à cabeça?
Diga pelo menos 4 **novas práticas de cuidado** que você conhece ou já ouviu falar.
Me diga qual destas práticas você acha mais importante. Por quê?
Me fale um pouco das outras práticas que você falou. Por que você falou... 1,2,3,4,5?

Essas questões que compõem a primeira parte do roteiro de entrevistas foram apresentadas de 4 formas diferentes, compondo 4 variações do roteiro:

- a) Roteiro tipo 1: loucura e novas práticas de cuidado (A.1 + B).
- b) Roteiro tipo 2: doença mental e novas práticas de cuidado (A.2 + B).
- c) Roteiro tipo 3: novas práticas de cuidado e loucura (B + A.1).
- d) Roteiro tipo 4: novas práticas de cuidado e doença mental (B + A.2).

A segunda parte do questionário continha duas perguntas abertas que remetiam à convivência e à experiência pessoal de trabalho com pacientes psiquiátricos. A ordem de apresentação dessas perguntas foi igual para todos os participantes. As perguntas foram pensadas de forma a deixar o participante livre para expressar suas opiniões e relatar, da forma mais espontânea possível, as experiências marcantes vividas com os pacientes e o cotidiano de trabalho. A partir das duas perguntas abertas, apresentadas a seguir, outras perguntas foram feitas com a intenção de aprofundar as informações oferecidas.

- Você trabalha em um serviço de saúde mental, portanto, você está no dia-a-dia próximo de pessoas que sofrem de algum tipo de transtorno mental. Me conta alguma experiência / situação que foi marcante para você no contato com essas pessoas.

- Como você cuida dessas pessoas? Me descreva um dia de trabalho seu aqui, com detalhes, até mesmo aqueles que você acha que para as pessoas em geral não são importantes.

Para a realização das entrevistas foram feitas 4 visitas ao serviço. As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, em lugares onde era possível uma relativa privacidade. As entrevistas foram gravadas e duraram em média 24 minutos, tendo sido a entrevista mais longa de 49 minutos e 18 segundos e a mais curta de 13 minutos e 38 segundos.

Procedimento de análise dos dados

As entrevistas foram transcritas separadamente na íntegra. A primeira parte da entrevista, relativa às questões de evocação, foi transcrita junto com as respostas às questões abertas. Em todas as entrevistas, os nomes dos moradores e técnicos, quando citados, foram substituídos por nomes fictícios de forma a evitar a identificação dos mesmos. Cada entrevista foi identificada por um conjunto de variáveis suplementares, que serviram de parâmetros para as análises. As variáveis utilizadas foram: sujeito - *s* (número do participante = 1 a 8); sexo - *se* (1= homem e 2=mulher); experiência anterior com saúde mental - *ea* (1=sim e 2=não). Em seguida, todas as entrevistas foram reunidas em um só arquivo, constituindo um único *corpus*, para foi submetido à análise com auxílio do *software* ALCESTE.

O ALCESTE é um *software* para análise semântica de dados textuais. Por meio de análises estatísticas, o ALCESTE destaca as principais informações e temas contidos em um texto, neste caso, o conjunto das entrevistas reunidas no mesmo arquivo (Ribeiro, 2000). O ALCESTE subdivide o texto, denominado *corpus*, em unidades de contexto elementar (UCEs) que são pequenos fragmentos que contêm um enunciado completo. Posteriormente reorganiza tais unidades, de forma que as unidades referentes a uma mesma idéia ou que apresentem uma mesma estrutura semântica, componham classes. A reorganização das UCEs em classes evidencia os principais temas que foram abordados pelos participantes, revelando o campo representacional. O ALCESTE também mostra a relação existente entre as diferentes classes, e a importância de cada uma delas dentro do *corpus*.

Dentro de cada classe, o *software* fornece a relação entre as palavras (Khi^2), o que nos permite conhecer os principais pontos em torno dos quais os temas se organizam. O ALCESTE fornece ainda as variáveis típicas de cada classe. Ou seja, é possível que o discurso característico de determinada classe seja associado a um sujeito específico, ou a outra variável como sexo ou tempo de experiência do participante. Caso essa associação ocorra, o programa aponta qual a variável mais fortemente associada

àquela classe temática (Bauer & Gaskell, 2002), podendo ser revelador dos princípios organizadores das diferenças individuais, de acordo com as reflexões de Doise (2003).

Além da análise quantitativa, o ALCESTE também permite análises qualitativas. Como parte da análise qualitativa, pode-se empreender uma reconstrução do discurso dos participantes na forma de um discurso representacional, relativo a cada classe de temas identificada pelo *software*. A reconstrução do discurso representacional é uma forma de conferir um sentido aos fragmentos de discurso e às palavras que constituem cada classe. O discurso reconstruído tem por objetivo reunir em si os principais elementos que constam de cada classe temática, conferindo significado aos recortes do discurso, não sendo, portanto, o discurso de um sujeito específico, mas de todos.

A reconstrução do discurso representacional referente a cada classe temática é feita a partir da Classificação Hierárquica Ascendente e dos fragmentos de discurso (UCEs) oferecidos pelo programa. A Classificação Hierárquica Ascendente mostra as relações entre as palavras que apresentaram um maior Khi^2 , valor indicativo do poder de distinção entre elas. Com relação aos fragmentos de discurso, é recomendável a leitura de todos os fragmentos que compõem cada classe temática, com destaque para as UCEs que apresentam valor maior de Khi^2 . Essas UCEs mais significativas devem servir de base para a construção do discurso representacional.

Neste Estudo 1, reconstruímos possíveis trechos de um discurso representacional que se referem a temas específicos dentro de cada classe temática.

Vale lembrar que, para a análise do relatório fornecido pelo *software* também lançamos mão dos conhecimentos que já tínhamos do contexto, adquiridos em momento anterior ao da pesquisa. Apesar de não termos objetivos de pesquisa, nossa imersão anterior no contexto da enfermagem, nos possibilitou o acesso a um conjunto de observações, ainda que informais, e informações que permitiram uma compreensão mais aprofundada das falas dos participantes, auxiliando-nos na análise das entrevistas.

1.4. Resultados e discussão

Nesta seção apresentaremos os resultados encontrados a partir da análise com o *software* ALCESTE e faremos a discussão destes resultados.

Em sua análise, o *software* ALCESTE subdividiu o *corpus* em 474 UCEs, das quais 372 (78,48%) foram consideradas para análise. As 372 UCEs foram agrupadas em quatro classes temáticas, configuradas em dois eixos temáticos distintos. A relação entre as classes, as porcentagens no *corpus* correspondentes a cada uma das classes, bem

como o número de UCEs que as compõem e as palavras com maior Khi^2 , são apresentados na Figura 5, a seguir.

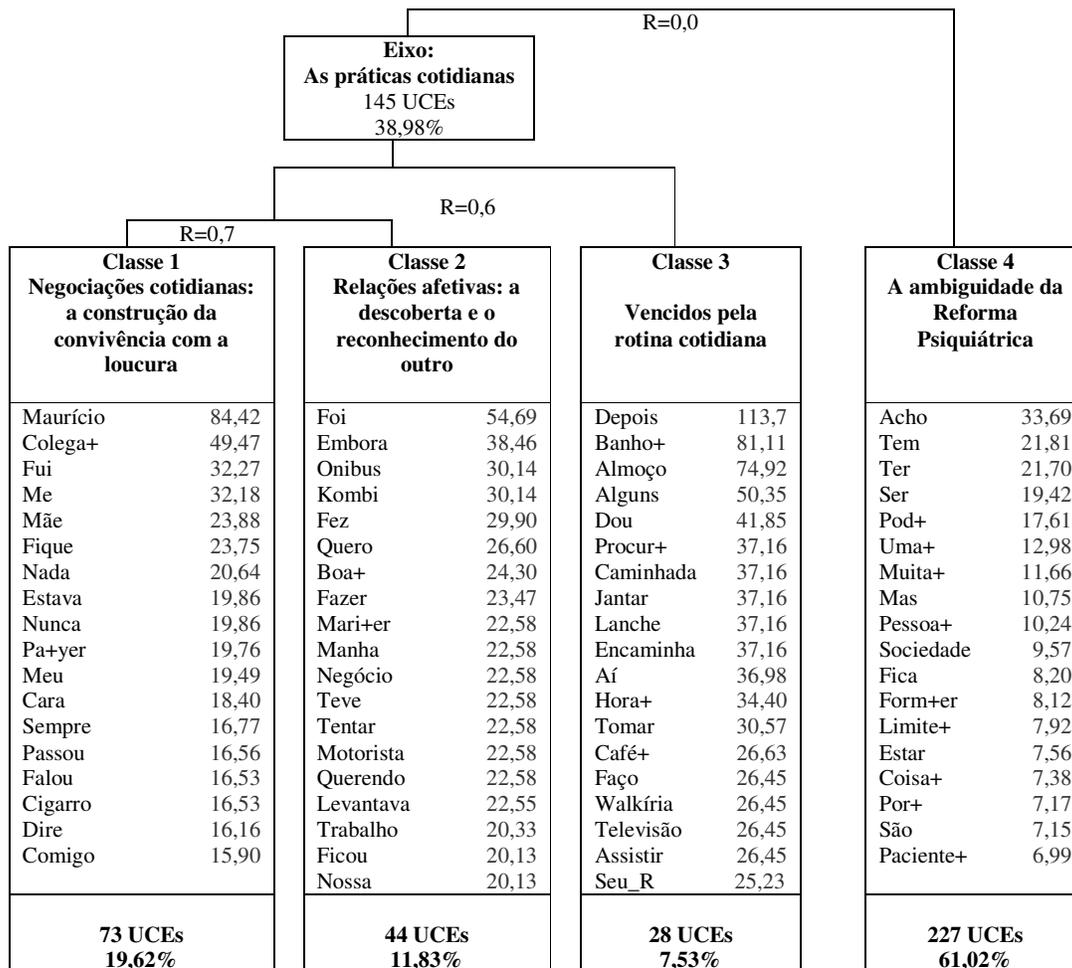


Figura 5: Resultado da análise do ALCESTE, com os eixos temáticos e suas respectivas classes, títulos, números de UCEs, porcentagem de representação no *corpus* total e palavras com maior Khi^2 .

Um dos eixos revelados pelo *software* é relativo às práticas cotidianas e agrupa três classes que revelam diferentes dimensões das práticas sociais. O outro eixo, composto por uma única classe, é caracterizado por reflexões acerca da Reforma Psiquiátrica. Estes eixos apresentam uma relação nula entre si ($r=0,0$) o que revela, a nosso ver, que as práticas cotidianas não são percebidas como fazendo parte ou decorrentes das reflexões acerca da Reforma Psiquiátrica, apresentando-se como distintas dimensões da realidade vivida.

A seguir, apresentaremos os resultados e discussão de cada Eixo separadamente com suas respectivas classes. De cada classe, destacamos os temas principais e, em

alguns casos apresentaremos trechos de um possível discurso representacional para ilustrar como tais temas são pensados na enfermaria.

Eixo As práticas cotidianas

O eixo denominado **As práticas cotidianas** trata das práticas sociais dirigidas aos pacientes psiquiátricos moradores da enfermaria, bem como traz alguns elementos de representações sociais da loucura que estão em jogo na construção das relações cotidianas. Esse primeiro eixo é composto pelas classes 1, 2 e 3 que guardam entre si uma relação estreita, tratando de aspectos diferentes do cotidiano vivenciado na enfermaria.

As classes 1 e 2 apresentam uma forte relação de 0,7 entre si e ambas tratam de aspectos relacionados com o cotidiano, em suas dimensões prática e subjetiva. Essas duas classes, por sua vez apresentam uma relação de 0,6 com a classe 3, que trata do “cotidiano operacional” da enfermaria, com seus procedimentos e rotinas. Este primeiro eixo agrupou 145 UCEs, o que corresponde a 38,98% do *corpus* total. Pode-se dizer que esse eixo representa a imersão no cotidiano, com suas práticas e representações concorrendo para a construção da convivência.

Para facilitar a compreensão dos resultados deste eixo, optamos por apresentar primeiramente a Classe 3, em seguida a Classe 2 e por último a Classe 1. Com esta ordem, partimos de dimensões mais objetivas para alcançarmos as dimensões mais subjetivas presentes na construção da relação entre as práticas e as representações sociais da loucura neste contexto. Esta ordem permite, ainda, um conhecimento gradual do campo pesquisado.

Classe 3 - Vencidos pela rotina cotidiana

Esta classe trata, exclusivamente, dos procedimentos de cuidado formalizados na rotina institucional. Procedimento relativos aos cuidados físicos, à alimentação, à medicação. É a menor das quatro classes, representando 7,53% de todo o *corpus*. Os extratos que compõem essa classe se referem às respostas à pergunta aberta sobre a forma como os participantes cuidam dos pacientes.

As UCEs que caracterizam essa classe apresentam, de forma minuciosa, os procedimentos realizados durante todo o dia, o que revela uma visão do cuidado restrita ao ponto de vista técnico-operacional. Interessante observar que, ao falar da rotina, os entrevistados não se referem às atividades que tentaram desenvolver com os pacientes,

nem às relações afetivas que permeiam as relações na enfermaria.

Nesta classe foi possível testemunhar um cotidiano rígido, marcado pela necessidade de guiar, encaminhar, colocar no banho, levar para almoçar, dar medicação, dentre outros procedimentos (quase) mecânicos e automáticos. Esse cotidiano revela e reforça uma concepção acerca do paciente como o outro passivo, sem autonomia, que precisa ser monitorado a todo instante, como pode ser observado no trecho a seguir:

Depois eles são encaminhados para o café da manhã. A gente vai lá e acompanha porque que tem sempre uns mais agitados, outros não. Quando retornam do café a gente está começando o banho e a medicação. Eu, normalmente, conto eles de um por um e logo em seguida dou a medicação. Depois a gente pergunta quem quer ir pro banho. Tem colegas que coloca todo mundo pro banho. Literalmente colocam, porque tem alguns pacientes que não querem ir. As mulheres têm uma independência maior, mas os masculinos todos a gente tem que ajudar a esfregar. Depois a gente encaminha pro almoço, que tem horário. Sempre tem uns que querem almoçar, tem outros que enrolam. Aí a gente insiste para a pessoa comer. Depois do almoço a gente procura descansar um pouco. (discurso representacional).

Esse cotidiano maçante, repetitivo e marcado por uma lógica procedimental não permite ao paciente construir seus próprios hábitos e ritmos. Este cotidiano também é visto como repetitivo pelos técnicos de enfermagem, que se vêem obrigados a cumprir uma demorada lista de procedimentos que nunca se altera. O cumprimento instituído destes procedimentos, entretanto, de certa forma também “preserva” os técnicos de ter que inventar novas formas de lidar com o paciente e com suas próprias dificuldades.

Nas entrevistas percebe-se uma preocupação dos técnicos em tentar amenizar a rigidez da rotina de procedimentos, ressaltando alguns acontecimentos no dia a dia. Em vários momentos os técnicos ressaltam a liberdade que o paciente tem para escolher a hora de seu banho, a hora de almoçar, a hora de dormir e questionam a “robotização” imposta aos pacientes pela psiquiatria tradicional e pela dinâmica institucional. Ao mesmo tempo, no “moto-contínuo” cotidiano, os técnicos acabam repetindo e mantendo a “robotização” que tanto criticam. O medo, a descrença e o apelo à cronificação são trazidos à tona como justificativa para a manutenção da rotina institucionalizada. E mesmo quando enfatizam as “variações” na rotina cotidiana, tais “acontecimentos”

giram em torno da doença (consultas médicas, curativos, intercorrências), da agressividade (“*um paciente gruda no outro e você separa*”) e dos “vícios institucionais” (pedidos por cigarro e café).

Percebe-se que não há uma programação sistemática nem uma continuidade nas atividades extra-procedimentais que, todavia, são de cunho meramente “ocupacional”. Pelo discurso representacional, observa-se que não há uma preocupação com o desenvolvimento da autonomia ou o aprofundamento das interações entre os atores:

Aí, as duas horas a gente procura ligar a televisão, o rádio, às vezes procura dançar um pouco, pra fazer um ambiente mais tranqüilo. Outra hora eles querem conversar, não deixa a gente assistir televisão. Alguns querem que a gente saia junto com eles, pra sentar lá fora. Aí a gente fica lá escutando eles, leva pra algum lugar, às vezes para fazer uma caminhada lá para cima quando não está chovendo. As atividades que eu faço aqui, a maioria mesmo e só caminhada. E não são todos que topam. (S1, homem, com experiência anterior em saúde mental)

Foi citada por alguns entrevistados a preocupação em cumprimentar os pacientes quando da chegada no plantão e em despedir na saída do mesmo, dizendo quando voltarão. A referência a essa prática foi feita no sentido de ressaltar o cuidado com o espaço privado de moradia dos pacientes. Essa reflexão sobre o espaço privado e o respeito à individualidade, apesar de ser relatada pela maioria dos técnicos, fica a cargo de cada um isoladamente, não sendo um tema compartilhado e trabalhado no âmbito da equipe.

No momento inicial das entrevistas, ao se referirem às novas práticas em saúde mental os técnicos de enfermagem ressaltaram, dentre outros elementos, o respeito à individualidade, o incentivo à autonomia, mas também o carinho, o acolhimento e o amor, evidenciando uma dimensão afetiva na caracterização do cuidado. Essa representação do cuidado foi também verificada por Rodrigues, Lima e Roncalli (2008), em pesquisa realizada junto a 90 profissionais do PSF na cidade de Natal. Entretanto, no estudo citado os próprios profissionais pesquisados apontaram uma dissociação entre o dizer e o fazer, ou seja, uma distância entre o que se entende por cuidado e o que efetivamente é feito no âmbito do trabalho com a comunidade. A afetividade presente na representação do cuidado não se reflete na prática.

A referência a este estudo de Rodrigues, Lima e Roncalli (2008) nos parece interessante por mostrar que, em vários contextos, ainda há uma dissonância entre o que

se diz, o que se pensa sobre o processo de reabilitação, e o que realmente consegue se efetivar na prática cotidiana dos serviços. No caso de nossos entrevistados, nada do que citaram como características das novas práticas, relativas à segunda questão de evocação, apareceu quando da descrição concreta de seu dia de trabalho.

Ao avaliar a ênfase nas atividades procedimentais, não podemos deixar de considerar a formação dos nossos entrevistados. Como técnicos de enfermagem, supomos que a formação destes profissionais ainda foi baseada no modelo biomédico, voltada prioritariamente para os cuidados corporais em detrimento de ações que visem os aspectos mais relacionais, ligados à saúde mental. Como não houve nenhum tipo de formação continuada voltada para a reabilitação psicossocial prevaleceu a formação biomédica. Vale lembrar ainda que metade dos entrevistados não tinha experiência anterior em saúde mental.

Classe 2 - Relações afetivas: a descoberta e o reconhecimento do outro

Por meio desta classe, testemunha-se um comprometimento dos entrevistados com o bem estar dos pacientes e uma preocupação constante com o destino dos mesmos. São enfatizados os aspectos afetivos e surpreendentes que permeiam as relações cotidianas. A descoberta das capacidades, habilidades e afetividade dos pacientes, abre espaço para o investimento em novas práticas. São temas desta classe: o investimento na criação de atividades terapêuticas, a proximidade afetiva entre técnicos e pacientes, e as conseqüências dessas aproximações.

O investimento em atividades terapêuticas: a primeira ameaça

Essa classe apresenta algumas práticas cotidianas voltadas para o incentivo à expressão e autonomia dos pacientes. É possível perceber certo reconhecimento positivo das habilidades dos pacientes, da sua capacidade de criar, de produzir obras de arte e da inteligência destes, por exemplo, em fazer uso de sua própria doença para obter um benefício secundário. Este reconhecimento abalou, de certa forma, a idéia pré-estabelecida de que os pacientes são incapazes e desinteressados, revelando que o que antes era considerado impossível passou a ser algo palpável.

Alguns pacientes contaram, por alguns meses, com acompanhantes terapêuticos, com quem realizaram alguns trabalhos artesanais. A possibilidade de realização de um trabalho artesanal pelos pacientes foi testemunhada com surpresa pelos técnicos. Uma surpresa que os levou a considerar tais atividades como um incentivo à melhoria da

auto-estima e uma possibilidade a mais de reinserção social, como pode ser observado a seguir:

Outro dia cheguei na residência e vi uma caixinha linda perto da cama da Maria. Ela está fazendo um trabalho manual junto com a terapeuta. Eu nunca tinha visto a Maria se dispor, ficar sentada num lugar e fazer alguma coisa. Mas a terapeuta falou, incentivou, resolveu tomar uma atitude e hoje ela se interessa em fazer o trabalho. Isso para os pacientes é ótimo, porque eles começam a pensar: ‘eu posso!’ E quem sabe não é uma nova chance que se abre para sair daqui. (S5, mulher, com experiência anterior em saúde mental)

Tal reconhecimento moveu os entrevistados no sentido de criar pequenas atividades no cotidiano da enfermaria que visavam incentivar o desenvolvimento de possíveis habilidades: atividades de pintura, desenho, assistir filmes e atividades ligadas ao cuidado feminino, como por exemplo, depilação e tratamento de cabelo. Houve também uma reflexão, ainda que dispersa, por parte dos técnicos sobre a necessidade de orientar os pacientes no desenvolvimento de sua autonomia.

Tentar criar atividades nos parece ter também outra origem. No encontro de formação com a equipe, citado quando apresentamos o contexto da enfermaria, foram apresentadas experiências de atividades, oficinas e projetos realizados com pacientes psiquiátricos em outras localidades e que obtiveram um bom resultado na reabilitação dos mesmos. O conhecimento dessas experiências parece ter alimentado a necessidade, já existente, de superar o ócio vivido pelos dois grupos no cotidiano da enfermaria. O encontro de formação também veio confirmar e sustentar a possibilidade de investir nas capacidades dos pacientes, que começavam a ser reconhecidas pelos técnicos. Os técnicos falaram em “desperdício de capacidades” ao se referirem a alguns pacientes naquele ambiente da enfermaria, revelando uma crença de que se podia desenvolver algo com aquelas pessoas.

Ao lado, porém, do otimismo e da afetividade presentes nas relações interpessoais, as atividades realizadas com os pacientes foram perpassadas por inúmeras dificuldades e frustrações das expectativas dos técnicos. Muitos pacientes não conseguiam se concentrar nas atividades nem dar continuidade às tarefas propostas, o que minou a motivação dos técnicos para dar continuidade nas tentativas de construir um ambiente mais criativo e reabilitador.

Aqui eu já tentei fazer de tudo um pouco. Eu não sou muito chameguenta, mas costumo tentar fazer o máximo, só que é complicado. Quando eu entrei aqui, a

gente trazia DVD, assistia um filme e eu tentei fazer varias atividades de arte. A pipoca permaneceu, mas o DVD e as atividades eu desisti porque a maioria não se concentra. (S6, mulher, sem experiência anterior em saúde mental)

Tais dificuldades, inerentes a todo processo de reabilitação psicossocial, no contexto da enfermaria não foram superadas em função de alguns motivos, dos quais destacamos inicialmente dois: a falta de um espaço de supervisão e a falta de uma equipe interdisciplinar que não permitiu a superação do modelo biomédico.

A falta de um espaço de escuta para a equipe não permitiu aos técnicos uma visão mais crítica e aprofundada acerca das atividades propostas. Algumas questões básicas para a proposição de atividades não foram pensadas, em virtude da não formação continuada e do não compartilhamento da responsabilidade com outros profissionais que possibilitasse uma escuta mais terapêutica aos pacientes.

Uma primeira questão que, em nossa opinião, deve sempre ser pensada é a adequação das atividades e a quê elas estão servindo. Sempre cabe nos perguntarmos a partir do desejo de quem as atividades são pensadas. É o desejo/necessidade do paciente ou do técnico que está em jogo? Consideramos como ponto fundamental o questionamento da importância e da pertinência das atividades para o desenvolvimento da autonomia de cada um dos pacientes. O trecho de discurso representacional relatado a seguir demonstra essa não reflexão, ainda que revele o desejo, bem intencionado, de melhorar a aparência e o auto-cuidado dos pacientes:

Esses dias eu falei com a Maria: 'quero fazer um tratamento no seu cabelo'. Nossa, ela ficou tão empolgada! Deixou mexer no cabelo dela, alisar ele todinho. Ficou feliz da vida, com o cabelo liso e grande. Mas depois eu não entendi, ela amarrou o cabelo e não deixa ninguém mais ver. (S2, mulher, sem experiência anterior em saúde mental)

Saraceno (2001) ao definir a Reabilitação Psicossocial como uma necessidade ética e não somente como uma tecnologia para tirar um sujeito do estado de desabilidade para habilidade, traz uma importante reflexão sobre as atividades realizadas no âmbito dos serviços de saúde mental. Para ele, o foco não pode ser jamais a atividade em si mesma, mas sim seu potencial de promover a construção do poder de contratualidade dos sujeitos nos três cenários por ele definidos como essenciais à reabilitação (casa, rede social e trabalho). Para ele,

...discutir a reabilitação não é discutir teatro, não é discutir a rádio TAM TAM de Santos, esse é o início de uma grande reabilitação. Através da rádio se

constrói um pedaço que é apenas um fragmento do exercício da cidadania. Isso vale para mil atividades. Tecnologia de reabilitação não vale para nada. Aí começa, aí termina (Saraceno, 2001, p.16).

Essa é uma discussão que não foi feita no âmbito da enfermaria. As atividades foram priorizadas enquanto “tecnologias do fazer e do habilitar”, sem um real vislumbre de possibilidade de construir o poder de contratualidade e a inserção social, conceito, aliás, utilizado de forma pouco clara no contexto da enfermaria.

Outra questão importante é o formato das atividades e o ritmo e concentração que cada paciente dispõe para a realização da mesma. O tempo de cada paciente é único e precisa ser compreendido para que as atividades não se tornem sem sentido ou cansativas. O nível de dificuldade das atividades também precisa ser adequado a cada um, para que os participantes não sejam desestimulados, seja pela facilidade, seja pela dificuldade. Tais questões, entretanto, só podem ser trabalhadas de forma mais efetiva se houver um trabalho de equipe, onde os técnicos compartilhem diferentes pontos de vista sobre as atividades e se sintam apoiados e confiantes para que possam reconhecer as suas próprias limitações e necessidades de adaptação das propostas iniciais.

No caso da enfermaria, em função das dificuldades objetivas e subjetivas, em função da falta de um espaço de apoio e troca de experiências com outros profissionais, a avaliação das atividades acabou sendo prejudicada, resultando no desestímulo para sua continuidade. Houve uma desistência em propor novas atividades o que foi justificado, única e exclusivamente, pelo alto grau de comprometimento e falta de concentração dos pacientes. Ou seja, em face das dificuldades na reabilitação, recorreu-se à cronificação para justificar o fracasso das atividades. Diante da dificuldade do novo, recorre-se às antigas representações.

Entendemos que o recurso à cronificação também serviu para preservar a auto-imagem dos técnicos, bastante desgastada em virtude do abandono institucional vivido pelos mesmos. No cotidiano estes técnicos não contavam com a presença de outros profissionais em que pudessem se apoiar e seu trabalho não era bem visto pelo restante da instituição, ambivalente no que dizia respeito à existência da enfermaria. Diante do exposto, concluímos que reconhecer as próprias limitações seria uma grave ameaça à identidade e competência profissional destes técnicos, já fragilizada. A identidade e a competência precisavam ser defendidas para que fosse possível continuar trabalhando, com um mínimo de motivação, naquele contexto. Neste sentido, foi feita uma defesa que desresponsabilizava os técnicos e empurrava o fracasso das atividades para o outro,

neste caso, o grupo de pacientes crônicos, irrecuperáveis. Se reconhecer as capacidades dos pacientes ameaçava a identidade profissional, restou a estes técnicos retomar suas velhas representações sociais, que associam a loucura à incapacidade, inabilidade e impossibilidade de recuperação.

Em nossa revisão de literatura ficou evidente que esse momento de construção e experimentação de novas práticas é vivido com insegurança por parte de muitos profissionais, que têm diversas dificuldades na criação e realização de atividades inovadoras com os usuários dos serviços. Percebe-se assim, um retorno às representações sociais tradicionais da loucura, que têm implicações tanto na realização das atividades, quanto nas justificativas de suas ações.

Os estudos de Antunes e Queiroz (2007) e Leão e Barros (2008) realizados com profissionais de CAPS, apontam para os riscos dos serviços substitutivos adotarem pressupostos manicomiais, ressaltando a necessidade de investimentos no novo modelo, em especial no que tange aos recursos humanos. Os profissionais que fizeram parte dos estudos consideram o trabalho interdisciplinar como única forma de conseguir resultados efetivos na desospitalização proposta pela Reforma Psiquiátrica, além de reconhecerem a importância do envolvimento afetivo, social e comunitário. Entretanto, nos dois estudos ficou evidente o despreparo dos profissionais para o trabalho em saúde mental, para o trabalho em equipe, bem como a insuficiência do número e da diversidade de profissionais no campo. Testemunhou-se, também, em função destas limitações, inúmeras dificuldades de implementação desse envolvimento na prática cotidiana, ainda impregnada pelo modelo médico, onde a principal forma de tratamento é via medicação. De uma forma geral, verificou-se uma insegurança na proposição de intervenções não médicas, traduzindo-se em uma relação de subordinação à consulta psiquiátrica. Nos dois estudos ficou evidente a permanência de representações sociais da loucura associadas à cronificação (incapacidade e improdutividade) e à desvalorização do poder contratual dos usuários, que têm implicações nas atividades propostas pelos profissionais e nas justificativas dos fracassos de algumas iniciativas. Foi verificada uma forte tendência a caracterizar a doença mental a partir de uma base orgânica, embora a dimensão emocional tenha sido citada. Os achados dessas duas pesquisas corroboram a situação vivenciada na enfermaria.

Proximidade afetiva: a segunda ameaça

Outro tema característico desta classe é o reconhecimento da possibilidade de estabelecer relações afetivas com os pacientes. A afetividade construída entre técnicos e pacientes se expressa de várias formas: nas surpresas do dia-a-dia, na preocupação com o destino incerto dos pacientes, na forma respeitosa com que alguns técnicos tentam preservar a privacidade dos pacientes em seu, ainda que inadequado, espaço de moradia e em pequenos gestos de carinho entre pacientes e técnicos.

Nesta classe são apresentadas algumas experiências que evidenciam as surpresas vividas no dia a dia, por meio das quais novos elementos de representação vêm compor o campo representacional relativo à loucura/doença mental. Novos elementos que são acolhidos pelo sistema periférico das representações, provocando algumas instabilidades nesse sistema.

Um dos relatos contidos nessa classe é justamente uma situação em que uma paciente percebeu a tristeza de uma técnica de enfermagem e se ofereceu para consolá-la:

...apesar de todas as dificuldades, aqui a gente vive umas coisas interessantes. Esses dias eu cheguei e não estava legal. A Walkíria percebeu, encostou em mim e falou assim: ‘deixa eu fazer carinho em você?’. Caramba! Isso foi tudo de bom, ela sentiu o que eu estava sentindo e se preocupou. Isso me fez muito bem. Tem umas pessoas aqui que me comovem mesmo! (S6, mulher, sem experiência anterior em saúde mental)

Por este exemplo, fica visível a “boa surpresa” dos entrevistados quando da descoberta dos pacientes como pessoas sensíveis, que se apegam uns aos outros, que têm necessidade de afeto e companhia. A surpresa também é em função da constatação de que os pacientes, aparentemente distantes da realidade, têm capacidade para perceber o estado em que outras pessoas próximas se encontram.

Podemos supor que um dos motivos das surpresas dos entrevistados diante das manifestações de afeto por parte dos pacientes seja justamente o contraste dessas manifestações com a pobreza relacional provocada pela longa história de institucionalização vivida por esses atores e que ainda perdura dentro da enfermaria. A precária privacidade aliada ao rompimento com as relações familiares e demais relações sociais levaram a uma perda considerável na historicidade dos pacientes e de sua identidade social. A pobreza de estímulos e atividades, bem como a pobreza de instrumentos e a rígida rotina diária, não favoreceram, até aquele momento, uma

transformação do ambiente e uma mediação mais eficaz entre as pessoas. Apesar dos esforços dos técnicos e do incômodo por eles vivido, a exclusão social e simbólica ainda era bastante presente, haja vista não existir, concretamente, uma possibilidade de saída definitiva da instituição ou mesmo algum planejamento para que isso acontecesse. No momento em que foi realizada esta pesquisa não havia sequer permissão para saídas esporádicas para atividades ou passeios fora da instituição. A possibilidade de saída definitiva era somente uma promessa incerta e longínqua e, talvez por isso mesmo, temida por todos.

Assim, todos esses elementos que faziam parte do cotidiano da enfermaria conferiam uma qualidade especial ao tempo vivido no serviço, configurando, como diria Moffatt (1984, p.41) “um tempo fora da história, fora da vida”. Esse “tempo fora da vida”, parafraseando o autor, conferia aos moradores da enfermaria uma semelhança com náufragos solitários que chegaram a uma ilha deserta. Quando freqüentávamos essa enfermaria, era comum ver os pacientes deitados no chão, queimando ao sol por horas a fio, andando a ermo, falando sozinhos ou absortos em pensamentos que dificilmente eram compartilhados. Esse cenário visivelmente desolador reforçava a idéia de que os pacientes estavam constantemente alheios ao que se passava a sua volta. Talvez daí a surpresa quando da demonstração de afeto, da percepção de tristeza do outro e das tentativas de estabelecimento de contatos mais próximos, efetuadas pelos pacientes.

Nesse sentido, vale dizer que o próprio Moffatt (1984) relata, ao lado de suas profundas reflexões sobre o “tempo fora da vida” nos manicômios, os fortes laços de solidariedade e amizade que se constroem nos ambientes hospitalares. Laços que comprovam, segundo o autor, a resiliência e a capacidade de reinventar a vida.

Na enfermaria as relações de afeto e companheirismo entre alguns pacientes eram visíveis, bem como entre esses e os técnicos. Partindo da história dessa enfermaria e do lugar marginal ocupado por essa na instituição como um todo, pode-se inferir que havia certa identificação entre dois grupos – técnicos e pacientes - pois a exclusão e o abandono não eram vividos exclusivamente por estes últimos. A fala dos entrevistados revela também um sentimento de abandono e esquecimento por parte da instituição, da qual não recebiam nenhum tipo de apoio e não participavam, compartilhando, de certa forma, da exclusão vivida pelos pacientes. Na vivência cotidiana, pacientes e técnicos só podiam contar consigo mesmos, o que pode ter favorecido o estabelecimento de relações de afeto e muitas vezes, de proteção.

A descoberta de pequenas proximidades entre os grupos parecem ter fortalecido os vínculos entre pacientes e técnicos. Vínculo, porém, vivido de maneira ambígua por parte dos entrevistados, que deixam entrever certo receio em se “confundir” com este outro, que, pela via da afetividade e da convivência se mostra mais próximo do que o imaginado. Assim, ao lado da afetividade das relações interpessoais, das surpresas vividas no cotidiano, percebe-se a manutenção de uma relação assimétrica, não somente pelos diferentes lugares institucionais. A relação de proteção, as frustrações de expectativas e o constante recurso à cronificação nos dão pistas de como as diferenças entre os grupos vão sendo delineadas. Diferenças que se constroem no complexo jogo das representações e práticas cotidianas, que lançam as bases para uma relação de alteridade com este “estranho de dentro”, em alusão às idéias de Jodelet (2005) ao falar deste outro próximo.

Os temas desta Classe 2 (o reconhecimento das capacidades e da afetividade dos pacientes) colocam em relevo a proximidade entre os grupos de técnicos e pacientes, anunciando algumas ameaças que surgem de tal proximidade. Na Classe 1, a seguir, os temas levantados também mostram a proximidade, porém, sua ênfase é na construção cotidiana da diferença entre os grupos.

Classe 1. Negociações cotidianas: a construção da convivência com a loucura

Esta classe tem como foco principal a construção da convivência cotidiana com os pacientes psiquiátricos no âmbito da enfermaria. Essa construção acontece intimamente relacionada aos seguintes temas: a) a dúvida quanto à credibilidade a ser conferida ao louco; b) a agressividade; c) a experimentação e negociação de práticas e; d) os limites nas relações interpessoais

A fala do paciente: delírio ou verdade?

Um primeiro ponto a ser destacado é a dúvida quanto à possibilidade de dar crédito à fala do paciente. Dúvida que, ao mesmo tempo em que dificulta a construção de uma linguagem comum entre os grupos, também revela a necessidade de demarcar claramente uma relação de alteridade entre eles. A desconfiança com relação à fala dos pacientes está ancorada em representações sociais da loucura que a associam ao oposto da razão, e o louco àquele alheio à realidade. Em vários momentos, os entrevistados ao relatarem situações de conversa com os pacientes, trazem de forma quase automática, a idéia de que eles estavam conversando “*como se não tivessem nenhum problema*”,

“como se fossem pessoas normais”. Isso demonstra a visão tradicional de que o louco é incapaz de manter um diálogo coerente, por mais simples que seja. Por outro lado, quando ele fala “normalmente” causa surpresa, pois é como se rompesse com a identidade que o define e se aproximasse de seu interlocutor. Essa surpresa pode ser observada no trecho de discurso representacional abaixo:

Um dia eu estava junto com um colega conversando com o Maurício e ele estava assim como se não tivesse nenhum problema. Ele começou a contar uma história e o colega nem ligou, falou que era mentira e saiu. Aí eu vi que eu não estava escutando ele e pedi para que ele me contasse tudo de novo. Ele me contou que trabalhou em feira, que foi jogador de futebol e que tinha namorada. Outro dia o Maurício me contou a mesma estória de novo e eu comentei com o colega: ‘você estava enganado, não é mentira não, porque o cara conta sempre a mesma estória, do mesmo jeito’. Depois de uns meses veio aqui uma tia dele e falou tudinho o que ele tinha dito. Eu fiquei com vergonha porque eu achava que era delírio porque ele era louco, que aquilo era estória pra boi dormir, pra ele me enrolar e terminar me pedindo um cigarro. Mas não. Era verdade mesmo (S5, mulher, com experiência anterior em saúde mental).

As surpresas relatadas pelos entrevistados revelavam que a convivência introduziu alguns questionamentos à antiga compreensão sobre os pacientes psiquiátricos. Alguns entrevistados relataram que passaram a acreditar que a fala do louco pode conter um pouco de realidade e que é preciso estar atento às manifestações de sua “lucidez”, antes totalmente descartada.

Nesta classe fica evidente que a convivência pode impor questionamentos a alguns dos elementos da representação e possivelmente, outros elementos podem ser introduzidos, em função de constatações dissonantes com as antigas representações. A introdução de novos elementos pode favorecer uma abertura para construir novas práticas mais adequadas às novas configurações representacionais, ainda que periféricas. Neste caso específico, entendemos que a constatação de momentos de lucidez poderia ter criado algum interesse nos técnicos em ampliar os espaços de interlocução entre os grupos.

Agressividade: entre a compreensão e o medo, resta a tensão

Um tema delicado na enfermagem é a possibilidade constante de agressividade. Foram relatadas algumas situações em que os técnicos foram alvo da agressão de um

paciente específico, nas quais não foi possível compreender de forma clara o motivo da agressão. Estes eventos alimentaram a idéia de incomunicabilidade entre esses grupos, além de reforçar a crença na imprevisibilidade, um dos elementos de constituição das representações sociais da loucura.

Esses dias o Maurício veio pedir um cigarro, eu demorei um pouco e, não sei por que, o cara deu um soco no meu nariz. Eu nunca fui agredida por ninguém, ele sempre me respeitou, mas é como eu digo, você tem que falar a mesma língua. Depois disso fiquei traumatizada e com medo. Cheguei a dizer que se ele batesse de novo eu ia revidar. (S8, mulher, sem experiência anterior em saúde mental)

De uma forma geral, os entrevistados justificaram a agressividade como um meio de comunicação quando falta o entendimento mútuo (“!...! você tem que falar a mesma língua”). Entretanto, tal compreensão não parece ter tido implicações na prática, pois não foi percebida uma tentativa clara de construção de novas formas de expressão e entendimento entre os grupos. Essa idéia da agressividade como forma de comunicação quando o sujeito não é capaz de se expressar não é nova. Mas nos parece interessante porque é uma explicação tradicionalmente utilizada para outros grupos sociais que não os considerados loucos, e agora também são utilizadas para justificar sua agressividade, tradicionalmente considerada como fruto, apenas, de sua condição. Talvez seja mais um ponto de aproximação entre loucos e normais.

O clima de tensão não é uma prerrogativa dos técnicos. É também vivido pelos pacientes, que, segundo os entrevistados, temem ser punidos de maneira violenta. Tal temor nos leva a supor que a violência já fez parte do cotidiano desses pacientes em instituições nas quais estiveram anteriormente internados. Segundo uma das entrevistadas, os pacientes com frequência usam expressões do tipo “...porque senão o guarda vai descer o cacete, o cara vai acertar o soco no meu olho...”, demonstrando medo das figuras de autoridade e revelando o caráter violento da instituição de origem dos pacientes.

Podemos supor ainda que tais experiências não foram superadas, talvez por não haver, por parte dos pacientes, a percepção de uma mudança significativa no meio onde vivem. Mesmo não sendo conhecidas situações de violência física desta equipe para com os pacientes, pode-se inferir, de um modo geral, que o clima de tensão se retroalimenta, dentre outros fatores, por causa da percepção de incomunicabilidade que se ancora em representações sociais da loucura ainda marcadas pela imprevisibilidade,

periculosidade e irracionalidade. Ou seja, representações que sustentam a diferença e a conseqüente hierarquia entre os grupos.

Não há, entretanto, uma unanimidade entre os técnicos quanto à percepção do clima de tensão. Se por um lado, há técnicos, em especial as mulheres sem experiência em saúde mental, que temem a agressão e desenvolvem estratégias para se proteger (como, por exemplo, não abraçar determinado paciente, dormir de portas trancadas, acordar de hora em hora) isso não vale para todos. Alguns técnicos, que estão acostumados à convivência com pacientes psiquiátricos há muitos anos, não se sentem amedrontados ou ameaçados no dia a dia da enfermaria, conseguindo estabelecer uma relação menos tensa e mais próxima com os pacientes. Alguns destes técnicos conseguem, inclusive, ampliar possibilidades de comunicação e entendimento.

Isso nos leva a concordar com os pressupostos da TRS que afirmam que, mesmo sendo parte de um grupo que partilha representações acerca de um objeto ou grupo específico, a idéia da unanimidade no campo das representações sociais deve ser compreendida com certa parcimônia.

As experiências individuais ligadas à história pessoal dos sujeitos trazem modulações particulares às representações sociais, conforme demonstrado por Jodelet (2001, p.27) ao definir “a representação como uma forma de saber prático ligando um sujeito a um objeto”. Ao falar desse sujeito da representação, Jodelet (2001) o define a partir do ponto de vista de suas pertencas sociais, culturais e ideológicas, que é um dos diferenciais trazidos pela TRS. Entretanto, a definição do sujeito da representação do ponto de vista da TRS, inclui também o sujeito epistêmico (o que remete à dimensão dos processos cognitivos) e o sujeito psicológico (dos mecanismos intrapsíquicos, tais como projeções, investimentos, processos identitários, dentre outros), segundo Jodelet.

Retomando a informação anterior - de que alguns técnicos já habituados ao trabalho em saúde mental não vivem de forma tão marcada esta tensão mobilizada pela iminência da agressividade – uma observação se faz necessária. Trata-se de técnicos que já tem alguma experiência no trato com pacientes psiquiátricos e que, para além do vínculo afetivo que não podemos desconsiderar, aprenderam, ao longo de sua trajetória profissional, formas mais eficazes de manter sua autoridade diante de um paciente tido como agressivo. São pessoas que não se intimidam diante da possibilidade de agressão, utilizando argumentos que possam ser compreensíveis pelos pacientes e, quando tais argumentos não são suficientes, estes técnicos recorrem ao seu lugar de autoridade, que

a hierarquia institucional lhe faculta. Observa-se aí uma *expertise* que o tempo de experiência ajudou a construir.

Podemos fazer um paralelo entre a experiência destes técnicos com os relatos das hospedeiras do estudo de Jodelet (2005). Em seu estudo, as hospedeiras falam de um tempo de observação que tem por função primordial conhecer melhor as características dos pensionistas. Este conhecimento será utilizado no estabelecimento de uma relação educativa com o pensionista. Relação em que o par autoridade-obediência ocupa o centro da cena, estabelecendo limites contra o que elas denominam de atrevimento. O atrevimento inclui todo e qualquer ato cometido que transgrida as regras de contato pré estabelecidas. Nesta relação entre hospedeira e pensionista descrita por Jodelet, a submissão tem um lugar-chave, tendo em vista que tal relação baseia-se no controle dos comportamentos e na construção de uma “docilidade ou disposição para a obediência”.

Além dessa função visível de proteção física, Jodelet (2005, p.188) demonstra que, no caso das hospedeiras, esse processo que vai da observação à educação tem outras funções, o que consideramos, também se aplica aos nossos técnicos. Para esta autora,

...esses princípios e métodos que, da observação à educação, têm uma função instituinte pelo fato de que utilizam uma ordem dualista, também têm uma função defensiva. A distância, na sua perenidade e na sua força, a autoridade e o medo que a servem como o atrevimento que estes combatem, revelam a articulação da ordem como algo como uma ameaça.

Ao referir-se à função defensiva, a autora se refere à defesa da identidade que se vê ameaçada pela proximidade com o louco, este outro próximo com quem se convive cotidianamente no contexto da enfermaria. Diante da proximidade, o contato físico, a afetividade e os hábitos, pela ameaça de indistinção que evocam, precisam ser negociados para que fiquem bem claros os diferentes lugares ocupados pelos dois grupos. Negociações que, no âmbito da enfermaria, se expressam de forma individual, de acordo com as idiossincrasias dos técnicos, e não sistemática.

Pensando sobre esta aparente subdivisão dos técnicos, entre “aqueles que são afetados pelo clima de tensão” e “aqueles que exercem a autoridade para lidar com a agressividade”, a princípio estes subgrupos expressam-se por práticas distintas: uns refugiam-se no medo, outros na autoridade. Práticas distintas, mas que revelam, pelo menos, um objetivo em comum: resguardar-se da ameaça da proximidade. Proximidade

que ameaça pelo risco da indistinção entre os grupos, comprometendo suas identidades. Proximidades que pertencem não à ordem do conhecimento, mas do reconhecimento como nos diria Foucault (1972) a respeito da consciência enunciativa da loucura. Assim, essa proximidade deve ser evitada, e cada qual utiliza dos próprios recursos, à sua própria maneira para lidar com esta ameaça comum. Ou seja, revelam-se práticas distintas, mas que correm na mesma direção: delimitar os limites entre os grupos, estabelecer as bases da alteridade. Eis as representações sociais da loucura em ação, exercendo sua função identitária (Jodelet, 1989, 2005, Almeida, 2001).

Práticas sociais: experimentação e negociação na construção da alteridade

As representações sociais, vale lembrar, nem sempre se apresentam de forma clara ou declaradas. Em função de seu arcaísmo e potencial ansiogênico, algumas dimensões da representação social não tem um correspondente verbal, ou mesmo mental. Essas dimensões se apresentariam na forma de um “agido de um pensamento sobre a loucura”, parafraseando a expressão de Jodelet (2005, p.296), o que quer dizer que elas “só teriam uma tradução possível e autorizada nos atos que eles inspiram”. Neste sentido, compreendemos as práticas sociais como atividades significadoras, que atualizam elementos de representação que de outra forma não seriam conhecidos.

Nesta classe 1, outro tema relevante é o trabalho de construção da convivência, por meio da negociação de regras, normas, limites, direitos e interdições. Nesta construção as práticas cotidianas têm um papel fundamental, por revelarem as representações que as orientam e justificam na construção da realidade.

Observamos que no contexto da enfermaria, a construção das práticas não acontece de maneira sistemática. Não há, como já afirmamos, espaços formais de trocas de experiências e informações entre os técnicos, onde tenham oportunidade de pensar conjuntamente suas práticas, como pode ser observado do discurso representacional.

Aqui eu sempre trago cigarro pra dar pra eles, mas eu peço para eles fumarem lá fora. Eles sabem que eu gosto muito de ajudar. Tem uns colegas que nunca dão cigarro e fazem é explicar que faz mal para a saúde. Na verdade cada um faz de um jeito pra se aproximar dos pacientes e conseguir que eles obedeçam. (S2, mulher, sem experiência anterior em saúde mental)

Pode-se perceber, pelo exemplo pontual da forma como os técnicos regulam o uso do cigarro e do café, que não há uma sistematização das práticas e uma reflexão mais aprofundada acerca das formas de estabelecimento de vínculo com os pacientes.

Cada técnico negocia com os pacientes de uma forma bem particularizada não havendo um consenso entre os mesmos sobre qual a melhor forma de lidar no cotidiano.

Esta “experimentação particular de práticas” também foi percebida no estudo de Miranda e Furegato (2004) sobre a atuação cotidiana do enfermeiro psiquiátrico. Dentre outros achados, os autores concluem que a atuação do enfermeiro psiquiátrico resulta de uma combinação de dois modelos: a) o modelo biomédico, prescritivo e subordinado e; b) o modelo próprio, resultado de delineamentos próprios, advindos da prática e das relações interpessoais, do aprimoramento do cuidar. Este “modelo próprio” é multicausal e decorre do redesenho de habilidades e competências. Para os autores, o passado, o presente e o futuro se engendram na cotidianidade dos enfermeiros, tendo implicações concretas em suas práticas. Ao discutirem as relações entre as representações e as práticas, os autores destacam as funções justificadora e identitária das representações sociais. As representações sociais, bem como as práticas a ela associadas, são justificadas pela rotina institucional e ancoradas em fragmentos da história da Psiquiatria, além de resguardar as diferenças identitárias entre os dois grupos, de técnicos e pacientes.

No caso da enfermagem, a falta de uma problematização sistemática das formas de lidar com os pacientes, a princípio, pode ser justificada meramente como mais um reflexo da falta de um espaço institucional para a troca e negociação de experiências. A falta desse espaço de escuta dos profissionais acaba por gerar discordâncias veladas entre os colegas de equipe e alianças entre pequenos grupos de técnicos. As questões não são colocadas de forma clara possibilitando a construção de uma prática comum.

Podemos entender, entretanto, que a falta desse espaço de problematização pode ser também, para além das limitações institucionais, uma consequência da necessidade de resguardar a diferença entre técnicos e usuários. Problematizar as práticas exercidas por cada um pode ser uma “quebra de pacto” entre os técnicos, que ameaça romper as fronteiras da alteridade. Mais uma vez, agora com relação às negociações cotidianas, testemunhamos as representações sociais e as práticas intimamente relacionadas concorrendo para a manutenção da alteridade, cumprindo sua função identitária.

Apesar da falta deste espaço institucional, não podemos negligenciar a comunicação social, que desempenha função primordial na construção e permanência das práticas, justamente por seu caráter de informalidade e de tradicionalismo. A comunicação social diz respeito ao conhecimento prático, vivido, agido. Compartilhado

informalmente, em virtude da necessidade de lidar com o aqui e agora que afeta seu grupo de pertença.

Os limites das relações interpessoais

As diferenças entre os grupos são mencionadas pelos técnicos ao falar da natureza e das limitações das relações interpessoais estabelecidas entre os dois grupos. Uma das limitações apontadas é não poder suprir a falta da família, considerada por alguns técnicos como um dos grandes sofrimentos que permeiam a história de vida dos pacientes.

Apesar dessa situação, eu tento entender o que acontece com os pacientes e tento ter uma relação bem próxima com eles. O Maurício mesmo me chama de mãe e tem uma proximidade comigo. Mas na verdade, eu sinto muito, porque sei que nunca vou suprir a falta que a família faz. Por mais que a gente faça, por mais que a gente não deixe faltar nada aqui, eles nunca se sentem protegidos (S5, mulher, com experiência em saúde mental).

Era comum vermos na enfermaria alguns pacientes chamando os técnicos por nomes que evocam figuras familiares, como por exemplo, tia e mãe. A primeira explicação é a própria carência afetiva vivida pelos pacientes que transferiam para seus cuidadores a relação afetiva que possuíam com familiares.

Outra possível explicação, que também nos parece plausível, é a necessidade de amenizar a relação hierárquica de poder duramente colocada entre os grupos que fazem parte do cotidiano dessas instituições.. É relatado pelos técnicos, com certo pesar, que ainda sejam chamados por nomes que evocam figuras familiares e que tentem de alguma forma atender às necessidades e carências dos pacientes, eles não vão suprir essa falta, e afirmam, também pesarosos, que os próprios pacientes parecem ter consciência disso.

Não devemos negligenciar, entretanto, que mesmo com as tentativas de amenizar o cotidiano opressor da instituição psiquiátrica e com toda a afetividade que permeia as relações interpessoais, resta ainda, como um pano de fundo, a necessidade de resguardar a alteridade. Infantilizar os pacientes, chamando-os por apelidos, por nomes familiares - hábito comum em hospitais psiquiátricos - é uma forma de se aproximar, de demonstrar afetividade e intimidade, mas também é uma forma de resguardar os grupos, mantendo cada um no seu devido lugar.

Com relação à família, sua importância é, constantemente, apontada pelos técnicos, porém, marcada por ambigüidades. Por um lado a família é culpabilizada pela situação dos pacientes, pelo fato de o terem abandonado, rejeitado ou maltratado. Por outro lado, à família é reservado um lugar de importância no processo de reabilitação do doente. Em outros momentos, também se reconhece a sobrecarga de uma família que tem um doente mental em casa.

As referências à família corroboram os achados da revisão de literatura, na qual fica evidente uma crescente preocupação com o papel da família nos processos de desinstitucionalização, tanto pela perspectiva da sobrecarga e do sofrimento vivido (Colvero, Ide & Rolim, 2004; Randemark, Jorge & Queiroz, 2004; Jorge et al 2008; Leão & Barros, 2008; Mello e Furegato, 2008), quanto do ponto de vista de seu papel como agente ressocializador (Antunes & Queiroz, 2007; Jorge, Ramirez, Lopes, Queiroz e Bastos, 2008).

Eixo/Classe 4 - A ambigüidade da Reforma Psiquiátrica

O primeiro ponto a observar com relação a este eixo/Classe é a ausência de relação o eixo anterior, referente às práticas cotidianas. Essa ausência de relação não revela, necessariamente, uma distância do que se pensa, se fala acerca da Reforma e o que de fato acontece no âmbito da enfermaria. Ela pode revelar, como já afirmamos anteriormente, uma mesma situação sendo vista de pontos de vista distintos. Ao contrário do eixo anterior, que tratava diretamente das práticas cotidianas nos quais os técnicos estavam diretamente implicados, este eixo corresponde às suas reflexões mais amplas sobre alguns aspectos da Reforma Psiquiátrica e das possibilidades de reinserção social dos pacientes psiquiátricos. Reflexões mais abstratas, nas quais os sujeitos se autorizaram a falar em nome da sociedade, mesmo utilizando como exemplos os casos dos sujeitos concretos da enfermaria.

Podemos compreender esta não relação como um destaque aos níveis de análise característicos de cada eixo. No eixo **As práticas cotidianas** ficaram mais evidentes os níveis intrapessoal, interpessoal e intergrupar. Neste eixo **A ambigüidade da Reforma Psiquiátrica**, apesar de também tratar das relações que se estabelecem nos níveis intra, inter pessoal e intergrupar, percebemos uma ênfase no nível societal. Doise (1984) considera neste nível os sistemas de crenças e discursos que, mesmo expressos de diferentes formas, são considerados universais no âmbito de uma cultura.

Neste eixo o que está em jogo, dentre outras coisas, é uma forte referência à Reforma Psiquiátrica e o que ela significa em um nível mais amplo, político, econômico e das relações sociais, em nível macro. O tema da Reforma é tratado imerso em sistemas de crenças que foram construídas historicamente em nossa cultura, denotando a permanência de representações sociais hegemônicas acerca da loucura. Mesmo que alguns técnicos neguem alguns aspectos considerados “politicamente incorretos” dessas representações, empurrando-as para o sujeito genérico “*sociedade*”, elas se fazem presentes no discurso, justificando e sendo justificadas pelas práticas sociais.

Outro ponto a ser observado sobre este eixo é que sua única classe é constituída por 227 UCEs, ocupando a maior parte do *corpus* de análise (61,02%), o que demonstra a importância da Reforma no discurso destes técnicos, ainda que seja uma abstração, sujeita a diversas compreensões. Trata-se, portanto, de algo ao mesmo tempo próximo e distante do cotidiano vivido na enfermaria.

Esta classe traz reflexões que revelam uma visão ambígua quanto ao entendimento da Reforma Psiquiátrica e da loucura. Para compreendermos melhor estas ambigüidades, é importante relembrar que esta enfermaria foi criada em caráter emergencial e provisório. Assim que chegaram, estes pacientes seriam alvo de um processo de reabilitação psicossocial, sendo prometido seu breve encaminhamento para Serviços Residenciais Terapêuticos, o que não aconteceu até a conclusão deste Estudo 1. Quando da realização deste Estudo no ano de 2007 - quatro anos depois da criação da enfermaria- não havia nenhuma proposta concreta de implementação destas SRTs. Aconteceu, isto sim, uma acomodação do contexto inicial, diante da permanência da maioria dos pacientes que compunham o grupo quando da criação da enfermaria.

O esquecimento e abandono que caracterizou a permanência dos pacientes no âmbito dessa enfermaria, aliado às poucas informações acerca da Reforma Psiquiátrica por parte dos técnicos, fez emergir uma visão ambígua do que é este movimento. A distância entre o ideal e o real, bem como a promessa de uma mudança que não ocorreu quando da saída dos pacientes da Clínica Planalto, fizeram com que a Reforma permanesse como uma dúvida, um processo abstrato e sem maiores ressonâncias no cotidiano. Um processo que aconteceu pela metade, como pode ser evidenciado na seguinte fala de um dos técnicos:

...quando eles chegaram [os pacientes], era um apoio que o hospital devia dar e não deu. Não vi apoio de psicólogo, não vi apoio de nutricionista, não vi de assistente social, não vi apoio dos médicos. Vi uma enfermeira só brigar (...).

Agora pensa, essas pessoas são as pessoas que lutaram para acabar com a Clínica Planalto e falaram sempre na Reforma psiquiátrica! E agora cadê eles? (S7, homem, com experiência anterior em saúde mental).

Os técnicos pensaram a Reforma Psiquiátrica a partir de alguns temas, quais sejam: a Reforma como remédio contra a exclusão e violência, os conceitos da Reforma, a insegurança relativa aos pacientes considerados crônicos, as residências terapêuticas e a Reforma como desassistência.

A Reforma como remédio contra a exclusão e a violência

Nos extratos de fala que compõem essa classe, são feitas algumas considerações sobre a exclusão da loucura na sociedade e o incômodo dos entrevistados diante dessa situação. Essa exclusão é traduzida no abandono no qual vivem os sujeitos considerados loucos, tidos como inúteis, perigosos e como representantes daquilo que a sociedade teme, rejeita, discrimina, humilha e isola. Algumas justificativas são apresentadas como tentativas de explicação para esse estado de exclusão.

Uma das explicações trazidas por uma das entrevistadas é a própria história da loucura, que foi construindo uma imagem de periculosidade, e produzindo o medo do louco visto como o “outro imprevisível e perigoso”. Essa atitude de medo diante da loucura é enfatizada por uma das entrevistadas quando diz que...

... quando você chega para as pessoas e fala assim que é um doente mental, ninguém quer ficar perto, todo mundo tem medo... Antigamente dava até choque pra poder ver se voltava ao normal... E tem muita gente que bate mesmo. Não está nem aí e mete o porrete. Isso até aqui mesmo acontece... as pessoas têm medo, medo de apanhar, medo de lidar com um paciente desses, que são portadores de doença. Acho que vai mais por esse lado, o medo das pessoas. (S6, mulher, sem experiência anterior em saúde mental)

Outro fator apontado como o grande responsável pela exclusão da loucura é a falta de conhecimento. Em vários fragmentos de discurso são destacadas a falta de informação da sociedade acerca do que é a loucura, do que é a doença mental, o que gera inseguranças, medo e rejeição.

O incômodo com essa situação de exclusão dos pacientes, faz com que os técnicos sejam favoráveis à Reforma Psiquiátrica, mesmo que não se saiba muito bem do que se trata. De uma forma geral, há um consenso de que a Reforma veio para mudar

esse estado de exclusão e estabelecer outro tipo de tratamento que não seja mais baseado na violência e exclusivamente na contenção física.

O conhecimento sobre a Reforma e seus conceitos

De uma forma geral, os técnicos apontam o desconhecimento por parte da sociedade sobre as novas práticas em saúde mental, como pode ser observado no discurso representacional:

Várias pessoas na comunidade não conhecem os serviços, não sabem o que é uma terapia comunitária, não sabem que o paciente pode conversar com um psicólogo, fazer uma atividade até melhorar o quadro. Muita gente acha que é só a internação, a emergência e acabou. Mas não é só isso. No lugar que tem um serviço que funciona a mentalidade é diferente. Existe outra forma de estar com o paciente, com mais liberdade e mais humanidade. (S3, mulher, com experiência anterior em saúde mental)

Os técnicos alertam, porém, que a desinformação é consequência da própria atuação do serviço de saúde mental, que não faz um trabalho de divulgação das formas não tradicionais de cuidar. Uma das entrevistadas critica o serviço pela não valorização das poucas iniciativas de trabalho junto à comunidade, como, por exemplo, a terapia comunitária, o que revela, segundo a entrevistada, uma tendência ainda centralizadora do serviço como um todo e a pouca compreensão do potencial do trabalho comunitário.

A desinformação, entretanto, não é prerrogativa somente da comunidade, também sendo observada entre os próprios técnicos. Observamos que a Reforma Psiquiátrica chegou no âmbito da enfermagem por meio de informações dispersas e fragmentadas, sem uma continuidade nas reflexões, o que resultou em apropriações diversas por parte dos técnicos acerca deste movimento. Apropriações que se desdobraram em diferentes entendimentos sobre os conceitos, de forma que fossem mais adequados às necessidades de quem os elaborava, evidenciando, assim, um processo de construção de representações sociais em torno da própria Reforma e seus conceitos.

Um exemplo de apropriação e reelaboração de conceitos é com relação ao *tratamento humanizado*. É constante a defesa que todos os técnicos fazem de um tratamento *mais humanizado, mais global* que enfoque outras dimensões do humano, para além da doença mental. Todos concordam com a idéia de “humanização no tratamento”, enquanto sinônimo de superação dos maus tratos e da violência. Tratar o

sujeito em sua totalidade aparece também relacionado apenas à dimensão biomédica, como se pode verificar na seguinte fala de um dos técnicos:

Não só na Psiquiatria, mas em outras áreas da saúde, é preciso que... o médico, o enfermeiro, o técnico, a pessoa que está lidando com esse indivíduo, não veja ele como uma patologia. Por exemplo, eu não vejo o meu paciente como esquizofrênico, mas eu vejo ele como um ser humano. Um ser humano que tem pé, mão, corpo, barriga, intestino, tem todo um organismo que pode ter uma outra patologia além da esquizofrenia (S5, mulher, com experiência anterior em saúde mental).

Fica claro, nesta fala específica, que apesar de estar se falando de um tratamento mais global, este ainda permanece no âmbito do físico, no âmbito médico. Nesta fala específica sobre o tratamento humanizado não há referência aos aspectos mais subjetivos e sociais.

Esta fala também é interessante por ressaltar uma realidade vivida no âmbito da saúde mental por seus usuários: a de que são apenas e principalmente pacientes da Psiquiatria. Em nossa experiência profissional, é comum o relato de usuários que, ao chegar em serviços de saúde geral, para tratar de outras enfermidades ou mal estares, encontram dificuldades em ser atendidos, pelo fato de serem pacientes psiquiátricos. A fala desta técnica confirma essa realidade, ao alertá-la.

Esta não é uma compreensão compartilhada por todos os entrevistados, haja vista que alguns técnicos ressaltaram outras necessidades para além das fisiológicas. De qualquer forma, esta fala também nos chama a atenção no sentido de investigar o que se entende por esta clínica ampliada e como ela vem sendo apreendida pelos atores da saúde mental. Quando se fala de “tratamento mais humanizado”, “tratamento global”, “clínica ampliada”, qual é o real entendimento e abrangência desses termos?

Essas perguntas nos remetem ao processo de construção das representações sociais, que podemos aproveitar para entender como se dá a apropriação dos conceitos que fazem parte do campo da saúde mental (tratamento humanizado, tratamento global, inserção social, cidadania e o próprio conceito de Reforma Psiquiátrica). Vale relembrar que as condições emergência das representações sociais são a dispersão da informação, a focalização e a pressão à inferência. A dispersão da informação deixa lacunas no conhecimento do objeto desconhecido, propiciando uma integração cognitiva deste novo objeto a um sistema de pensamento preexistente. Desta forma, o novo objeto a ser integrado, adequa-se aos *a priori* dos sujeitos que, de certa forma, preenchem as

lacunas deixadas pela dispersão. Esse processo de integração cognitiva, a ancoragem, acontece lado a lado com a objetivação, que, lembrando, é o processo de simplificação do objeto. Processo do qual participam a seleção e descontextualização de seus elementos constituintes, em função da necessidade daquele que reelabora o objeto.

No caso desta enfermaria, as informações sobre a Reforma e seus conceitos são dispersas, fragmentadas e distantes da vivência cotidiana, o que leva à necessidade de reelaboração destes conceitos para que possam ter alguma eficácia neste contexto. A idéia de tratamento global, por exemplo, introduz algo novo, no caso a necessidade de ampliar o olhar para o paciente psiquiátrico para além de seu transtorno psíquico. Entretanto, essa idéia foi ancorada no “arcabouço teórico” preexistente, qual seja, o modelo biomédico em que os técnicos foram formados e sob o qual continuam atuando.

Outro ponto importante com relação ao “tratamento global”, é que, a princípio esta idéia deveria estar referida a toda *existência-sofrimento* do sujeito, se considerarmos o “novo objeto” da Reforma Psiquiátrica. Na enfermaria, entretanto, este conceito sofreu uma redução ao “corpo global”, que consideramos ser a face possível de ser enxergada neste contexto. Essa “releitura particular” do conceito de tratamento global evidencia o fato de que as representações sociais sempre são elaboradas segundo as condições e vivências específicas de cada grupo, atendendo às necessidades bem particulares de seus membros, a partir de suas posições sociais específicas.

Neste sentido, consideramos necessário conhecer as características do contexto em que estão imersos os atores sociais investigados, bem como suas inserções sociais. Não considerar essa dimensão contextual pode levar a julgamentos precipitados (e até dogmáticos) com relação aos sujeitos de pesquisa, atores sociais do campo da saúde mental que podem, em função de seu contexto de inserção, aderir mais ou menos aos pressupostos da Reforma ou ter uma compreensão mais ou menos próxima do que é preconizado.

A idéia de território aparece de maneira tímida no discurso dos técnicos por meio de dois temas abordados: a) o desconhecimento dos serviços pela população e a respectiva falha do serviço de saúde mental em divulgar as novas práticas anteriormente comentados e; b) a cidadania que permite a circulação no espaço social.

Com relação à cidadania, defende-se por unanimidade a importância de seu resgate e/ou construção na vida dos pacientes psiquiátricos. Não há, entretanto, uma reflexão sobre a tomada de responsabilidade pelo território, idéia cara à Reforma, intimamente associada ao processo de construção da cidadania.

A cidadania, como pode ser testemunhada em outros meios, é um conceito polissêmico, de amplo e diverso entendimento, um conceito que “cabe em qualquer corpo”. No âmbito da enfermagem, a cidadania é compreendida quase como sinônimo da tão falada reinserção social, do direito de ir e vir, idéia simpática a todos, como pode ser visto no trecho de discurso representacional a seguir:

Na verdade a reinserção social é justamente a cidadania. Com a reforma eles vão ter o direito de poder ir a qualquer lugar, de comprar suas coisas e eu acho isso muito legal (S3, mulher, com experiência anterior em saúde mental).

Todos defendem o direito dos pacientes saírem da instituição para passeios, para fazer compras, defendem o direito de terem benefícios para poder alcançar o lugar de cidadão. Mas, na medida em que vamos aprofundando a investigação do tema da Reforma e sua proposta de inserção social, esse conceito passa a ser questionado, tendo em vista a percepção de cronicidade dos pacientes.

Pacientes crônicos: a Reforma também é para eles?

Pensar a inserção social dos pacientes da enfermagem, é algo difícil para os técnicos, pois não se sabe exatamente o que essa inserção significa e de que forma será feita dentro dessa proposta (pouco clara) de Reforma Psiquiátrica. As incertezas quanto ao destino dos pacientes, as inúmeras promessas não cumpridas e o abandono da equipe à própria sorte dentro da instituição fizeram emergir algumas posturas protecionistas e contrárias à inserção social dos pacientes.

A inserção social, de uma forma geral, é vista de maneira ambígua e revela uma visão também ambígua a respeito das capacidades dos pacientes. Embora considerados mercedores da liberdade e do direito à cidadania, são também vistos como indefesos e carentes de proteção. É bastante forte a idéia de que os pacientes devem ser separados entre aqueles que podem e aqueles que não podem ser reinseridos, pois considera-se que há aqueles que jamais serão capazes de viver em sociedade, como pode ser observado no discurso representacional:

Tem um grupo de pacientes que eu não acredito que consiga alcançar essa nova prática e se adaptar na vida fora do hospital. Eu não estou descartando a reforma, mas tem pacientes que têm uma constância maior dentro da loucura. Com esses seria praticamente impossível fazer uma nova prática, a não ser tratar deles com mais carinho, com mais respeito, com mais jeito do que eram tratados antigamente. (S5, mulher, com experiência anterior em saúde mental)

Percebe-se uma dissonância entre o sujeito autônomo que se quer promover no discurso da Reforma e os pacientes reais, com características bem marcadas da institucionalização, com quem os técnicos conviviam no cotidiano da enfermaria. Essa dissonância reforçou a idéia de que “a Reforma não é para todos” e que os pacientes devem ser separados. Essa separação, importante ressaltar, é defendida em nome do direito ao tratamento, o que, podemos inferir pode estar ancorada na idéia da Reforma como desassistência.

...realmente a gente tem que estar identificando o paciente que pode e o paciente que não pode ir pra sociedade, porque se não fizer isso a gente vai estar transgredindo o principio de direito ao tratamento (S8, mulher, sem experiência anterior em saúde mental).

Neste ponto, há que se perguntar sobre a pertinência dessa visão, considerando que se contrapõe frontalmente aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. A princípio pode parecer uma visão permeada por tradicionalismos preconceituosos, mas as dificuldades são reais, considerando o alto grau de institucionalização destes pacientes específicos e os poucos recursos que foram desenvolvidos pela equipe e pela instituição para lidar com esse estado de “cronificação”. Assim, o temor dos técnicos diante da inserção social não é somente fruto de preconceitos ou desconhecimento das novas tecnologias sociais, mas sim da experiência vivida cotidianamente com esses pacientes.

Esta discussão sobre os pacientes “crônicos”, na verdade, é uma reflexão mais ampla, que permeia boa parte das experiências de Reforma no país, nas quais este tipo de clientela constitui seu maior desafio. Delgado (2006, p.22) ressalta a relevância dessa discussão no âmbito da própria política nacional para a saúde mental, na qual vêm sendo constantemente revistas as necessidades dos “pacientes considerados de muito baixa autonomia, seja pela grande dependência a que foram submetidos durante a vida asilar, seja pela gravidade do quadro psiquiátrico, especialmente da sintomatologia deficitária ou por importante comprometimento físico”. A preocupação com esta clientela se revela na criação de duas configurações dos Serviços Residenciais Terapêuticos, sendo uma dessas configurações uma residência com cuidados intensivos, denominada residência de alta complexidade. O Programa De Volta Pra Casa também vem atender às necessidades dessa clientela, consideradas com necessidades especiais.

Compreendendo as Residências Terapêuticas no âmbito da Reforma

É interessante observar de que forma a discussão nacional acerca das políticas públicas de saúde mental chegou até a enfermagem. Desde a chegada dos pacientes na instituição, muito se fala sobre a necessidade de Residências Terapêuticas, mas não há uma compreensão integrada da equipe sobre o que é esse serviço e o que ele representa dentro do processo de Reforma como um todo.

Alguns entrevistados compreendem a implementação das residências como uma possibilidade de melhoria na qualidade de vida dos pacientes, nas condições de trabalho e como possibilidade de inserção social. Para estes, a ida para uma residência pode significar a aceitação social dos pacientes psiquiátricos, que é uma vitória a ser conquistada e que trará enormes benefícios para a vida de cada um. Essa é a visão consensual.

Percebe-se, entretanto, que estes mesmos entrevistados que são a favor das residências têm uma visão “quase romântica” de como se configuram os processos de trabalho nesses novos serviços. Considera-se que nas residências terapêuticas o trabalho será mais fácil, pois serão no máximo oito pacientes para serem cuidados, como foi relatado por um dos técnicos:

...Vai ficar mais fácil o serviço pra gente na real, né. Porque aqui, no meu setor onde eu trabalho, eu trabalho com muito mais pacientes. Então lá, nos termos da reforma psiquiátrica vão ser oito pacientes, tecnicamente, uma casa com oito pacientes. Então vai ser mais fácil a dedicação... Dedicar aos pacientes com mais facilidade, fazer mais atividades (S1, homem, com experiência anterior em saúde mental).

Para além da visão ainda tutelar que se deixa perceber nas entrelinhas desta fala, é visível o entendimento de que a residência terapêutica é um serviço que vem facilitar o trabalho dos técnicos, o que não é, necessariamente, uma realidade. Alguns estudos, como os de Fassheber e Vidal (2007), Suiyama, Rolim e Colvero (2007) e Silva, Martiniano e Gaudêncio (s/data), mostram a grande complexidade das residências terapêuticas, em especial as dedicadas a clientela com baixo grau de autonomia. Tais estudos evidenciam tanto as dificuldades objetivas, (manutenção e organização do cotidiano, participação dos moradores na vida da moradia, dentre outras), quanto as dificuldades de cunho mais subjetivo (o relacionamento entre os moradores, o processo de inserção na vida coletiva, a reconstrução das identidades dos moradores e dos profissionais que trabalham nas casas, dentre outras).

Cauchick (2001) ao descrever sua experiência como acompanhante terapêutica que dividiu a moradia com ex-pacientes psiquiátricos durante alguns anos, apresenta um cotidiano que mais se assemelha a uma aventura. Um cotidiano marcado por “personagens insólitos” que propunham a todo tempo “situações extremadas, desesperantes ou hilárias” que, segundo Pélbart (2001, p.21), no prefácio do livro de Cauchick,

... requerem do acompanhante uma inventividade no limite da improvisação performática /.../, intervenções, ora mais discretas, ora mais categóricas, a depender da circunstância, exigem muito jogo de cintura e uma arte da metamorfose.

Considerando as experiências já existentes no país de residências terapêuticas, percebe-se um descompasso entre o que os técnicos da enfermagem pensam sobre estes serviços e o que de fato eles são. Percebe-se ainda certa mistura entre o que é a Reforma e o que são as Residências Terapêuticas. Em muitas falas a Reforma é compreendida como um sinônimo da implementação das Residências Terapêuticas. Essa equivalência demonstra uma compreensão limitada do que é o processo de Reforma, se considerarmos as reflexões de Basaglia (1979), quando ele nos alerta para os perigos de restringir a Reforma Psiquiátrica a uma reforma técnica ou institucional. Para este autor, a Reforma deve ser pensada primeiramente enquanto uma mudança ética, cultural e social, da qual a reforma das instituições é somente uma de suas faces.

Esta compreensão mais focalizada da Reforma Psiquiátrica, entretanto, é bastante comum, como nos mostram os dados da literatura. Muitos atores que fazem parte do contexto da saúde mental não têm uma compreensão da abrangência ética deste movimento, como nos mostra, por exemplo, o estudo de Randemark, Jorge e Queiroz (2004) realizado com familiares de usuários de serviços abertos de saúde mental. Os autores concluem que, de uma forma geral, não há uma compreensão mais global da perspectiva ética da Reforma, reduzindo-a ao aprimoramento das instituições para permitirem mais liberdade aos usuários.

A Reforma e o fantasma da desassistência

No caso de alguns técnicos da enfermagem, fica evidente o desconhecimento da Reforma Psiquiátrica como sendo uma Política Pública Nacional de reorientação do cuidado em saúde mental. Na fala de alguns dos entrevistados percebe-se, inclusive, certa confusão entre o que é a política nacional de saúde mental e a difícil política local

vivida dentro do próprio serviço. Tal confusão gera posicionamentos distintos e inseguranças de várias ordens no que tange ao processo de desinstitucionalização dos pacientes da enfermaria.

Há uma frequente associação da Reforma Psiquiátrica com a desassistência, o que é coerente com a vivência destes técnicos. Testemunha-se, em diversos momentos, falas dos técnicos defendendo as internações como forma de proteção e cuidado. A internações e o lugar que estas ocupam, tanto para os pacientes e técnicos quanto para os familiares, continuará sendo investigada no próximo estudo, pois essa ainda é uma questão que gera polêmicas entre os diversos atores do campo da saúde mental. Há grupos que defendem a extinção total das internações, delegando aos CAPS a responsabilidade do atendimento 24 horas. Há outros que defendem internações pontuais nos momentos de crise, seja em hospitais gerais, alguns defendem, seja em hospitais psiquiátricos, defendem outros.

No caso da enfermaria, entretanto, a necessidade de internação não é vista como algo pontual, reservada aos momentos de crise. Ela aparece nos discursos como uma alternativa certa e segura à “perigosa e quase irresponsável” inserção social proposta pela Reforma. Apesar de nenhum entrevistado ter se colocado claramente contra a Reforma Psiquiátrica, alguns falaram abertamente que a reinserção social não é possível para todos os pacientes, como mostrado anteriormente. Alguns entrevistados, como mostra o discurso representacional abaixo, disseram que consideram a Reforma uma imposição que desconsidera a real condição dos pacientes crônicos que não têm nenhuma chance de sobrevivência digna fora das instituições.

Forçar a inserção social é a mesma coisa que pegar uma pessoa que não anda, que vive acamada e falar pra ela: agora você tem que andar porque a reforma diz que você tem que andar (S8, mulher, sem experiência anterior em saúde mental).

Recorre-se também a diversas situações possíveis na vida “extra-institucional”, nas quais os pacientes podem ser alvo de abusos, violência e incompreensão, sem a proteção oferecida pelos técnicos e pela instituição.

Quando os pacientes tiverem lá fora, não vai ter quem proteja. Se eu digo: você vai para a sociedade, eu vou estar expondo ele. Eles já são doentes mentais, se eles não fossem eles estariam lá fora, se eles não estão é porque não tem condições de estar, tem limites (S8, mulher, sem experiência anterior em saúde mental).

Essa postura da equipe vem ao encontro das justificativas de alguns moradores de hospitais psiquiátricos entrevistados por Machado, Manço e Santos (2005) que se recusavam à desospitalização. Nesta pesquisa, os moradores justificavam sua resistência em virtude da proteção concreta e objetiva que o modo asilar oferecia, além de já terem incorporado este modo de vida.

De uma forma geral, a Reforma Psiquiátrica no âmbito da enfermagem é significada tanto enquanto possibilidade de cidadania para aqueles (poucos) pacientes capazes de se inserir, como enquanto violação do respeito à singularidade e do direito ao tratamento daqueles pacientes mais comprometidos. Apesar das inúmeras críticas à instituição onde trabalham, alguns técnicos, quando perguntados a respeito da inserção social dos pacientes, afirmam que a instituição ainda é o melhor lugar que lhes cabe, fazendo uma defesa da internação. A internação é defendida como uma forma de cuidado legítima àqueles que não têm condição de se inserirem.

Para justificar tal defesa, recorre-se às inúmeras dificuldades afetivas, econômicas e sociais da família em cuidar dos pacientes psiquiátricos em casa. Uma das entrevistadas, em especial, fala da necessidade da família também ser tratada para dar conta de cuidar do seu paciente, mas ressalta que isso ainda está longe de acontecer e que ela própria, se

...não tivesse condição de manter um paciente desse com um mínimo de respeito dentro da minha casa, eu colocaria numa clínica e fingiria que não existe. Porque eu não posso matá-lo, eu quero o melhor para ele, então a clínica é o melhor que eu tenho naquele momento. Então eu colocaria numa clínica (S5, mulher, com experiência anterior em saúde mental).

As justificativas adotadas para a internação são econômicas e sociais, facilmente justificáveis, pois cuidar de um paciente psiquiátrico impede que as pessoas trabalhem e se mantenham dignamente, o que não deixa de ser uma realidade. Arelada, porém, às justificativas econômicas e sociais, percebe-se também uma representação do louco como um

...paciente que destrói as coisas com muita facilidade, quebra as coisas, ele rasga roupa, tem um gasto maior do que uma pessoa normal teria (S5, mulher, com experiência anterior em saúde mental).

Evidencia-se aqui a função justificadora das representações sociais da loucura, ainda permeadas pela idéia da periculosidade e incapacidade para a vida social. Percebe-se ainda, pelo discurso desta profissional específica, a necessidade de

desenvolver, ainda que de forma forçada, a tolerância com relação a um possível familiar doente mental. O trecho de sua fala em que diz que...”eu não posso matá-lo, eu quero o melhor para ele”, encontra eco na idéia de Luc Boltanski de que a tolerância é a expressão civilizada do ódio.

O posicionamento relativo à internação, ainda que não seja uma unanimidade na enfermaria, demonstra mais uma vez o descompasso desse serviço com o que vem sendo pensado no âmbito de outros serviços de caráter substitutivo em saúde mental. Alguns estudos vêm sendo feitos sobre o aumento da sobrecarga familiar com o fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas, por outro lado, os serviços substitutivos vêm sendo reconhecidos também como aliados das famílias no compartilhamento das dificuldades e no alívio da sobrecarga no que tange ao cuidado do familiar doente (Randemark, Jorge & Queiroz, 2004; Jorge, Ramirez, Lopes, Queiroz & Bastos, 2008; Mello & Furegato, 2008).

Ainda com relação à família, algumas vezes ela é vista como responsável pelo abandono e doença, outras vezes vista como incapaz de cuidar, o que acaba por justificar a internação. Fala-se da necessidade de apoio para a família que tem um doente mental em casa, ressaltando a importância de profissionais que estejam sempre à disposição para qualquer emergência. Este é um dos pontos a ser aprofundados nos estudos seguintes referentes ao segundo contexto, onde buscaremos compreender quais são as necessidades das famílias e que tipo de cuidado esperam de uma rede de saúde mental.

1.5. Pensando práticas e representações sociais: considerações finais

Como apresentado no início deste Estudo, além do objetivo geral – investigar as relações entre as representações sociais da loucura e as práticas sociais dirigidas aos ex-moradores do hospital psiquiátrico – tínhamos também alguns interesses de cunho metodológico. Relembrando, queríamos investigar se neste contexto as pessoas faziam distinções entre os termos *loucura* e *doença mental* e investigar qual a melhor maneira de acessarmos as representações sociais da loucura e as práticas sociais. Iniciaremos por essas questões para, em seguida, fazermos algumas considerações acerca da relação entre representações e práticas observada neste contexto.

Loucura ou doença mental?

Com relação à utilização dos termos *loucura* e *doença mental*, diferentemente das expectativas iniciais, nenhum deles (e seus correlatos *louco* ou *doente mental*) foi utilizado para designar diretamente os moradores da enfermaria. Quando foram feitas referências aos acontecimentos do dia a dia, à rotina da enfermaria, e aos sujeitos com os quais convivem no cotidiano, os entrevistados utilizaram, de forma predominante, os termos *paciente* ou *paciente psiquiátrico*, sendo este o motivo pelo qual os adotamos neste Estudo 1. Os termos *loucura* e *doente/doença mental* foram utilizados para falar de sujeitos genéricos, ou quando da elaboração de alguma reflexão em nível mais abstrato.

Uma possível explicação para este fato é a relação de proximidade que os técnicos têm com os moradores da enfermaria, mantendo com estes últimos relações marcadas pelo cuidado e pela afetividade. Podemos inferir que tratá-los como loucos ou doentes mentais traria alguma implicação para a própria imagem dos técnicos que guardam uma estreita relação e convivência com essas pessoas. Assim, tratá-los por pacientes, além de ser um termo “tecnicamente correto” e sem tom de depreciação, ainda resguarda uma diferença intransponível entre os dois grupos de técnicos e pacientes.

A utilização cotidiana do termo *paciente* ou *paciente psiquiátrico* é reveladora das características da instituição e das representações sociais que permeiam o cotidiano. Desde o início do movimento social pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, o termo *paciente* foi amplamente questionado, posto que reforça a condição passiva do doente mental e sua história de subordinação no âmbito do paradigma biomédico. Nos serviços substitutivos de saúde mental, este termo foi praticamente substituído pelo termo *usuário*, como forma simbólica de fortalecer a luta pelo resgate dos direitos sociais dos internos das instituições psiquiátricas e como uma tentativa de construir uma nova condição para esses sujeitos. Apesar de ser um termo ainda polêmico e com características de um termo social e politicamente correto, o termo *usuário* é o mais utilizado para designar os pacientes psiquiátricos em tratamento nos serviços substitutivos, ressaltando seu caráter ativo e seu lugar de cidadão, ou seja, de *usuário dos serviços de saúde mental*, como pudemos testemunhar em nossa revisão de literatura.

No caso dessa enfermaria, a utilização predominante do termo *paciente* revela uma visão do sujeito louco como passivo, dependente e incapaz de construir sua

cidadania ou, no mínimo, uma falta de reflexão acerca dos significados que foram historicamente associados a este termo. Revela ainda, mais uma vez, a distância existente entre o cotidiano do serviço e as reflexões e práticas implementadas no bojo do movimento de Reforma, permitindo-nos fazer inferências acerca do caráter ainda asilar e manicomial deste serviço, fechado sobre si mesmo.

O numero de participantes da pesquisa não nos permite generalizar os resultados encontrados acerca das diferenciações entre os termos *loucura* e *doença mental*. De forma geral, tanto a loucura como a doença mental foram associadas ao abandono, à rejeição social, ao viver fora da realidade, ao desequilíbrio emocional e à imprevisibilidade, corroborando dados encontrados por autores constantes de nossa revisão de literatura (López Jiménez, Caraveo Anduaga, Martínez Vélez & Martínez Medina, 1995; Pegoraro & Ogata, 2001; Rodrigues & Figueiredo, 2003; Brito & Catrib, 2004). Duas entrevistas nos permitem fazer algumas reflexões que deverão ser aprofundadas. Uma das entrevistadas, do sexo feminino e sem experiência anterior em saúde mental, afirma que

... se você dá carinho, se você entende a doença, aí é um doente mental... o doente mental é aquele que você sabe que ele tem os problemas dele, como qualquer outra pessoa, um pouco mais diferenciado... se você cuida, se você orienta, ele só tem um problema mental, um problema como um outro comum. Agora se você discrimina realmente, aí ele pode virar um louco, um psicótico, um assassino... se você afasta da sociedade, se você esconde das pessoas, essa pessoa se torna louca, agressiva... (S4, sexo feminino sem experiência em saúde mental)

Dentro dessa compreensão, pode-se inferir que a doença mental é compreendida como um fenômeno do qual se conhece algo, para o qual existe um corpo de conhecimentos que permite uma intervenção. Subentende-se que a doença mental faz parte de um universo cientificamente codificado, como algo que pode ser contornado, medicalizado, o que está em consonância com a idéia de que a doença mental é uma redução do fenômeno da loucura ao âmbito médico-científico (Foucault, 1972, 2000).

Já a loucura faz parte de um universo mais amplo, que ultrapassa o âmbito científico, e para o qual não há respostas prontas nem uma compreensão fechada. Se por um lado a loucura aparece como algo incontornável, violento, fruto da exclusão social, por outro ela também aparece como algo que faz parte da natureza humana e a qual todos estamos sujeitos. Nesse sentido recorre-se constantemente a frases chavões como

“*De médico e louco todo mundo tem um pouco!*” e afirmações tais como “...*tem tanta gente que está aí, nesse país aí, que a gente considera louco, faz tanta coisa de errada, não é?*”, trazida por outro entrevistado, do sexo masculino e com experiência anterior em saúde mental.

Percebe-se, de forma geral, que a loucura permanece como um fenômeno polissêmico que pode ser evocado para significar situações e condições humanas diferentes, em contextos diversos. Percebe-se ainda, a coexistência, em diversas combinações, das concepções trágica e crítica amplamente discutidas por Foucault (1972) apresentadas na introdução deste trabalho. De qualquer forma, não houve diferenciações consistentes entre dois termos investigados, o que nos leva a tratá-los como faces de um mesmo objeto. Em todo caso, continuaremos a utilizar o termo loucura enquanto objeto de investigação de representações e práticas, por este ser considerado mais amplo e polissêmico.

O roteiro de entrevistas

Sabemos que não existe um método de pesquisa específico da TRS e há várias formas de conhecermos as representações sociais. Neste estudo optamos pela entrevista estruturada, que se mostrou eficaz no sentido de nos aproximarmos de nossos objetos de estudo. O roteiro de entrevistas utilizado nos permitiu captar a realidade do ponto de vista mais descritivo, o que nos levou à necessidade de ampliá-lo para o próximo estudo, explorando de maneira mais aprofundada algumas questões.

Dentre as questões que não foram respondidas (ou foram respondidas parcialmente), por não estarem claramente colocadas no roteiro de entrevista, e que merecem aprofundamento, apontamos algumas: a) a permanência das representações arcaicas da loucura associadas à periculosidade, imprevisibilidade e incapacidade para a vida social; b) a construção das relações de alteridade entre “loucos” e “não loucos”; c) o papel das práticas sociais na construção da alteridade?; c) a comunicação entre “loucos” e “não loucos?; d) a responsabilidade pelo cuidado; e) a participação do usuário em seu tratamento.

No roteiro de entrevista deste estudo constava uma questão de evocação cujo termo indutor era a expressão *novas práticas de cuidado em saúde mental*. Reconhecemos ser uma pergunta ampla e de difícil resposta, tendo sido nosso objetivo conhecer o que se pensa sobre esse assunto. O que verificamos foi um conhecimento parcial das práticas propostas pela Reforma, trazidos de forma idealizada sem conexão

clara com o real das práticas cotidianas na enfermaria. Perguntar somente sobre as novas práticas não nos esclareceu suficientemente a respeito do que se conhece sobre a Reforma Psiquiátrica propriamente dita. Desta forma, consideramos importante incluir no Estudo 2 mais uma questão de evocação, com o termo indutor Reforma Psiquiátrica, para investigar este objeto de forma mais clara e específica.

Neste sentido, também se faz importante acrescentar perguntas sobre os conceitos que constantemente são trazidos na fala dos entrevistados, mas com uma compreensão muitas vezes diferente de seu contexto de origem, tais como: inserção social, cidadania, autonomia, tratamento humanizado.

Com relação aos nossos objetivos específicos de pesquisa (investigar quais são as representações sociais da loucura/doença mental, elaboradas pelos técnicos de enfermagem, cuidadores dos moradores da enfermaria; investigar quais são as práticas sociais dirigidas a estes moradores e como são construídas essas práticas e investigar como se dá a relação entre as representações sociais da loucura/doença mental e as práticas sociais neste contexto da enfermaria), apresentaremos algumas considerações a seguir.

No movimento entre representações e práticas, a manutenção da alteridade

Com relação às representações sociais da loucura, verificamos que ela ainda continua marcada pela idéia de alienação da realidade, imprevisibilidade, periculosidade/agressividade. A referência à “cronicidade” é bastante presente no sentido de justificar a manutenção de práticas tradicionais e a insegurança à implementação de novas outras. Entretanto, alguns fatores nos permitem inferir que nem tudo se passa como nos tempos de Artaud¹¹.

Apesar das limitações institucionais e das características visivelmente asilares dessa enfermaria, ela estava dentro de um espaço físico agradável, com grande área verde que permitia certa mobilidade dos pacientes e técnicos. Essas características físicas fizeram com que essa enfermaria se distanciasse dos cenários opressores e

¹¹ Quando nos referimos aos “tempos de Artaud” estamos fazendo referência aos grandes hospitais psiquiátricos existentes no século XIX e XX, que foram alvo de intensas críticas e transformações pelos movimentos de reforma psiquiátrica devido às suas características iatrogênicas e totais, além da intensa violência institucional para com seus internos. A referência a Artaud, importante escritor e dramaturgo francês, se dá pelo fato dele ter vivido seus últimos anos de vida em manicômios na França, de onde escreve alguns de seus textos emblemáticos como, por exemplo, *Cartas de Rodes* no qual descreve minuciosamente sua sofrida e violenta experiência de internação nesta tradicional instituição psiquiátrica.

degradantes dos grandes hospitais psiquiátricos, tendo permitido uma convivência mais próxima entre técnicos e pacientes.

A convivência que foi se construindo no cenário dessa enfermaria permitiu, ainda que de forma não sistemática, a emergência de questionamentos das representações sociais tradicionais da loucura evidenciando algumas de suas contradições, dissonâncias e limitações. Na convivência do dia a dia são vivenciadas experiências que colocam em questão, por exemplo, a concepção anteriormente cristalizada de que a fala do louco não merece crédito, por ser simplesmente um “amontoado de palavras sem sentido”, como denunciava Antonin Artaud (1925) em sua emblemática *Carta aos médicos chefes de manicômios*. A constatação de que alguns pacientes também têm capacidade para produzir e se concentrar, bem como se relacionar afetivamente impõe questionamentos à tradicional representação do louco como improdutivo e totalmente alheio à realidade circundante.

Esses questionamentos advindos da convivência tiveram, inicialmente, alguma ressonância nas práticas dirigidas aos pacientes psiquiátricos. Em função da abertura para uma nova compreensão do paciente como alguém que “tem seus momentos de lucidez”, que sente, tem capacidades e se relaciona afetivamente, percebeu-se um movimento no sentido de criar atividades, tanto para o entretenimento, como para a reabilitação psicossocial dos pacientes.

Este movimento de tentar implementar novas práticas a partir de questionamentos das representações advindos da convivência vem ao encontro à observação de Abric (2001), no que tange ao movimento de auto-regulação entre representações e práticas. Segundo este autor, quando há alguma dissonância entre representações e práticas, percebe-se um movimento de transformação em uma ou outra. Este mesmo autor, entretanto, afirma que apesar das representações e práticas funcionarem como um sistema, estas duas dimensões são distintas e têm seus próprios desenvolvimentos, o que, por vezes, implica em “instabilidades temporárias” desse sistema e rearranjos em uma ou outra dimensão.

Neste sentido nos cabe perguntar se houve, de fato, alguma transformação no sistema representações-práticas neste contexto da enfermaria a partir desses questionamentos. Apoiados nas reflexões de Rouquete (1998) e Flament (2001) acerca do processo de transformação das representações sociais, dentre as quais enfatizaremos a importância que estes autores atribuem à percepção que o sujeito tem da reversibilidade ou irreversibilidade da situação. Estes autores situam esta idéia em

contextos onde os sujeitos vivem uma situação de mudança nas práticas. Em nosso caso, a situação é inversa: temos um contexto tradicional (apesar de que em função de sua história não o deveria ser...), marcado por práticas tradicionais de controle e confinamento e que, aparentemente, busca-se uma mudança, a partir do questionamento das representações sociais.

Rouquete (1998) afirma que, apesar de representações e práticas funcionarem como um sistema, quando o contexto é inalterado há uma supremacia das representações sociais, que exercem de forma mais visível suas funções orientadora e justificadora. Com a convivência, supomos inicialmente que os questionamentos acerca das representações arcaicas poderiam impor uma transformação nas práticas e, assim, consolidar as transformações que se anunciavam nas representações.

Observamos as tentativas dos técnicos em propor novas atividades, motivados pelas descobertas e surpresas advindas da convivência com os pacientes, que revelaram uma possibilidade de transformação no sistema representações-práticas. Essa transformação, entretanto, requer tempo e algumas condições para que aconteçam, tais como uma reflexão contínua acerca das práticas, dos posicionamentos pessoais, compreensão dos sentimentos diante do estranho, disposição para modificar hábitos, dentre outras várias condições. Ou seja, para que haja mudança, o “primeiro impulso” deve vir acompanhado de um processo mais amplo que permita a reflexividade constante.

No caso de nossa enfermaria, a falta de apoio institucional, revelada na falta de supervisão e de equipe interdisciplinar, não permitiram um melhor aproveitamento dos frutos da convivência, tais como o questionamento das representações arcaicas da loucura acima citados. Tais faltas pontuadas pelos próprios entrevistados impuseram limitações para o processo de transformação das práticas cotidianas, o que fica evidente nas três classes temáticas do primeiro eixo.

Entendemos que falta de uma equipe interdisciplinar teve seus reflexos no próprio desenvolvimento da equipe enquanto protagonista no processo de reabilitação psicossocial dos pacientes. A não existência da interdisciplinaridade dificultou uma construção coletiva de olhares e condutas e a experimentação de novas estratégias de cuidado para além das “práticas procedimentais”, haja vista o não compartilhamento de responsabilidades com outros profissionais e esferas institucionais e sociais, o que foi com frequência ressaltado pelos técnicos.

Acreditamos, em consonância com as reflexões empreendidas no âmbito das diversas experiências de Reforma Psiquiátrica, que a constituição de equipes interdisciplinares seja um importante propulsor de transformações nas representações sociais da loucura e, conseqüentemente, nas práticas dirigidas aos pacientes psiquiátricos. Diferentes profissionais, quando estão abertos para o trabalho em conjunto, podem contribuir com diferentes visões acerca da loucura, colocando em jogo elementos de representação advindos de práticas e experiências distintas. No caso da enfermaria, a falta de outros profissionais para compartilhar experiências e responsabilidades levou à desistência na construção dessas novas práticas.

A falta de espaço para supervisão também pode ser considerada como um obstáculo ao processo de transformação das práticas e representações sociais da loucura, na medida em que não permite o compartilhamento de experiências entre os atores deste contexto. A supervisão clínica e institucional atualmente vem sendo considerada como um recurso fundamental para o desenvolvimento de uma postura auto reflexiva nos serviços de saúde mental, bem como um espaço de sustentação para a transformação das práticas cotidianas e as representações que as permeiam. Essa visão de supervisão é apoiada por Mascarenhas (1990, p.62) quando este autor afirma que a supervisão...

...é um lugar de expressão de dúvidas, angústias, dificuldades técnicas, pessoais ou de conhecimentos mais ou menos sistematizados, onde se encontram interlocutores, onde se compartilham e se elaboram essas questões. Podemos chamar de terapia do papel profissional. Lugar privilegiado de articulação da teoria e da prática.

A importância da supervisão clínico-institucional é reconhecida em seu potencial de fomentar novas representações e práticas, inclusive, pelo próprio Ministério da Saúde quando da criação da Portaria MS/GM nº 1174/2005. Esta portaria ministerial prevê incentivo financeiro para qualificação dos profissionais dos CAPS, incluindo a supervisão como um dos importantes instrumentos para a consolidação da rede de atenção psicossocial. A supervisão também pode se constituir em uma abertura para o estabelecimento de novas formas de contato entre membros da mesma equipe, proporcionando outros espaços de conversação para além do espaço instituído.

O fato de não haver apoio institucional, de não haver espaços para reflexão, nem suporte para o trabalho na enfermaria revela também representações sociais acerca da loucura. Quando da chegada desses pacientes à instituição, foi visível a resistência dos profissionais em trabalhar com a nova clientela, considerada muito “cronificada” para

aquele serviço. Poucos profissionais de nível superior se dispuseram a trabalhar na enfermaria, haja vista o alto grau de comprometimento psiquiátrico dos novos moradores, o que exigiria maior esforço reflexivo e inovação das práticas por parte desses profissionais. Esse novo desafio, supomos, também poderia ameaçar a identidade e competência desses profissionais, não acostumados a uma clientela de pacientes tão “crônicos”. A resistência por parte desses profissionais de nível superior também nos parece reveladora de representações sociais da loucura fortemente associadas à periculosidade, mas, especialmente, à impossibilidade de reabilitação psicossocial e à incapacidade de participação na vida social.

Além da resistência por parte da equipe profissional, ficou em evidência também uma resistência por parte dos próprios usuários do serviço em dividir o espaço da instituição com a nova clientela. O grupo de pacientes advindos do hospital psiquiátrico recém fechado, em virtude de seu alto grau de institucionalização, não foi bem recebido por outros usuários, já frequentadores da instituição aberta. Percebe-se que houve um movimento de exclusão dentro da própria exclusão. Os usuários já em processo de reabilitação psicossocial não se identificavam com os novos moradores e evitavam o contato, sendo inclusive, diferente o horário de almoço desses grupos, de modo que eles não se encontrassem no ambiente do refeitório. Tal atitude reforça a idéia de subgrupos dentro do grande grupo, aparentemente homogêneo, de usuários do serviço de saúde mental. Compreendemos que a aproximação com pessoas com quadro psiquiátrico mais agravado, de certa forma, poderia comprometer a própria identidade dos usuários mais antigos. Assim, ficou evidente mais uma vez, o movimento de exclusão do novo grupo, como forma de preservação da identidade dos que já estavam na instituição.

Conclui-se que a exclusão vivida por grupos sociais acaba por gerar novas exclusões, evidenciando que a exclusão social é fenômeno que se retroalimenta. Assim, faz-se importante conhecer o que origina tal movimento de exclusão e a construção das alteridades, seja entre os profissionais da saúde seja entre os próprios usuários.

Voltando a nossos técnicos de enfermagem da enfermaria, a despeito da “boa vontade” e das relações afetivas que se estabeleceram, eles não deram continuidade aos projetos iniciados, não investindo na construção de novas práticas que permitissem a emergência de novas representações sociais da loucura. Os motivos alegados foram as dificuldades institucionais (falta de equipe interdisciplinar, acompanhamento e supervisão), aliadas à percepção do preconceito que outros grupos dentro da instituição tinham com os pacientes da enfermaria, o que restringia a possibilidade de integrá-los às

atividades do serviço aberto. Consideramos que estes motivos têm, certamente, implicações importantes para os processos de mudança do sistema representações-práticas.

Entretanto, outro motivo também foi observado em nossas entrevistas, apesar de não diretamente verbalizado, mas visível nas práticas cotidianas: a ameaça da proximidade com este “outro vindo de dentro”, usando as palavras de Jodelet (2005). A proximidade com sujeitos considerados loucos, e ainda tão comprometidos pela longa história de institucionalização, levou à construção de barreiras simbólicas rigidamente estabelecidas entre os grupos. Barreiras construídas por meio de práticas significantes: o abandono das atividades lúdicas e terapêuticas, o cumprimento (quase obsessivo) dos procedimentos ligados ao cuidado físico, as negociações onde a autoridade imperava sobre o desejo do outro, a resistência em conversar, a rígida separação dos espaços físicos reservados aos técnicos e aos pacientes, dentre outras inúmeras práticas que denunciavam as tentativas de diferenciação.

Essas barreiras foram construídas no sentido de proteger a identidade profissional dos técnicos quando se viram em situações desafiadoras que, de certa forma, colocavam em xeque sua competência profissional, já tão desgastada pelo lugar institucional que ocupavam. Barreiras que os protegiam da constatação de que o outro também tem uma história pessoal para além da doença, também é capaz de conversar, de ter “momentos de lucidez”, de observar, de estabelecer relações sociais e de ser afetivo. Enfim, barreiras que os protegiam e os diferenciavam do louco, este ser tão estranhamente próximo.

O apelo à cronicidade dos pacientes, revestido pelo discurso do cuidado e da proteção, foi o recurso encontrado por nossos técnicos para protegerem suas identidades pessoal e profissional. Os questionamentos suscitados pela convivência com os pacientes, mas sem eco nas reflexões acerca das práticas de cuidado, portanto, questionamentos não ouvidos e não sustentados (objetiva e subjetivamente), parecem ter contribuído para o recrudescimento de antigas representações, associadas à cronicidade, à periculosidade, imprevisibilidade e, especialmente, à incapacidade para viver em sociedade. Essa incapacidade se revelou quando os técnicos puderam falar, em nome da sociedade, sobre a Reforma Psiquiátrica. A compreensão fragmentada, em virtude da vivência deste grupo, reforçou a idéia, também presente em outros meios, de que a Reforma não é para todos.

As tentativas de mudanças nas práticas foram minadas por dificuldades de várias ordens, desde as pessoais até as institucionais, aliadas ao pouco poder dos técnicos de levar a cabo tais mudanças (o que é mais um elemento importante para a transformação das representações sociais, segundo as reflexões de Rouquete, 1998 e Flament, 2001). Apesar dos esforços empreendidos e do sentimento incômodo com a situação da enfermaria por parte de todos os técnicos, a impossibilidade de mudança (ou seja, a irreversibilidade do *status quo*) levou ao recrudescimento e confirmação das representações sociais tradicionais da loucura. Os questionamentos e novos elementos de representação não encontraram espaço para seu fortalecimento. Fortaleceu-se, isto sim, a necessidade de construir a alteridade com relação ao louco. Em suma, pela (percepção da) impossibilidade de transformação das práticas, as representações sociais, apesar de questionadas, ainda permaneceram tal como antes.

A seguir, apresentaremos o Estudo 2.

ESTUDO 2

O ÁRDUO CAMINHO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: VIVER O COTIDIANO E SUAS CONTRADIÇÕES, MUDANÇAS E PERMANÊNCIAS

2.1. Contexto: Programa Vida em Casa (PVC)

O fechamento não planejado da Clínica de Repouso Planalto, conforme apresentado anteriormente, gerou grande desequilíbrio na rede de saúde mental, levando à necessidade de criação de um serviço de atendimento domiciliar para a clientela desospitalizada. Desta forma, o **Programa Vida em Casa (PVC)** foi oficialmente instituído em julho de 2004 para atender em domicílio os antigos pacientes e/ou moradores da extinta Clínica de Repouso Planalto e seus familiares.

O PVC é definido em sua apresentação institucional¹² como “um programa de Saúde Mental Domiciliar, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento de pessoas com transtornos mentais graves, índice de internações prolongadas e resistentes ao tratamento”. Tem como objetivo geral “prestar assistência às pessoas acometidas de transtornos mentais, viabilizando reinserção social a partir de uma atuação multidisciplinar em domicílio para melhoria da qualidade de vida e promoção de convivência familiar e comunitária”. Mais especificamente visa: a) desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde mental dos usuários e familiares, articulando recursos comunitários para o fortalecimento de redes sociais; b) prevenir crises, recaídas e internações prolongadas de usuários, por meio da assistência medicamentosa (inclusive medicação excepcional de alto custo) e inserção da família no tratamento; c) promover assistência social e psicológica de apoio a usuários, familiares e cuidadores; e d) contribuir para a promoção da inclusão social do usuário e da família na comunidade, e para a desconstrução do estigma da doença mental.

Esses objetivos se desdobram em uma série de ações e serviços que o PVC oferece aos seus usuários. Tais ações podem ser subdivididas em domiciliares e externas. As ações domiciliares são: visita realizada por equipe multiprofissional, administração de medicação injetável, atendimento psiquiátrico, psicológico e social, e realização de procedimentos de cuidados especiais, como curativos, banho e higiene

¹² A apresentação institucional utilizada como fonte das informações citadas foi elaborada pelas assistentes sociais Maria da Anunciação Soares de Castro Alves e Jamila Zgiet e pela psicóloga Marina Rúbia Anjos, para ser apresentada no 6º Fórum Intersetorial Rede Sociedade Solidária realizado pela Legião da Boa Vontade, em 2 de abril de 2009.

geral. As ações externas são: marcação e acompanhamento dos usuários em consultas, perícias e exames, orientação e assistência social à família e ao usuário, assistência psicológica às famílias. O PVC também tem uma atuação na inscrição de usuários e monitoramento do programa federal De Volta Pra Casa no DF.

A escolha do PVC como contexto para realização do Estudo 2 foi motivada por alguns fatores. Primeiramente, o PVC tem entre seus pressupostos uma orientação conceitual consonante com as diretrizes na política nacional de saúde mental e funciona, pelo menos de acordo com sua definição institucional, como um programa que visa promover a desinstitucionalização dos antigos internos da Clínica Planalto. O PVC foi o primeiro programa no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do DF a ter como objetivo, claramente definido, trabalhar a desinstitucionalização de um contingente específico de usuários de uma instituição psiquiátrica fechada.

Além disso, o PVC tem características bem peculiares, que o distinguem das estratégias e dos serviços substitutivos legalmente instituídos. Sua atuação tem algumas semelhanças com o trabalho de assistência à saúde realizado na atenção básica, especialmente a Estratégia Saúde da Família, mas não podemos afirmar que se trata de atenção básica, por ter um foco mais especializado. Por sua história e características, consideramos o PVC como uma iniciativa criativa, que nasceu em virtude de uma situação emergencial e que foi se estruturando a partir das necessidades que se apresentaram.

É um programa que, apesar de suas limitações e contradições, ao longo de sua existência se tornou uma referência na atenção à saúde mental no DF, rompendo o ciclo de reinternações psiquiátricas da maior parte de seus usuários. Estes são alguns motivos que nos levaram a escolher o PVC como nosso campo de pesquisa.

Ao buscamos compreender as relações entre RS da loucura e as práticas sociais no âmbito de experiências de desinstitucionalização estamos cientes, entretanto, das dificuldades em eleger tais contextos e experiências. Este momento de transição de modelos no país, conforme testemunhamos em nossa revisão de literatura é um terreno propício para tensões e contradições entre representações e práticas, entre o novo e o tradicional.

No caso do PVC, apesar de estar conceitual e ideologicamente alinhado com os pressupostos da Reforma, não significa que haja, necessariamente, um alinhamento “perfeito” de suas práticas com os princípios e as diretrizes da política nacional de saúde mental. Grosso modo, discursos engajados com a Reforma Psiquiátrica, coexistem com

antigas representações sociais da loucura e com práticas “institucionalizantes”, revelando contradições e evidenciando questões ainda não respondidas, gerando tensões e, possivelmente, potencializando transformações. Assim, podemos dizer que o PVC é um exemplo “micro” das tensões entre representações e práticas, entre o novo e tradicional, que acontecem em outros contextos de desinstitucionalização, o que nos autoriza incluí-lo como contexto de nossa pesquisa.

2.2. Objetivos

Neste contexto do PVC, considerado uma experiência de tentativa de implementação da Reforma Psiquiátrica no DF, buscamos responder à seguinte pergunta geral: como se relacionam as representações sociais da loucura e as práticas sociais dirigidas aos usuários do programa, pacientes psiquiátricos em processo de desinstitucionalização? Esta pergunta inclui perguntas mais específicas, quais sejam: a) quais são os elementos que compõem as representações sociais da loucura e como se estruturam essas representações no contexto do PVC?; b) quais são e como são constituídas as práticas sociais no âmbito do PVC, dirigidas aos usuários do programa em processo de desinstitucionalização? e; c) como se articulam essas representações e práticas no cotidiano do programa?

Para responder essas perguntas, elaboramos os objetivos desse estudo. O **objetivo geral** do Estudo 2, que coincide com o objetivo do Estudo 1 apresentado anteriormente, é investigar as relações entre as representações sociais da loucura e as práticas sociais dirigidas aos doentes mentais em contexto específico de desinstitucionalização.

A partir deste objetivo geral depreendem-se os **objetivos específicos**:

a) Investigar quais são os elementos que compõem as representações sociais da loucura, elaboradas pelos principais atores sociais do PVC - profissionais, familiares e usuários, e como se constituem essas representações;

b) investigar quais são e como são construídas as práticas sociais no contexto do PVC dirigidas aos usuários do programa.

c) investigar as relações entre as representações sociais da loucura e as práticas sociais dirigidas aos usuários do PVC.

Antes de apresentarmos a metodologia utilizada e os resultados obtidos, alguns comentários sobre nossa aproximação e o processo de construção do desenho de pesquisa neste contexto.

2.3. Aproximação com o campo de pesquisa

A aproximação com o campo de pesquisa se deu nos meses de janeiro e fevereiro do ano de 2009, quando realizamos as primeiras visitas e contatos com o PVC, com o objetivo conhecer o trabalho realizado pelo programa.

Logo na primeira visita ao programa fomos apresentadas à equipe profissional pela assistente social coordenadora do PVC, com quem já havíamos trabalhado e tínhamos algum vínculo. Na conversa inicial firmamos, ainda que informalmente, alguns acordos. Um deles era de que este primeiro momento seria somente de observação, não devendo ser despertada nenhuma expectativa a respeito do que seria feito, porque ainda não tínhamos um projeto de pesquisa claramente formulado.

Na segunda visita ao PVC, participamos de uma visita domiciliar junto com a coordenadora e um técnico de enfermagem. Esta visita foi à casa de um usuário do programa cuja irmã estava com câncer. Havia uma expectativa de que o usuário pudesse ser doador de medula para a irmã. Todos os outros membros da família haviam feito teste de compatibilidade e não passaram. Um cenário de sofrimento, culpas, expectativas frustradas e situação social digna de nota: muitas pessoas morando na mesma casa de dois cômodos, algumas crianças e adultos, renda familiar precária.

Desta primeira visita, uma constatação: não poderíamos começar a pesquisa sem um projeto mais claro. Corríamos o risco de haver uma sobreposição das atribuições de pesquisadora e psicóloga diante dos cenários que encontraríamos e, principalmente, diante da necessidade do PVC em ampliar sua escuta aos usuários. Logo nesta primeira visita domiciliar, diante da necessidade, já nos foi solicitado que conversássemos com os familiares do usuário. Após essa visita foi retomada novamente a intenção de pesquisa.

Mais especificamente sobre este contexto da pesquisa de campo, percebemos que se trata de uma espécie de mosaico, composto de cenários complexos, permeados por sofrimento psíquico intenso e problemas sociais graves. Diante desta constatação emergiu uma pergunta corrente nas ciências sociais: é possível ser somente um observador neutro?

O aspecto metodológico da pergunta pressupõe uma reflexão teórica sobre o lugar do qual nos posicionamos com relação ao objeto investigado e ao papel desempenhado no contexto de pesquisa. Em nosso caso reconhecemos, a partir das características do próprio contexto, a impossibilidade da total neutralidade. Considerando ainda nossos objetos de pesquisa - loucura e as práticas sociais -

neutralidade, objetividade e definições operacionais rígidas não nos parecem pressupostos possíveis ou capazes de abarcar a complexidade de nosso objeto.

Desta forma, uma das estratégias de pesquisa que nos pareceu mais adequada foi da observação participante, na medida em que coloca em cheque a não participação e a quase “assepsia” do pesquisador com relação ao contexto pesquisado. Nas duas etapas deste Estudo apresentadas à frente, ocupamos as posições de *participante-observador* (na primeira etapa etnográfica) e de *observador-participante* (na segunda etapa das entrevistas).

Partimos do pressuposto de que a presença do pesquisador por si só já incita alguma influência, como mostram os diversos estudos sobre influência social apresentados por Cialdini e Trost (1998).

Vale ressaltar ainda que não se trata de um ambiente experimental aonde é possível, ainda que artificialmente, controlar as variáveis de interesse para a pesquisa. Trata-se de um contexto real, aonde vivem cotidianamente os sujeitos e do qual passamos a fazer parte. Passamos a estar também sujeitas às imprevisibilidades e vicissitudes da vida cotidiana. Inserimo-nos no dia a dia de pessoas concretas, que convidamos a ser participantes de pesquisa. Investigamos a relação destas pessoas com a loucura e a experiência advinda desta relação, o que, acreditamos, abre possibilidades de reflexões e ações. Assim, de alguma forma, pode-se dizer que, há algum tipo de intervenção, ainda que de forma não intencional.

Essas foram algumas reflexões colocadas logo no primeiro momento de aproximação com o campo de pesquisa e que precisavam ser melhor delimitadas. Lembramo-nos da recomendação de Angrosino (2009, p.49), quando este autor afirma que se deve ter “muito cuidado na escolha de um campo de pesquisa onde esperem que você seja ou excessivamente participante ou mantido à distância”. Assim sendo, para não incorrer no risco de misturar de forma insolúvel os papéis de pesquisadora e psicóloga, suspendemos por alguns meses a pesquisa de campo para melhor sistematizar o projeto de pesquisa.

O contato formal foi retomado no dia 09 de julho de 2010, com um desenho de pesquisa sistematizado que foi apresentado e aprovado pela coordenação do PVC. Na sequência, este desenho foi apresentado na forma de um projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CEP/SES) - processo nº 368/2010 - que o aprovou.

2.4. Metodologia

A partir dos objetivos de nosso estudo, da complexidade dos objetos investigados, da abordagem teórica que sustenta nosso trabalho e, por que não lembrar, do nosso engajamento no campo da saúde mental, construímos um desenho metodológico que nos pareceu mais adequado, qual seja: uma pesquisa qualitativa com abordagem etnográfica e plurimetodológica.

Flick (2009) afirma que, em função da proliferação da pesquisa qualitativa há uma tendência em se substituir o termo “pesquisa” por “investigação”, ou ambos por “etnografia”. Particularmente, não concordamos totalmente com tal generalização, pois acreditamos que, apesar de apresentar características etnográficas, nem toda pesquisa ou investigação qualitativa é, necessariamente, uma etnografia em seu sentido mais clássico. Nosso ponto de discordância refere-se, especificamente, a uma entre as diversas características da etnografia. No caso de nossa pesquisa, entendemos que ela possui diversas características etnográficas que serão apresentadas a seguir, mas um ponto nos escapa, sem o qual, não nos autorizamos a dizer que estamos fazendo etnografia em seu sentido originário. Tal ponto refere-se justamente ao processo de construção do desenho metodológico.

Caprara e Landim (2008), em acordo com a vasta literatura relativa à etnografia, afirmam que o processo de pesquisa não pode se dar a partir de procedimentos estandarizados. Primeiramente o pesquisador entra no campo de pesquisa, se familiariza com seus atores e seus códigos e, ao longo desta imersão vai, paralelamente, construindo seu desenho de pesquisa e executando-o. Inicialmente, a intenção era seguir este caminho e construirmos o desenho metodológico estando já imersas em nosso campo de pesquisa, o PVC. Entretanto, quando da primeira aproximação, consideramos necessário definir de forma mais objetiva o que iríamos fazer antes de iniciarmos nossa imersão no campo, pois percebemos que poderíamos, além de confundirmos os papéis como alertado anteriormente, nos tornarmos presas fáceis do que Sá (1993) chama representação da representação¹³. Neste aspecto, este estudo se diferencia de uma etnografia clássica.

¹³ Sá (1993) ressalta a necessidade de transformar os fenômenos de representação, caracteristicamente construídos no universo consensual, em objetos de pesquisa, “que são tipicamente uma elaboração do universo reificado da ciência” (p.22). O autor alerta para o fato de que o estudo da representação que está contido no mesmo universo consensual em que esta é mobilizada para fins práticos da vida cotidiana, tem como produto uma duplicação: a representação da representação, com pouco valor para o melhor entendimento psicossociológico do fenômeno. O autor alerta ainda para o fato de que “participar do

Entretanto, podemos dizer que se trata de um estudo com abordagem etnográfica. Originária da Antropologia, a abordagem etnográfica vem se constituindo em um importante instrumental para a construção de conhecimentos em outras disciplinas científicas, dentre elas a Psicologia, por ter como premissa um envolvimento com o campo de pesquisa, permitindo assim, elaborar sínteses que estejam contextualizadas à realidade. Geertz (1989) em seu clássico livro “A interpretação das culturas” afirma que a etnografia não é somente um método de pesquisa, mas um processo marcado por uma sensibilidade reflexiva que considera, de forma relevante, a própria experiência do pesquisador no campo, junto às pessoas com as quais trabalha. Tal afirmação também nos parece interessante para este estudo na medida em que nos reposiciona e legitima como parte integrante do campo a ser investigado.

Uma interessante retomada dos grandes autores da Etnografia foi feita por Sato e Souza (2001), ao discutirem sua importância para a pesquisa em Psicologia. Para essas autoras, a etnografia é uma estratégia de pesquisa, rica para o estudo dos processos e interações sociais, das práticas e das representações, pois, em função de suas características, possibilita o acesso à complexidade e à singularidade das atividades diárias das pessoas.

De uma forma geral, a etnografia caracteriza-se por uma imersão no campo por um tempo prolongado, em contato direto com o objeto pesquisado. Tem por objetivo conhecer os detalhes do contexto onde a pesquisa ocorre, permitindo, desta forma, o acesso ao saber local. Esta abordagem exige do pesquisador uma abertura para o olhar do outro, e para as diversas novidades que o campo vai apresentando. Com a etnografia, abre-se espaço para que os objetos de pesquisa nos surpreendam com novas facetas antes não pensadas ou conhecidas.

A etnografia consiste em uma pesquisa flexível e capaz de abarcar desde os elementos mais “macro”, relativos ao contexto sócio-político e institucional, até os elementos “micro”, relativos à dimensão subjetiva presente e constantemente atualizada nas relações interpessoais (Geertz, 1998). Esta reflexão nos permite avaliar positivamente a adequação da abordagem etnográfica em nosso estudo, pois todo o percurso teórico foi caracterizado pela tentativa de articulação entre os diversos níveis de compreensão e análise das representações sociais da loucura e das práticas a elas associadas. Quando falamos dos diversos níveis de compreensão e análise, relembramos

universo consensual, como indivíduos comuns que todos somos ou mesmo como cronistas atentos, é uma coisa; estudá-lo como tema substantivo da psicologia social é outra” (p.22)

nosso olhar voltado aos níveis de análise propostos por Doise (1984): societal, intergruppal, interpessoal-intragruppal e intrapessoal, apresentados na introdução desta pesquisa.

Um dos principais “ofícios” do etnógrafo é a observação e descrição do contexto em que está imerso. Entretanto, esta descrição que deve ser bastante objetiva em seu início, não é suficiente para caracterizar um trabalho etnográfico. Concordamos com Rockwell (1986), quando afirma que o etnógrafo observa ao mesmo tempo em que interpreta. E nesse “duplo processo de observação e interpretação, abre-se a possibilidade de criar e enriquecer a teoria” (Rockwell, 1986, p. 50). Tal postura também é defendida por Peirano (1995, p.19) quando esta autora defende a idéia de que...

... as observações são realizadas não só para descrever o curioso, o exótico ou o diferente por si mesmos (pelo natural interesse que despertam), mas também, e principalmente, para universalizá-los. São essas duas direções - a especificidade do caso concreto e o caráter universal da sua manifestação - que levam a antropologia a um processo de refinamento de problemas e conceitos e não, como propalam os estereótipos a respeito do seu empirismo, a um acúmulo de informações sobre situações bizarras.

Essa discussão da relação entre o caso concreto e o universal nos foi útil quando, ao observar o cotidiano do PVC durante os 12 meses (julho/2010 a julho/2011) da pesquisa de campo, não tínhamos somente uma “curiosidade” por aquele contexto específico. Como explicitado anteriormente, este contexto pode ser considerado um recorte de uma realidade maior, em que há algo de representativo do todo, que provavelmente se repete em outras experiências.

Para reconhecermos essas supostas “universalidades” também se faz necessário um esforço teórico de elaboração sobre as possíveis ancoragens pessoais, institucionais, culturais e sociais desta experiência específica, o que faremos ao longo das duas etapas deste Estudo 2, apresentadas a seguir.

Etapas da pesquisa

Este estudo 2, realizado no contexto do PCV, ocorreu em duas etapas, cujas técnicas de pesquisa utilizadas, resultados e discussão serão apresentadas separadamente. Essas duas etapas foram planejadas e executadas de forma articulada, de forma a acompanhar os diferentes momentos da trajetória da pesquisadora no campo.

A Etapa 1 caracterizou-se pelos primeiros sete meses de vivência no campo de pesquisa (julho/2010 a fevereiro/2011), quando conhecemos mais a fundo a dinâmica de funcionamento cotidiano do PVC. Foram utilizadas nesta primeira etapa de pesquisa as técnicas de observação participante e pesquisa documental, o que nos permitiu o contato inicial com as representações e práticas neste contexto e facilitou a compreensão dos processos de ancoragem.

A Etapa 2, ocorreu nos últimos sete meses da pesquisa de campo (janeiro/2011 a julho/2011) e voltou-se para a investigação mais aprofundada das relações entre as práticas e representações sociais da loucura. Nesta etapa foram realizadas entrevistas individuais com três grupos de atores que fazem parte do cotidiano do PVC: profissionais, familiares e usuários.

Como pode ser observado, as duas etapas se sobrepõem a partir do quinto mês da pesquisa de campo, quando já iniciamos a realização das entrevistas em profundidade.

A seguir apresentaremos a Etapa 1.

ETAPA 1

CONHECENDO O CAMPO E OS PROCESSOS DE ANCORAGEM

1.1. Objetivos

Esta etapa visa traçar a linha de base do programa - recuperando sua história, desenvolvimento e dinâmica de funcionamento - a partir da qual podemos alcançar o objetivo geral proposto (investigar a relação entre representações sociais da loucura e práticas sociais em contexto de desinstitucionalização) e os objetivos específicos correlacionados.

Traçar essa linha de base do programa necessita de um tempo para a familiarização com o contexto e com os atores que o compõem, implicando ainda em responder às seguintes perguntas:

- a) Quais são os aspectos históricos e conceituais importantes para o PVC e como tais aspectos permeiam o dia a dia do programa?
- b) Como o PVC se situa na rede de saúde mental do DF?
- c) Como é a estrutura física e quais são os recursos humanos do PVC?
- d) Como são organizados os processos de trabalho?
- e) Quais são as atividades realizadas pelo PVC?
- f) Quais são os grupos de atores sociais que fazem parte desse contexto e como se relacionam?

Essas são algumas questões que direcionaram nosso olhar nesta primeira etapa e nos auxiliaram a compreender a construção e o cotidiano das relações sociais e simbólicas. A partir dessa linha de base nos foi possível conhecer o campo onde se atualizam e se engendram as representações sociais da loucura e as práticas sociais dirigidas aos sujeitos em processo de desinstitucionalização.

1.2. Metodologia

Nesta primeira etapa do Estudo 2, como explicitado anteriormente, foram utilizadas as técnicas de observação participante e pesquisa documental. Com a observação participante buscamos responder a essas perguntas acima apresentadas, de forma a traçar a linha de base do programa. Com a pesquisa documental buscamos conhecer, a partir de uma pequena amostra, algumas características dos usuários atendidos pelo PVC e implicações cotidianas de sua inserção no programa.

A seguir apresentaremos separadamente cada uma das técnicas de pesquisa utilizadas e seus respectivos procedimentos de análise.

Observação participante

Antes de apresentarmos o foco de nossas observações, algumas breves reflexões sobre a observação participante se fazem necessárias, considerando a especificidade desta atividade. Trata-se de uma atividade de pesquisa de difícil definição, haja vista a diversidade de compreensões e possibilidades de posicionamento que permite ao pesquisador.

Alguns autores (Angrosino, 2009; Flick, 2009b) questionam se a observação participante é, de fato, uma técnica de pesquisa ou é uma estratégia de posicionamento no campo. Outros autores tratam a observação participante como uma habilidade essencial ao etnógrafo. Lima, Dupas, Oliveira e Kakehashi (1996), em uma revisão sobre Etnografia, concluem que a observação participante é uma de suas técnicas privilegiadas de coleta de dados.

No âmbito deste estudo, tratamos a observação participante enquanto estratégia de investigação e também como modo de permanência no campo, fazendo, desta forma, uma apropriação bem particular do que é a observação participante. Acreditamos que, no âmbito de nossa pesquisa, estas duas formas de compreender a observação participantes não são excludentes.

Angrosino (2009, p. 56) define a observação como “o ato de perceber as atividades e os inter-relacionamentos das pessoas no cenário de campo através dos cinco sentidos do pesquisador”. Ampliando essa compreensão, concordamos ainda com Jodelet (2003, p.27), pesquisadora social que conferiu grande valor à observação enquanto estratégia de pesquisa, quando esta autora afirma que a observação participante nos...

... dá acesso a um série de impressões, de modos de participação, entrando na familiarização com o meio, e mesmo se eles não estiverem sempre conscientes nem consignáveis, vão formar uma trama de sensibilização às maneiras de fazer, de dizer e de pensar características da população estudada, e favorecer sua compreensão.

Acrescentamos a esta reflexão alguns aspectos sugeridos por Alves-Mazzotti (1998, p.167), para esclarecer como empreendemos nossa observação de campo. Estes aspectos são: a) nível de participação do observador no contexto estudado; b) grau de

conhecimento dos participantes sobre os objetivos do estudo proposto; c) contexto da observação; d) duração da observação e sua distribuição no tempo; e e) forma de registro dos dados.

Com relação ao nível de participação do observador no contexto, os interacionistas simbólicos ofereceram importantes contribuições, em virtude de seu interesse na natureza das interações. Segundo Angrosino (2009) os interacionistas se dedicaram a refletir sobre o *continuum* de participação do observador em campo. Este *continuum* tem em seus extremos as posturas de *participante completo* (pesquisador totalmente imerso na comunidade, não ficando clara sua agenda de pesquisa) e *completo observador* (o pesquisador coleta seus dados de longe, sem se envolver com a comunidade estudada nem anunciar sua presença).

Outros pontos intermediários neste *continuum* identificados na literatura são o *observador como participante* e o *participante como observador* (Gold, 1958; Angrosino, 2009; Flick, 2009b). Como *observador-participante*, o pesquisador está desligado da comunidade, interagindo com ela somente em ocasiões específicas, para entrevistas ou assistir eventos organizados. Já no papel de *participante-observador*, o pesquisador está imerso na comunidade, mas sabe-se que ele faz pesquisa e tem permissão para fazê-la.

Particularmente, nesta primeira etapa, nos identificamos com o papel do *participante-observador*. Apesar de não termos tido condições de permanecer em tempo integral no programa, nas três vezes por semana que íamos, em média, participávamos de todos os acontecimentos diários, nos adaptando à dinâmica cotidiana do PVC.

Com relação ao grau de conhecimento dos participantes sobre os objetivos da pesquisa simplificamos sua explicação para não prejudicar nossa investigação. Dissemos que a pesquisa visava conhecer como funcionava o PVC, como eram as relações entre as pessoas e o trabalho, e o que as pessoas pensavam sobre os usuários e seus familiares. Simplificação que, acreditamos, não prejudicou o entendimento do que se trata a pesquisa, ficando desta forma resguardado o aspecto ético. Todos, em especial os profissionais, sempre estiveram esclarecidos de que estávamos ali também observando seu trabalho cotidiano. Com relação a nosso vínculo de trabalho, todos sabiam que trabalhávamos na Secretaria de Estado da Saúde do DF, como psicóloga em um CAPS de outra regional de saúde, mas logo nos primeiros encontros ficou claro que não exerceríamos tal função, que nossa atividade naquele contexto era de pesquisa e não de intervenção.

Em suma, adotamos a observação participante como uma estratégia de pesquisa e um modo de inserção no campo, nos posicionando como *participante-observador*, com a anuência da coordenação do programa e conhecimento por parte da equipe profissional.

Com relação ao contexto das observações, de uma forma mais específica, as observações foram realizadas na sede do PVC, na casa dos usuários no momento das visitas domiciliares e no caminho entre a sede e as moradias. Quanto ao que foi observado, de uma forma geral seguimos as orientações de Spradley (1980) no que se refere às dimensões a serem observadas nas situações sociais: 1) espaço físico; 2) os atores sociais; 3) as atividades, ou conjunto de atos relacionados realizados pelas pessoas; 4) os objetos presentes; 5) as ações individuais realizadas pelas pessoas; 6) o seqüenciamento temporal dos acontecimentos; 7) as coisas que as pessoas tendem a alcançar; e 9) as emoções sentidas e manifestadas. Interessamo-nos ainda pelas conversas formais e informais que tivemos com os diversos atores do PVC (membros da equipe, familiares, usuários, motoristas e outros que porventura estivessem presentes no contexto) bem como as conversas que foram mantidas entre os diversos atores na nossa presença.

No que diz respeito à duração das observações e sua distribuição no tempo, gostaríamos de destacar que, por suas características, consideramos que a observação participante aconteceu em todos os momentos da pesquisa. Entretanto, embasaremos nossas reflexões nas, aproximadamente 230 horas de observações que foram devidamente registradas, no período de 9 de julho de 2010 a 8 de fevereiro. O marco inicial desta etapa foi a retomada da pesquisa de campo quando da apresentação do projeto de pesquisa à coordenadora do PVC. O marco final foi a reunião de equipe realizada no dia 8 de fevereiro de 2011 para discutir o processo de saída da coordenadora do Programa, o que mudaria algumas características do PVC daquele momento em diante.

Após este período, voltamos ao PVC outras vezes, realizamos mais algumas visitas junto com os membros da equipe, mas nosso interesse era mais específico: criar um vínculo de pesquisadora com familiares e usuários, no sentido de convidá-los a participar da pesquisa como entrevistados. Este interesse mais específico configura a segunda etapa da pesquisa, a ser apresentada posteriormente.

Com relação ao registro dos dados, construímos um diário de campo, seguindo uma lógica semelhante a um “diário de viagem”, conforme propõem Víctora, Knauth e

Hassen (2001). Para esses autores, o diário de campo é o instrumento mais básico para um pesquisador que está fazendo uma etnografia e são as informações contidas neste diário que fornecerão subsídios para a análise dos dados coletados em outros momentos da pesquisa. Neste diário foram registradas todas as observações, subdivididas em dois grandes grupos: não sistemáticas e sistemáticas.

As *observações não sistemáticas* são todas as observações realizadas na sede do PVC, que não foram guiadas por protocolos específicos e registradas na forma de escrita livre. Essas observações incluem: a) as ações de planejamento e organização da pesquisa; b) a dinâmica de funcionamento do PVC, seu espaço físico, rotinas e relações cotidianas; c) informações obtidas em conversas formais e informais com os atores do PVC, ou entre eles; d) comentários e observações reflexivas sobre o processo de pesquisa, objetos de estudo, conceitos, informações diversas, sentimentos e sensações ao longo das observações.

O segundo grupo é o das *observações sistemáticas* que tiveram seus registros orientados por dois protocolos de observação. Esses protocolos específicos foram elaborados para registrar os dias de pesquisa de campo em que foram feitas as visitas domiciliares aos usuários e familiares, juntamente com profissionais do PVC.

Antes de irmos a campo, havíamos elaborado um protocolo de observação apoiadas nos nossos objetivos de pesquisa, em nosso conhecimento do campo e nas sugestões de Spradley (1980) acima citadas. Desde os primeiros momentos este protocolo se mostrou adequado às nossas observações. Entretanto, houve modificações na sua forma de apresentação. Para facilitar os registros, este protocolo elaborado originalmente foi desmembrado em dois protocolos distintos (Anexo 5):

- a) *Protocolo 1 - observação do turno de visitas*: protocolo mais geral, referente ao dias de pesquisa nos quais participamos das visitas domiciliares junto com a equipe. As informações anotadas neste protocolo geralmente eram obtidas durante o percurso com a equipe até as casas dos usuários, mas também foram anotadas as observações feitas na sede do PVC, momentos antes das saídas e momentos depois da chegada das visitas.
- b) *Protocolo 2 - observação da visita domiciliar*: construído para atender à necessidade de um olhar mais atento para a situação específica das visitas domiciliares, feitas a cada usuário em particular e seu contexto familiar.

Apesar da sistematização das observações, cabe dizer que os protocolos citados acima eram pouco estruturados com relação ao conteúdo a ser observado. A formatação

dos protocolos de forma mais livre foi proposital no sentido de permitir uma observação mais livre e diversa, o que está em acordo com a recomendação de Flick (2009b, p.208) de nos abstermos em “utilizar fichas estruturadas de forma muito severa a fim de evitar que a atenção do observador fique restrita e que sua sensibilidade esteja limitada ao novo”.

Quanto ao *procedimento de análise*, as observações participantes foram analisadas a partir do texto produzido no diário de campo, constituído pela transcrição das observações não sistemáticas e das sistemáticas guiadas pelos protocolos.

Empreendemos uma leitura flutuante do diário de campo, combinando duas de algumas das “operações intelectuais” apontadas por Mucchielli (1996), em seu *Dicionário de métodos qualitativos em ciências humanas e sociais*. Este autor defende que não devemos falar em análise de conteúdo, mas sim em “análises de conteúdo”, por se tratar de um vasto conjunto de métodos e técnicas que podem ser utilizados em diversas combinações, a depender das características da pesquisa. Não realizamos uma análise de conteúdo em seu sentido mais formal, mas combinamos as “operações intelectuais” codificação e categorização - características das análises de conteúdo - como forma de orientar nossa leitura flutuante do diário de campo.

A codificação é uma operação intelectual que consiste em transformar os dados brutos (fatos observados, conversas coletadas...) em uma primeira “formulação significativa”. Em seguida, com os elementos já tratados e denominados, ou seja, codificados, empreendemos a categorização. A codificação permite conferir um sentido mais geral sobre o conjunto de elementos brutos, oferecendo ao pesquisador uma noção mais ampla do fenômeno investigado. A categorização já demarca, de certa forma, o início do processo de teorização, na medida em que revela os paradigmas de referência do pesquisador e seu sistema implícito de percepção e compreensão.

A partir da leitura flutuante do texto do diário de campo, empreendemos dois tipos de codificação: 1) por *tipos de anotação* e 2) por *assuntos*. Em seguida fizemos uma categorização, construindo *categorias empíricas*.

Os *tipos de anotação* são as seguintes: a) observação não sistemática, b) observação sistemática, c) planejamento/organização da pesquisa e, d) comentários reflexivos.

Das observações não sistemáticas optamos por destacar como distintas as anotações denominadas planejamento/organização da pesquisa (referentes às negociações, os passos e o cotidiano da pesquisa de campo) e os comentários reflexivos

(texto claramente opinativo, dúvidas, surpresas, emoções, perguntas e opiniões ao longo das observações, que podem ter caráter teórico ou meramente especulativo), por serem estes últimos anotações mais pessoais.

A título de esclarecimento vale lembrar ainda que, apesar de termos separado os “comentários reflexivos”, é claro para nós que todos os outros tipos de anotação estão impregnados de impressões pessoais até porque foram escritas por nós, ainda que tenhamos prestado atenção à objetividade das mesmas. Neste sentido, concordamos com Gibbs (2009) quando este autor, em alusão aos idealistas e construtivistas, afirma que...

algumas afirmações podem parecer ser descrições objetivas da realidade, mas inevitavelmente estão ‘carregadas de teoria’ e refletem nossas visões preconcebidas e nossos preconceitos gerados a partir das construções de mundo que nós ou nossos entrevistados temos.

De qualquer forma, quando nos referimos aos tipos de anotação que não foram codificados como comentários reflexivos, buscamos, mais atentamente, resguardar o máximo de objetividade possível.

Após essa primeira codificação a partir do tipo de anotação, empreendemos a segunda codificação: os *assuntos*. Em cada parágrafo identificamos os principais assuntos tratados. Trata-se de uma codificação meramente descritiva, na qual cada parágrafo foi resumido em palavras, expressões ou frases breves que traduzem de forma sintética a situação específica registrada.

A partir da codificação em tipos de nota e assuntos, empreendemos a *categorização*, onde os assuntos codificados anteriormente foram organizados por categorias empíricas, em função da proximidade de seu conteúdo específico. Essas categorias podem ser consideradas empíricas, por refletirem o desenvolvimento da pesquisa, as reflexões advindas das observações, as ações e negociações cotidianas, bem como as características do PVC e do relacionamento entre os diferentes grupos de atores que dele fazem parte. As categorias empíricas construídas são apresentadas na seção de Resultados/Discussão desta primeira etapa do Estudo 2.

Pesquisa documental

Nesta Etapa 1 do Estudo 2 também realizamos uma pesquisa documental como forma de nos aproximarmos, de modo mais sistemático, de uma amostra dos usuários atendidos pelo PVC. Com este objetivo, do universo de 341 usuários atendidos pelo

programa, realizamos uma pesquisa documental a partir dos *prontuários* e das *fichas amarelas* dos 37 usuários visitados em conjunto com a equipe nesta primeira etapa de observação. As fichas amarelas são fichas que ficam localizadas na emergência do Hospital São Vicente de Paula, onde são registradas as datas de internações e consultas na emergência.

Souza e Menandro (2007) apontam que a pesquisa documental é um tipo de pesquisa amplamente utilizada no âmbito das ciências sociais, mas seu uso na Psicologia é bastante recente, pois os dados verbais sempre foram privilegiados. Para esses autores, o uso de material documental apresenta algumas vantagens, a saber: não foram produzidos por indução direta, ou seja, não foram produzidos com o objetivo da pesquisa específica; é uma fonte estável de informações; pode ser examinada diversas vezes; cobre longo espaço de tempo, muitos ambientes e eventos distintos.

Além disso, a pesquisa documental é importante por possibilitar o resgate da memória acerca de determinado tema ou fato. De acordo com Ricci e Valentim (2009), a história de uma região, de um estado ou de uma cidade pode ser contada de muitas formas, sendo uma das mais interessantes o estudo de seus documentos escritos. Para esses autores, sem os documentos, não há preservação segura da memória. Este dois autores são organizadores de uma importante pesquisa realizada conjuntamente entre as Secretarias de Saúde e Cultura do Pará sobre o acervo do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira de Belém. Esta pesquisa reúne diversos seminários apresentados sobre as transformações no âmbito da saúde mental no Estado do Pará. Resgata ainda, todas as notícias da mídia impressa sobre Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira e os prontuários médicos desta instituição do período entre 1913 e 1993. Estes prontuários foram microfilmados, catalogados e disponibilizados ao grande público, servindo hoje como rico material de pesquisa sobre a história da saúde mental na região. Para os autores, o resgate dos prontuários é considerado uma forma de dar visibilidade à vida de inúmeros homens e mulheres anônimas, percebidos social e psicologicamente diferentes dos demais cidadãos e que por isso foram estigmatizados e afastados da vida social.

Escolhemos estudar os *prontuários* dos usuários do PVC, por ser este um documento de registro de toda a história clínica do usuário desde que ingressou no Hospital São Vicente de Paula (HSVP), hospital psiquiátrico onde fica sediado o PVC. É também um meio de comunicação entre os diversos profissionais que atendem àquele usuário. Há também alguns registros de depoimentos de familiares e relatórios médicos e psicossociais.

Os prontuários do HSVP não possuem uma organização formal e são bastante variados quanto à sua sistematização e conteúdo. Alguns prontuários são bem completos, constando relatórios, relatos aprofundados de consultas e dados de internações. Outros não possuem relatórios, as consultas são relatadas de forma superficial e não há dados de internação. Alguns usuários que foram internados muitas vezes tiveram os registros das internações retirados do prontuário, em função da quantidade de papel. Alguns prontuários não estão organizados por ordem cronológica, não ficando muito claro o critério para organização de seu conteúdo. No momento da pesquisa de campo, alguns membros da equipe do PVC estavam se dedicando à organização cronológica do conteúdo dos prontuários.

A pouca sistematização dos prontuários acarretou grande quantidade de tempo para a pesquisa nos mesmos. Em junho de 2009, fizemos três visitas ao PVC para analisar alguns prontuários e, a partir dessa análise preliminar, estruturamos uma forma de coletar os dados destes documentos. Na época analisamos seis prontuários e três grupos de informações foram identificados e adotados como a base de nossas análises:

- 1) *Dados sócio-demográficos*: data de nascimento, sexo, idade, escolaridade, endereço, cidade, telefone
- 2) *História e dados clínicos*: Primeira anotação no prontuário, dados da primeira crise, dados da última crise, dados dos relatórios médico-psicossociais, CID, medicação atual, explicações sobre o adoecimento, data de ingresso no PVC.
- 3) *História social*: benefício, estrutura familiar, quem mora na casa, organização da casa, cuidador, atividades domésticas e laborativas, alimentação, banho e auto cuidado em geral, objetos pessoais, religião e práticas religiosas.

Nesta etapa da pesquisa (junho/2010 a fevereiro/2011), contamos com o auxílio de três auxiliares de pesquisa¹⁴ para aprimorar a sistematização dos dados e coletarmos as informações constantes nos prontuários. Foram dedicadas, aproximadamente, 46 horas de trabalho sobre os prontuários.

Ao longo da pesquisa nos prontuários, foi-nos sugerido por uma técnica de enfermagem que também consultássemos as *fichas amarelas* dos usuários. Essas fichas contêm o registro de todas as passagens dos usuários pela emergência do HSVP, seja para consultas, seja para internações, bem como os diagnósticos recebidos em cada uma

¹⁴As auxiliares de pesquisa são alunas do curso de Psicologia da Universidade de Brasília que acompanharam as duas etapas deste Estudo 2, auxiliando nas observações, análise dos prontuários e fichas amarelas, acompanhando e transcrevendo as entrevistas realizadas.

das passagens pela emergência. Os diagnósticos são elaborados de acordo com a CID-10, entretanto, para os usuários mais antigos do HSVP constam também diagnósticos de acordo com o DSM-III. A coleta dos dados destas fichas foi importante por complementar as informações sobre o histórico de internações dos usuários, incompleta ou inexistente na maioria dos prontuários.

Todo nosso material de pesquisa documental (prontuários e fichas amarelas) é em papel, pois nada do que pesquisamos foi ainda digitalizado.

Concordamos com Souza e Menandro (2007) ao afirmarem que o exame do material documental é mais do que uma simples organização das informações contidas em um documento. Para estes autores a *pesquisa documental* envolve uma sequência de procedimentos que inclui: a) a localização do material documental, b) a seleção dos elementos relevantes para a investigação, c) a organização das informações e d) a análise interpretativa e construção de inferências a partir das informações encontradas.

Com relação à localização do material documental, os prontuários dos usuários do PVC, estes estão todos centralizados na sede do programa no HSVP, na sala executiva apresentada à frente. Os prontuários são divididos em três grandes grupos, em função do tipo de medicação utilizada pelos usuários: a) medicação injetável (Pipartil ou Haldol Decanoato); b) Medicação de alto custo, nos quais se incluem Olanzapina Risperidona; e c) medicações comuns via oral. Os três grupos de prontuários são guardados em armários diferentes e subdivididos de acordo com a cidade satélite onde reside o usuário e (no caso das medicações injetáveis e medicações comuns via oral) ou por ordem alfabética do primeiro nome do usuário (no grupo de medicação de alto custo).

Quanto às fichas amarelas, elas ficam localizadas na recepção da emergência do HVSP, local de intenso e constante movimento. Todas as fichas amarelas ficam guardadas em velhos armários de madeira com grandes gavetas que contém algumas centenas de fichas cada uma. Ao todo são milhares de fichas de todas as pessoas que já passaram pela emergência do HSVP.

A organização das fichas amarelas é por ordem alfabética, mas logo se vê que esta lógica não é totalmente seguida. As gavetas de madeira são identificadas cada uma com as letras iniciais dos primeiros nomes dos usuários, mas essas gavetas não estão organizadas em ordem alfabética. Em cada gaveta há uma etiqueta grande com a letra inicial dos nomes, mas há também outras letras rabiscadas na madeira o que nos leva a supor que ao longo do tempo, com o aumento de pessoas atendidas, foram feitos

rearranjos na organização. Algumas gavetas ficam superlotadas e pesadas, o que dificulta tanto sua abertura quanto o manusear das fichas.

De uma forma geral as fichas também estão organizadas por ordem alfabética, entretanto, em alguns casos, a lógica de organização é subvertida, como no caso das “Marias” e dos “Mários”. Após as “Marias”, seria lógico que viessem os “Mários”, mas ao invés deles, aparecem as fichas das “Marlenes”. Ou seja, se a lógica era alfabética, neste caso passou a ser baseada no sexo. As “Elizas” com z e “Elisas” com S estão algumas misturadas, outras separadas seguindo a ordem alfabética. Esses dois exemplos, dentre outros que poderíamos citar, demonstram o quanto o sistema é arcaico e, de fato, pouco sistematizado, o que atrasou o trabalho de pesquisa. Dedicamos aproximadamente 30 horas na procura e cópia das fichas dos 37 usuários do PVC que foram visitados e cujo prontuário foi analisado.

Com relação à seleção dos elementos relevantes para a investigação, no que diz respeito aos prontuários, buscamos informações que estivessem contidas nos três grandes grupos de informações já citadas (dados sócio-demográficos e da história clínica e história social). Nas fichas amarelas buscamos as informações acerca das internações e dos diagnósticos recebidos pelos usuários. Os diagnósticos relativos ao DSM-III foram desconsiderados em nossa análise por não serem mais utilizados oficialmente no sistema de saúde como um todo e terem seus correlatos no CID-10.

Quanto à organização das informações, foram elaboradas:

a) uma planilha Excel para organização dos dados dos prontuários: organizada em função de cada sujeito (usuário), possui um campo para cada informação extraída do prontuário, citadas anteriormente. Apresenta ainda um campo para a descrição do sujeito (feita pelas pesquisadoras a título de identificação), um campo para os dados resumidos das internações e campos específicos para os relatos de cada uma das visitas realizadas a cada usuário. Esta planilha nos permitiu a composição de fichas para identificação para cada usuário que nos auxiliaram a conhecê-lo melhor e à sua família.

b) quatro tabelas para organizar os dados das fichas amarelas: uma tabela relativa às ocorrências diagnósticas nos diferentes subgrupos de diagnóstico, de acordo com as classificações da CID-10 (Tabela 7) e três tabelas para apresentação dos dados das internações (Tabelas 8, 9 e 10).

Com relação ao *Procedimento de análise*, para as informações constantes nos prontuários e organizados na planilha de dados Excel, foram empreendidas análises quantitativas e categoriais temáticas, dependendo do tipo de dado analisado.

Os dados sócio-demográficos foram analisados por meio de estatísticas descritivas simples, bem como as informações referentes à medicação e à data de ingresso no PVC. Os dados relativos à primeira anotação no prontuário, primeira crise, dados dos relatórios médico-psicossociais e as explicações sobre o adoecimento foram agrupados por categorias e temas. Com relação ao grupo de informações relativas à história social, os dados sobre Benefício e cuidador foram analisados com estatística descritiva. Outros dados sobre família, atividades domésticas e laborais, auto-cuidado, objetos pessoais, organização da casa, religião e práticas religiosas foram alvo de uma análise pouco sistemática, pois são dados que não foram obtidos de todos os sujeitos.

Os dados das fichas amarelas foram alvo de análises quantitativas e comparativas. No que diz respeito ao fluxo de internações foram calculados o número e duração das internações antes e depois do ingresso no PVC. Com relação a diagnóstico, à análise quantitativa foi somada uma análise mais qualitativa, discutindo a adequação dos mesmos aos grupos de diagnósticos estabelecidos pela CID-10.

1.2. Resultados/Discussão

...A pesquisa é, antes de qualquer coisa, o gesto do velho camponês que se vai, revolvendo as pedras dos campos, descobrindo lesmas e gafanhotos, ou milhares de formigas atarefadas. A pesquisa é a caminhada pelos bosques e pântanos, para tentar explicar, vendo folhas e flores, por que a vida apresenta tantos rostos.
(Gerárd Martin)

A partir das observações e da pesquisa documental construímos um olhar sobre o PVC que tenta recobrir desde as dimensões mais amplas - conceituais, políticas e institucionais - até suas dimensões mais “íntimas” e cotidianas. Seguimos a linha de raciocínio de Denzin (2004) quando afirma que um dos estilos de escrita próprios à pesquisa qualitativa é aquele que “reinscreve e recria poderosamente a experiência”, investindo na autoridade do pesquisador para traduzir o que foi vivido, a partir de uma organização que lhe parece mais adequada aos propósitos do estudo e às características do campo de pesquisa. Assim, o texto produzido nesta seção de resultados é fruto do esforço de traduzir para o leitor o que foi observado e vivenciado ao longo desta primeira etapa etnográfica da pesquisa de campo. Buscamos reconstruir os aspectos que consideramos importantes para elucidação do contexto onde se articulam nossos objetos de pesquisa.

Nesta etapa 1 foram realizadas, aproximadamente, 230 horas de observação, sendo 150 horas de observação não sistemática na sede do programa, (que incluem aproximadamente 20 horas para exame das fichas amarelas, 46 horas para os prontuários e 7 horas dedicadas às entrevistas com os profissionais). Tanto a pesquisa documental quanto as entrevistas foram realizadas na sede do PVC, o que nos permitiu estar observando o contexto concomitante a essas atividades. Foram dedicadas também, aproximadamente, 80 horas de observação sistemática nas visitas domiciliares realizadas em conjunto com a equipe.

Optamos por iniciar nossa apresentação dos Resultados pelos dados obtidos com a pesquisa documental, referentes aos prontuários e fichas amarelas dos usuários do PVC. Trata-se de dados mais objetivos que nos permitem conhecer melhor o perfil dos usuários, razão da existência deste programa.

Em seguida, apresentaremos os Resultados relativos à observação participante.

1. Gente que vive aqui do lado: os usuários do PVC

Durante nosso tempo de observação ficou clara a impossibilidade de conhecermos todos os usuários do programa. No momento de nossa pesquisa, paralelamente ao trabalho de revisão dos prontuários realizado pela equipe de técnicos de enfermagem, a enfermeira fazia um trabalho de reconhecimento e busca ativa daqueles usuários “que foram se perdendo pelo caminho”. A demanda é, de fato, muito grande para o tamanho da equipe, sendo priorizados os que tomam medicação injetável e os casos mais graves cujas famílias buscam mais o programa. Outros, como afirmado, vão se perdendo pelo caminho, o que é comum acontecer em serviços de saúde nos quais a demanda é maior do que a capacidade da equipe em absorvê-la.

Com relação ao critério de admissão no PVC, oficialmente, o programa atende pacientes psicóticos com mais de 2 anos de doença que apresentem dificuldades de adesão ao tratamento, deficientes mentais e idosos com dificuldade de locomoção. Sua maior clientela, entretanto, é composta por pacientes psiquiátricos com longa história de adoecimento. Apesar desta delimitação, o PVC também atende a outras demandas como, por exemplo, as justiça, para avaliação, acompanhamento ou encaminhamento das pessoas sob a responsabilidade de órgãos do Judiciário (Secretaria de Justiça do DF, Tribunal de Justiça), dentre outros órgãos. Em função da precariedade da rede de saúde mental do DF, muitos usuários que não atenderiam aos critérios de admissão são

atendidos pelo PVC, ao menos temporariamente, até que seja encontrada outra instituição ou estratégia de atendimento mais adequada.

O universo da clientela atendida e a amostra selecionada para pesquisa documental

Segundo a contagem dos prontuários realizada em agosto de 2011, o número de usuários atendidos pelo PVC era de 341 usuários, sendo 166 homens e 175 mulheres. Conforme apresentado anteriormente, os prontuários são separados em função do tipo de medicação, devido aos diferentes procedimentos relativos a cada um desses tipos. Para a medicação comum, a prática é somente a de elaboração e entrega das receitas médicas. Para os usuários de medicação injetável, além da receita médica, também são realizadas as visitas de administração da medicação. Com relação às medicações de alto-custo, são elaboradas as receitas e também relatórios médicos para compor um processo administrativo para a aquisição gratuita das medicações, processo que precisa ser renovado periodicamente em órgão competente dentro da Secretaria de Estado da Saúde do DF.

A maior parte dos usuários toma medicação comum – em comprimido e de baixo custo, distribuídas gratuitamente pela Secretaria de Estado da Saúde do DF - mas muitos usuários também fazem uso da medicação injetável como pode ser observado na Tabela 5. Nesta mesma tabela pode ser observado que o número de homens que toma medicação injetável é maior do que o número de mulheres, que é maior com relação à medicação comum.

Tabela 5: Número de usuários do PVC, por sexo e tipo de medicação

| | Injetável | Comum | Alto Custo | TOTAL |
|-----------------|------------------|--------------|-------------------|--------------|
| Homens | 78 | 60 | 28 | 166 |
| Mulheres | 52 | 94 | 29 | 175 |
| TOTAL | 130 | 154 | 57 | 341 |

Com relação à idade, o número maior de usuários situa-se na faixa entre 31 e 40 anos e, nesta faixa etária, é predominante o uso de medicação comum. Já para as faixas etárias de 21 a 30 anos e 41 a 60 anos, o número de usuários de medicação injetável é maior. Na faixa de idade acima dos 60, este número volta a se inverter, sendo maior o número de usuários de medicações comuns, como pode ser observado na Tabela 6.

Tabela 6: Número de usuários do PVC, por idade e tipo de medicação

| | Injetável | Comum | Alto Custo | TOTAL |
|--------------------|------------------|--------------|-------------------|--------------|
| 21-30 | 21 | 15 | 10 | 46 |
| 31-40 | 29 | 46 | 16 | 91 |
| 41-50 | 40 | 23 | 11 | 74 |
| 51-60 | 31 | 22 | 10 | 63 |
| Acima de 60 | 9 | 48 | 10 | 67 |
| TOTAL | 130 | 154 | 57 | 341 |

Apesar de atuar em 17 cidades satélites em todo o Distrito Federal, a maior concentração de usuários é das cidades satélites Ceilândia (95), Samambaia (77), Taguatinga (63), Santa Maria (24) e Recanto das Emas (24), cuja localização em relação ao HSVP, pode ser observada na Figura 6. Para maiores detalhes do número de usuários em cada cidade satélite, observar as Tabelas 1, 2 e 3 do Anexo 6, que cruzam estes números com o sexo, o tipo de medicação e a faixa etária.



Figura 6: Mapa do DF, dividido por regiões administrativas.

Deste universo de 341 usuários fizemos uma pesquisa documental nos prontuários e fichas amarelas dos 37 usuários que foram visitados ao longo desta etapa etnográfica, o que corresponde a 10,5% da clientela atendida. Essa pode ser considerada uma amostra aleatória, na medida em que não colocamos nenhum critério *a priori* para sua escolha, mas também uma amostra de conveniência, na medida em foram escolhidos em virtude de nossas visitas.

A partir deste momento, apresentaremos os resultados da pesquisa documental e, quando cabível, serão feitos comentários e reflexões complementares aos dados da pesquisa documental, advindos de nossas observações e conversas informais com os

atores do PVC. Apresentaremos primeiramente os dados sócio-demográficos, da história social e alguns dados da história clínica. Para finalizar a descrição dos usuários, apresentaremos os resultados da análise comparativa dos dados de internação antes e após o ingresso no PVC, e uma breve reflexão sobre os diagnósticos.

Dados sócio-demográficos, história social e clínica

Com relação aos dados sócio-demográficos, dos 37 usuários, 22 (59%) são homens e 15 (40,5%) são mulheres. Os usuários investigados têm idade entre 22 e 61 anos, apresentando uma idade média de 43 anos. Com relação à cidade satélite de moradia, 11 (29,7%) moram em Taguatinga, 11 (29,7%) em Ceilândia, oito (21,6%) em Samambaia, quatro (10,8%) em Santa Maria, dois (5,4%) no Recanto das Emas e uma (2,7%) na Estrutural.

Com relação à escolaridade, chamou-nos a atenção o fato de não conter essa informação em grande parte dos prontuários. Não foi possível obter essa informação precisa de todos os usuários. Em alguns prontuários consta que, apesar de terem estudado, os usuários são considerados analfabetos por não saberem ler nem escrever, ou por não fazerem tais atividades há muito tempo.

No que diz respeito à formação profissional, a pesquisa documental mostra que, dos 37 prontuários investigados, somente um usuário chegou a fazer um curso profissionalizante de técnico em eletrônica. Há referência a três usuários que tiveram trabalhos formais anteriormente, sendo estes de vigia e empregada doméstica, auxiliar de serralheiro, agente administrativo. Uma usuária também trabalhou como artesã em oficina terapêutica de artesanato no HSVP. Não sabemos se estes dados são confiáveis, pois é possível que outros usuários também tenham tido algum tipo de vínculo empregatício, mas não tenha sido registrado no prontuário.

A ausência de dados sobre escolaridade e trabalho nos parece uma falta importante, pois revela a pouca relevância conferida à história de vida pregressa ao adoecimento. Privilegia-se a doença, a história clínica e não as possibilidades de saúde e a história social dos usuários.

Aos dados obtidos nos prontuários foram acrescentados os dados observados nas visitas, com relação às atividades cotidianas exercidas pelos usuários. Dos 37 usuários, 17 não exercem nenhuma atividade em casa ou fora dela. Os demais colaboram com algum trabalho doméstico e/ou têm o hábito da leitura (livros religiosos). Um gosta de jogar videogame.

Interessante observar que em 12 prontuários, mais especificamente nos relatórios médico-psicossociais, consta a seguinte afirmação: “...paciente não tem condição de exercer nenhuma atividade laborativa”. Entretanto, destes 12 prontuários analisados, quatro são relativos a usuários que auxiliam nas tarefas domésticas e uma usuária além de ser a responsável por todas as atividades domésticas, cuida também do marido e de quatro filhos. Uma das usuárias também se tornou responsável por parte importante da renda familiar, por meio do auxílio da bolsa De volta Para Casa, cuida da casa, presta pequenos serviços para a vizinhança (passa roupa, faz faxina) e participa do cuidado com as filhas. Essa afirmação da incapacidade, constante nos relatórios médico-psicossociais, tem por objetivo principal comprovar a necessidade de benefícios sociais.

Apenas como um alerta pensamos que é importante rever sempre essa afirmação da incapacidade, ainda que seja uma estratégia legítima para adquirir benefícios sociais a que os usuários têm direito. A afirmação da incapacidade muitas vezes não corresponde à realidade da capacidade dos usuários, além de desconsiderar o valor social do trabalho doméstico. Trata-se, em alguns casos, de uma informação que não reflete a realidade vivida pelos usuários e seus familiares, mas que é aceita em função das graves condições sociais, que impõem a necessidade de benefícios.

Dos 37 usuários, 15 (40,5%) não têm nenhum benefício social, sendo dependentes de seus familiares, 12 (32,4%) acumulam dois benefícios (o Benefício de Prestação Continuada - BPC e o benefício do programa federal De Volta Pra Casa). Um usuário (3%) tem somente o benefício De Volta Pra Casa e oito (21,6%) têm somente o BPC. Apenas um usuário (2,7%) é aposentado pelo INSS, o que revela que apenas um usuário foi contribuinte, ou seja, teve um trabalho formal, com carteira de trabalho assinada por um determinado tempo.

Com relação aos familiares cuidadores, 14 usuários (37,8%) são cuidados pela mãe, 6 (16%) pela irmã, 4 (10,8%) por filhas ou sobrinhas, 3 (8%) pelo pai, 1 (2,7%) pelo irmão, 1 (2,7%) pela esposa, 1 (2,7%) pelo esposo e 1 (2,7%) por uma espécie de mãe adotiva. Apenas 6 (16%) não têm cuidadores. Vale destacar que 26 usuários são cuidados por mulheres e apenas 5 são cuidados por homens, o que corrobora os dados da literatura de que esta função de cuidador ainda é, prioritariamente, delegada à mulher (Rosa, 2003, Randemark, Jorge & Queiroz, 2004; Jorge, Ramirez, Lopes, Queiroz & Bastos, 2008; Mello & Furegato, 2008).

No que diz respeito à religiosidade, apesar de somente termos esses dados precisos de 12 usuários (8 evangélicos e 4 católicos), percebemos uma presença

importante do discurso religioso em muitas das visitas acompanhadas. São bastante freqüentes referências a Deus e Jesus, bem como também é bastante freqüente a presença de delírios místicos, tanto nos registros nos prontuários, como na fala dos usuários.

Importante observar, entretanto, que nos prontuários não há nenhum registro de explicações sobre a doença relacionadas com causas místicas, espirituais ou religiosas. Nas observações, apenas uma mãe, durante a visita atribuiu a doença de seu filho a um trabalho feito por uma macumbeira. O fato deste tipo de explicação não ter aparecido de forma importante nos prontuários ou nas observações como origem da doença, não significa que ela não exista, ou que não seja relevante. Importante lembrar que se trata de um discurso muito difundido em nossa cultura. Rabelo, Alves e Souza (1999, p.57) ao relatar pesquisas realizadas no Nordeste do país afirmam que “a intervenção espiritual consiste em um dos temas mais significativos nas histórias de adoecimento, segundo o qual as raízes do padecimento residem em um domínio invisível de trocas.” Um tipo de discurso, entretanto, que é distante do discurso médico-científico. Talvez por isso sua ausência diante dos médicos na consulta, nos registros nos prontuários ou mesmo nas conversas com técnicos quando das visitas.

De uma forma geral, não há muitos registros de explicações da doença trazidas por usuários e familiares na maior parte dos prontuários, o que revela a pouca importância conferida à significação atribuída por estes atores ao fenômeno. De uma forma geral, no “ambiente médico” o que as pessoas comuns pensam, os significados e explicações que atribuem aos acontecimentos de sua vida estão em segundo plano, ou não tem grande importância. Estamos diante de uma tradição cientificista que confere um lugar menor ao conhecimento prático e as teorias do senso comum, perpetuando, dessa forma, o fosso existente entre os dois universos - reificado e consensual - de conhecimento. Dos 37 prontuários, constam registro das explicações sobre as doenças em apenas sete. As seis explicações oferecidas por usuários e familiares são relativas a: acidentes (queda de cavalo e traumatismo craniano, ambos na infância), situação de violência conjugal (espancamento pelo marido), uso de drogas, paixão não correspondida e morte da mãe.

No que diz respeito à data de aparecimento dos primeiros sinais da doença mental, em 23 prontuários não há referências à primeira crise. Dos 13 restantes, consta que sete usuários tiveram sua primeira crise entre os 10 e 20 anos, quatro entre os 20 e 30 anos e dois tiveram a primeira crise antes do 10 anos. Com relação aos sintomas

relatados na primeira crise, os mais comuns são: alucinações auditivas, alucinações visuais, chiado na cabeça, delírios de perseguição, medo, pesadelo, terror, delírios místicos, solilóquio, insônia, inapetência, prejuízo no auto cuidado, isolamento social e agressividade.

Com relação à família, geralmente elas são numerosas, com muitos filhos e muitas pessoas morando na mesma residência. Em sua maioria, os usuários têm muitos irmãos e tem uma história de privações em virtude da precária situação econômica. Alguns começaram a ajudar em casa muito cedo, tendo adoecido também cedo.

A casa dos usuários também nos pareceu, em alguns casos, reveladora de sua organização. Alguns usuários instáveis em seu quadro psiquiátrico e que não possuem suporte familiar vivem em ambientes desorganizados, com higiene precária e seus objetos não são devidamente cuidados e guardados. Dentro desse grupo investigado, essa não é a regra, pois a maioria dos usuários conta com cuidadores, em sua grande maioria atenciosos e que auxiliam no auto cuidado na medida do possível.

Apesar de não ser a regra, queremos registrar um caso que nos chamou a atenção pela vulnerabilidade de algumas pessoas que não contam com suporte familiar ou de alguma rede social. É o caso de uma mãe e filho, ambos psicóticos, que são atendidos pelo programa e que tivemos a oportunidade de visitar três vezes. Ela uma mulher de meia idade, aparência muito descuidada, bastante delirante mesmo com a medicação, e ele um rapaz jovem, bonito, mas também bastante desorganizado. Na casa, pelo que soubemos, moram somente os dois. A organização da casa denuncia situação de pobreza e de desorganização psíquica: são dois cômodos grandes, sem reboco na parede e piso de chão batido. Em um dos cômodos um armário faz a divisória entre o quarto e a sala-cozinha. Muitas louças sujas e amontoadas na pia. Muitas roupas e objetos espalhados pelo chão, em cima de alguns colchões, conferindo uma aparência caótica ao ambiente. Um guarda roupas vazio, com as portas abertas e um varal que sai de dentro do armário e que tem pregadores de roupa, mas as roupas não estão penduradas neste varal improvisado. No outro cômodo apenas um armário com fotos pregadas na porta. Quintal com muito lixo e entulho. Essa casa já foi invadida por traficantes e a equipe do PVC teve que planejar uma ação conjunta com a polícia para retirar os usuários lá de dentro. Essa situação foi resolvida, mas demonstra a grande vulnerabilidade a que estão expostos esses usuários. Acreditamos que muito de sua vulnerabilidade se dá em função da falta de uma rede social de apoio. Durante o período da pesquisa de campo, a mãe foi

internada por causa de uma crise e o filho foi reencaminhado a uma família de parentes que cuidou dele durante alguns anos.

Esta situação específica é bastante ilustrativa da complexidade das ações necessárias ao cuidado realmente efetivo em saúde mental. Trata-se de um campo intersetorial, no qual as questões clínicas e psiquiátricas são apenas uma parte da problemática. Percebe-se, pelo exemplo acima, que as dimensões clínica e social são indissociáveis, o que requer um trabalho mais amplo, onde outras instituições e estratégias, para além do campo da saúde, sejam acionadas. Sem um trabalho intersetorial corre-se o risco de retroalimentarmos o circuito psiquiátrico, no qual a internação acaba sendo o único recurso viável para cuidar de crises, que também se repetem num ciclo incessante.

As questões de higiene foram trazidas claramente pelos familiares de 8 dos usuários investigados. A resistência em tomar banho, em todos os casos relatados, é indicativo de que algo não vai bem, ou que uma crise se anuncia. Um dos depoimentos de uma mãe nos chamou a atenção: estava feliz porque seu filho estava tomando banho de 15 em 15 dias, demonstrando uma melhora considerável de seu ponto de vista, pois o filho já ficou mais de ano sem tomar banho, queixando-se de que a água “dava choque”. As informações sobre o banho e demais aspectos da higiene são frequentes nos prontuários, mas apenas como sintomas de crise. Não há um trabalho mais aprofundado voltado para o entendimento e manejo dessas situações. Não há registros da atuação profissional com relação a esse assunto. Sabe-se, por exemplo, que os técnicos de enfermagem em alguns casos dão banhos nos usuários, cortam seus cabelos, fazem as unhas, mas esses cuidados não são registrados nos prontuários.

Ao longo do período em que estivemos acompanhando as visitas domiciliares e realizando a pesquisa documental tivemos a oportunidade de conhecer, ainda que de forma superficial, histórias de vida marcadas por intenso sofrimento. Sofrimento agravado pelas precárias condições sociais que deixam poucas chances de reconstrução da autonomia e, principalmente, da cidadania. A clientela atendida pelo PVC integra, como diriam os analistas sociais, a “base da pirâmide social” e, por irmos até as residências das pessoas, essa realidade ficou ainda mais visível. Uma realidade dura, marcada pelo trabalho braçal e pesado e muitas privações. Aonde o Estado chega, muitas vezes apresenta deficiências, não atendendo às reais necessidades desses sujeitos, seja por falta do real conhecimento da realidade, seja pela precariedade dos recursos voltados para a saúde mental.

Por outro lado, também pudemos perceber a força dos laços afetivos e a importância do suporte familiar e social, quando ele existe. E ele existe em muitos dos casos investigados. Dos 37 usuários investigados, somente dois (mãe e filho acima citados) não possuem essa rede de apoio. Diante da pobreza, sobressaem os afetos, a solidariedade e o compartilhamento das experiências. Ouvimos relatos interessantes de pessoas que são acolhidas em suas comunidades, onde a vizinhança é uma aliada no cuidado, o que dificilmente se vê em populações mais favorecidas economicamente.

Nas visitas pudemos perceber que, apesar das queixas sobre a higiene, sobre os “maus hábitos” dos usuários, da incompreensão, sobrecarga e, por vezes, impaciência de alguns familiares, de um modo geral, as relações de afeto e compromisso de cuidado entre familiares e usuários são fortes e duradouras. Mesmo com as queixas, o cuidado com o familiar usuário faz parte do cotidiano e a vida acaba sendo organizada em torno desse cuidado.

Aos que tiveram o infortúnio de ingressar na carreira psiquiátrica, durante muito tempo (infelizmente ainda estamos neste tempo...) foi reservado o caminho tortuoso e solitário da institucionalização. Um caminho em que, como pudemos perceber pela análise dos prontuários, o diagnóstico tem a palavra final e se sobrepõe à história do sujeito, suas habilidades e possibilidades. A seguir, apresentaremos os dados referentes aos diagnósticos e internações psiquiátricas.

Diagnósticos e internações

O primeiro ponto que chama a atenção é a quantidade de diagnósticos atribuídos aos usuários. Quando ingressam no PVC, os usuários já estão vindo, em sua maioria, de uma longa carreira psiquiátrica. Já passaram por inúmeros psiquiatras, alguns psicoterapeutas (para os usuários com um pouco mais de sorte, devido à maior escassez desses profissionais na rede pública de saúde), muitas internações e etiquetados com muitos diagnósticos. Diagnósticos muitas vezes não revisitados.

Atualmente nos serviços de saúde mental no Brasil e, acreditamos, em vários países do mundo ocidental, é utilizada a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua décima edição (CID-10). Trata-se de um código bastante descritivo dos sintomas relativos a cada um dos inúmeros e variados quadros clínicos. Na CID-10, há uma seção especialmente dedicada aos transtornos mentais e comportamentais, subdividida em 11 grupos de transtornos. No âmbito da saúde mental, para além desses subgrupos, também são comuns referências a

outros grupos de diagnóstico, tais como as doenças do sistema nervoso, em especial o subgrupo de Transtornos episódicos e paroxísticos (G40-G47) e o grande grupo dos Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99).

Para nosso universo de 37 usuários investigados, em suas fichas amarelas encontramos um total de 131 ocorrências diagnósticas. O número médio de diagnósticos por usuário é 4, mas 4 usuários receberam mais de 8 diagnósticos (um deles recebeu 12 diagnósticos ao longo de sua história). Somente 7 usuários receberam apenas um diagnóstico, como pode ser verificada na tabela com os dados brutos apresentada no Anexo 7.

No caso dos usuários do PVC, seus diagnósticos, em sua maioria, foram formulados na emergência psiquiátrica do HSVP. Trata-se de um contexto delicado, pois nos parece plausível supor que o sujeito que chega a uma emergência psiquiátrica está em crise, ou quase. Do outro lado está um psiquiatra abarrotado de atendimentos feitos e outros tantos por fazer, o local é de intenso e constante movimento. Geralmente não há tempo para uma escuta mais atenciosa e que considere o contexto da crise, a história do sujeito e suas relações. Prioriza-se a identificação dos sintomas. Identificados os sintomas, dá-se o diagnóstico e a partir dele, a medicação. Interna-se se necessário. Apesar da complexidade da situação daquele sujeito específico, seu diagnóstico já está dado. Em cinco minutos, às vezes menos, o sujeito já foi devidamente etiquetado e a conduta para com ele a partir daquele momento será baseado no CID que recebeu. Simples e rápido.

Outro ponto importante a considerar é a impossibilidade de acompanhamento de um usuário por um médico específico, de preferência aquele que o recebeu. Muita rotatividade entre os profissionais, plantões longos e distantes um do outro. O médico que atende hoje, volta à emergência daqui há três ou quatro dias. Aquele usuário, muitas vezes não está mais lá. Nos dias seguintes à sua admissão, o usuário vai ser tratado por dois, três, quatro médicos diferentes, cada um com um entendimento e conduta diferenciados. A “simplicidade” e “praticidade” do diagnóstico permite uma comunicação entre a suposta equipe de atendimento. Dificilmente alguém vai questionar o diagnóstico oferecido por um colega, até porque não há tempo suficiente para escutar o usuário e conhecê-lo de fato. Nem tempo para que os profissionais se comuniquem.

No caso dos usuários do PVC, o subgrupo de ocorrências diagnósticas mais frequente é o subgrupo 3, das Esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e transtornos

delirantes (F20-F29), tendo sido registradas 68 ocorrências neste grupo, das 131 ocorrências no geral. Na Tabela 7, podem ser conferidas as ocorrências diagnósticas em cada um dos subgrupos de transtornos mentais, segundo a classificação da CID-10, que foram encontradas nas fichas amarelas dos 37 usuários.

Tabela 7: Números de ocorrências diagnósticas, classificadas por grupos, segundo a CID-10.

| GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS – CID-10 | OCORRÊNCIAS |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20/F29) <ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrenia e subdivisões • Psicose não-orgânica não especificada • Transtorno delirante persistente • Transtorno psicótico agudos e transitórios • Transtorno esquizoafetivo | 68 |
| <ul style="list-style-type: none"> 31 31 1 1 4 | |
| Transtornos de humor (afetivos) (F-30/F39) <ul style="list-style-type: none"> • Episódio maníaco • Transtorno afetivo bipolar • Episódio Depressivo • Transtorno depressivo recorrente | 12 |
| <ul style="list-style-type: none"> 3 4 1 1 | |
| Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F-10/F-19) <ul style="list-style-type: none"> • Uso de álcool • Uso de drogas e outras substâncias psicoativas | 9 |
| <ul style="list-style-type: none"> 3 6 | |
| Retardo Mental (F-70/F-79) <ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderado • Não especificado | 8 |
| <ul style="list-style-type: none"> 2 1 5 | |
| Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F-00/F-09) <ul style="list-style-type: none"> • Delírio não induzido por drogas e outras substâncias • Transtornos mentais, de personalidade e cpto por lesões/disfunção cerebral ou doença física | 4 |
| <ul style="list-style-type: none"> 1 3 | |
| Transtornos neuróticos, relacionados com o “stress” e somatoformes (F-40/F-48) <ul style="list-style-type: none"> • Transtornos fóbico-ansiosos • Outros transtornos ansiosos • Reação ao stress grave e transtorno de adaptação | 4 |
| <ul style="list-style-type: none"> 1 1 2 | |
| Transtornos Episódicos e Paroxísticos (G-40/G-47) <ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia | 3 |
| <ul style="list-style-type: none"> 3 | |
| Síndromes coptais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F-50/F-59) <ul style="list-style-type: none"> • Transtornos mentais associados ao puerpério | 2 |
| <ul style="list-style-type: none"> 1 | |
| Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos (G-20/G-26) <ul style="list-style-type: none"> • Parkinsonismo secundário • Distonia | 2 |
| <ul style="list-style-type: none"> 1 1 | |
| Fatores influenciam estado de saúde e contato com os serviços de saúde (Z-00/Z-99) <ul style="list-style-type: none"> • Contato com serviços de saúde em outras circunstâncias • Pós-cirúrgico • Suporte familiar inadequado • Problemas relacionados à moradia e condições econômicas | 19 |
| <ul style="list-style-type: none"> 16 1 1 1 | |
| Total de ocorrências diagnósticas | 131 |

A partir dos dados brutos das fichas amarelas relativos ao diagnóstico apresentados no Anexo 7, fizemos um exercício, ainda que não sistemático, de transpor os diagnósticos recebidos por cada um dos usuários para uma perspectiva mais psicodinâmica. Desta forma teremos, no grupo dos 37 usuários, um grande grupo de 35 pessoas diagnosticadas como psicóticos, 11 como portadoras de transtornos orgânicos, sete com transtornos de humor, sete com retardo mental e cinco com diagnósticos claramente delimitados no campo da neurose. Em exame mais acurado, esses números revelam incoerências, pois há, logo na primeira visada, pelo menos cinco diagnósticos que precisam ser revistos, pois todos os que receberam diagnósticos referentes a neuroses também receberam diagnósticos referentes ao campo das psicoses. Esse é apenas um apontamento, dentre os vários que poderíamos fazer, para exemplificar os possíveis erros diagnósticos com os quais se convive neste contexto.

São estes diagnósticos, pouco confiáveis, que guiam na maior parte dos casos, a prescrição medicamentosa. Como é comum no âmbito da psiquiatria, e no PVC não é diferente, os usuários tomam uma grande quantidade de medicamentos. Medicamentos com efeitos colaterais perturbadores, especialmente em se tratando dos medicamentos distribuídos gratuitamente na rede pública, que são os mais baratos e menos específicos (com mais efeitos colaterais, por serem de mais ampla ação). Dos 37 usuários, apenas 2 não tomam medicação injetável. Dos 35 que fazem uso de medicação injetável, 20 fazem uso também de outras medicações psicotrópicas. Quatro fazem uso de medicação de alto custo, já tendo, portanto, experimentado todas as outras medicações gratuitas prescritas para seu diagnóstico.

No que diz respeito às internações, os dados também são alarmantes e reveladores do funcionamento cíclico do sistema tradicional de tratamento. A partir da consulta às fichas amarelas, verificamos que 30 dos 37 usuários tiveram internações psiquiátricas ao longo de sua história. Vale a pena considerar a possibilidade de falha nesses dados, considerando o arcaísmo do sistema de arquivamento das fichas na emergência do HSVP, como apresentado anteriormente. Alguns usuários tinham suas fichas preenchidas somente com consultas, mas pelas observações e conversas com os técnicos, sabemos que eles têm longo histórico de internação, porém o registro não foi encontrado.

Fizemos uma análise caso a caso, do número de internações, e do tempo de permanência que os usuários permaneceram internados antes e depois do PVC. Para

observar um resumo dos dados brutos relativos às internações, ver as Tabelas 8 e 9 abaixo.

Tabela 8: Numero de internações dos usuários do PVC no Hospital São Vicente de Paula (HSVP).

| N de internações | 1 a 5 | 6 a 10 | 11 a 20 | 20 a 30 | 40 a 51 |
|-------------------------|--------------|---------------|----------------|----------------|----------------|
| N de usuários | 12 | 6 | 6 | 3 | 2 |

Tabela 9: Número de dias de internação dos usuários do PVC no HSVP.

| N de dias | 1 a 20 | 21 a 40 | 41 a 60 | 61 a 80 | 81 a 100 | 101 a 200 | 201 a 300 | + de 300 |
|----------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------|
| N de usuários | 3 | 5 | 4 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 |

Com relação às internações em outras instituições maiores (Clínica de Repouso Planalto, Clínica de Repouso São Miguel, Sanatório Espírita de Anápolis e Hospital de Base) os dados são os seguintes: 5 usuários tiveram uma internação, 6 usuários tiveram de 2 a 5 internações, 4 usuários tiveram entre 6 e 10 internações, 4 usuários tiveram entre 11 e 20 internações e 2 usuários foram internados mais de 20 vezes nessas instituições. As durações dessas internações não são conhecidas, pois não constam das fichas amarelas.

Conhecer os dados das internações dos usuários do PVC nos interessou pelo fato de permitir observar o impacto do programa sobre o ciclo de internações. Dos 30 usuários que tinham longo histórico de constantes internações, após o ingresso no PVC, 20 não foram mais internados. Dos 10 usuários que voltaram a se internar, em 8 percebe-se uma diminuição no número de internações e no número de dias que duraram as mesmas, como pode ser observado na Tabela 10. Somente 1 sujeito (suj. 22), ingresso no PVC desde 2004, apresentou um aumento no número de internações. Um dos usuários que voltou a se internar (suj.36), não constam em sua ficha amarela dados das internações anteriores, o que não nos permite o comparativo. Não tivemos acesso a informações mais precisas sobre o histórico de internações deste usuário antes de seu ingresso no PVC.

Tabela 10: Dados das internações dos usuários que voltaram a se internar após o ingresso no PVC

| Sujeitos | Nº de internações antes | Nº de Internações depois | Nº de dias de internação antes | Nº de dias de internação depois |
|----------|-------------------------|--------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Suj. 3 | 4 | 1 | 55 | 11 |
| Suj. 6 | 5 | 2 | 28 | 12 |
| Suj. 8 | 2 | 2 | 6 | 7 |
| Suj. 10 | 3 | 2 | 133 | 17 |
| Suj. 17 | 8 | 1 | 29 | 1 |
| Suj. 22 | 5 | 9 | 90 | 177 |
| Suj. 23 | 41 | 10 | 152 | 136 |
| Suj. 26 | 21 | 2 | 92 | 26 |
| Suj. 31 | 3 | 1 | 97 | 7 |
| Suj. 36 | - | 8 | - | 84 |

Com relação ao ingresso no PVC, 15 usuários ingressaram nos anos de 2003 e 2004, 11 nos anos de 2005 e 2006 e os 11 restantes ingressaram a partir de 2008.

De uma forma geral, a pesquisa documental nos permitiu levantar algumas questões relativas aos usuários e as implicações de sua inscrição do PVC. Os dados da internação nos permitem concluir que o PVC, tem prestado um serviço benéfico aos seus usuários no sentido, se não da desinstitucionalização, pelo menos da desospitalização. Benéfico, a despeito de todas as suas limitações e contradições, que serão apresentadas daqui por diante, a partir da análise dos dados obtidos com a observação participante.

Conforme apresentado na seção de Metodologia, construímos algumas categorias empíricas como forma de sistematizar as informações obtidas nos momentos de observação, o que nos auxiliou a traçar a linha de base do PVC. Tais categorias são: 1) trajetória da pesquisa de campo; 2) memória social do PVC; 3) Inserção na rede de saúde mental 4) infra-estrutura: espaço físico e recursos humanos; 5) cotidiano e processos de trabalho; 6) visitas domiciliares e; 7) grupos, subgrupos e relações intra e intergrupos. A apresentação dos resultados será realizada a partir de tópicos relativos a cada uma das categorias empíricas citadas.

2. Trajetória da pesquisa de campo

Na apresentação do Estudo 2 relatamos nossos primeiros momentos de entrada no campo que foram definidores da construção do desenho de pesquisa. Em junho de 2010, após definido o projeto de pesquisa, iniciamos nossa inserção no PVC, utilizando a observação participante como uma estratégia de entrada e permanência no campo.

A princípio, alguns membros da equipe nos olhavam com certa desconfiança, mas ao longo das visitas este desconforto foi desaparecendo e, de uma forma geral, todos passaram a colaborar com a pesquisa. Os membros da equipe foram se tornando cada vez mais próximos, fornecendo informações importantes sobre o funcionamento do PVC e da instituição que o abriga, o HSVP, bem como informações relevantes acerca dos usuários e seus familiares. Neste sentido, acreditamos ter desenvolvido algumas das habilidades que de acordo com Alves-Mazzoti (1998), são essenciais ao observador participante, tais como:

a) ser capaz de estabelecer uma relação de confiança com as pessoas do contexto;

b) ter sensibilidade e interesse pelas pessoas, sendo um bom ouvinte. Durante todo o tempo de permanência no campo estivemos abertas à escuta dos membros da equipe, desenvolvendo relações amistosas, que ultrapassaram os objetivos de pesquisa;

c) ter familiaridade com as questões investigadas. Nossa experiência anterior no campo da saúde mental, além de facilitar a entrada no campo, nos permitiu um olhar menos ingênuo e mais crítico para com o contexto estudado.

d) ter flexibilidade para adaptar-se aos imprevistos. O fato de estarmos em meio real e não experimental impõe uma série de imprevistos e necessidades que se sobrepõem aos interesses de pesquisa. Um pequeno atraso e perdíamos a saída para as visitas; um usuário em crise e aquele funcionário que queríamos conversar ou acompanhar não estava disponível. Imprevistos da vida real que foram encarados como parte do processo de pesquisa. Nem sempre, as coisas aconteceriam no ritmo desejado ou planejado.

e) Não ter pressa de identificar padrões ou atribuir significados aos fenômenos observados. Apesar da dificuldade de neutralidade, e de, algumas vezes, termos nos antecipado em nossos julgamentos, fizemos o possível para nos mantermos abertas e disponíveis a revisões de nossos julgamentos apressados e compreensão de novos pontos de vista sobre os assuntos e ações em pauta.

Outro fator que, acreditamos, contribuiu para nossa aceitação pela equipe do PVC foi o fato de também trabalharmos na SES-DF, o que propiciou melhor aproximação em função da identidade compartilhada de servidores públicos de saúde. Essa “identidade compartilhada”, a nosso ver, criou uma cumplicidade no que diz respeito à pesquisa. Ao longo de nossa estada no PVC, testemunhamos diversas atitudes dos membros da equipe no sentido da facilitação da execução da pesquisa:

disponibilidade da equipe em nos fornecer informações, conceder entrevistas, mudança do itinerário das visitas domiciliares para favorecer nosso contato com usuários e familiares que tínhamos interesse em nos aproximar, sugestões de usuários e familiares para serem entrevistados, auxílio na pesquisa documental, abertura para o diálogo, incluindo conversas relativas aos processos de trabalho.

Essa “cumplicidade” com a pesquisa também pode ser explicada pela presença constante de estagiários no programa, fazendo com que a equipe já estivesse acostumada à presença de outras pessoas estranhas ao serviço.

Logo após as primeiras visitas, sentimos que fomos incluídas naquele contexto e um dos indícios era a forma com que os profissionais se referiam a nós, sempre nos incluindo nas conversas formais e informais. Este acolhimento por parte da equipe permitiu o acesso à história do programa e aos elementos importantes que constituem o campo representacional e as práticas cotidianas deste contexto.

3. Descobrimo a memória social do PVC: uma história de desafios e afetos

Ao longo de nossa inserção no campo tivemos a oportunidade de conversar informalmente, algumas vezes, com os diversos atores PVC, que nos contaram a história do programa, bem como algumas de suas características e relações com a política e a rede de saúde mental. Consideramos essas conversas como momentos importantes de resgate da memória oral sobre o programa. Além de conhecer a história, a filosofia e o funcionamento do PVC, tais conversas nos mostraram um lado da história que não era somente factual, mas também fruto da memória social.

Sá (2007) propõe uma circunscrição do conceito de memória social, definindo alguns princípios unificadores e instâncias da memória social caras aos psicólogos sociais. Em sua tentativa de delimitação do conceito, Sá o faz a partir de uma perspectiva psicossociológica, considerando que a memória social é de natureza simultaneamente social e psicológica. É uma memória que tem um caráter construtivo, pois não se restringe somente a fatos objetivos armazenados que, quando evocados, são resgatados em sua forma pura e límpida. É uma memória que se atualiza na comunicação e interação social, donde a importância da conversação cotidiana. Está intimamente imbricada com o pensamento social e possui uma dinâmica afetiva.

De uma forma geral, é uma memória que participa da construção social da realidade e acontece no campo comum entre as memórias individuais e as imagens e idéias produzidas pelo grupo ao qual o indivíduo pertence. Os processos engendrados

neste campo comum concorrem para a produção de uma memória que carregue em si a imagem e os valores do próprio grupo que o produziu. Uma memória que dê sustentação para as relações estabelecidas por este grupo com o mundo que o circunda, preservando a imagem e os valores do mesmo, justificando suas práticas e construindo uma história coerente com as aspirações individuais e grupais, a qual tende a se perpetuar, conservando seu sentido original (Bosi, 1987; Sá, 2007). É uma memória que se atualiza sempre, porém, que perpetua aspectos importantes por meio da constante evocação.

Neste sentido, de todas as conversas formais e informais que tivemos e que nos forneceram informações importantes acerca do programa, destacamos neste tópico as conversas relativas à história do PVC realizadas com a assistente social idealizadora e coordenadora do programa. Pessoa que merece alguns comentários de apresentação, tendo em vista sua importância para a criação e consolidação do PVC.

Trata-se de uma liderança carismática. Essa profissional não é uma burocrata com *expertise* teórica ou organizacional, mas tem visível habilidade política construída ao longo de sua trajetória profissional de mais de vinte anos de atuação na Secretaria de Saúde do DF. Estabeleceu contatos próximos e parcerias em diversos níveis, e em diferentes contextos. Parcerias com diversas instituições e comunidades.

Durante nosso período de observação ouvimos muitos depoimentos espontâneos de membros da equipe que falavam da admiração ao trabalho de resgate social empreendido por esta profissional e a forma ética e compromissada com que trata os usuários. Alguns técnicos falaram abertamente da transformação do olhar e da construção de uma nova prática com relação aos usuários provocada pela postura eticamente comprometida da coordenadora. Nos anos iniciais do programa, a assistente social fazia constantemente as visitas domiciliares junto com outros profissionais, o que favoreceu uma espécie de “formação em serviço”, na qual os outros profissionais observavam e aprendiam com sua postura diante dos usuários e familiares. De uma forma geral, podemos dizer que essa assistente social carrega em si o ideário do programa e, pela sua atuação apaixonada e resolutiva, contagia o restante da equipe, sendo o pivô da construção de uma memória social acerca do PVC.

O estilo de liderança exercido pela coordenadora é considerado como uma marca do programa que acaba por adquirir um caráter personalista, o que tem aspectos que podem ser considerados positivos e outros negativos. Por um lado, sua figura agregadora modificou o olhar dos profissionais no que tange ao trabalho em saúde

mental e serviu de modelo para atuação. Por outro lado, o caráter personalista do programa confere ao mesmo características quase domésticas, carecendo de algumas revisões, pois trata-se, sobretudo, de um programa institucional dentro da estrutura de atenção à saúde pública.

Além disso, já ao final desta primeira etapa do Estudo 2, a coordenadora do programa abriu mão da coordenação para assumir outra função dentro da Secretaria de Saúde. Sua saída, desta forma, obriga a um reordenamento dos processos de trabalho e inicia um novo momento na história do programa. Esse reordenamento, entretanto, não é foco de nosso estudo, pois é um processo ainda em fase inicial. Voltaremos a ele mais à frente, na conclusão deste estudo.

Concluída a apresentação da coordenadora do PVC, prosseguiremos comentando alguns aspectos da história do programa revelados nas conversas informais com esta profissional, que nos auxiliam na construção da memória social do programa.

A história do PVC tem seu início com o fechamento da Clínica de Repouso Planalto em 2003. Poucas semanas após o fechamento da Clínica de Repouso Planalto, sob a liderança da assistente social acima apresentada, foi montada uma equipe de atendimento a domicílio aos ex-internos da clínica e seus familiares, de forma a evitar, ou pelo menos amenizar, o ciclo das constantes reinternações. Um dos critérios impostos para a montagem da equipe foi a seleção de profissionais que estivessem sensibilizados com a situação dos ex-pacientes e que tivessem vontade de trabalhar em uma nova proposta fora dos limites do hospital.

O primeiro ano de funcionamento dessa equipe é relatado pela coordenadora de forma emocionada. Muitos foram os casos de pacientes, a partir de agora chamados de usuários¹⁵, que cessaram suas internações no HSVP, pois passaram a ser medicados em casa. Além da medicação, esta equipe também oferecia outros tipos de cuidado, tais como: banho e outros cuidados de higiene, orientações para a família quanto ao lidar cotidiano com o familiar adoecido, avaliações psiquiátricas e concessão de benefícios sociais.

¹⁵ A mudança do termo de pacientes para usuários não é mera referência a uma postura politicamente correta. Trata-se de acentuar as diferenças dos modelos de tratamento: no primeiro momento (ainda na extinta Clínica de Repouso Planalto), os sujeitos eram internos a um hospital psiquiátrico de médio porte, e, a partir de seu fechamento e início da atuação do PVC, passaram a ser cuidados e considerados dentro de uma nova perspectiva de cuidado, que aponta para uma mudança no modelo de atenção. Essa mudança requer, no nosso ponto de vista, nova nomenclatura para os sujeitos do cuidado, no sentido de diferenciar esses dois modelos.

Tais iniciativas, segundo avaliação da coordenadora e da própria equipe profissional, permitiram a transformação concreta das condições de vida da população atendida, o que está de acordo com a concepção clássica de Rotelli (1990) acerca do processo de desinstitucionalização. Para este autor, a desinstitucionalização é

... um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ agora, mas, no entanto, seguramente ‘se cuida’. Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta esse sofrimento. (p.33)

Inicialmente essa equipe volante atendia aos ex-pacientes da Clínica Planalto, porém, em poucos meses, em virtude da efetividade do trabalho realizado, outras pessoas passaram a ser encaminhadas à equipe pela emergência do HSVP e pelos próprios familiares que indicavam conhecidos que também necessitavam deste tipo de atenção, em virtude das constantes reinternações.

A atuação desta equipe mostrou-se efetiva no cuidado a esses usuários e suas famílias e, em 26 de julho de 2004 este trabalho é oficializado no âmbito da Secretaria de Saúde do DF, com a publicação da Portaria nº 86 criando oficialmente o Programa Vida em Casa (PVC), vinculado ao Hospital São Vicente de Paula (HSVP).

Quando solicitada a falar sobre a história do programa, muitas histórias de vida de usuários foram contadas, como exemplos práticos das intervenções de cuidado realizadas pelo PVC. Histórias de vida que auxiliam na construção do conhecimento e reforçam o ideário da desinstitucionalização. É a história de mulheres como Ana, que viviam internadas, sem a guarda dos filhos, agressivas, deprimidas. Com o ingresso no programa reduziram significativamente seus períodos de internação, passaram a ser atendidas sistematicamente, receberam benefícios sociais e voltaram a exercer suas atividades cotidianas. É a história de homens como Francisco, que também tiveram suas crises controladas, e com o acompanhamento da equipe, não foram mais internados, o que era uma constante em suas vidas. Voltaram a trabalhar e auxiliar suas famílias. É o caso de pessoas como Maria, Pedro e João, já bastante cronificados pelos anos de institucionalização, que deixaram os hospitais e retornaram para o convívio com a família, recebendo cuidados especiais em domicílio. Estabilização dos quadros psiquiátricos, cuidados em domicílio, acolhimento e orientação às famílias, aquisição de benefícios sociais e, supostamente, o início de um processo de inserção social. Foi o que receberam os usuários do programa, segundo sua idealizadora e coordenadora.

Interessante observar que a história do PVC, apreendida nas conversas cotidianas, não é contada a partir de reflexões teóricas ou políticas sobre o funcionamento do mesmo. É uma história contada a partir de experiências concretas de intervenção na vida de sujeitos particulares. Podemos dizer que se trata de um processo de objetivação (relembrando: um dos processos empregados na construção de representações sociais) onde os ideais e concepções de atenção psicossocial são amalgamados na figura e na história de seus usuários. Por meio da objetivação, cria-se uma figura, uma imagem concreta de um determinado fenômeno, neste caso a história de vida dos usuários, cuja transformação representa a atuação do PVC, sua história, concepção e valores.

De-Alba (2011) traça um paralelo entre esse esquema figurativo proposto por Moscovici (1961) e o esquema da memória proposto por Halbachs (1950). Para De-Alba, tanto a objetivação proposta por Moscovici quanto a memória proposta por Halbachs tratam de processos de não reprodução, mas sim de fabricação, reelaboração e atualização de fatos. Segundo esta autora

Os eventos do passado não são lembrados, tal como aconteceram, porque não nos encontramos exatamente nas mesmas condições em que ocorreram. A lembrança de tal evento vai se deformando, em maior ou menor medida, ao longo das sucessivas evocações, mas nunca será uma reprodução exata do mesmo (De-Alba, 2011, p.422).

Essa afirmação é importante por ressaltar a compreensão de que o atual esquema (figurativo e/ou de memória) será filtrado e modelado pelo atual sistema de representações, composto de valores sociais e morais que o sujeito reorganiza de acordo com sua conveniência e possibilidades de expressão. Assim, a constante evocação de sujeitos concretos e suas histórias vai modelando determinados aspectos do pensamento social que perpassa o cotidiano do PVC, ao mesmo tempo em que também vão sendo influenciadas pelas representações sociais que se engendram no cotidiano do programa. É o PVC construindo e reconstruindo as histórias de vida, ao mesmo tempo em que é construído e reconstruído por elas.

Outro ponto importante do resgate de tais histórias é que elas revelam as transformações concretas no modo de habitar a cidade. Antes trancados e isolados em hospitais psiquiátricos, sem nenhum contato com a vida social, agora voltaram a morar em comunidades dentro da cidade. A saída do hospital e moradia junto à família é

bastante valorizada nas conversas formais e informais, e é compreendida como sendo sinônimo de inserção social, o que merece algumas ponderações.

Considerando a transformação concreta no cotidiano que implica a mudança desses ambientes, pode-se considerar que, de fato, um passo importante foi dado no sentido da inserção social: o passo da desospitalização. Mas será que desospitalizar é inserir socialmente? Acreditamos que não, pois ainda resta um importante trabalho a ser feito, qual seja a construção de uma rede social de apoio articulada, em seus diversos níveis de complexidade.

A história do PVC também perpassa as diversas iniciativas de estabelecer parcerias, no sentido da construção desta complexa rede necessária para efetivação da inserção social.

4. Inserção na rede de saúde mental: as parcerias

Ao longo de seu tempo de existência, o PVC vem estabelecendo parcerias com diversas entidades governamentais e não governamentais, além de diferentes parcerias feitas com as comunidades onde residem seus usuários.

Das entidades da sociedade civil organizada, o PVC mantém parcerias com o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária/MISMEC-DF, a INVERSO-ONG em Saúde Mental e a Associação de Amigos da Saúde Mental – ASSIM.

Dos órgãos governamentais que fazem parte da rede de saúde do DF, o PVC mantém parcerias com alguns Centros de Saúde e CAPS mais próximos de sua sede. Uma crescente parceria com o CAPS II de Taguatinga vem se estabelecendo nos últimos meses em função de usuários que eram atendidos pelo PVC e que foram encaminhados a este CAPS. Já se iniciou também um processo de aproximação com o CAPS II da Samambaia para que os usuários que moram nesta satélite passem a ser referenciados no CAPS.

O PVC também tem parcerias com algumas equipes do Programa Saúde da Família - PSF, como, por exemplo, as equipes do Gama e da Estrutural. Essas parcerias se efetivam na forma de visitas compartilhadas a pessoas com demandas específicas de saúde mental. Essas visitas compartilhadas têm por objetivos fazer uma avaliação psiquiátrica e orientar os agentes do PSF no acompanhamento dos casos de saúde mental. Além das visitas compartilhadas, a equipe do PVC também faz um trabalho, em alguns poucos casos, de acompanhamento e suporte para esses agentes. Esse

acompanhamento, ainda que informal, se assemelha ao trabalho de matriciamento preconizado pela política nacional de saúde mental para os CAPS.

Outra parceria do PVC no âmbito do DF é com a Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda (SEDEST), com as quais também faz visitas compartilhadas visando à intermediação na concessão de benefícios sociais.

Além das parcerias dentro do DF, o PVC também tem uma parceria com o Ministério da Saúde, em virtude do Programa De Volta Pra Casa, gerenciado nacionalmente pelo Ministério e localmente pelo PVC. Além de acompanhar os beneficiários já inscritos no De Volta Para Casa, a equipe do PVC também assumiu a responsabilidade de identificar, em diferentes comunidades do DF, as pessoas que são potenciais beneficiários, viabilizando a inscrição destas pessoas junto à SES/DF e o Ministério da Saúde.

Segundo as normas do programa federal, o benefício é concedido prioritariamente a pessoas que tenham longas internações, ou seja, mais de um ano ininterrupto de internação em hospital psiquiátrico. No DF, depois do fechamento da Clínica Planalto, esse critério seria um impeditivo para a inscrição de novos bolsistas, haja vista o DF não contar mais com um hospital psiquiátrico de médio ou grande porte e com longas internações. Neste sentido, iniciou-se um processo de negociação da SES/DF, representada pela coordenação do PVC, com o Ministério da Saúde, no qual foi proposto outro critério para inclusão de novos beneficiários no programa: o número elevado de breves internações em curtos períodos de tempo aliado às condições psicossociais dos usuários, o que foi acatado. Tal negociação foi possível em virtude da situação precária da rede de atenção à saúde mental no DF naquele momento. Nos primeiros meses de existência do PVC, houve diversas inscrições dos usuários no Programa Federal De Volta Pra Casa, mesmo para aqueles que já eram beneficiários do BPC (Benefício de Prestação Continuada).

Com relação aos diversos benefícios sociais, o PVC oferece um trabalho de orientação aos usuários e familiares, fornecendo também, muitas vezes, relatórios médicos e psicossociais para o INSS ou outros órgãos competentes comprovando a necessidade dos benefícios, que podem ser, desde o Benefício de Prestação Continuada até a concessão de passe livre para o tratamento.

O PVC também se constituiu enquanto um campo de formação profissional. Alguns residentes médicos tiveram passagens pelo PVC, aproximando-se da proposta de atendimento domiciliar. Algumas universidades também têm estagiários no PVC,

especialmente dos cursos de Psicologia e Serviço Social. Escolas Técnicas de Enfermagem também adotam o PVC como campo para estágio.

Percebe-se que o PVC é um programa de saúde com características bem peculiares, em especial no que tange às suas inúmeras atribuições. Ele responde a uma complexidade de demandas que sobrepõem, pelo menos oficialmente, às demandas de outros serviços. O atendimento a essa demanda difusa acarreta alguns problemas, dentre eles a sobrecarga de trabalho para a equipe do PVC. Equipe que acaba sendo bastante reduzida para o que o programa se propõe a fazer.

Cabe lembrar, entretanto, que as inúmeras atribuições que o PVC tem atualmente são fruto de sua história. Uma história de “emergências psiquiátricas” ocorridas em um contexto de poucos recursos institucionais e sociais, o que levou a equipe do programa a “abraçar a luta contra a desassistência”, naquilo que fosse possível no momento de sua criação. Naquele momento a rede de saúde mental do DF era (e ainda é) insuficiente para atender a demanda de cuidados em saúde mental, o que acarretou neste acúmulo de funções para o programa.

Com relação a essa sobreposição de ações, em uma de nossas conversas informais, pedimos que a assistente social comentasse a relação do PVC com a política de saúde mental na atenção básica e a resposta que recebemos foi: “o PVC é mais do que atenção básica”. Essa resposta merece uma discussão mais ampla, que será feita mais adiante, mas cabe destacar desde já, que tal resposta evidencia a dificuldade de enquadrarmos o programa em uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Uma dificuldade que também é reveladora da inventividade necessária aos processos de desinstitucionalização e do potencial de desenvolvimento desta política.

5. Infra estrutura física e recursos humanos

A sede do PVC é localizada no corredor térreo do prédio administrativo do HSVP e é dividida em duas salas (por nós denominadas Sala Administrativa e Sala Executiva). Em frente à Sala executiva, há uma sala pequena no corredor que é utilizada como consultório para as consultas psiquiátricas. Perto dessas duas salas estão outras que sediam a residência médica, a equipe de limpeza, segurança, transporte e outros serviços administrativos, ou seja, é um lugar de muito movimento dentro do HSVP. Para uma melhor visualização da estrutura física do PVC, ver Figura 7.

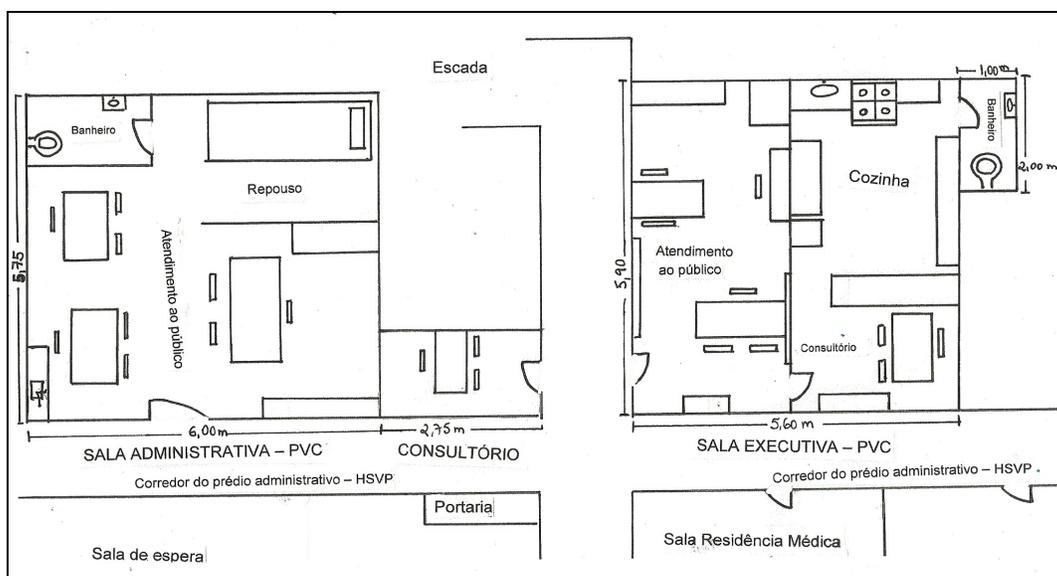


Figura7: Planta baixa do PVC, sediada no prédio administrativo do HSVP.

A divisão da sede nas duas salas revela não só uma organização espacial, mas também a organização do trabalho e das relações cotidianas.

A sala administrativa é o espaço de trabalho das profissionais de nível superior e da secretária do PVC. Nessa sala são realizados os contatos inter-institucionais e são realizados os atendimentos da Psicologia e Serviço Social. Esta sala também sedia o Serviço Social do HSVP como um todo, ou seja, não é um espaço exclusivo do PVC, mas também abriga outros atendimentos e atribuições, o que, muitas vezes, acaba gerando ambigüidades entre as funções do PVC e da assistência social do hospital.

Nessa sala são realizados inúmeros atendimentos do serviço social por dia. Atendimentos a demandas diversas, desde elaboração de relatórios psicossociais para concessão de passe livre, doação de recursos financeiros oriundos de um fundo reservado para tal fim que a Secretaria de Saúde recebe periodicamente, até orientações para aposentadorias e Benefício de Prestação Continuada. Essa sala tem um movimento intenso, com a presença de inúmeros atores: profissionais do PVC e de outras áreas do HSVP, familiares e alguns usuários, num entra e sai constante. Na tentativa de criar uma imagem, podemos dizer que esta sala administrativa é, metaforicamente, a “cabeça” do programa.

Ampliando a metáfora do corpo, quando pensamos na sala executiva, ficou-nos a forte impressão de que ela representa os braços, pernas e, porque não dizer, o coração do programa. Essa sala é a porta de entrada para o PVC, por onde chegam usuários e

familiares em busca de consultas ou receitas. Nesta sala são realizados os atendimentos da psiquiatria e da enfermagem, são guardados os prontuários e medicações, são preenchidas e entregues as receitas e organizado o fluxo de atendimentos domiciliares. Essa sala também abriga o ambiente mais acolhedor do programa: a cozinha. Lugar dos encontros informais, a cozinha é o palco onde se misturam as relações de trabalho e de afeto, onde os limites entre o profissional e o pessoal se dissolvem.

Nestas duas salas se dividem a equipe do PVC¹⁶, composta por seis técnicos de enfermagem (quatro mulheres e dois homens), um auxiliar de enfermagem, uma enfermeira, duas psicólogas, uma assistente social e três psiquiatras (2 mulheres e um homem).

6. Cotidiano e processos de trabalho: do caos aparente à eficiência possível

O cotidiano do PVC é marcado por um movimento intenso de familiares, usuários, e, especialmente, profissionais, envolvidos em diversas atividades. Muitas demandas e ações desenvolvidas ao mesmo tempo por pessoas diferentes, o que sugere uma sensação de caos e desordem, em especial nos turnos da manhã, período de maior movimento em virtude das visitas domiciliares e consultas psiquiátricas. É somente aos poucos, com a familiarização com o ambiente e seus atores, que as rotinas vão ficando mais claras e é possível apreender uma ordem por trás do aparente caos.

Interessante notar que, como afirmaram claramente alguns técnicos de enfermagem, não há uma escala de trabalho oficializada. Todos sabem o que fazer e quem chega primeiro ou está disponível no momento faz o que tem para ser feito. Um tipo de funcionamento que revela a organicidade da dinâmica institucional e a sinergia da equipe, em especial a equipe de enfermagem, desburocratizando as funções e o atendimento à intensa demanda. Por outro lado, o não estabelecimento de uma escala de atribuições para cada profissional faz com que o trabalho seja realizado no ritmo desejado por cada um, aumentando a necessidade de responsabilidade e compromisso pessoal, o que não é compreendido da mesma maneira por todos e confere um aspecto informal às atividades de trabalho.

¹⁶ Este texto foi escrito após a conclusão da pesquisa de campo, o que nos levou a considerar a equipe existente ao final da pesquisa, sem a assistente social, ex-coordenadora do PVC, a terapeuta ocupacional e um dos técnicos de enfermagem que saíram do programa no início do ano de 2011, meados de nossa pesquisa.

Com relação às rotinas, percebemos que existem dois tipos: as oficiais e as extra-oficiais.

Rotinas oficiais

Com relação às *rotinas oficiais*, fica claro que há uma rotina já estabelecida para a equipe de enfermagem, no que tange aos cuidados com a medicação e o trabalho do médico psiquiatra. Já para a equipe terapêutica¹⁷ (psicologia, terapia ocupacional, serviço social), não foi percebida uma rotina clara ou planejamento mais sistemático das ações. A rotina de trabalho da equipe terapêutica somente se tornou mais clara no momento das entrevistas individuais com algumas dessas profissionais. A impressão que tivemos ao longo dos primeiros meses da pesquisa de campo foi que cada profissional da equipe terapêutica faz sua própria rotina de acordo com a demanda que se apresenta, sem que haja um planejamento conjunto ou articulado entre os diversos profissionais. Assim, inicialmente tem-se a impressão de que as visitas de medicação e de avaliação psiquiátrica estão em um primeiro plano de importância e as outras ações, referentes aos outros profissionais, estão em segundo plano, não sendo uma prioridade.

Um dos pontos que nos parece fundamental para justificar essa aparente desarticulação das ações é a falta de uma reunião de equipe, onde todos os profissionais possam sistematicamente se encontrar, trocar informações e planejar conjuntamente as ações de forma mais articulada e refletida. Justifica-se a falta da reunião de equipe pela intensa sobrecarga de trabalho, o que do nosso ponto de vista, gera um ciclo vicioso: a quantidade de trabalho não permite que a equipe pare para planejar e aperfeiçoar o próprio processo de trabalho, que se mantém desarticulado.

Por outro lado, a quase inexistência de reuniões periódicas pode ser reveladora de resistências inerentes ao próprio funcionamento da equipe. Juntar diversos profissionais, com visões e funções distintas com relação ao cuidado, com experiências diferentes no campo da saúde mental, para discutir ações conjuntas não é tarefa fácil. Pensar conjuntamente os projetos terapêuticos dos usuários é também colocar-se

¹⁷ Ao chamarmos essa equipe de terapêutica não estamos dizendo que os subgrupos de técnicos de enfermagem ou de psiquiatras não sejam terapêuticos. Trata-se de uma denominação escolhida para diferenciar o grupo de profissionais de nível superior dos técnicos e psiquiatras que constituem grupos à parte. Essa denominação foi utilizada diversas vezes por uma das entrevistadas, o que nos autorizou a utilizá-la. Este mesmo comentário vale para as visitas. Chamamos de visitas da equipe terapêutica as realizadas pelas profissionais acima citadas, mas reconhecemos que as outras visitas também têm sua função terapêutica.

desafios e, o que é mais difícil, avaliar constantemente o efeito das ações empreendidas e se responsabilizar pelo aprimoramento do cuidado.

De todo o tempo que estivemos inseridas no PVC, presenciamos apenas uma reunião de equipe no início de 2011, para tratar dos novos rumos do programa com a saída da coordenadora. Nessa reunião de equipe a questão das rotinas para a área terapêutica foi levantada e se iniciou um trabalho de organização de protocolos e rotinas, que ainda está em andamento.

A rotina da equipe de enfermagem (enfermeira, técnicos e auxiliar) e dos médicos, como dissemos anteriormente, é a mais facilmente reconhecida.

A rotina mais consolidada no programa é a realização das visitas domiciliares, em especial as visitas de medicação, feitas em sua maioria somente por técnicos de enfermagem. Na sala executiva existem dois grandes quadros que são observados pela equipe de enfermagem que chegam logo pela manhã. No quadro 1 (Figura 8), ficam os nomes de todos os usuários do PVC que tomam medicação injetável e as datas em que a medicação deve ser administrada.

| Programa Vida em Casa (PVC) | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Ceilândia | Ceilândia | Somabau | Ecuaritima | Pium Piloto | Gama |
| 001 Adriano de Souza (Comp) 23/02 | 001 Mª Gerilda (Comp) 23/02 | 001 Adilson Silva (Comp) 23/02 | 001 Anderson Dantas (Comp) 23/02 | 001 Josildo Santos (Comp) 23/02 | 001 Anderson Clemente (Comp) 23/02 |
| 002 Ana Luíza (Comp) 23/02 | 002 Mª Sereia (Comp) 23/02 | 002 Anderson dos Santos (Comp) 23/02 | 002 Gerson (Comp) 23/02 | | |
| 003 Armanda Lopes (Comp) 23/02 | 003 Nilson Silva (Comp) 23/02 | 003 Carlos Mendes (Comp) 23/02 | 003 Edmar de Souza (Comp) 23/02 | | 001 Fátima (Comp) 23/02 |
| 004 Carlos Roberto (Comp) 23/02 | 004 Nilson Moura (Comp) 23/02 | 004 Gilm. Mª Rosa (Comp) 23/02 | 004 Eva Soares (Comp) 23/02 | | |
| 005 Cleide Leite (Comp) 23/02 | 005 Nelson Silva (Comp) 23/02 | 005 Rosilene dos Santos (Comp) 23/02 | 005 Eliete Correia (Comp) 23/02 | SE - M. Luí. | |
| 006 Carlos César (Comp) 23/02 | 006 Norma de Jesus (Comp) 23/02 | 006 Sílvia Silva (Comp) 23/02 | 006 Helton Correia (Comp) 23/02 | 006 Daniela Lopes (Comp) 23/02 | |
| 007 Cláudio Neves (Comp) 23/02 | 007 Nilson da Silva (Comp) 23/02 | 007 Elize Silva (Comp) 23/02 | 007 Alberto Cardoso (Comp) 23/02 | 007 Fernando Lopes (Comp) 23/02 | 007 Anderson (Comp) 23/02 |
| 008 Cláudio Reis (Comp) 23/02 | 008 Verônica Souza (Comp) 23/02 | 008 José Roberto (Comp) 23/02 | 008 Helber Silva (Comp) 23/02 | 008 José Carlos (Comp) 23/02 | 008 Elton (Comp) 23/02 |
| 009 Diogenes Almeida (Comp) 23/02 | 009 Rosângela Alves (Comp) 23/02 | 009 José João (Comp) 23/02 | 009 Tiago Lopes (Comp) 23/02 | 009 José Carlos (Comp) 23/02 | 009 Elton (Comp) 23/02 |
| 010 Edmilson Roberto (Comp) 23/02 | 010 Sora Ferreira (Comp) 23/02 | 010 José Edmilson (Comp) 23/02 | 010 Xenilla Ferreira (Comp) 23/02 | 010 José Ferreira (Comp) 23/02 | 010 José Roberto (Comp) 23/02 |
| 011 Edmilson Roberto (Comp) 23/02 | 011 Rosângela Alves (Comp) 23/02 | 011 Josildo de Jesus (Comp) 23/02 | 011 José P. Vidal (Comp) 23/02 | 011 Jairo Souza (Comp) 23/02 | 011 Nelson Alves (Comp) 23/02 |
| 012 Eva Gilmar (Comp) 23/02 | 012 Teresinha dos Santos (Comp) 23/02 | 012 Jurema Oliveira (Comp) 23/02 | 012 Landerson dos Santos (Comp) 23/02 | 012 José Eduardo (Comp) 23/02 | 012 Wilson Ferreira (Comp) 23/02 |
| 013 Elza de Fátima (Comp) 23/02 | 013 Rosângela Mendes (Comp) 23/02 | 013 Luiza Mendes (Comp) 23/02 | 013 Lívia Pereira (Comp) 23/02 | 013 Mariana Souza (Comp) 23/02 | 013 Mariana Helena (Comp) 23/02 |
| 014 Espirito Santo (Comp) 23/02 | 014 Leandra Souza (Comp) 23/02 | 014 Leandra Souza (Comp) 23/02 | 014 Mariana de Lira (Comp) 23/02 | 014 Mariana de Lira (Comp) 23/02 | 014 Mariana Helena (Comp) 23/02 |
| 015 Francisca Gonçalves (Comp) 23/02 | 015 Maria Verônica (Comp) 23/02 | 015 Maria Verônica (Comp) 23/02 | 015 Manoel Vieira (Comp) 23/02 | 015 Manoel Vieira (Comp) 23/02 | 015 Manoel Vieira (Comp) 23/02 |
| 016 Francisca Souza (Comp) 23/02 | 016 Marlene de Souza (Comp) 23/02 | 016 Marlene de Souza (Comp) 23/02 | 016 Marlene de Souza (Comp) 23/02 | 016 Marlene de Souza (Comp) 23/02 | 016 Marlene de Souza (Comp) 23/02 |
| 017 Fabiana Pereira (Comp) 23/02 | 017 Maria Lúcia (Comp) 23/02 | 017 Maria Lúcia (Comp) 23/02 | 017 Maria Lúcia (Comp) 23/02 | 017 Maria Lúcia (Comp) 23/02 | 017 Maria Lúcia (Comp) 23/02 |
| 018 Geraldo Lopes (Comp) 23/02 | 018 Maria do Carmo (Comp) 23/02 | 018 Maria do Carmo (Comp) 23/02 | 018 Maria do Carmo (Comp) 23/02 | 018 Maria do Carmo (Comp) 23/02 | 018 Maria do Carmo (Comp) 23/02 |
| 019 Gerardo Gonçalves (Comp) 23/02 | Núcleo Bordenante | 019 Mariana Ambrósio (Comp) 23/02 | 019 Valdemir Leon (Comp) 23/02 | | |
| 020 João Leão (Comp) 23/02 | 020 Manoel de Souza (Comp) 23/02 | 020 Patrícia de Jesus (Comp) 23/02 | | | |
| 021 José Alves (Comp) 23/02 | 021 Maria Eunice (Comp) 23/02 | 021 Rosângela de Souza (Comp) 23/02 | | | |
| 022 José Silva (Comp) 23/02 | M. Rosângela de Souza (Comp) 23/02 | 022 Walter Pereira (Comp) 23/02 | Estrutura | | |
| 023 José Malta (Comp) 23/02 | 023 Valdemir Ferreira (Comp) 23/02 | 023 Valdemir Ferreira (Comp) 23/02 | 023 Rosângela de Souza (Comp) 23/02 | | |
| 024 João Soares (Comp) 23/02 | 024 Rosa Mª dos Santos (Comp) 23/02 | 024 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 024 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 025 João Trindade (Comp) 23/02 | 025 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 025 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 025 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 026 João Trindade (Comp) 23/02 | 026 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 026 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 026 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 027 João Trindade (Comp) 23/02 | 027 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 027 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 027 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 028 João Trindade (Comp) 23/02 | 028 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 028 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 028 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 029 João Trindade (Comp) 23/02 | 029 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 029 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 029 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 030 João Trindade (Comp) 23/02 | 030 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 030 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 030 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 031 João Trindade (Comp) 23/02 | 031 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 031 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 031 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 032 João Trindade (Comp) 23/02 | 032 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 032 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 032 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 033 João Trindade (Comp) 23/02 | 033 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 033 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 033 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 034 João Trindade (Comp) 23/02 | 034 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 034 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 034 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 035 João Trindade (Comp) 23/02 | 035 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 035 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 035 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 036 João Trindade (Comp) 23/02 | 036 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 036 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 036 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 037 João Trindade (Comp) 23/02 | 037 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 037 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 037 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 038 João Trindade (Comp) 23/02 | 038 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 038 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 038 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 039 João Trindade (Comp) 23/02 | 039 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 039 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 039 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 040 João Trindade (Comp) 23/02 | 040 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 040 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 040 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 041 João Trindade (Comp) 23/02 | 041 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 041 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 041 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 042 João Trindade (Comp) 23/02 | 042 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 042 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 042 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 043 João Trindade (Comp) 23/02 | 043 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 043 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 043 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 044 João Trindade (Comp) 23/02 | 044 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 044 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 044 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 045 João Trindade (Comp) 23/02 | 045 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 045 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 045 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 046 João Trindade (Comp) 23/02 | 046 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 046 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 046 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 047 João Trindade (Comp) 23/02 | 047 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 047 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 047 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 048 João Trindade (Comp) 23/02 | 048 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 048 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 048 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 049 João Trindade (Comp) 23/02 | 049 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 049 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 049 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |
| 050 João Trindade (Comp) 23/02 | 050 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 050 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | 050 Rosângela Sales (Comp) 23/02 | | |

Figura 8: Quadro de usuários com medicação injetável, organizados por cidade satélite de moradia e ordem alfabética

O técnico de enfermagem que chega primeiro vai olhando as datas e anota quem está no dia de tomar a medicação. Depois se escolhe uma cidade satélite ou duas, em função da proximidade geográfica. A medicação não é necessariamente administrada no dia em que está escrito, pois há uma flexibilidade de cinco dias antes até cinco dias

depois do prazo estabelecido para sua administração. Feitas as anotações dos usuários que serão visitados, procuram-se os prontuários e um dos técnicos vai até a seção dos transportes solicitar carro e motorista para acompanhar a visita. Vale destacar que as visitas de medicação têm prioridade com a equipe do transporte. Sempre, ou pelo menos na maior parte dos dias, há um carro e motorista disponível para essas visitas, o que nem sempre ocorre com as visitas de outros profissionais, apesar do PVC ter um carro próprio. Depois da solicitação do transporte, antes de sair para as visitas, pausa para o café da manhã, uma das rotinas extra-oficiais.

Faz parte também da rotina oficial da enfermagem a atualização do livro de registros de usuários e o registro das atividades cotidianas em um livro próprio para tal finalidade, que serve como instrumento de comunicação entre a equipe.

Outra rotina da enfermagem é a consulta diária de prontuários, para a revisão das medicações e preenchimento das receitas medicamentosas. Os técnicos de enfermagem revisam os prontuários, e já deixam escritas as receitas para os médicos psiquiatras somente carimbarem. A elaboração prévia das receitas é uma prática motivada e justificada por dois fatores principais: de um lado a enorme quantidade de usuários atendidos e de outro a escassez de horas de psiquiatras no programa. O programa conta com três psiquiatras que cumprem, cada um, apenas quatro horas (um período) de atendimento, totalizando 12 horas, o que é insuficiente para atender toda a demanda. Assim são criadas estratégias para otimizar o trabalho da psiquiatria, sendo a elaboração prévia das receitas uma delas.

Essa atividade, que toma um tempo considerável dos técnicos de enfermagem, é, a nosso ver, uma atividade questionável, que merece ser problematizada e revista. Uma das psiquiatras que tivemos maior contato tem sérias críticas a essa prática. Segundo essa médica, a prática de deixar as receitas prontas revela, ao contrário do que se acredita, um descuido com a medicação, pois muitos usuários acabam não passando por uma avaliação de sua medicação. Muitos estão com a mesma prescrição há muitos meses e até anos. Se por um lado essa prática facilita o trabalho do psiquiatra, por outro compromete a credibilidade com relação ao próprio tratamento, pois não se sabe se a medicação continua adequada ao quadro psiquiátrico atual do usuário. Entretanto, essa já é uma prática estabelecida e que faz parte da cultura do programa. Uma prática que conta com o respaldo de parte da equipe e dos familiares que não precisam ter o trabalho de levar o usuário para as consultas e têm garantida a medicação, ainda que muitas vezes inadequada.

A prática de troca de receitas é corrente não somente no PVC, ou na saúde mental, mas em diversos campos da saúde. Em algumas áreas da saúde não há grandes prejuízos, quando se trata de quadros mais estáveis. Entretanto, em outras áreas, como na psiquiatria, essa prática merece revisão, ainda que motivada pela justa causa do excesso de demanda.

Além da elaboração prévia das receitas, faz parte da rotina dos técnicos de enfermagem a organização das consultas nos períodos em que os psiquiatras estão no PVC. Geralmente um técnico é destacado para auxiliar na organização das consultas, pegando os prontuários e ordenando a fila para atendimento.

Pela gravidade dos casos atendidos pelo PVC, muitas vezes percebe-se a necessidade de auxiliar a família na marcação e acompanhamento dos usuários nas consultas, o que se tornou também uma rotina da enfermagem. No quadro 2 (Figura 9) da sala executiva estão apontamentos relativos às datas das consultas clínicas dos usuários, que deverão ser acompanhadas pelos técnicos de enfermagem. Neste quadro também estão os agendamentos de visitas para a psiquiatria e outros profissionais. Em função da grande demanda, da falta de transporte e/ou motorista, da falta de planejamento e prioridade para a área terapêutica, as visitas anotadas nesse quadro estão constantemente atrasadas e muitas nem chegam a acontecer, a despeito do empenho da equipe.

Visitas Domiciliares

| CELANDIA | TAGUATINGA | SAMAMBIA | PLANO PILOTO | COBRADINHO | ESTRUTURAL | SANTA MARIA | RÍCHO LINDO | SANTA MARIA | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 08/11/10 Elizabeth F. de Melo 03/11/10 M ^{te} Maria de Oliveira 05/11/10 Sandra Maria 05/11/10 M ^{te} Francisca Abreu (adm) 09/11/10 Rosamunda Mendes 03/11/10 Luciane Alves 04/11/10 Sandra da S. Andrade (adm) 04/11/10 Zorilda da S. Silva (adm) 21/06/10 Maria Gonçalves (adm. sup) | 20/10/10 Nélio Lúcio A. Junior 21/10/10 José Cino Lopes 03/10/10 Elsa M ^{te} Fátima do Nascimento 02/11/10 Márcia Valéria dos Santos 03/11/10 Maria Gêia Oliveira 08/11/10 Lúcia Maria dos Santos 16/11/10 Francisca Maria dos Santos 02/11/10 Sabandira M ^{te} da Silva 30/11/10 Lúcia Regina Mendes | 03/10/10 Cecero Cinto de Oliveira (adm. sup) 9537616 / 32634344 20/10/10 M ^{te} das Graças S. Vieira (adm. sup) 27/10/10 Expedito F. dos Santos (adm. sup) 01/10/10 Adriano Roberto Silva 01/10/10 Antônio Anacleto 01/10/10 M ^{te} José Lopes 01/10/10 José Roberto de Almeida (adm. sup) 03/10/10 Laura Mendes Lacerda 03/10/10 Sílvia Maria C. de Castro Aguiar 03/11/10 Almano C. da Costa 03/10/10 Cida Maria 01/10/10 Walter Pereira 02/10/10 Maria Aparecida de Souza Lima 01/10/10 Raimundo Roberto de Almeida 01/11/10 Maurício de J. Souza | M ^{te} Júlia Peres Rocha (adm. sup. Norte) | 04/10/10 Betanice Pereira Mendes | 04/10/10 Gilson Corrêa da Silva | 23/06/10 Elvira Alves Figueiredo (adm. sup) 03/06/10 José Ferreira Sobrinho 20/06/10 Rosângela S. Santos 03/06/10 Jairo Souza 02/06/10 M ^{te} das Graças dos Santos 01/06/10 Arlene Estilino dos Santos (adm. sup) 01/06/10 Sônia Maria dos Santos (adm. sup) | M ^{te} Elvira S. Santos (adm. sup) 02/10/10 Dany - Mãe de M ^{te} Cruz 02/10/10 Wesley Rodrigo - responsável 04/10/10 M ^{te} P. Alves dos Santos | 01/10/10 Maria Aparecida de Souza Lima 02/10/10 Alcione Brites - adm | 01/10/10 Maria Aparecida de Souza Lima 02/10/10 Alcione Brites - adm |
| 08/10/10 Santella Scott 03/11/10 Felicitíssima Rosa 04/11/10 Zuleia P. S. Neta (adm) 04/11/10 Sônia Mendes Arruda (adm. sup) 04/11/10 Antônio Elvário Mendes 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) | 08/10/10 Santa Maria 03/11/10 Felicitíssima Rosa 04/11/10 Zuleia P. S. Neta (adm) 04/11/10 Sônia Mendes Arruda (adm. sup) 04/11/10 Antônio Elvário Mendes 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) | 08/10/10 Santa Maria 03/11/10 Felicitíssima Rosa 04/11/10 Zuleia P. S. Neta (adm) 04/11/10 Sônia Mendes Arruda (adm. sup) 04/11/10 Antônio Elvário Mendes 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) | 08/10/10 Santa Maria 03/11/10 Felicitíssima Rosa 04/11/10 Zuleia P. S. Neta (adm) 04/11/10 Sônia Mendes Arruda (adm. sup) 04/11/10 Antônio Elvário Mendes 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) | 08/10/10 Santa Maria 03/11/10 Felicitíssima Rosa 04/11/10 Zuleia P. S. Neta (adm) 04/11/10 Sônia Mendes Arruda (adm. sup) 04/11/10 Antônio Elvário Mendes 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) | 08/10/10 Santa Maria 03/11/10 Felicitíssima Rosa 04/11/10 Zuleia P. S. Neta (adm) 04/11/10 Sônia Mendes Arruda (adm. sup) 04/11/10 Antônio Elvário Mendes 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) | 08/10/10 Santa Maria 03/11/10 Felicitíssima Rosa 04/11/10 Zuleia P. S. Neta (adm) 04/11/10 Sônia Mendes Arruda (adm. sup) 04/11/10 Antônio Elvário Mendes 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) | 08/10/10 Santa Maria 03/11/10 Felicitíssima Rosa 04/11/10 Zuleia P. S. Neta (adm) 04/11/10 Sônia Mendes Arruda (adm. sup) 04/11/10 Antônio Elvário Mendes 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) | 08/10/10 Santa Maria 03/11/10 Felicitíssima Rosa 04/11/10 Zuleia P. S. Neta (adm) 04/11/10 Sônia Mendes Arruda (adm. sup) 04/11/10 Antônio Elvário Mendes 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) 05/10/11 Rosângela Calmon (adm. sup) | |

Figura 9: Quadro organizador das visitas domiciliares da equipe terapêutica, exames, remoções e pareceres, intercorrências e internações.

Também faz parte da rotina da equipe de enfermagem o atendimento a usuários e familiares que vêm à sala executiva em busca de receitas, relatórios ou medicações que não são encontradas na rede pública e que, por vezes, são encontradas no PVC em virtude de doações.

Ao longo de nossa permanência no campo percebemos que há, dentro do subgrupo dos técnicos de enfermagem, uma divisão naturalizada dos trabalhos. Alguns sempre saem para as visitas domiciliares, tendo maior proximidade e vínculo com usuários e familiares. Outros ficam mais responsáveis para a marcação e acompanhamento nas consultas. Outros ficam na sede do programa, realizando os trabalhos internos e burocráticos. Não é uma divisão rígida e inalterável, pois se necessário, todos fazem de tudo. Mas tem-se uma divisão informalmente estabelecida, que não está escrita em nenhum lugar, mas todos sabem e funcionam de acordo com ela.

Um dos vários fatores que determina essa divisão natural do trabalho, para além das preferências pessoais, é o gênero. Observamos que poucas vezes as técnicas mulheres saem sem a companhia de um técnico homem. Ao questionarmos sobre isso, a resposta que obtivemos de um dos técnicos homens foi de que “tem paciente que é abusado, que faz gracinha com as meninas”. Uma das mulheres também deixou entender que se sente mais segura na presença de um colega homem, não somente pelas “supostas gracinhas”, mas principalmente pelo receio da agressividade. Essas são questões que anunciam alguns elementos de representações sociais e as práticas vinculadas a essas representações.

Com relação aos médicos psiquiatras, sua rotina de trabalho é composta pelas seguintes atribuições: consultar os usuários que vão ao programa em busca de atendimento, verificar e carimbar as receitas previamente elaboradas e fazer visitas domiciliares para reavaliação psiquiátrica ou atendimento a alguma situação emergencial. Como são poucas horas de disponibilidade dos médicos, os atendimentos da psiquiatria não têm agendamento e se caracterizam, em sua maioria, pelas necessidades emergentes: são atendidos os casos de crise (ou alguma alteração importante), geralmente a pedido de familiares, e dos próprios usuários, que chegam ao PVC sem marcação prévia.

O fato de não haver um psiquiatra exclusivo do programa faz com que não se estabeleça uma relação terapêutica entre os usuários e seu médico. Assim, um usuário que hoje é atendido por um psiquiatra, daqui a dois meses, se precisar de outra consulta, irá ao programa e será consultado pelo médico que estiver prestando serviço naquele

período. Não há ainda, pelo menos de forma clara, uma atenção em orientar os usuários para virem ao programa no dia de seu médico de referência. Pelo que observamos, não há médico de referência, o que prejudica a relação terapêutica e a evolução do tratamento.

Além disso, os psiquiatras não participam da organização do cotidiano nem da elegibilidade dos usuários que deverão ser atendidos e reavaliados. Além dos usuários e familiares que chegam ao programa, eles já recebem uma demanda pronta que foi selecionada previamente, algumas vezes pela equipe terapêutica, mas, principalmente, pelo grupo dos técnicos de enfermagem que avaliam, eles mesmos, a necessidade ou não de reavaliação médica. Assim, apesar da dedicação e atenção do grupo de técnicos, em função da enorme demanda, da sobrecarga de trabalho e da falta de um olhar mais acurado e especializado, muitos usuários que necessitariam de avaliação médica passam despercebidos. Pelo pouco tempo e grande demanda, a contribuição dos psiquiatras fica restrita, única e exclusivamente, à prescrição medicamentosa, que muitas vezes já vem pronta nas receitas previamente preenchidas. Em suma, a escuta, a continuidade e acompanhamento do tratamento são bastante prejudicados em função da dinâmica de funcionamento e da insuficiência dos recursos humanos.

Com relação ao trabalho da equipe terapêutica, no período de observação observamos que essas profissionais trabalham em função da demanda que chega até o programa, que por ser bastante intensa, parece não deixar espaço para um planejamento sistemático das ações. É bastante comum em serviços públicos de saúde um tipo de funcionamento em que se trabalha na maior parte do tempo “apagando incêndios”. Em função do engajamento e compromisso dos profissionais, percebe-se que as coisas funcionam, porém, entendemos que talvez o trabalho possa ser potencializado se houver algum tipo de planejamento ou rotinas mais claras e delimitadas. Pelo que observamos, a rotina é estabelecida, além da demanda, em função das características pessoais de cada uma das profissionais, sem uma reflexão mais institucional.

Rotinas extra-oficiais

Ao lado das rotinas oficiais citadas, estão as *rotinas extra-oficiais* que acabaram se naturalizando no PVC. Os técnicos de enfermagem, ao longo do tempo, construíram uma rotina de preparar as refeições na cozinha do programa. Eles têm uma “caixinha” onde, no início do mês, logo após o pagamento, todos contribuem com uma pequena quantia de dinheiro que é usado para a compra de lanches e ingredientes para o almoço.

Todos os dias é feito um café da manhã antes do início do expediente e neste momento se decide quem ficará responsável pelo almoço, algumas vezes dois ou três técnicos. Por volta das 10:30h, 11:00h da manhã, os escolhidos deixam o que estão fazendo, pegam algum dinheiro da caixinha, saem para fazer as compras, voltam para o programa e durante o restante do período da manhã se dedicam a fazer o almoço dos que saíram para visitas e marcação de consultas. Uma prática extra-oficial questionável, visto que acontece em horário de trabalho. Uma prática, entretanto, já naturalizada.

Essa prática de fazer o almoço no horário de serviço é justificada pelos técnicos pelo fato de que, por trabalharem oficialmente 8 horas por dia, eles não têm o direito de receber o almoço da SES/DF, tal como recebem outros profissionais que trabalham no HSVP em regime de plantão de 10 ou 12 horas. Essa restrição é vista como injusta, considerando a especificidade do trabalho realizado no PVC, que muitas vezes obriga os profissionais, neste caso somente os técnicos de enfermagem, a ultrapassar seu horário formal de trabalho. Muitos foram os relatos de situações em que os técnicos ficaram acompanhando os usuários até a noite em consultas, outros procedimentos e retorno às suas casas. Assim, fazer o almoço no local de trabalho nos soa como uma forma de compensação a essa injustiça. Além, é claro, de ser mais econômica e prática a preparação das refeições no próprio local de trabalho.

Apesar de não oficial, o almoço é um acontecimento: os responsáveis se esmeram em preparar pratos diferentes e outras pessoas de outras unidades também aparecem de vez em quando para “fazer uma boquinha”. Nós, inclusive já almoçamos algumas vezes, mediante contribuição em dinheiro, nos momentos em que fazíamos a pesquisa documental. Trata-se de um espaço de encontros, onde são conversados assuntos os mais diversos, contando sempre com o bom humor dos membros deste subgrupo. Conversas sobre política, piadas, fofocas, estórias pessoais, acontecimentos do final de semana. Depois do almoço, o café e uma “sesta” até as duas horas da tarde, horário em que recomeça o expediente.

Também é um hábito comemorar os aniversários dos profissionais, com bolo, lanches e algumas vezes almoços especiais. Tivemos a oportunidade de participar de um almoço de aniversário de uma das técnicas de enfermagem. O almoço foi feito pela assistente social, que neste dia não foi trabalhar no período da manhã. Foi um momento interessante para perceber que, apesar das diferentes características do subgrupo de técnicos e da equipe terapêutica, há uma relação de intimidade e cordialidade entre os membros desses subgrupos, o que os faz ser, em muitos momentos, partes de um

mesmo um grupo. As festas, comemorações de fim de ano e outros eventos são momentos em que as relações entre os subgrupos se horizontalizam e as diferenças entre o “nível superior” e o “nível médio” parecem desaparecer.

De uma forma geral, percebe-se no PVC algo comum nos serviços públicos, que é a permeabilidade das fronteiras que demarcam o profissional e o pessoal. A organização pouco sistemática do trabalho, as rotinas oficiais permeadas pelas extra-oficiais, o caráter personalista do trabalho, a ausência de espaço institucional de trocas e planejamento das ações caracterizam a dinâmica do programa. Ao mesmo tempo em que, como afirmamos anteriormente, esta dinâmica permite a desburocratização das ações e resolutividade para situações emergenciais, por outro lado imprime algumas limitações no que diz respeito às possibilidades de reflexão e mudança. O ativismo que marca o PVC, a nosso ver, impede uma reflexão mais aprofundada com relação à adequação deste serviço às diretrizes da política nacional de saúde mental e com relação à própria efetividade a médio e longo prazo das ações empreendidas. Reflexão que poderia contribuir, inclusive, para a diminuição da sobrecarga de trabalho, queixa constante da equipe. Reflexão, porém, difícil de ser “digerida”, como comentado há pouco.

De todas as rotinas citadas até o momento, trataremos de forma um pouco mais detalhada as visitas domiciliares, que são o carro-chefe do PVC e demarcam uma diferença importante entre este serviço e os demais serviços de saúde mental na precária rede existente no DF.

7. Visitas domiciliares: a instituição se aproximando da vida cotidiana

Na tentativa de organizar as visitas feitas pela equipe do PVC, podemos dizer que há quatro tipos de visitas: *visitas de medicação*, *visitas de avaliação psiquiátrica*, *visitas compartilhadas* e *visitas da equipe terapêutica*. Neste primeiro momento etnográfico, participamos de 51 visitas de medicação, seis visitas de avaliação psiquiátrica, cinco visitas compartilhadas e 1 visita da equipe terapêutica, mais especificamente da terapia ocupacional. A seguir apresentaremos detalhadamente cada um dos tipos de visita.

Visitas de medicação

As *visitas de medicação* são as mais frequentes e que ocorrem quase todos os dias, geralmente no período da manhã. Elas só não ocorrem quando há algum

impeditivo, como por exemplo, desfalque da equipe ou falta de carro ou motoristas. São feitas somente com os técnicos de enfermagem, que vão uma vez por mês, em média, às residências de alguns usuários para aplicação de medicação injetável. São visitas rápidas e bem objetivas, considerando a função específica que têm e a quantidade de visitas realizadas por turno. Duram em média de 5 a 10 minutos e geralmente são feitas cinco ou seis visitas domiciliares por turno, mas esse número pode ser maior, a depender da demanda.

As visitas de medicação são muito semelhantes umas às outras. De um modo geral, a atuação dos técnicos de enfermagem é marcada, pelo respeito ao espaço privado das residências e escuta atenciosa aos usuários e familiares, na medida do possível. Não se percebe o distanciamento tradicional das relações entre profissionais de saúde e usuários. O ambiente domiciliar, observamos, permite uma aproximação mais espontânea no trato entre os atores. Percebe-se também, por parte da equipe, o compromisso com a tarefa de aplicar a medicação, apesar de alguns atrasos provocados por situações externas à equipe. De modo geral, a postura dos técnicos tem como consequência o estabelecimento de uma relação de confiança entre os membros da equipe, usuários e familiares.

Percebemos que, na grande maioria dos casos, os familiares têm uma boa receptividade com relação à equipe, considerando-a um forte ponto de apoio no lidar cotidiano com o usuário, mesmo a visita acontecendo, na maior parte dos casos, somente uma vez por mês, e de forma rápida. Percebemos que o vínculo entre a equipe e os familiares é, em alguns casos, mais forte do que entre a equipe e os próprios usuários.

No que tange aos usuários, a relação com a equipe aparenta ser, na maior parte dos casos que observamos, também de confiança e receptividade. Em alguns casos, observamos que a relação é meramente “mecânica” e de obediência. O usuário vem, toma sua medicação e sai, sem responder às perguntas e cumprimentos que lhe são feitos, ou respondendo de forma monossilábica. Há também alguns casos, bem menos frequentes, de resistência à presença da equipe e à medicação. Nestes casos o maior contato é com a família.

Com relação à escuta, percebemos que muitas vezes esta acontece de forma fragmentada e limitada em virtude do pouco tempo das visitas e especificidade das mesmas, mas também pelo despreparo para tal tarefa.

Tradicionalmente, uma escuta mais ampla alinhada com os princípios de uma clínica psicossocial, não faz parte da formação profissional dos técnicos de enfermagem, voltada a procedimentos mais específicos e escuta restrita aos sintomas físicos. Este fato, entretanto, não é por si só um impeditivo para que se construa uma clínica psicossocial. Em algumas experiências brasileiras de desinstitucionalização, os técnicos de enfermagem absorveram novas práticas em seu cotidiano o que influenciou sua relação com os usuários, como pudemos testemunhar na experiência da cidade de Campinas, São Paulo (Pacheco, 2009). Um dos fatores que, acreditamos, diferenciam tais experiências é o fato de haver mecanismos institucionais de reflexão e apoio para a construção de novas práticas. Mecanismos como supervisões clínico-institucionais, reuniões da equipe interdisciplinar e uma política de recursos humanos que permita a formação continuada dos profissionais.

No caso do PVC, não há supervisões nem reuniões de equipe onde se possa compartilhar o que foi escutado e refletir conjuntamente sobre os possíveis encaminhamentos. A discussão dos casos clínicos se dá por meio de conversas pouco formalizadas nos intervalos de tempo entre uma atividade e outra e são discutidos somente os aspectos objetivos das complexas demandas que chegam até o programa, como por exemplo a necessidade de marcação de consultas com determinado especialista, a necessidade de revisão da medicação, ou a pertinência de auxiliar na aquisição de algum benefício social. Outros aspectos mais subjetivos - tais como nível de sofrimento do usuário e seus familiares, a falta de uma rede social de apoio, queixas relacionadas à sexualidade, dentre outros - não são tratados, talvez por não serem considerados parte do trabalho.

Ainda com relação à escuta, outro fator que a dificulta é a própria ineficiência do sistema de saúde como um todo. A precariedade da rede de atenção não permite que as queixas sejam devidamente encaminhadas a serviços competentes para resolver determinadas questões. Muitas vezes, tais serviços não existem ou funcionam de forma precária. Resultado: é melhor não ouvir do que ouvir e não ter o que fazer ou pra onde encaminhar. Trata-se, a nosso ver, de uma postura de defesa da própria identidade, uma forma de resguardar a auto-estima profissional.

Das 51 visitas de medicação que participamos, somente em uma saímos sem que a medicação fosse administrada. Ao chegarmos à residência do usuário, suas sobrinhas já nos alertaram de que ele estava em crise e muito agressivo. O técnico de enfermagem não insistiu em fazer a injeção, pois o usuário estava visivelmente descontrolado e não

aceitaria a medicação sem o uso da força física. Conversamos com a família sobre uma possível internação e voltamos ao PVC. No período da tarde, a equipe retornou à casa, desta vez junto com a terapeuta ocupacional que tinha algum vínculo com este usuário. Ele permitiu a administração da medicação, além de ter conseguido falar e ser escutado pela terapeuta ocupacional, o que evitou sua internação e propiciou a melhoria de seu quadro de agressividade nos dias que se seguiram.

O relato destas duas visitas (de medicação, e posteriormente junto com a equipe terapêutica) nos parece interessante para exemplificar a importância do vínculo estabelecido entre os usuários e os membros da equipe para a adesão e continuidade do tratamento. O vínculo é um tema constantemente levantado pelos membros da equipe de enfermagem que fazem a medicação, ainda que de uma forma não aprofundada ou compartilhada institucionalmente sobre as diversas formas de seu estabelecimento e manutenção. Apesar de não se teorizar sobre o vínculo, todos reconhecem na prática a sua importância e usam estratégias particulares para que ele se estabeleça.

Desde nossa primeira saída para as visitas de medicação, outro ponto nos chamou a atenção: o respeito e a credibilidade à fala do usuário, que serão exemplificados a seguir com o breve relato de uma das visitas de medicação.

Logo nas primeiras casas que visitamos, um usuário apresentou resistência em tomar a injeção e disse que já tinha tomado naquele mês. Não havia nenhuma anotação no prontuário, o que indicava que o usuário estava enganado ou usava esse argumento para não tomar a medicação. Mesmo assim, o técnico de enfermagem não insistiu. Primeiro ligou para a sede do programa para perguntar se alguém havia ido visitá-lo naquele mês, demonstrando credibilidade à fala do usuário.

O leitor pode questionar se de fato nosso entendimento está correto, pois se o técnico teve que ligar para acreditar, será que se trata mesmo de credibilidade? É uma questão cabível. Entretanto, pela nossa experiência, sabemos que em contextos com características mais manicomialistas esta fala nem sequer seria considerada e a medicação seria dada com o uso da força, sem qualquer escuta ou explicação. Assim, compreendemos a atitude do técnico como um pequeno passo em direção a uma mudança.

Após confirmado que a data estava correta e que o usuário deveria tomar a medicação naquele momento mesmo, outra tensão: o usuário se negou a receber a injeção. O técnico, com muita paciência, foi preparando a medicação e conversando com o usuário sobre a importância de tomar o remédio. Lembrou-o de seus momentos

de crise, elogiou-o dizendo que estava bem, conseguindo fazer suas coisas, se relacionando bem com sua família, dormindo bem, sem confusão na cabeça, e mais uma série de argumentos, sempre ressaltando os benefícios da medicação. Disse ainda que reconhecia os efeitos colaterais, mas que precisariam pensar juntos sobre o que era melhor. Sua argumentação foi simples, calma e assertiva. Aos poucos foi dissipando a resistência e, quando vimos, o usuário já estava levantando a manga da camisa para receber a injeção. A força utilizada foi a do argumento, da conversa e do convencimento, tendo como pressuposto o cuidado. Nada de força física.

Trata-se, obviamente, de uma relação de poder, onde ao usuário não resta muito a não ser aceitar a medicação. Caso contrário, crise, internação. Entretanto, é importante destacar a forma como esse poder se exerce e as diferenças do exercício de poder neste contexto e em outros mais tradicionais. Fica em evidência o discurso do cuidado, da atenção e do respeito, ao invés da força física. Investe-se mais na compreensão e colaboração e menos na submissão pela força.

Com relação à assertividade, após essa visita, o técnico falou bastante de seu compromisso com o cumprimento da agenda de medicações, pois tem consciência da importância da correta administração medicamentosa para a manutenção da estabilidade do usuário. Assim, afirma que usa de todos os artifícios possíveis (menos a força física, ele faz questão de frisar) para cumprir sua tarefa. Sente-se parte importante nessa grande “engrenagem do cuidado”, como ele mesmo afirma, por isso não sai da casa de um usuário enquanto não tiver cumprido sua função, encarada quase como uma missão. Critica alguns colegas que não insistem para que o usuário tome a medicação e considera a desistência diante da resistência uma irresponsabilidade e falta de compromisso com a saúde do usuário.

A conversa acima descrita nos leva a confirmar a importância dos profissionais conhecerem as implicações de seu trabalho e reconhecê-lo como parte de um processo maior, que não se inicia nem se encerra naquele momento específico. Tal reflexão, no caso deste técnico de enfermagem em especial, leva a um maior engajamento com sua função e à necessidade de aprimorar, constantemente, suas estratégias para conseguir cuidar do outro, como pudemos testemunhar em sua prática ao longo do período de observação. Interessante observar, entretanto, que este profissional, bem como os demais técnicos de enfermagem, não ultrapassa os limites de suas atribuições. Não questionam, por exemplo, a forma como são feitas as prescrições medicamentosas, atribuição e responsabilidade unicamente do médico. Sua função é outra: cumprir com a

agenda de medicações, função que lhes cabe, o que revela um processo de trabalho ainda cindido, onde a interdisciplinaridade ainda não é uma prioridade.

Importante esclarecer que as observações feitas sobre as visitas de medicação têm o viés da convivência com este técnico de enfermagem que nos acolheu, que também carece de apresentação. Logo quando chegamos ao PVC fomos apresentadas a ele que se dispôs a nos receber e permitiu, com visível boa vontade, que o acompanhássemos em seu trabalho diário. Trata-se do profissional mais antigo do programa, que foi escolhido em virtude de sua larga experiência na área de saúde mental e perfil para este trabalho, segundo avaliação da coordenadora do programa. Antes do PVC, este técnico já trabalhava nos setores da emergência e internação do HSVP e havia trabalhado também na Clínica de Repouso Planalto antes de seu fechamento. Devido a isso, já conhecia e tinha um vínculo estabelecido com muitos dos usuários do programa. Este técnico participou do PVC desde suas primeiras intervenções, acompanhado pela assistente social coordenadora do programa, de quem recebeu uma espécie de treinamento em serviço. Conforme ele mesmo afirma, aprendeu muito no início do programa quanto à importância e à maneira de formar vínculos, à importância da escuta e do respeito aos usuários e familiares.

Este técnico é uma espécie de referência para toda a equipe de técnicos que admiram seu trabalho e sua facilidade de contato com os usuários. Usuários considerados mais difíceis, resistentes à medicação e agressivos são delegados a ele. Por sua história no PVC, ele guarda a memória da história de vida de quase todos os usuários, conhecendo as famílias e as problemáticas. Em todas as visitas que participamos junto com ele, testemunhamos a intimidade e facilidade de relacionamento com usuários e familiares. Os comentários a respeito deste técnico são importantes por alertar nosso leitor de um possível viés nas reflexões sobre as visitas de medicação. Grande parte das visitas que fizemos foi com este técnico e outros que o acompanhavam.

Visitas de avaliação psiquiátrica

As *visitas de avaliação psiquiátrica* são realizadas pelos técnicos de enfermagem em conjunto com um médico psiquiatra. Essas visitas são menos frequentes, considerando a pequena carga horária destes profissionais no programa. Em sua maioria são feitas a pedido de familiares que ligam na sede do PVC e solicitam a visita do médico, geralmente em virtude do aparecimento de sinais de crise,

inadequação do sono, agitação ou outro sintoma/comportamento considerado estranho. Também podem ser feitas a pedido dos próprios técnicos quando avaliam a necessidade de readequação da medicação. Podem ou não contar com a presença de outros profissionais da equipe terapêutica.

Neste período de observação, acompanhamos 6 visitas de avaliação psiquiátrica. Em três delas estavam presentes uma médica psiquiatra, um técnico de enfermagem e a enfermeira. Nas outras três, somente uma médica psiquiatra e um técnico de enfermagem.

As visitas de avaliação psiquiátrica são um pouco mais longas que as de medicação, com duração média de 20 a 25 minutos. Têm por objetivo ouvir de forma mais detalhada as queixas dos usuários e familiares, reavaliar e prescrever a medicação. No caso da medicação prescrita ser injetável, ela já é administrada no momento da visita pelo técnico de enfermagem que acompanha.

Nas visitas observadas, observamos o seguinte: escuta atenciosa, respeito ao espaço privado do usuário e da família, compromisso com o bem estar e com o restabelecimento da saúde mental do usuário.

As visitas de avaliação psiquiátrica nos possibilitaram observar o trabalho em equipe. No momento das visitas, não fica em evidência a hierarquia histórica no âmbito da saúde mental, onde psiquiatria e enfermagem têm lugares bem delimitados e diferentes. Ao contrário, percebemos uma relação de colaboração mútua entre os profissionais, todos trabalhando juntos e colocando seus saberes em jogo com um objetivo único: compreender a demanda dos usuários e familiares e encaminhar, da melhor forma possível a situação apresentada, com vistas ao cuidado da saúde mental. Percebeu-se, ao menos nas poucas visitas observadas, um trabalho coeso, de colaboração mútua e compartilhamento de condutas. Um dos vários exemplos da colaboração entre equipe foi quando, em uma visita específica, o técnico de enfermagem tomou a iniciativa de “traduzir” para os usuários e familiares algo que porventura pudesse gerar dúvidas ou não entendimento na explicação oferecida pela psiquiatra.

Tal como fizemos no relato das visitas de medicação, faz-se necessário alertar novamente o leitor de um possível viés na observação, pois só tivemos acesso às visitas com uma dos três psiquiatras do programa. Trata-se de uma profissional nova na instituição e que tem uma formação em saúde mental em consonância com os princípios de uma clínica psicossocial. Antes de trabalhar no PVC, já tinha experiência de trabalho

em serviços substitutivos de saúde mental, o que implica em diferenças na escuta e na própria concepção do que é o trabalho em saúde mental, distanciando-se do modelo psiquiátrico tradicional. Com relação aos outros dois psiquiatras que atendem no programa, não tivemos oportunidade de conhecê-los. Assim, nosso parâmetro de observação das visitas de avaliação psiquiátrica é relativo a essa profissional específica, com a qual tivemos afinidades conceituais e pessoais.

Visitas compartilhadas

Acompanhamos 5 visitas compartilhadas entre a equipe do PVC e uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF) de uma cidade satélite do DF. Da equipe do PVC participaram das visitas a enfermeira, um técnico de enfermagem e uma médica psiquiatra. Da equipe do PSF estavam alguns Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma assistente social do Centro de Saúde onde a equipe fica sediada.

Essas visitas compartilhadas ocorreram em função da solicitação feita pela assistente social do Centro de Saúde, em acordo com os ACS, para que o PVC pudesse visitar alguns moradores de sua área de abrangência que estavam apresentando problemas de saúde mental. Tratava-se de pessoas com histórico de atendimento em psiquiatria, mas que estavam sem acompanhamento, sem medicação, alguns em crise e com intenso sofrimento psíquico.

Passado o desconforto inicial advindos do não conhecimento entre as equipes, logo os ACS começaram a falar sobre os usuários que visitaríamos e sobre seu cotidiano de trabalho. Pela conversa ficou evidente o envolvimento dos agentes comunitários de saúde com os moradores de sua área de abrangência e o quanto necessitam de um suporte para seu trabalho, em virtude da complexidade de sua tarefa, o que corrobora os achados de Bezerra e Dimenstein (2008), Dimenstein (2009), Figueiredo e Campos (2009), que apontam a necessidade de suporte técnico especializado para trabalhadores da saúde que atuam no território, imersos em contextos marcados por uma complexidade de demandas. Neste primeiro contato, percebemos muitas dúvidas e desconhecimento a respeito dos casos de saúde mental, o que gerou por parte dos ACS uma expectativa de parceria com o PVC.

As visitas aos usuários foram marcadas por uma escuta atenciosa por parte das duas equipes. Foi avaliado o quadro psíquico dos usuários e alguns aspectos das relações familiares, em especial no que diz respeito à rede de apoio que cada um dos usuários possui. Para alguns usuários foram elaborados relatórios médicos com vistas à

solicitação de benefícios sociais. A participação dos ACS nas visitas foi importante para a compreensão das situações específicas, pois já tinham vínculo estabelecido com os usuários e conhecimento de sua história pessoal e situação social. Além do conhecimento, os ACS, em função do vínculo e da história em comum seriam as “peças-chave” para a adesão e continuidade no tratamento.

Ao final dessas visitas, as equipes se despediram com uma promessa de parcerias institucionais para atenção aos usuários visitados. Apesar da visível boa vontade e empolgação das equipes para o estabelecimento de tais parcerias, não ficou claro para todos o papel de cada instituição/programa nesta parceria.

Voltamos outras vezes para visitas de medicação injetável a alguns desses usuários e ficou subentendido na fala dos técnicos de enfermagem que este trabalho de administração da medicação poderia ter sido incorporado ao trabalho do Centro de Saúde local em parceria com os ACS, mas ficou sob a responsabilidade do PVC. Por ser em outra cidade satélite, este trabalho de administração da medicação acaba sendo um trabalho fragmentado, sem conexão com o território e os recursos comunitários locais. Não tivemos notícia de outros encontros entre as equipes para discutir e acompanhar conjuntamente os casos, o que revela a fragilidade desta parceria.

Ao longo da pesquisa de campo ouvimos relatos de experiências de parcerias entre o PVC e outras equipes do PSF. Experiências com bons resultados para a melhoria da população atendida pelos ACS, que passaram a ter um olhar mais atento às questões de saúde mental. Nos casos bem sucedidos que ouvimos falar, soubemos que foram feitas algumas visitas compartilhadas e encontros entre as equipes para discussão inicial do trabalho e planejamento das ações dos ACS, que seriam apoiadas pelo PVC.

Apesar dos relatos das experiências de sucesso, observamos que não há uma agenda de ações compartilhadas, com calendário de encontros entre as equipes do PVC e PSF ou ACSs. Observamos que as parcerias se dão muito mais em função de situações emergenciais, com a disponibilização de consultas médicas e administração de medicações, ou em função de afinidades entre profissionais das diferentes equipes. Não há um projeto coletivo mais amplo que contemple outras faces da atenção psicossocial.

Visitas da equipe terapêutica

Participamos de apenas uma visita da equipe terapêutica, neste caso, uma visita realizada com a terapeuta ocupacional (TO). Entretanto, apesar de termos participado somente de uma visita, foram-nos relatadas várias visitas que são realizadas por esta

profissional. Essa TO realiza atendimentos individuais domiciliares com os usuários considerados mais “crônicos”, com vistas à descoberta de habilidades, incentivo à atividade e, principalmente, à autonomia. Faz também um trabalho de articulação da rede de apoio, como no caso de alguns usuários que vem sendo inseridos no CAPS da cidade satélite onde se situa o PVC. Além do acompanhamento dos usuários até o CAPS, que realiza com o apoio da equipe de técnicos de enfermagem, faz visitas periódicas ao serviço para acompanhar, junto à equipe do CAPS, o processo de inserção do usuário no cotidiano deste serviço.

Essa profissional também realiza um trabalho de formação de redes sociais de apoio entre usuários e familiares de duas das cidades satélites atendidas pelo PVC. Como parte desse trabalho faz visitas domiciliares individuais e promove, com usuários e familiares, visitas e passeios em grupo.

Com relação ao trabalho da Psicologia, as duas psicólogas atendem na própria sede do programa (na sala administrativa), mas também realizam visitas para avaliação dos usuários, atendimentos a demandas bem específicas e emergenciais, e orientação aos familiares. No período de nossa pesquisa de campo observamos que uma das psicólogas supervisiona e orienta alunos e estagiários de Psicologia que atuam no programa fazendo visitas e trabalho terapêutico com usuários e familiares em domicílio.

Essa parceria do PVC com estagiários de Psicologia tem sido um campo fértil para ampliar a reflexão acerca do papel do psicólogo tanto nas visitas domiciliares, quanto dentro da equipe. Para Pietroluongo e Resende (2007), cujo artigo é fruto do trabalho de estágio no PVC, o diferencial do profissional psicólogo é justamente sua qualificação para a escuta, que permite o questionamento do paradigma biomédico historicamente estabelecido e a construção de uma abertura epistemológica para a compreensão do fenômeno da loucura e sua inserção familiar e social. Além da construção conjunta da autonomia com as famílias e usuários em sua vida cotidiana, o psicólogo também pode empreender uma espécie de refinamento da demanda, tanto das famílias e usuários, como da própria equipe. Para tanto, as autoras propõem uma tríade atitudinal para este profissional, considerada de fundamental importância para a capacitação familiar e construção da autonomia: ética, ação-teórica e postura reflexiva (Pietroluongo & Resende, 2007). A ética é entendida neste contexto como uma reconstrução da moral a partir do contato com o outro.

A atuação das assistentes sociais é marcada pela sobrecarga de trabalho em função da ambigüidade de seu lugar institucional. Como dito anteriormente, o serviço

social não é específico do PVC, mas atende toda a demanda do HSVP. Aliado à ambigüidade, não há um espaço para o planejamento conjunto das ações, o que resulta em um ativismo constante. De um lado, o fazer automático para atender às inúmeras demandas, vindas de diferentes atores sociais e instituições. De outro, o pouco espaço para refletir sobre a necessidade, adequação e efetividade dessas tarefas, a falta de protocolos, dentre outras faltas, que não permitem a otimização do trabalho. As assistentes sociais realizam visitas domiciliares, necessárias para o aprofundamento e melhor acompanhamento dos casos. Mas, em virtude da sobrecarga de trabalhos diversos, a disponibilidade para a realização das visitas fica limitada.

Tivemos diversos relatos, tanto da equipe quanto dos familiares, de grupos de apoio aos familiares que eram realizados pelo PVC periodicamente em uma das cidades satélites. Este grupo parece ter tido uma boa aceitação por parte da comunidade, mas no período de nossa observação ele não acontecia mais. Estes grupos, de caráter mais terapêutico, parecem-nos importantes espaços para a construção de parcerias mais sólidas com as famílias, atores considerados como fundamentais no processo de desinstitucionalização não somente no PVC, mas também no âmbito da própria política nacional. São espaços de apoio subjetivo e construção conjunta de estratégias para lidar com a loucura no cotidiano e o sofrimento advindo dessa relação.

Esporadicamente, alguns encontros de usuários e familiares são realizados na sede do PVC, mas não há uma agenda sistemática para esses encontros. Acreditamos que estes encontros seriam importantes oportunidades para promover a integração e interlocução entre os diferentes atores que compõem o PVC, cumprindo uma função semelhante às assembléias nos CAPS. No manual dos CAPS (Ministério da Saúde, 2004) um dos pontos destacados diversas vezes é a importância da participação de todos os atores sociais que compõem o serviço. Assim, as assembléias são consideradas um instrumento importante para seu efetivo funcionamento, na medida em que todos os envolvidos juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. A discussão conjunta é considerada um motor para exercício do protagonismo de usuários e familiares, bem como oportunidade para os profissionais conhecerem, de forma mais próxima, as reais demandas da população atendida. A prática sistemática desses encontros no PVC poderia, em termos institucionais e organizacionais, facilitar a organização das demandas e aprofundar a reflexão sobre as ações oferecidas pelo programa.

Durante essa etapa da pesquisa acompanhamos uma visita da equipe terapêutica, mais precisamente com a terapeuta ocupacional, que apresentaremos a seguir. Antes, entretanto, cabe contextualizar o motivo dessa visita.

Ainda no momento das observações, já nos questionávamos como seriam feitas as entrevistas com os familiares. Inicialmente pensávamos que seria necessário um encontro prévio com os familiares, para que pudéssemos estabelecer algum tipo de vínculo, para depois procedermos à entrevista propriamente dita. Assim, em uma das visitas de medicação a uma residência onde há dois irmãos atendidos pelo programa, marcamos uma visita à mãe destes usuários, que denominamos provisoriamente de “visita pré-entrevista”.

Nesta visita não foi feita gravação, por entendermos que ainda não estaríamos procedendo à entrevista e que este era um primeiro contato mais próximo. Neste encontro, a mãe dos usuários contou sua própria história, falou muito de seu sofrimento com os dois filhos doentes mentais e, de certa forma, já respondeu a quase todas as questões que constituem o roteiro de entrevistas (a ser apresentado à frente).

Ela elogiou a atuação do PVC no que diz respeito à filha, destacando as melhoras que ela teve. Porém deixou transparecer inúmeras queixas quando falava do filho: um rapaz novo, porém com sintomas psiquiátricos desde a infância e já com comprometimentos nos aspectos cognitivo, afetivo e social. Queixou-se de que o quadro psiquiátrico do filho era muito instável e ele continuava tendo muitas internações, motivadas por crises nas quais ficava agressivo com outros familiares. Em uma de suas crises chegou a colocar fogo na casa. A mãe se queixou bastante das limitações que a doença do filho impunha à sua vida: não podia sair, não podia trabalhar, nem receber visita dos outros filhos, pois eram agredidos pelo irmão. Queixou-se de não haver um lugar para interná-lo definitivamente e desconhecia outro dispositivo de cuidado que não fosse a internação. Pediu nossa ajuda para interceder junto à equipe do PVC.

Dessa primeira “visita pré-entrevista” decorreu algumas reflexões.

Primeiramente, com relação a esta situação específica, observamos que a atuação do programa deixava a desejar. O quadro psiquiátrico do usuário revelava a inadequação da medicação, há muito tempo sem reavaliação e aparentemente sem efeito. O pedido por uma internação definitiva revelou também a falta de uma rede social de apoio e o desconhecimento de serviços como o CAPS, opções que o PVC não apresentara. Lembramo-nos do trabalho realizado pela terapeuta ocupacional que naquele momento vinha estabelecendo uma parceria com o CAPS de uma das cidades

satélites mais próximas e dissemos à mãe que poderíamos sugerir ao programa que fizesse algum tipo de atendimento ao filho no sentido de, talvez, vinculá-lo a um serviço substitutivo de saúde mental.

Com relação à nossa postura na situação, nos sentimos constrangidas em dizer não às solicitações da familiar visitada, tendo em vista a gravidade de sua situação e da situação do filho. Seria difícil, inclusive eticamente, ignorarmos o que ouvimos. Deixamos claro que não seríamos nós que faríamos qualquer intervenção, haja vista que não trabalhávamos no PVC, mas que poderíamos chamar a atenção da equipe para seu caso e foi o que fizemos. Sugerimos à coordenadora do programa que fosse realizada uma visita de avaliação psiquiátrica e que o usuário também fosse atendido pela terapeuta ocupacional.

Nessa conversa com a coordenadora estabelecemos um tipo de contrapartida ao programa pela hospitalidade com nossa pesquisa. Nossa contrapartida seria, a partir daquele momento, estar levando para conhecimento da equipe todas as nossas observações, queixas e limitações apontadas pelas famílias e usuários nos momentos de entrevista. Dispomo-nos a colaborar com a identificação de demandas que, muitas vezes, em função da sobrecarga de trabalho da equipe, passam despercebidas. Essa proposta foi prontamente aceita pela coordenadora e também encontrou receptividade na equipe, que, sentimos, passou a dividir mais os casos conosco e sugerir usuários e familiares para participar da pesquisa.

Com relação à experiência da “visita pré-entrevista”, chegamos à conclusão de que sua realização não seria proveitosa para a pesquisa como pensávamos inicialmente. O fato de acompanharmos as visitas de medicação, junto com os técnicos de enfermagem já nos abria as portas para as entrevistas, não sendo necessário um contato prévio para que as pessoas autorizassem ser entrevistadas. Além da economia de tempo, também pesou o fato de não termos que fazer os entrevistados recontarem vários pontos que certamente já nos contariam no primeiro encontro.

Logo após essa conversa, antes que tivéssemos oportunidade de articular uma visita ao usuário, ele foi internado pela mãe. Após seu retorno para casa fomos visitá-los, junto com a TO, visita descrita a seguir.

Ao chegarmos em sua casa, apresento a TO à mãe do usuário, dizendo que ela é quem faz parte da equipe e que fará uma avaliação de seu filho. Ela nos leva até seu quarto. Ele estava sentado no chão fumando um cigarro no escuro e havia muitos restos de cigarro no chão. O cumprimentamos e ele responde. Conversa sobre várias coisas, de

forma aleatória. Responde adequadamente nossas perguntas e ao perguntarmos o que ele gosta de fazer, diz que gosta de música. Falou de Roger Waters, vocalista do grupo Pink Floyd e, nesse momento a TO começa a cantar uma música desse grupo e diz que sabe tocar algumas de suas músicas no violão. Ele começa a cantar junto com ela e se agita: levanta-se e começa a falar freneticamente, tenta nos beijar, canta alto e esboça uma dança. A mãe briga com ele que se senta novamente. Saímos para conversar com a mãe.

A TO escuta a história do usuário e as queixas relatadas pela mãe. Apresenta uma proposta de visitar o usuário sistematicamente para conhecê-lo melhor e descobrir o que ele sabe ou gosta de fazer. A mãe repete várias vezes que o filho “não dá conta de nada”, “não se interessa por nada, não quer fazer nada”, “não tem medo de nada, não se cuida, tem que ficar em cima”. A TO ressalta a importância de trabalharmos a autonomia dele, para que, mais à frente ele pudesse, quem sabe, freqüentar um serviço como o CAPS, pelo menos uma vez na semana. Inicialmente a mãe demonstra resistência à idéia de levá-lo para o CAPS e coloca inúmeras dificuldades na proposta. De forma cuidadosa e compreensiva, a profissional mostra as vantagens da melhoria de seu filho, insiste que tudo é um processo e que se não tentarem algo, como vão saber se dará certo ou não? Pergunta se a situação está boa para ela, ao que ela responde, sem nenhuma dúvida, que não. Então por que não tentar, pergunta a TO em tom “carinhosamente desafiador”. A mãe concorda, emocionada e meio desconfiada.

Durante essa conversa, somos interrompidas pelo usuário diversas vezes. Fica evidente que nossa presença gerou certa agitação. A mãe se envergonha, pede desculpas, chama a atenção dele de forma bastante ríspida e, por fim, dá-lhe um comprimido de Haldol, um neuroléptico distribuído gratuitamente pela rede pública. Perguntamos sobre a medicação e, conferindo o prontuário, vimos que não havia naquele momento prescrição de Haldol para ele. O que nos levou a supor que a medicação é usada de uma forma aleatória. Assim, a TO já anuncia, para a próxima semana, a visita de um médico para reavaliá-lo.

Ao final da visita explicito novamente meu lugar de pesquisadora e que a responsabilidade pelo cumprimento das propostas feitas é da TO e do restante da equipe do PVC. Disse que minha parte, interceder por ela junto a equipe do programa, estava cumprida. Comprometi-me em voltar, para uma visita informal, daqui há alguns meses para ver o quanto tinham caminhado. Desejei sucesso e me despedi. Ela agradece e se despede. Essa familiar não foi entrevistada.

Essa visita junto com a terapeuta ocupacional foi importante por perceber o potencial de trabalho para a equipe terapêutica. Ao longo do trajeto, a TO relata o que vem sendo feito com outros usuários em situação parecida com a acima descrita e os bons resultados que vem obtendo na formação de redes sociais de apoio. Retoma a necessidade da criação de protocolos de intervenção para a equipe terapêutica e de um planejamento mais eficiente para que possam atender um número maior de usuários como este.

A TO faz também algumas críticas sobre o despreparo dos serviços substitutivos, no caso os CAPS, para receber pessoas já tão institucionalizadas e com quadro tão agravado como o acima descrito. Reforça que a demanda por um trabalho mais intensivo com os usuários é muito grande, pois existem inscritos no PVC muitos usuários por ela considerados “crônicos”. Usuários que, em função da gravidade de sua condição, mas principalmente, pela história de institucionalização, de fato, necessitam de uma busca ativa e atenção mais especializada e personalizada.

No início do ano de 2011, essa TO sai do programa em virtude de outro trabalho. O trabalho realizado por ela passa a ser de responsabilidade da psicologia e é reestruturado. Não acompanhamos este movimento de reestruturação, pois já estávamos no final desta primeira etapa de observação e iniciando a etapa seguinte das entrevistas aprofundadas.

8. Grupos, subgrupos e relações intra e intergrupos

Quando iniciamos a pesquisa de campo, definimos três grupos de atores sociais que iríamos observar em função de critérios sociológicos tradicionais e de nossos interesses específicos de pesquisa: profissionais, familiares e usuários. Logo de início, percebemos que as relações estabelecidas entre os grupos de profissionais, familiares e usuários eram marcadas pelo profissionalismo e compromisso com o cuidado ao usuário, sendo este último o ponto de interseção entre os três grupos.

Ao longo das observações fomos nos inserindo na dinâmica cotidiana e percebendo que não se tratam de grupos homogêneos. Como já vem sendo insinuado até o presente momento, há algumas subdivisões nestes grupos previamente estabelecidos. As relações entre os grupos e subgrupos possuem uma dinâmica bem particular e são regidas tanto pelas circunstâncias, quanto pelos diferentes posicionamentos sociais. Essas subdivisões evidenciam a pertinência das reflexões de Doise (1984,1986) no que diz respeito às posições sociais dos atores de um campo e a importância de se conhecer

os princípios organizadores das diferenças individuais, bem como as diferentes ancoragens destas diferenças.

Nesta primeira etapa nos foi possível, em virtude do nosso lugar de participante-observador, compreender de maneira um pouco mais acurada as características do grupo de profissionais, com suas subdivisões e relações inter e intragrupais. Tal conhecimento só nos foi possível em virtude de nossa permanência no campo como. Com relação aos familiares e usuários, nesta primeira etapa tivemos um contato rápido e superficial, restrito aos momentos das visitas domiciliares, de rápida duração. Conhecemos estes grupos, especialmente o de usuários, também a partir da pesquisa documental, apresentada no início desta seção.

A equipe do PVC: relações intra ou intergrupais?

Uma observação interessante sobre o grupo de profissionais é com relação à forma como as identidades profissionais são tratadas no cotidiano. Em determinados momentos, testemunhamos uma equipe coesa, configurando um grupo. Em outros momentos observamos diferentes subgrupos dentro deste grupo maior. Essa dinâmica revela, na prática, a articulação entre os níveis interpessoal (neste caso também intragrupal) e intergrupais de análise propostos por Doise (1984) e sua contribuição na compreensão da construção das práticas cotidianas e das representações sociais a elas associadas.

No trato com familiares e usuários, os profissionais se posicionam de forma coesa, agindo com orientações coerentes entre si, demarcando para a clientela atendida a existência de um grupo uniforme: a equipe do PVC. Um movimento que define as fronteiras do endogrupo e do exogrupo. As diferenças no endogrupo são minimizadas quando em relação ao exogrupo e reforça-se o que é compartilhado, neste caso a identidade de profissionais, com o objetivo comum de cuidar dos usuários e orientar os familiares.

No cotidiano institucional, entretanto, percebe-se a divisão desta equipe em subgrupos, conforme apresentado na Figura 10 abaixo.

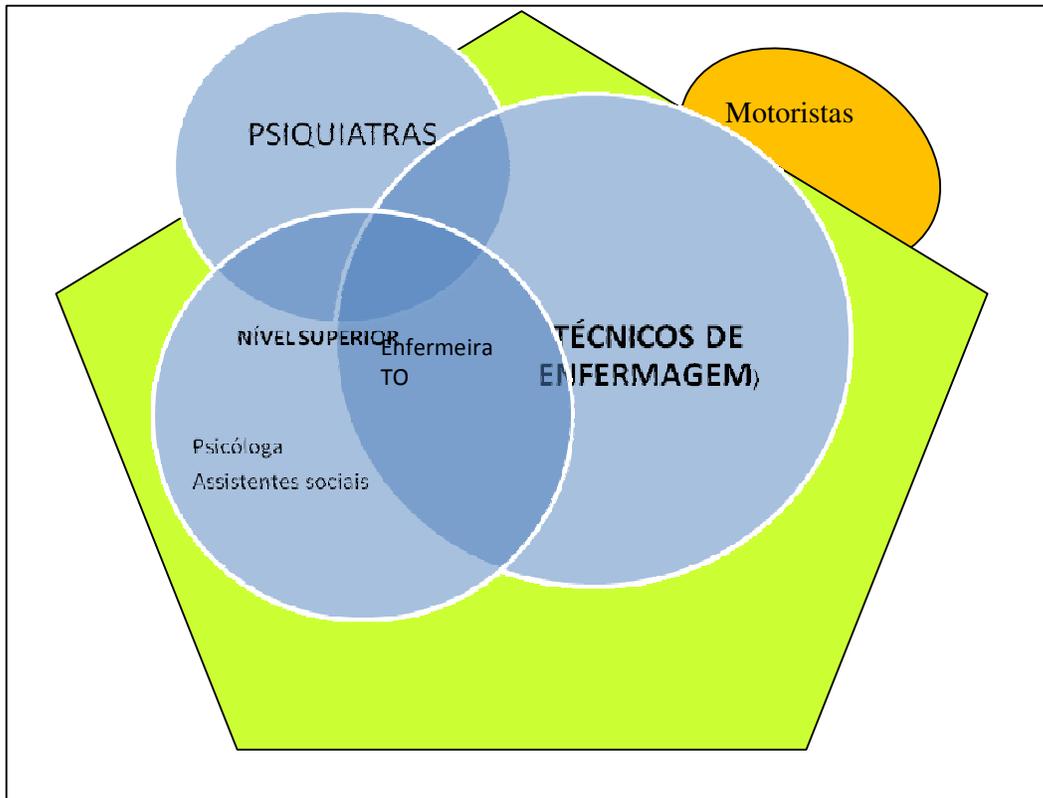


Figura 10: Representação dos subgrupos de profissionais do PVC

Conforme demonstra a figura acima, no grupo dos profissionais identificamos os seguintes subgrupos: técnicos de enfermagem, equipe terapêutica e psiquiatras. Subgrupos que têm funções distintas e cujas relações interpessoais e intergrupais puderam ser percebidas tanto nas rotinas oficiais quanto nas extra-oficiais, apresentadas anteriormente.

Além dos subgrupos que fazem parte diretamente da equipe do PVC, vale comentar sobre um grupo de profissionais do HSVP cuja atuação tem um impacto direto no trabalho do programa: trata-se da equipe do transporte, representada pelos *motoristas*, que são fundamentais para a realização das visitas domiciliares. Sem carro e motoristas, não há visitas. O PVC tem um carro próprio, mas isso não é garantia de que as visitas acontecerão, pois necessitam de motoristas autorizados a dirigir-lo. O setor de transporte é marcado por um número limitado de motoristas, em função de licenças médicas, alta incidência de absenteísmo, dentre outros fatores. Trata-se de um problema mais amplo, de gestão do trabalho dentro da estrutura da Secretaria de Estado da Saúde do DF.

Graças às boas relações de amizade e companheirismo da coordenação e dos técnicos de enfermagem do PVC com os motoristas, conseguiu-se que as visitas de

medicação fossem consideradas uma das prioridades na seção de transporte. Percebe-se uma relação de cordialidade entre os técnicos de enfermagem e motoristas, o que viabiliza o trabalho, pelo menos no que tange às visitas de medicação.

Quando falamos destas relações interpessoais, não estamos nos referindo apenas às características dos profissionais em particular. Nossa ênfase também recai sobre uma dimensão um pouco mais ampla, qual seja, a dinâmica relacional e as práticas sociais estabelecidas entre os diferentes subgrupos na demarcação de suas fronteiras. Relações e práticas construídas em conjunto pelos diferentes grupos e subgrupos que se “atritam” na convivência cotidiana.

A relação do subgrupo dos técnicos de enfermagem com o transporte é apenas um exemplo que revela a complexidade das relações institucionais estabelecidas entre os diversos subgrupos do PVC, outros setores da instituição HSVP e outros serviços da rede de saúde mental. Este exemplo revela o peso das relações interpessoais na dinâmica institucional, o que evidencia a necessidade de uma reflexão mais aprofundada no âmbito da gestão do trabalho, que considere essa dimensão interpessoal, não somente como um “ruído”, mas como algo constituinte da dinâmica das equipes profissionais.

No que diz respeito ao subgrupo dos *técnicos de enfermagem*, observamos ser um subgrupo com diferenças individuais entre seus membros, porém, bastante coeso e com relações interpessoais e de amizade fortemente estabelecidas. Nossa percepção é de que se trata de um grupo de amigos que trabalham de forma bastante “orgânica”, como nos relatou uma das técnicas: “aqui a gente não precisa ficar vigiando o trabalho do outro. Aqui não tem escala, todo mundo sabe o que fazer, chega e faz”.

Durante todo o período em que estivemos fazendo nossas observações participantes percebemos que os conflitos, discordâncias, queixas, compartilhamentos de experiências ficam diluídos no cotidiano, por meio de pequenas queixas veladas que logo se desvelam devido à intimidade dos membros deste subgrupo. Algumas vezes testemunhamos a resolução de conflitos de trabalho de uma forma bem pessoal, com abraços, choro e pedidos de desculpas, o que revela a força da afetividade que une este subgrupo. Trabalho e afeto se misturam constantemente e a amizade parece ser o principal elemento mediador das relações de trabalho. Trata-se de um grupo receptivo aos de fora, porém com códigos próprios e uma forma própria de lidar com as questões cotidianas. Com outros subgrupos da equipe do PVC, observam-se relações profissionais também marcadas pela espontaneidade, porém com uma comunicação mais racionalizada e não tão próxima.

O subgrupo *equipe terapêutica* nos pareceu neste primeiro momento das observações um grupo cuja principal característica que os une é o fato de serem profissionais de nível superior. Conforme afirmado anteriormente, não há um planejamento de trabalho conjunto, nem rotinas comuns. Cada profissional organiza sua própria rotina de acordo com as demandas que recebe ou a cria, como é o caso da terapeuta ocupacional que criou sua própria demanda de trabalho. Nos casos da enfermeira e da terapeuta ocupacional, estas parecem mais próximas do subgrupo de técnicos de enfermagem, em virtude das parcerias de trabalho que foram se construindo informalmente no lidar cotidiano com situações específicas.

Com relação ao subgrupo dos *psiquiatras* e sua relação com os demais subgrupos, podemos questionar se de fato fazem parte da equipe. Os três psiquiatras que trabalham no PVC cumprem uma carga horária mínima no programa, quatro horas cada um, cumprindo o restante de seus horários em outros setores do HSVP. No total, o programa só dispõe de 12 horas de trabalho de psiquiatras, o que é uma disponibilidade ínfima, se comparada à enorme demanda. Além das falhas na assistência, a rápida passagem dos psiquiatras pelo programa impede sua participação no planejamento das ações cotidianas do PVC, bem como constrange qualquer crítica ao trabalho, já que não estarão ali para colocar em prática as sugestões que porventura fizerem.

Relações da equipe profissional com familiares e usuários

Com relação aos familiares, a equipe de uma forma geral tem uma postura de respeito e compromisso com o atendimento da demanda trazida pelos familiares. Em geral, as principais demandas são: receitas médicas, consultas de reavaliação psiquiátrica, pedidos de relatórios diversos para concessão de benefícios sociais, visitas da equipe terapêutica e doação de medicamentos. Não há um treinamento específico para o atendimento às famílias e usuários, o que fica a cargo de cada profissional. Vínculos diferentes são estabelecidos entre familiares, usuários e cada profissional, mas de uma forma geral, percebemos relações permeadas pela confiança, espontaneidade, gentileza, o que foi confirmado nas entrevistas com familiares apresentadas à frente.

Muito se fala sobre os usuários e seus familiares nos momentos informais, em especial pelos técnicos de enfermagem, que são o subgrupo com maior contato com esses atores. Alguns acontecimentos das visitas são “teatralizados” ou contados de forma hilária nos momentos das refeições. Todos riem muito das piadas contadas por

alguns técnicos sobre suas experiências, pouco convencionais vale dizer, nas casas dos usuários.

Inicialmente, quem chega pode ficar com uma má impressão de chacota e pouco respeito aos usuários e familiares, o que logo se desfaz ao testemunhar o atendimento zeloso prestado pela equipe. Logo percebemos que fazer piada é uma forma de lidar com as angústias advindas das dificuldades do cotidiano, que não contam com um espaço institucional mais formal (entrevistas, supervisões ou reuniões de equipe) para serem tratadas. As angústias e dificuldades no cotidiano de trabalho dos profissionais são tratadas como se fossem meramente individuais, descoladas do processo de trabalho. Assim, neste contexto, as piadas e “teatralizações” nos parecem uma válvula de escape, uma forma de compartilhar as insólitas situações cotidianas.

Podemos pensar também que teatralizar as situações, ressaltar as características estranhas dos usuários, criando caricaturas – figuras que congregam o estranho, o bizarro e o cômico – é uma forma eficaz de demarcar as diferenças entre técnicos e usuários, personagens tão próximos no cotidiano de trabalho. Evidencia-se aqui, o que Jodelet (2005) considera como práticas significantes, ou seja, práticas que revelam o irrevelável, dizem o indizível. Práticas sociais que mostram ao mesmo tempo em que escondem. Práticas sociais por meio das quais se constrói a alteridade, e que revelam, ao mesmo tempo, representações sociais da loucura em suas dimensões mais secretas.

Objetivação da loucura nas caricaturas dos usuários e familiares, que revelam que as representações sociais da loucura são fluidas, múltiplas e caracterizadas justamente pela não familiaridade, como também demonstram os estudos apresentados por Morant e Rose (1998). Essas autoras chama a atenção para o conceito de alteridade, na medida em que este conceito ocupa um lugar curioso no âmbito da TRS. Segundo os pressupostos da TRS, as representações sociais são teorias do senso comum que tem por finalidade última tornar familiar o que não é familiar, o que poderia ser uma limitação da TRS na compreensão da loucura como objeto de representações sociais. Essa mesma problemática foi levantada por Wachelke (2005), mas tanto este autor, como Morant e Rose (1998) concluem que a alteridade é um dos elementos mais fortemente característicos desta relação entre representações sociais da loucura e as práticas sociais a ela dirigidas.

Ou seja, tornar o louco familiar, é justamente reconhecer-lhe a estranheza, objetivar-lhe em caricaturas, colocá-lo no lugar do outro, do que se sobressai ao que é comumente estabelecido pelas normas sociais. E assim construir para ele um lugar

distinto, rigidamente demarcado como diferente. Piadas, histórias incomuns, acontecimentos bizarros dão uma “aura folclórica” a estes personagens encenados pelos usuários, enquanto atores sociais.

No que tange às relações entre os psiquiatras e equipe terapêutica com familiares e usuários percebemos uma relação profissional, marcada pelo respeito e eficiência na medida do possível. Trata-se, entretanto de uma relação distante, sem um conhecimento mais aprofundado da realidade na qual familiares e usuários estão imersos, realidade distante da vivida pelos profissionais de nível superior. Além da distância sócio-econômica que os separa, podemos inferir que este distanciamento seja também uma forma de proteção da identidade profissional.

Neste sentido, mais uma vez recorreremos aos estudos apresentados por Morant e Rose (1998, p.133), nos quais as autoras demonstraram que as representações sociais da loucura, encontradas tanto em leigos quanto em profissionais são marcadas por

um abismo intransponível entre suas experiências próprias (e ‘normais’) e aquelas da pessoa mentalmente doente, que torna a compreensão total da doença mental difícil e impossível. Apesar de seu status de perito e do acúmulo de conhecimento teórico que seu treinamento oferece, os profissionais consideram certas formas de doença mental como fundamentalmente impossíveis de conhecer em nível de experiência.

As relações entre esses três grupos de atores sociais - profissionais, familiares e usuários - participantes de nossa pesquisa, serão aprofundadas a partir deste momento, em que finalizamos a apresentação dos resultados e discussões desta primeira etapa do Estudo 2. Procederemos à apresentação da segunda etapa, das entrevistas em profundidade realizadas com os três grupos de atores sociais.

ESTUDO 2 - Etapa 2

VIVER A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO COTIDIANO: MUDANÇAS E PERMANÊNCIAS

2.1. Objetivos

Após traçarmos a linha de base do PVC na primeira etapa deste Estudo, retomamos, nesta Etapa 2 seu objetivo geral, qual seja investigar as relações entre as representações sociais da loucura e as práticas sociais dirigidas aos usuários do PVC em processo de desinstitucionalização. Objetivo este que, relembramos, desdobra-se nos seguintes objetivos específicos: a) identificar quais são os elementos que compõem as RS da loucura e como são constituídas tais representações pelos grupos de profissionais, familiares e usuários; b) identificar quais são e como são constituídas as práticas sociais dirigidas aos usuários do PVC e; c) como se dá a relação entre as representações sociais da loucura e as práticas sociais no contexto do PVC.

Nesta Etapa realizamos entrevistas aprofundadas com três grupos sociais participantes do contexto do PVC, a saber, profissionais, familiares e usuários. No caso dos profissionais, estivemos imersas cotidianamente em seu contexto de trabalho, no papel de participante-observador. Já no caso dos grupos de familiares e usuários, não estivemos imersas em seu contexto de origem, o que nos leva a caracterizar diferentemente nossa inserção como pesquisadora nesta etapa. Consideramos nossa inserção como *observadora-participante*, em consonância com Gold (1958), Angrosino (2009) e Flick (2009b), para os quais neste papel o pesquisador está desligado da comunidade, interagindo com ela somente em ocasiões específicas, para entrevistas ou assistir eventos organizados.

A seguir apresentaremos os grupos de participantes, o roteiro de entrevistas e o modo como foi utilizado com cada grupo, a realização das entrevistas e o procedimento de análise.

2.2. Participantes

Participaram como entrevistados nesta etapa, os três principais grupos sociais que constituem o cotidiano do PVC - profissionais, familiares e usuários – apresentados a seguir.

Profissionais

Dos 17 profissionais que trabalhavam no PVC na primeira etapa deste estudo, foram entrevistados oito: quatro técnicos de enfermagem (dois homens e duas mulheres), uma psiquiatra, uma psicóloga, uma enfermeira e uma terapeuta ocupacional.

Os quatro técnicos de enfermagem trabalham na área da saúde mental há mais de 10 anos. Um deles está na área há mais de 20 anos. Todos sempre trabalharam no HSVP, não tendo tido a oportunidade de trabalhar em serviço substitutivo. Ou seja, além da formação de técnicos de enfermagem, cuja ênfase é na dimensão médico-biológica, a prática desses técnicos se deu exclusivamente em instituição psiquiátrica de característica hospitalar.

Das profissionais de nível superior, a psiquiatra trabalha na área há aproximadamente 10 anos e tem uma formação voltada para os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Sua residência foi realizada em instituição pública que vivenciava o processo de transformação de hospital psiquiátrico para Centro de Atenção Psicossocial. Esta profissional também teve experiência de trabalho em outros CAPS em diferentes localidades do país. A terapeuta ocupacional e a enfermeira trabalham na área da saúde mental há mais de 16 anos, com longa experiência de trabalho em vários setores do HSVP. A psicóloga trabalha no HSVP há 6 anos, sendo esta a sua experiência em saúde mental.

Familiares

Com relação ao grupo de familiares todas as entrevistadas são do sexo feminino e são as principais cuidadoras dos usuários. Trata-se de quatro mães dos usuários mais novos (três homens de 23, 28 e 32 anos e uma mulher de 39 anos), três irmãs (de dois usuários de 42 e 55 anos e uma usuária de 61) e uma cuidadora que se intitula mãe adotiva de um usuário de 39 anos.

As familiares desses usuários já têm algum tempo de contato com o PVC, pois sete dos usuários estão inscritos no programa há mais de três anos. Somente o usuário mais novo, cuja mãe foi entrevistada, está inscrito há menos de um ano. Desses usuários somente dois não tem nenhum benefício social. O dinheiro recebido por seis usuários por meio dos benefícios sociais (Programa De Volta Pra Casa e Benefício de Prestação Continuada) são administrados pelas cuidadoras entrevistadas.

As entrevistadas foram escolhidas ao longo da primeira etapa, a partir do contato estabelecido nas visitas de medicação realizadas junto com a equipe. Os critérios para

participação foram a empatia estabelecida entre a pesquisadora e familiar e a concordância destas em participar da pesquisa.

Usuários

Foram entrevistados cinco usuários (três mulheres e dois homens). As três mulheres têm 45, 51 e 60 anos e são usuárias do PVC há, respectivamente, um, três e sete anos. Depois de seu ingresso no PVC, nenhuma das usuárias sofreu mais internações. A usuária de 60 anos mora com marido e filhos e as outras duas moram com suas mães, que são suas cuidadoras. Duas têm benefícios e auxiliam nas despesas da casa. A mais nova delas não tem benefício. As três têm diagnóstico de algum tipo de esquizofrenia, mas duas delas também têm diagnóstico de transtorno bipolar.

Os dois homens têm, respectivamente, 49 e 62 anos e são assistidos pelo programa desde 2004. Ambos têm diagnóstico de esquizofrenia e tem benefícios sociais. O mais novo mora com a mãe, que é sua cuidadora e o outro é dono de uma casa em que mora junto com inquilinos e é seu próprio cuidador. Ambos depois que ingressaram no PVC não tiveram mais internações psiquiátricas.

Da mesma forma que os familiares, os usuários entrevistados foram escolhidas ao longo da primeira etapa, a partir do contato e da empatia com a pesquisadora estabelecidas nas visitas de medicação realizadas junto com a equipe, bem como a partir da concordância dos mesmos. Esses usuários não tinha vínculo com os familiares acima descritos.

2.3. Roteiro de entrevistas

Para os três grupos sociais foi utilizado o mesmo roteiro de entrevistas, composto por dois tipos de perguntas: questões de evocação e questões abertas. Este roteiro, com as devidas adaptações para cada grupo, é apresentado no Anexo 8.

As quatro questões de evocação tiveram os seguintes termos indutores: Loucura, Cuidado em Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e Programa Vida em Casa (PVC). As questões abertas se organizaram em torno de seis eixos temáticos, com perguntas relativas aos seguintes tópicos:

- a) *história dos atores no campo da saúde mental*: trajetória profissional ou história de adoecimento, no caso de usuários e familiares.
- b) *convivência cotidiana com a loucura*: o cuidado diário com usuários, experiências marcantes, o viver em liberdade.

c) *responsabilidade*: o papel do participante no cuidado com o usuário, o apoio no cuidado, responsabilidade do Estado, do hospital, dos serviços abertos, da família, da comunidade e do próprio usuário.

d) *relações grupais e intergrupais*: rede social, relações entre profissionais, familiares, usuários e comunidade.

e) *conceitos da Reforma Psiquiátrica*: para os profissionais, os principais conceitos da Reforma. Para os familiares e usuários, o que consideram ser os direitos dos usuários.

f) *questões de checagem*: se não for explicitado, perguntar ao final sobre a percepção de diferença entre loucura e doença mental.

Como afirmado anteriormente, algumas adaptações foram feitas para cada grupo. Com relação ao eixo convivência com a loucura, para os profissionais as perguntas se focaram no cotidiano de trabalho, enquanto que para o grupo de familiares o foco foi no cotidiano do ambiente familiar. No caso dos usuários investigamos o cotidiano familiar e sua inserção comunitária.

No que tange ao eixo das relações grupais e intergrupais, para o grupo de profissionais foram investigadas suas relações com familiares e usuários e foram também introduzidas perguntas acerca do trabalho em equipe. Já para os grupos de familiares e usuários, este eixo enfocou mais o ambiente familiar, comunitário, além das relações destes grupos com a equipe do PVC.

Também puderam ser observadas diferenças quanto ao eixo conceitos da Reforma Psiquiátrica para os três grupos. Para o grupo de profissionais, fizemos as perguntas da forma como aparecem no roteiro, ou seja, investigamos conceito por conceito. No caso dos familiares e usuários, logo nas primeiras entrevistas percebemos a falta de conhecimento acerca desses conceitos e da própria Reforma Psiquiátrica, o que levou a alguns constrangimentos por parte dos entrevistados, por não saberem responder às perguntas. Assim, para evitar o constrangimento, perguntamos para os dois grupos de uma forma bem geral quais consideravam ser os direitos dos usuários. Com relação à Reforma Psiquiátrica, perguntávamos se eles conheciam o que eram. Como nenhum dos entrevistados sabia do que se tratava, então explicávamos, ainda que de forma breve e superficial, o que significa este termo. Sendo assim, deixamos este eixo como sendo o último a ser feito, para que nossa explicação não influenciasse nas respostas às demais perguntas.

Com relação à ordem das perguntas, para todos os grupos iniciamos pelo eixo trajetória no campo da saúde mental, como forma de introduzirmos a conversa. Depois, a ordem das perguntas seguiu o fluxo conversacional, não sendo necessariamente a mesma ordem para todas as entrevistas. Para o grupo de profissionais, de uma forma geral as perguntas abertas seguiram a ordem de apresentação no roteiro. Para os grupos de familiares e usuários, apesar de termos perpassado todas as perguntas do roteiro, não o seguimos de forma tão sistemática, privilegamos uma escuta mais voltada aos temas trazidos pelos entrevistados, seguindo de forma mais livre o fluxo conversacional.

No que tange às questões de evocação, elas foram introduzidas no início de cada eixo correspondente ao tema evocado. Apesar de nossa tentativa de seguir a forma como tradicionalmente essas questões são feitas (solicitando-se ao sujeito que associe de 4 a 6 palavras aos termos indutores, em seguida pedindo que hierarquize suas respostas, escolha a mais importante e justifique-a), essa forma não foi seguida pelos entrevistados. Mesmo tendo solicitado aos entrevistados que oferecessem as palavras, estes nos responderam de forma textual, com reflexões mais amplas acerca dos termos indutores, o que também nos pareceu interessante neste momento da pesquisa.

2.4. Realização das entrevistas

Sete das entrevistas com os profissionais foram realizadas na sede do programa e uma delas foi realizada no refeitório do HSVP. As entrevistas desse grupo tiveram uma duração média de 56 minutos, sendo a entrevista mais curta de 36 minutos e a mais longa de 1 hora e quarenta minutos.

As entrevistas com familiares foram realizadas em suas residências e apenas duas foram realizadas na presença somente das entrevistadas. Três entrevistas tiveram a participação, em alguns momentos, de outras pessoas da família ou vizinhança, que também estavam presentes (a convite das entrevistadas) e forneceram suas impressões sobre os usuários e sobre a loucura de uma forma geral. Três entrevistas foram realizadas na presença dos usuários, que tiveram algumas participações pontuais ao longo da entrevista. A participação de outras pessoas enriqueceu as entrevistas, trouxe informações adicionais e complementares, nos fornecendo dados importantes acerca da dinâmica familiar e nos permitindo observar as negociações de significados. Pudemos perceber também nessas entrevistas, que a participação pontual de outras pessoas rompeu, de certa forma, com a tendência das entrevistadas em oferecer respostas socialmente desejáveis. Em algumas ocasiões, alguns dos familiares ou vizinhos

presentes “denunciaram” situações de constrangimentos e agressões que as entrevistadas omitiam, em função da desejabilidade social. A partir dessas “denúncias”, as entrevistadas reviam suas falas e nos ofereciam uma nova versão do cotidiano.

As entrevistas com familiares tiveram uma duração média de uma hora, sendo a entrevista mais curta de 30 minutos e a mais longa de uma hora e meia.

As cinco entrevistas com usuários também foram realizadas em suas residências. Destas cinco entrevistas, três contaram com a participação, também pontual, de outras pessoas. Ficou claro que os entrevistados eram os usuários e a participação de outras pessoas foi restrita a alguns momentos abertos pela entrevistadora. Duas mães participaram pontualmente das entrevistas de duas usuárias e uma inquilina forneceu informações acerca do cotidiano de um dos usuários. As entrevistas tiveram uma duração média de 54 minutos, tendo a entrevista mais curta 24 minutos de duração e a mais longa uma hora e 23 minutos.

2.5. Procedimento de análise dos dados

As entrevistas foram todas transcritas na íntegra e analisadas com o auxílio do *software* ALCESTE, apresentado anteriormente no Estudo 1. Foi realizada uma análise em separado para cada um dos grupos, cujas entrevistas constituíram *corpus* distintos de análise. Diferentemente do que foi feito no Estudo 1, neste Estudo 2 recorreremos à reconstrução do discurso representacional no início de cada uma das classes apontadas pelo *software*, como tentativa objetivação do discurso e estratégia de síntese de nossa análise. O discurso representacional é um texto reconstruído que corresponde aos principais temas levantado pelos sujeitos entrevistados. Uma compilação das UCEs mais significativas das classes temáticas que representa o discurso de todos, ou pelo menos, de um grupo de sujeitos.

No caso dos profissionais, empreendemos duas vezes a análise das entrevistas. Na primeira vez analisamos o *corpus* completo das entrevistas. Entretanto, a análise resultante reproduziu a estrutura do roteiro de entrevistas: foram identificadas três classes: 1) uma classe em que constavam todas as informações sobre o PVC, sobre as representações sociais da loucura e sobre as práticas, sendo esta a classe mais extensa; 2) outra classe relativa à trajetória profissional e 3) outra classe em que os entrevistados relatavam situações marcantes vivenciadas no cotidiano de trabalho. Em virtude desse resultado, que não contribuía para a melhor compreensão de nossos objetos de pesquisa, retiramos do *corpus* original de análise as informações relativas à trajetória profissional

e à experiência marcante, que representavam apenas uma pequena parte do *corpus* completo. Refizemos a análise somente com as informações relativas aos nossos objetos e contexto de pesquisa, o que nos forneceu um resultado mais adequado aos nossos interesses. Em outra oportunidade analisaremos os dados relativos à trajetória profissional e experiência marcante.

Com relação aos grupos de familiares e usuários, as entrevistas foram analisadas na íntegra e separadamente para cada um dos grupos.

2.6. Resultados / Discussão

Os resultados serão apresentados e discutidos separadamente para cada um dos grupos específicos (profissionais, familiares e usuários). Nos três grupos, iniciaremos a apresentação de cada classe temática com o discurso representacional por nós reconstituído, como forma de sintetizar os temas constituintes de cada uma das classes.

1. PROFISSIONAIS

Há homens que lutam um dia e são bons
Há outros que lutam um ano e são melhores
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.
Mas há aqueles que lutam toda a vida,
e estes são imprescindíveis.
(Bertoldo Brecht)

Na análise das entrevistas dos profissionais, o *software* ALCESTE subdividiu o *corpus* em 1077 UCEs, das quais 854 (79,29%) foram consideradas para análise. Essas 854 UCEs foram reagrupadas em quatro classes temáticas. A relação entre as quatro classes, as porcentagens correspondentes a cada uma delas na constituição no *corpus*, o número de UCEs que as compõem, são apresentados na Figura 11. Nesta figura também constam para cada uma das classes, as palavras com maior Khi^2 e suas variáveis típicas.´

Como mostra a Figura 11, as quatro classes temáticas estão configuradas em três distintos eixos temáticos. Os dois eixos compostos respectivamente pelas classes 2 e 4 apresentam uma fraca relação entre si ($r=0,4$) e esses dois eixos não apresentam nenhuma relação com o eixo, composto pelas Classes 1 e 3. Para compreendermos melhor a relação entre os eixos, iniciaremos a apresentação dos resultados e discussão pelo *Eixo/Classe 2*. Na sequência apresentaremos o *Eixo/Classe 4* e finalizaremos a apresentação dos resultados e discussão do grupo de profissionais pelo *Eixo/Classes 1 e 3* relativo às práticas sociais cotidianas.

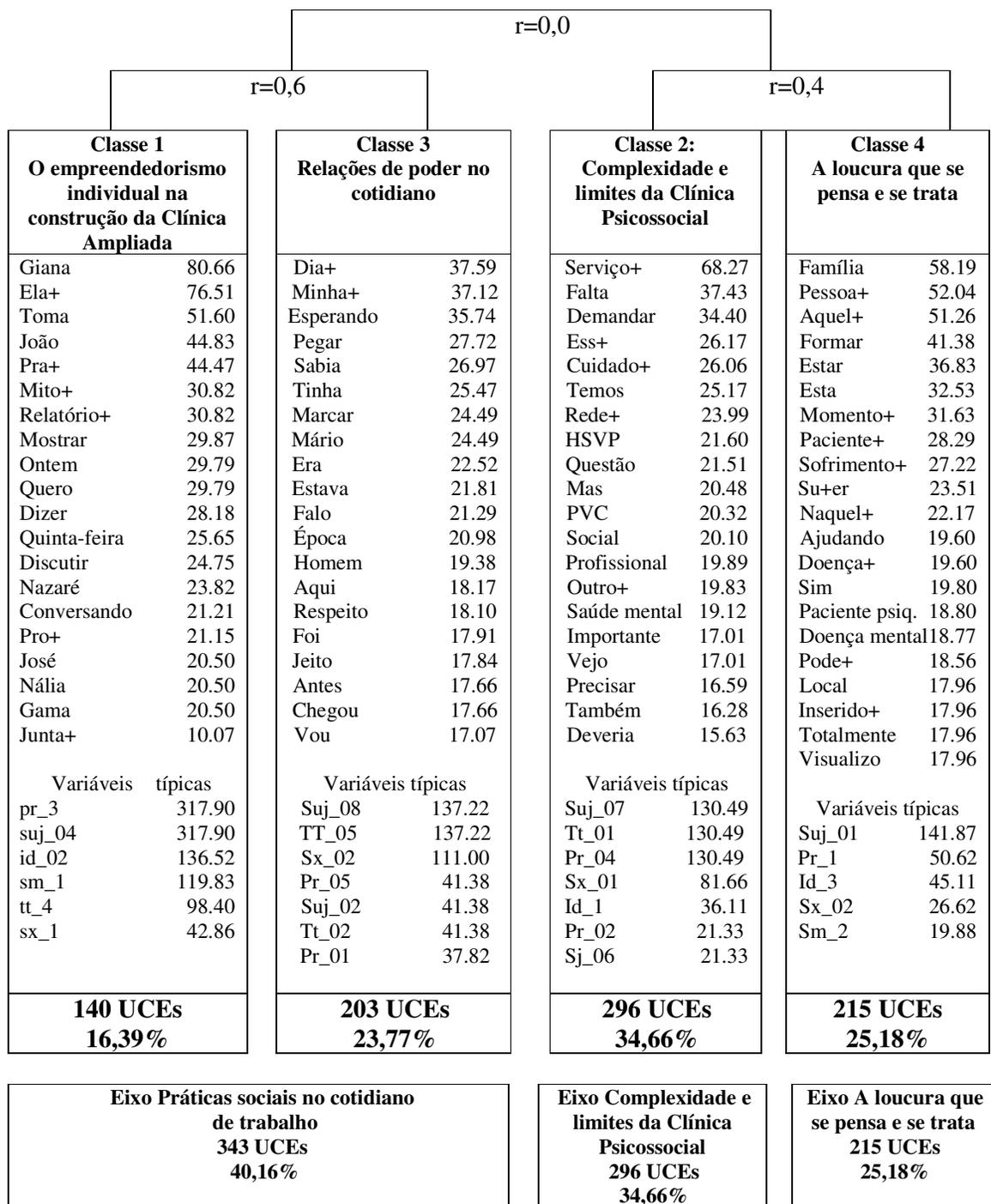


Figura 11: Resultado fornecido pelo ALCESTE da análise das entrevistas com profissionais, com os eixos temáticos e suas respectivas classes, títulos, números de UCEs, porcentagem de representação no *corpus* total, palavras com maior Khi^2 e variáveis típicas.

1.1. Eixo/Classe 2: Complexidade e limites das Clínica Psicossocial

Este Eixo/Classe trata de temas importantes referentes ao Modelo de Reabilitação Psicossocial, como nos apontam alguns teóricos da área (Pitta, 2001; Costa-Rosa, 2000, Amarante, 2003; Yasui, 2010, dentre outros). Temas que se

articulam na reflexão dos profissionais sob dois aspectos: de um lado o desejo de implementar o novo modelo psicossocial, de outro, as críticas acerca da experiência concreta de trabalho vivenciada no contexto estudado. Contexto onde o novo modelo ainda se configura como um “por vir”, como pode ser observado a partir do discurso representacional.

Aqui temos muitas demandas de cuidado que não são da nossa alçada e que a gente precisa fazer diversas parcerias. O que percebo no dia a dia é que nós temos que ampliar e flexibilizar a nossa escuta e as ações, se não a gente engessa muito o atendimento. A demandas aqui é muito grande e às vezes sai muito do que a gente aprendeu na faculdade. A saúde mental é uma realidade que exige um trabalho em equipe, multidisciplinar. É um cuidado mais amplo, onde a gente faz funções do psicólogo, assistente social, do médico, da enfermagem, orienta, explica, apóia, identifica as necessidades, mostra os caminhos. O ideal deveria ser essa equipe interdisciplinar estar sempre acompanhando, fazendo as visitas e cada um com seu olhar dentro da sua especificidade.

Mas o que eu vejo é que o nosso trabalho deixa muito a desejar. Eu não vejo um funcionamento em equipe no PVC. Não tem reunião de equipe, que é o que costura esse cuidado. Tem as pessoas que mandam e as que obedecem, não há uma revisão de papéis, um momento de reflexão. Acho que é importante também ouvir a opinião do outro sobre o seu trabalho.

Além disso, tem a falta de estrutura do próprio programa, pois muitas vezes a psicologia tem que sair, o pessoal da enfermagem tem que sair, o médico também tem que sair pra fazer visita de avaliação e temos só um transporte.

Outra limitação que eu também vejo é a falta de alguma intervenção em nível terapêutico. A gente poderia fazer as pessoas virem até o serviço, porque acho que os usuários ficam muito passivos aguardando o PVC. A gente deveria promover reuniões, para colocar em pauta a questão da autonomia e da cidadania. Para mim a cidadania é o exercício dos direitos e dos deveres e o que eu vejo é que muitos dos nossos usuários não têm acesso aos seus direitos e deveres e não estamos conseguindo construir isso.

Mas uma grande questão que está por trás de tudo é a falta de rede, falta de serviços para acolher as pessoas. Não tem lugar, nem nos CAPS, nem aqui

no HSVP, nem em lugar nenhum. O que eu vejo, pelo menos em Brasília, é que os CAPS não estão preparados para atender nem os pacientes crônicos nem a crise. Os serviços não têm estrutura, mas tem também as equipes que não são preparadas. Além disso, os poucos serviços que existem não se comunicam. Muitas vezes o usuário não adere ao tratamento porque o profissional encaminha e tchau e benção. Não há um acompanhamento do usuário até que ele se adapte ao novo tratamento.

Tem que ser feito um trabalho de co-responsabilização entre os profissionais, com os familiares, com o próprio usuário e com o território. E a gente não pode esquecer também do outro lado, que é a dificuldade de aceitação por parte do social, por preconceito e falta de informação da comunidade.

Na minha avaliação, o que existe é uma falha da própria cidade. A gente pensa em mudar o modelo, mas não tem investimento nas políticas públicas de saúde mental, o que precisa mudar com urgência. Precisamos fazer essa transição.

Este discurso representacional trata do cotidiano e dos processos de trabalho do ponto de vista da estrutura de funcionamento das instituições e do sistema de saúde como um todo. É uma classe que perpassa diversos temas: a) os desafios à formação profissional e as diversas funções cotidianas dos membros da equipe; b) o modus operandi da equipe profissional; c) as condições de trabalho; d) a co-responsabilização pela via da cidadania e; e) avaliação da política local de saúde mental.

Esta classe tem como variáveis típicas os sujeitos 6 e 7, respectivamente a psicóloga e a enfermeira do programa. Vale lembrar que quando falamos de sujeitos típicos, isso não significa que somente esses sujeitos sejam tributários desse discurso, mas sim, que a reconstrução do discurso foi feita prioritariamente partir de trechos das entrevistas dessas profissionais, que apresentaram maior kh^2 dentro da classe temática. São trechos oriundos das entrevistas dessas profissionais específicas, mas que provavelmente representam um pensamento compartilhado também por outros atores sociais. Outras variáveis típicas também são o tempo de trabalho de até 5 anos, ou seja, uma formação recente e uma entrada recente no campo da saúde mental.

Desafios para a formação profissional

Um dos pontos principais dessa classe é com relação à complexidade da clínica psicossocial que exige uma inventividade no cotidiano e uma ampliação das funções aprendidas na formação profissional tradicional. Trata-se, sobretudo, da necessidade de superação do “paradigma racionalista” e de maiores investimentos no “paradigma emergente da complexidade” (para utilizar os termos adotados por Yasui, 2010), no que diz respeito à formação profissional. Este autor, fazendo alusão à dimensão epistemológica da Reforma Psiquiátrica, relembramos, afirma que este movimento suscita “a reconstrução/invenção de um novo marco teórico e de novos operadores conceituais”, ou seja, “produção de novos conceitos para novos problemas e objetos” (Yasui, 2010, p.77).

Pelo discurso representacional, podemos inferir que a formação acadêmica ainda deixa muito a desejar diante das reais demandas da clínica que se pretende psicossocial. Uma clínica que requer a ampliação da escuta, das funções e que articula as diversas profissões por meio da noção de *campo* de atuação. Em uma formação mais tradicional a ênfase é conferida ao *núcleo* de atuação, ou seja, aquilo que é específico a cada especialidade. Nas experiências de Reforma Psiquiátrica essa maneira de ver a atuação profissional se amplia para a noção de campo de atuação. Além das especificidades de cada profissão, os trabalhadores também se vêem com a necessidade de ampliar sua atuação e rever suas práticas, não somente em virtude da grande demanda de trabalho, mas especialmente pela integralidade do cuidado que a complexa clínica psicossocial exige. Os conhecimentos específicos, nucleares, fragmentados não atendem mais ao desafio do novo objeto de cuidado: a *existência-sofrimento* dos usuários dos serviços. Um novo objeto, que impõe novos problemas e exige novas soluções. O campo de atuação é justamente o ponto de encontro entre os diversos saberes, que devem convergir para a construção conjunta de novas práticas de cuidado que dêem conta desse novo objeto.

Não podemos nos esquecer que esta complexa clínica denominada psicossocial está situada no contexto da saúde pública, marcado por outras complexidades, por precariedades de várias ordens e por problemas estruturais. Atualmente, o Brasil vive um de seus momentos mais desafiadores na saúde pública, que é a consolidação do Sistema Único de Saúde. Como afirmam Spink e Matta (2010, p.44), não somente no âmbito da Saúde Mental, mas em todo o sistema de saúde “...pretende-se substituir o

enfoque centrado no indivíduo e no modelo médico-curativo para reescrever suas teorias e práticas numa perspectiva coletiva voltada à integralidade”.

Observamos que, para além da construção da clínica psicossocial em saúde mental, a formação profissional ainda está aquém das exigências da saúde pública atual. Especialmente nas áreas de atuação da Psicologia e da Enfermagem, há uma tradição do cuidado centrada no indivíduo e uma forte influência da visão médico-curativa, o que requer um esforço desses profissionais no sentido de revisão de suas concepções e práticas. Revisão nem sempre possível em contexto real, permeado pela sobrecarga de trabalho, pela falta de um trabalho interdisciplinar, e por sistemas de representações. Nestes sistemas de representações incluímos representações sociais acerca da própria profissão, do cuidado, do serviço público, da loucura, dentre outras possíveis, que dão sustentação às práticas sociais tradicionais já estabelecidas.

Além da formação insuficiente e da sobrecarga de trabalho outro fator se apresenta como um determinante das limitações na construção da clínica psicossocial e na implementação do novo modelo de atenção: a própria falta de condições de trabalho. Incluímos no que genericamente chamamos de “falta de condições de trabalho”, os seguintes pontos: a falta de trabalho de equipe, a falta de estrutura logística necessária ao trabalho e a precarização da rede de saúde mental, que impõe dificuldades ao funcionamento e transformação do PVC.

‘Modus Operandi’ da equipe profissional

Iniciaremos nossas discussões pelo trabalho interno da equipe do PVC, que consideramos ser um “microcosmo” do que ocorre em inúmeras experiências de Reforma no que diz respeito à tão falada interdisciplinaridade.

Por meio do discurso representacional percebemos que o PVC ainda tem uma estrutura bastante tradicional no que tange ao funcionamento da equipe. Não há reuniões sistemáticas de equipe e, conseqüentemente, não construção conjunta de projetos terapêuticos, que se resumem, na maior parte das vezes, a ações isoladas, realizadas por profissionais também isolados. Observamos um pronto atendimento às demandas, que revelam uma característica ativista dos profissionais, por outro lado, pouco reflexiva.

Outro ponto que revela o funcionamento tradicional desta equipe é a hierarquia de poder entre os diferentes profissionais, revelada na fala “...*tem as pessoas que mandam e as que obedecem...*”. Fica em evidência a continuidade das relações

historicamente estabelecidas entre os diferentes profissionais no campo da atenção em Psiquiatria, o que será tratado com mais detalhes na Classe 3. O que se destaca neste Eixo/Classe é que a hierarquia entre profissionais se mantém pela falta de um espaço de reflexão conjunta entre os diferentes profissionais, o que acaba por manter a antiga hierarquia, com seus tradicionais papéis e funções. Essa falta de espaço não permite a cada um da equipe perceber a importância de sua função para o trabalho do outro, ou seja, perceber que seu trabalho faz parte de uma engrenagem maior, não sendo somente uma peça solta na produção do cuidado.

Condições de trabalho

Com relação à falta de estrutura logística para o trabalho, estamos diante de um problema estrutural do sistema de saúde local. A falta de recursos físicos aliado à falta de gerenciamento de pessoal é um problema generalizado que atinge a área da saúde como um todo e que requer estudos mais específicos para um melhor diagnóstico e intervenções mais assertivas. O que nos cabe neste momento é apontar as consequências desse problema estrutural no cotidiano de trabalho dos profissionais do PVC que estão no *front* da atenção à população.

Um pequeno exemplo revelador dos problemas estruturais que tem graves implicações para o cotidiano de trabalho: a falta de transporte, como comentado anteriormente. Além de prejudicar o trabalho individual de cada profissional, pois o atraso nas visitas domiciliares é uma constante, prejudica também o incremento das ações extra-medicamentosas. Em virtude da precariedade do transporte, priorizam-se as visitas de medicação e da psiquiatria, já consolidadas como importantes para o tratamento.

Mas, e as outras ações também fundamentais para o processo de reabilitação psicossocial: as visitas da equipe terapêutica, visitas de avaliação e acompanhamento dos usuários, as reuniões com familiares, com a comunidade, as articulações necessárias com a rede social? Permanecem em segundo plano, pois só ocorrem quando “sobra o carro”... Em suma: priorizam-se as ações tradicionais, limita-se o cuidado a seu enfoque biomédico. E com isso, o trabalho de co-responsabilização do território não acontece tal como preconizado pela política nacional de saúde mental.

Uma das idéias caras à Reforma Psiquiátrica é a de “tomada de responsabilidade pelo território” que, a partir da Portaria Federal nº 336, passa a ser uma das principais

atribuições dos CAPS. Esta idéia, aparentemente simples, denota uma mudança no que diz respeito à lógica de atenção à saúde mental. De acordo com Silva (2005, p.134),

No Brasil, a tomada de responsabilidade pelo território é uma diretriz ligada à substituição de uma lógica dos serviços privados (demanda espontânea e capacidade) por uma lógica dos serviços públicos (cobertura assistencial e referência domiciliar). A partir da Portaria Federal 336 – que aponta o CAPS como organizador da demanda em saúde mental no território – a última lógica tornou-se estatal.

Este autor, em consonância com o que vimos discutindo ao longo deste trabalho, aponta para o desafio que é encarregar-se pelo atendimento do doente mental na comunidade. O desafio é justamente pelo fato de que essa “tomada de responsabilidade” requer a construção de novos recursos terapêuticos, para além dos recursos tradicionais de medicação e escuta. A construção dessa responsabilidade requer investimentos em outros recursos ainda pouco convencionais, tais como: visitas domiciliares, reuniões com a família, agenciamento de escola, trabalho, passeios..., dentre outros inúmeros que se fizerem necessários e disponíveis em cada território e em cada situação (Silva, 2005).

Neste sentido, em função das condições de trabalho no PVC, algumas limitações já se colocam evidentes para a construção de uma clínica efetivamente psicossocial. A sobrecarga de trabalho, a falta de um trabalho de equipe, a escassez de recursos humanos, bem como sua formação deficitária, a falta de uma estrutura logística, gerenciamento precário, dentre outros fatores, desmobilizam os profissionais a investir em novos recursos e estratégias de cuidado. Desmobilização que consideramos extremamente prejudicial à construção do novo modelo de atenção à saúde mental, pois, concordamos com Silva (2005, p.132), quando este autor aponta que “o aumento da responsabilidade do técnico pelo processo de trabalho exerce bastante influência sobre a produção de saúde”. Não se trata de culpabilizar os técnicos pela desmobilização, mas sim de reconhecer a necessidade de investimento em recursos humanos e condições de trabalho, considerando o papel estratégico dos profissionais como agentes de transformação da atenção à saúde mental.

O compartilhamento da Responsabilidade pela via da cidadania

Dentre as limitações apontadas por nossos sujeitos típicos como decorrentes das condições de trabalho, está a falta de intervenções mais sistemáticas voltadas à construção da autonomia e da cidadania dos usuários, conceitos-chave na construção da

clínica psicossocial. Para Hirdes (2009), a cidadania é “uma construção histórica resultante das problematizações concretas que cada sociedade produz”, ou seja, é um processo que requer o envolvimento da sociedade na luta pela emancipação de seus elementos mais frágeis, que se dá pela tomada de consciência em relação aos excluídos. Para esta autora, a transformação social necessária para a construção da cidadania se dá através de pequenas lutas cotidianas que restabelecem o poder contratual dos usuários culminando em sua inserção social.

Das reflexões empreendidas pela autora citada, percebemos de forma mais clara as limitações do PVC no que tange à construção da autonomia. O cotidiano sobrecarregado, a falta do trabalho em equipe e as condições logísticas não favorecem o empreendimento dessas “pequenas lutas cotidianas” junto com os usuários, que lhes favoreça outras inserções sociais como nos aponta Hirdes (2009).

Não devemos, porém, negligenciar também o papel das representações sociais na manutenção silenciosa dessa situação. Será que de fato acredita-se que é possível construir autonomia e cidadania para os usuários do programa? O investimento neste trabalho compensa? Ou será que construir junto com usuários sua autonomia e cidadania representa uma ameaça à identidade profissional em face dos grandes desafios que coloca?

Avaliação da Política de Saúde Mental local

Ainda nos reportando à noção de tomada de responsabilidade pelo território, outro ponto merece nossa atenção, qual seja a precariedade da rede de saúde mental local. Como comentado na primeira etapa deste Estudo 2, o PVC é um programa que foi criado em um momento em que não haviam serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico nas regiões atendidas pelo programa. Atualmente existem ainda poucos serviços substitutivos que, certamente, não são suficientes para atender à demanda de seus territórios. Neste sentido, o PVC acaba (devida ou indevidamente? Difícil julgar!) se sobrepondo a outros serviços que deveriam se responsabilizar pela clientela local.

No caso de serviços que se sobrepõem de quem é a responsabilidade: do PVC ou dos CAPS? A resposta a esta pergunta não é tão simples quanto parece, pois para que se defina, por exemplo, que a responsabilidade é dos CAPS – que é o que está preconizado na legislação – há que ser feito um trabalho de transição dos usuários de um serviço a outro. Um trabalho minucioso, que requer uma integração entre os serviços. Integração que implica em comunicação efetiva e compartilhamento conceitual e de

responsabilidades. Integração que implica, necessariamente, na existência de uma rede de atenção. Uma rede em que o trabalho de referência e contra-referência funcione de forma efetiva, para que os encaminhamentos ocorram de fato e não sejam, como muitas vezes ironizam alguns profissionais, “encaminhamentos para o além”.

Pelo discurso representacional fica evidente a precariedade desta rede em vários sentidos. Primeiramente há um número insuficiente de serviços para atender a toda a demanda. Desta forma, os serviços já consolidados, como o PVC, ficam com a sobrecarga de usuários por não ter serviços para onde encaminhá-los.

Além da insuficiência do número de serviços, os serviços que passaram a existir depois da criação do PVC não possuem uma estrutura capaz de absorver seus usuários. Tal incapacidade pode ser justificada pela quantidade de usuários, mas deve-se, especialmente, às características dos usuários do PVC. Trata-se de uma clientela “cronificada” pelos longos anos de internação, com baixa autonomia e que necessitam de uma atenção especial. Os novos CAPS têm poucas condições de oferecer essa atenção mais personalizada, pois o problema da sobrecarga de usuários também se estende a esses serviços.

Além da sobrecarga de usuários, pequeno número de profissionais e pouca estrutura física e logística, não podemos nos esquecer da insuficiência da formação profissional para a clínica psicossocial, que não permite um olhar mais voltado à construção conjunta do cuidado aos “crônicos”. Há ainda uma referência à possibilidade eminente de crises, para as quais os CAPS também não estão preparados, até porque não há ainda no DF nenhum CAPS III, CAPS para adultos com transtornos mentais que funcione 24 horas.

Por trás de tudo isso, apontamos ainda a forte presença, mesmo que negada, das representações sociais da loucura associadas à periculosidade, imprevisibilidade e incapacidade para a vida social, que os ditos “pacientes crônicos” e/ou em crise despertam de forma mais intensa. Esses usuários carregam em si a marca da institucionalização, trazendo em seus corpos e em seus “maneirismos” a imagem trágica da loucura, que permeia o imaginário social, tal como nos mostram os estudos de De Rosa (1987), citados na introdução desta pesquisa.

Ao final do discurso representacional é feita uma análise conjuntural da política de saúde mental do DF, cujos investimentos são parcos e fragmentados. O DF é considerado atualmente como a última Unidade da Federação com relação à cobertura assistencial por serviços substitutivos em saúde mental. Apesar dos esforços que a

atual Gerência de Saúde Mental (gestão 2011-2014) vem empreendendo no sentido de mudar esta realidade, sabemos que tal situação é fruto de uma longa luta política entre grupos discordantes no que tange ao modelo de atenção à saúde mental, como nos aponta Jamila Zgiet (2010), assistente social que fez sua pesquisa de Mestrado voltada para a compreensão dos obstáculos ao processo de implementação da Reforma Psiquiátrica no DF.

Esta luta política entre grupos opositores faz parte da própria história do DF e tem implicações importantes na implementação do novo modelo de atenção. Luta política que faz com que a Reforma no DF seja marcada por um ritmo descontínuo, marcado por avanços e retrocessos intimamente ligados aos interesses governamentais dos grupos que se alternam no poder (Zgiet, 2010).

Avanços e retrocessos que, se por um lado, desmobilizam os profissionais, por outro alimenta o desejo de ver o novo modelo funcionando já que o modelo atual é insuficiente e ultrapassado. Este desejo pode ser observado quando os profissionais afirmam que “... *gente pensa em mudar o modelo, mas não tem investimento nas políticas públicas de saúde mental, o que precisa mudar com urgência. Precisamos fazer essa transição!*”. Trata-se de uma luta entre diferentes visões de saúde pública, diferentes entendimentos acerca da atenção à saúde mental, mas também do tenso jogo entre as diferentes representações sociais da loucura que permeiam as discussões sobre o modelo de atenção no país e, mais especificamente no DF.

A seguir, no *Eixo/Classe 4*, serão apresentadas algumas reflexões dos profissionais acerca da loucura, fenômeno que está no centro das discussões sobre o modelo de atenção.

1.2. Eixo/Classe 4: A loucura que se pensa e trata

Eu visualizo a pessoa que tem a loucura, entre aspas, como um ser humano comum, uma pessoa qualquer, que pode vir a ter um transtorno mental. Para muitas pessoas, a loucura é entendida como doença. Mas para mim a loucura é uma palavra... como dizer... é aquilo que você pode estar fazendo, no seu dia a dia. Essa palavra loucura... na verdade eu não concordo muito com essa palavra.

A doença mental eu acho que é uma coisa predestinada, algo que você já tem. É alguma coisa mais orgânica. Eu acho que o doente mental não tem nem consciência de que ele é diferente do outro então, de certa forma, ele está mais

protegido do sofrimento. Mas quando não tem esse comprometimento orgânico a pessoa tem uma capacidade de compreensão normal, com algum grau de consciência, então eu acho que ele sofre bastante.

Na verdade, não tem nenhuma doença mental igual a outra. Tem paciente esquizofrênico que age de uma forma e tem outro que é esquizofrênico que age de outra totalmente diferente. O sofrimento pode acontecer de muitas formas. É a pessoa às vezes estar calma, silenciosa. O silêncio muitas vezes identifica alguma coisa que a pessoa naquele momento está vivenciando. Outra forma é ficar agressivo. Mas quando o paciente psiquiátrico fica agressivo, eu penso que, na maioria das vezes, faz aquilo para chamar a atenção da família e das pessoas em volta para verem o sofrimento que ele está sentindo. Acho que a gente deve lutar para acabar com o preconceito de que o paciente psiquiátrico é só aquele agressivo.

Naquelas situações em que tem agressão, é comum a gente ver que a família não tem mais aquela coisa, aquele calor humano, porque sempre fica uma sensação de que a pessoa pode voltar a agredir. Mas eu também visualizo que se a família tivesse observado bem antes, tivesse ajudado aquela pessoa, talvez não estivesse vivenciando a agressão naquele momento.

O usuário que tem uma boa base familiar, que busca ajuda, que vai atrás e consegue lugar nas oficinas, nas terapias, nos CAPS, ele tem essa consciência de que precisa de tratamento. E pode até levar uma vida normal. Alguns até poderão ter autonomia. Apesar de que, pra falar a verdade, eu acho que tem aquele paciente crônico mesmo, que não tem como ele ser autônomo, responder por ele mesmo. Não tem como! Quando o paciente chega a ser interditado, é porque ele já perdeu a autonomia.

Por outro lado, a gente também precisa pensar que poucas famílias estão preparadas pra cuidar dessa pessoa doente mental. Então tem que ter o reforço de uma equipe que está ali preparada pra poder orientar aquela família. Quando você é um profissional orientador, você abre caminho, abre um horizonte para aquela família. Agora, é um trabalho muito desgastante. Muitas vezes você vê que a família não está querendo colaborar com aquele trabalho que você está querendo desenvolver.

De qualquer forma, mesmo com as dificuldades, eu acho que não tem nada melhor para o paciente do que ficar no seu local de origem, com sua

família. Acho que a família deve investir naquele paciente pra que ele possa estar, de alguma forma, inserido na sociedade, e não isolá-lo. Acho que se deve evitar a hospitalização, porque dentro do hospital o paciente psiquiátrico fica como se fosse um robzinho.

Eu acho que a Reforma é isso. É não se entregar, é encontrar algum tipo de satisfação pessoal, independente de estar delirando ou não, de conseguir trabalhar ou não. Isso aí não é nem o principal, mas é ir ajudando o paciente a ser feliz com o transtorno que ele tem.

A primeira observação sobre este discurso representacional é que ele revela uma dificuldade em definir claramente a loucura e a doença mental. Ao longo do discurso algumas dúvidas permanecem com relação à etiologia e às características destes fenômenos.

Parece-nos óbvio, entretanto, que a loucura é algo que extrapola o âmbito médico, o que nos permite inferir que se trata de um fenômeno mais amplo do que a doença mental. A loucura se apresenta como um algo inerente ao ser humano, a qual todos estamos sujeitos. É algo que pode fazer parte do dia a dia e não é restrito ao âmbito médico-científico.

Observamos, porém, que apesar de ser tratada como algo inerente à existência humana, ela guarda algo de estranho, de difícil entendimento. Uma palavra ambígua e até pejorativa. Em todas as entrevistas essa palavra causou certo incômodo, quando foi utilizada como termo indutor para as questões de evocação. Ao serem solicitados a dar de quatro a seis palavras a partir do termo loucura, os participantes recorreram a idéias abstratas, falaram de sujeitos genéricos e de situações que extrapolavam o âmbito científico. Em uma das entrevistas a loucura foi tratada também como algo forjado para conseguir benefícios secundários. Ou seja, trata-se de um fenômeno de caráter polissêmico, que, a nosso ver, só pode ser bem definido em relação a experiências, pessoas e situações bem específicas. Não há uma definição objetiva e clara *a priori*.

Já a doença mental apresenta um contorno mais bem definido. É algo que faz parte do discurso científico, para o qual já se tem um corpo de conhecimentos bem definidos. A doença mental é algo que pode e deve ser medicalizado, tratado. Entendemos que a doença mental é uma forma privilegiada de objetivação da loucura, considerando que a loucura nos últimos séculos vem sendo tratada sob o signo da doença por influência do discurso médico-psiquiátrico. Ou seja, é uma simplificação,

uma redução que permite enquadrá-la em um corpo de conhecimentos e prescrições, ainda que estes conhecimentos e prescrições sejam fragmentados e permeados por discordâncias entre as linhas de pensamento dentro da ciência. Mas, de qualquer forma, é um objeto com contornos mais claros, que o permitem ser manipulado, definido, dominado. Um objeto sobre o qual o discurso médico-psiquiátrico pôde ser construído, como afirma Foucault (1972) em sua *História da Loucura na Idade Clássica*, texto tantas vezes comentado na literatura sobre o assunto.

Apesar de terem sido feitas reflexões acerca da loucura e da doença mental, percebemos o predomínio do uso do termo doença mental, provavelmente em função da proximidade dos participantes com o tema. No Estudo 1 ficou claro que ao tratar de sujeitos genéricos, os participantes (técnicos de enfermagem) utilizavam o termo loucura. Porém, quando falavam de suas experiências com os moradores da enfermaria utilizavam o termo doente mental e, principalmente, paciente ou paciente psiquiátrico. No caso deste discurso representacional em específico, inferimos que a utilização do termo doença mental com maior frequência deva-se à necessidade de usar um termo mais definido, sem as ambigüidades presentes no termo loucura, visivelmente mais amplo e polissêmico, para designar os sujeitos com os quais os participantes convivem em sua prática cotidiana. Vale apontar que as reflexões feitas pelos participantes, no contexto original das entrevistas estavam sempre remetidas a pessoas conhecidas, com quem tinham algum grau de proximidade.

Outra explicação para o uso do termo doença mental é que estamos lidando com sujeitos investidos de papéis profissionais e imersos em ambiente assistencial onde predomina a visão científica, que impõe à loucura reduções no sentido de transformá-la em objeto de discurso. Redução que a transforma em doença mental, alvo de intervenções.

Neste sentido, vale destacar que no início do século XIX, o termo loucura era utilizado para se referir ao que atualmente consideramos como esquizofrenia (Campbell, 1986). Esta definição utilizada no âmbito da Psiquiatria demonstra a redução sofrida pelo termo loucura e corrobora a idéia de Foucault (1972) quando este autor afirma que, com o advento do Iluminismo, os velhos ritos da magia, da profanação, da blasfêmia, todas as palavras que estavam associadas à loucura e que possuíam uma eficácia, um reconhecimento social, deslizam para um domínio onde perdem o sentido e a eficácia. Trata-se do domínio da “insanidade”, que reduz toda a “gestualidade trágica” da loucura ao sentido patológico da obsessão.

No discurso representacional é bem clara a idéia da doença mental como predestinação, como algo que, por ser uma doença, tem um substrato orgânico, o que está em acordo com os achados de nossa revisão de literatura (Tsu, 1991; Pegoraro & Ogata, 2001; Rodrigues & Figueiredo, 2003; Spadini & Souza, 2006).

Entretanto, o fato de ser orgânica não responde a todas as perguntas. Uma questão que permanece em aberto é com relação ao sofrimento e à consciência com relação à doença. Se por um lado o doente mental é colocado como alguém que não tem consciência de sua diferença, o que tem como consequência o não sofrimento, logo na sequência se afirma que o doente mental pode sofrer e/ou expressar seu sofrimento de várias formas. Afinal, o doente mental sofre ou não sofre? É consciente ou não de sua condição?

A questão da consciência não é tratada de forma muito clara. Todavia pareceu-nos que o doente mental é aquele que tem comprometimentos cognitivos e não tem consciência de sua situação, enquanto o louco, ou seja, aquele que não tem déficit cognitivo tem sua consciência preservada, portanto sofre, por estar ciente de sua condição. Neste ponto, quando se trata do conceito de consciência, a loucura e a doença mental se confundem e a idéia de sofrimento parece criar uma ponte entre essas duas entidades, abrindo um *continuum* entre elas. Em suma, conclui-se pelo discurso representacional reconstituído que se trata de um fenômeno complexo, polimorfo e polissêmico, de difícil definição. E que justamente pela necessidade de simplificá-lo, talvez o termo doença mental seja o mais utilizado.

Apesar de se afirmar em um determinado momento que o doente mental pode não sofrer em virtude de um comprometimento orgânico, esta idéia parece ser logo sobreposta. O sofrimento aparece como um elemento importante na definição da doença mental, o que se diferencia um pouco dos nossos achados da literatura. Como comentado anteriormente, na maioria das pesquisas que constam de nossa revisão, o doente mental foi considerado como incapacitado, dependente, instável emocionalmente, sem controle, fora do padrão de normalidade (López Jiménez, Caraveo Anduaga, Martínez Vélez & Martínez Medina, 1995; Pegoraro & Ogata, 2001; Rodrigues & Figueiredo, 2003), além de despertar emoções conflitantes como medo, preconceito e compaixão (Cavalheri, Merigui & Jesus, 2007). Nenhuma das pesquisas se refere de forma importante ao sofrimento psíquico. Quando aparece o sofrimento, ele está ligado à vivência de preconceito e discriminação e não como algo inerente à doença mental.

No discurso representacional o sofrimento aparece de forma importante, podendo ser expresso de várias formas, apesar de que nossos participantes citaram apenas o silêncio e a agressividade. Parece-nos interessante a possibilidade de explicar a motivação da agressividade pela necessidade de compartilhar o sofrimento, e não mais somente pela inconsciência e descontrole, o que nos parece que algo novo se anuncia no que diz respeito às representações sociais da loucura. Neste mesmo sentido consideramos importante observar que a doença mental/loucura neste contexto do PVC pode ser compreendida para além da agressividade e da periculosidade, apesar deste programa estar imerso em um ambiente marcado por tradicionalismos.

Em alguns aspectos, entretanto, podemos inferir que a transição é mais um desejo - ou talvez uma postura que vem atender a uma desejabilidade social - do que uma realidade propriamente dita. Um dos pontos em que podemos observar esse “desejo de transição” é quando os profissionais se referem às possibilidades de construção da autonomia. Os profissionais referem-se à adesão ao tratamento como um importante fator que propicia a construção da autonomia. Mas, ao mesmo tempo fica bem clara a ressalva com relação à possibilidade de autonomia para os usuários considerados mais crônicos, ou seja, aqueles com longa história de adoecimento e institucionalização, que, na verdade, constitui grande parte da clientela atendida pelo PVC. É como se, apesar de em seu discurso trabalharem em prol da autonomia, no fundo não acreditassem que tal construção é possível, o que vem responder a pergunta deixada no ar no Eixo/Classe 2.

Como pode ser observado, não fica claro o que se entende por autonomia, que é um conceito também pouco trabalhado no âmbito deste serviço, ficando a cargo de cada profissional construir seu próprio entendimento. Entretanto, independente de seu significado, a autonomia parece não ser algo possível para todos, o que também corrobora os achados do Estudo 1, anteriormente apresentado. Neste sentido, a interdição aparece como um elemento justificador da não capacidade para a autonomia (...*Não tem como! Quando o paciente chega a ser interditado, é porque ele já perdeu a autonomia...*). Ou seja, trata-se de uma instância jurídica, que vem muitas atender a uma necessidade social (de aquisição de benefícios, por exemplo, como foi visto na primeira etapa deste estudo), mas que toma uma dimensão existencial, de interdição para a própria vida como um todo e de instituição do *status* de incapaz. Essa visão da incapacidade para a autonomia não é vista da mesma forma por todos os profissionais, havendo modulações neste sentido, em função da formação profissional e das ancoragens das diferenças individuais.

A transição de representações e práticas pode ser percebida também com relação ao papel que os profissionais atribuem à família. No modelo asilar, a família era culpabilizada pelo adoecimento e, portanto, o sujeito adoecido era afastado do convívio social e familiar. A família era afastada e o “cuidado” ao doente mental era inteiramente delegado ao hospital psiquiátrico. No modelo psicossocial, a família ganha outro *status*, sendo recolocada como importante partícipe na reabilitação psicossocial, devendo também ser acolhida e cuidada pelos novos serviços de saúde mental (Mello, 2005). Ou seja, de culpada passa a ser lócus privilegiado de reinserção social.

Essa reorientação na forma de considerar a família é bem presente, quando os profissionais afirmam que, mesmo diante das limitações, a família ainda é o melhor lugar para o cuidado do doente mental. Considera-se que na família o sujeito será melhor assistido do que no hospital, pois se tem claro que com a hospitalização o doente é transformado em uma espécie de “robzinho”. Percebe-se aqui uma diferença com relação ao Estudo 1, no qual a internação permanente é vista como a melhor alternativa. Diferença que pode ser facilmente explicada pelas características destoantes entre os dois contextos de investigação.

Essa fala de afirmação da família como lócus privilegiado para a reabilitação psicossocial, apesar de revelar alguns avanços, nos soa, por outro lado, como uma fala encobridora de algumas contradições. A primeira delas é com relação ao próprio despreparo das famílias para cuidar desse doente. Em determinado momento no discurso representacional fica clara a culpabilização da família pelo adoecimento, pois a família não foi capaz de enxergar o sofrimento do sujeito, que precisou ficar agressivo para ser notado. E, além de não ser capaz de enxergar o sofrimento, a partir do momento da agressão, distancia-se do doente, impondo-lhe uma condição de excluído dentro do próprio grupo familiar em virtude da possibilidade de voltar a agredir. Ou seja, a família é vista como incapaz de reconhecer e acolher o sofrimento, necessitando dos profissionais para orientá-la, o que revela uma segunda contradição.

No âmbito das experiências de Reforma Psiquiátrica, espera-se que a família participe do tratamento como importante ponto de apoio para a reabilitação psicossocial, pois se considera que é portadora de um saber acerca daquele sujeito e das relações que estabeleceu ao longo de sua vida. Entretanto o conhecimento que a família dispõe sobre o usuário não é referido pelos profissionais. Percebe-se uma visão ainda tutelar e culpabilizadora com relação à família, o que, concordamos com Pinho, Hernández &

Kantorski (2010, p.104), pode ser entendido como “resquícios de uma atenção normalizadora e concentrada no poder disciplinar”.

Quando estes autores se referem ao poder disciplinar, outro ponto se revela também como contradição: o papel dos profissionais em relação à família. Apesar do discurso representacional propor uma idéia de parceria com a família, deixa-se entrever uma assimetria nessa parceria. O sofrimento e a sobrecarga da família não são tratados de forma relevante, pelo menos nessa classe. Destaca-se a culpabilização da família pela não adesão ao tratamento e à necessidade do especialista para dar suporte a essa família, o que muitas vezes não conta com uma resposta satisfatória da mesma, o que seria a contrapartida exigida. A idéia do profissional como orientador para a família parece guardar alguns resquícios do tratamento moral empreendido por Pinel ao final do século XIX, no qual o médico tinha a função de reordenar e corrigir os desvios, ou seja, trata-se de um pedagogo e uma autoridade moral competente para forjar a reinserção social pela via da repressão e adequação social de condutas (Pessotti, 1996).

De certa forma, no que diz respeito às concepções dos profissionais sobre a relação família-loucura, esta classe traz dados interessantes, que corroboram os achados da literatura. Assim como ocorre em outros contextos de Reforma, o que se percebe é uma transição de momentos, em que a família é vista tanto de um ponto de vista mais tradicional – culpabilizada, incapacitada – quanto do ponto de vista reabilitador. Assim, apoiamo-nos em Pinho, Hernández e Kantorski (2010, p.108), quando afirmam que .

/.../ parece haver uma controvérsia no discurso dos trabalhadores com relação à inclusão da família, já que esta é lembrada como parceira do tratamento – o que a aproxima -, ao mesmo tempo em que há dificuldades de livrar-se de padrões discursivos, os quais impedem a superação dos modelos tradicionais de responsabilização e culpabilização do grupo familiar – que distanciam.

De uma forma geral, ao longo do discurso representacional pudemos perceber que as possibilidades de inserção social da loucura ainda são tratadas como restritas à família e ao tratamento, especialmente por parte dos técnicos de enfermagem. Em complementação a esta visão, ao final da reconstrução deste discurso, foi utilizado também um trecho de entrevista da psiquiatra (com elevado Khi^2 dentro da classe) que considera a condição de liberdade, de satisfação pessoal, de bem estar, de aceitação do próprio transtorno por parte do sujeito em processo de desinstitucionalização como sendo um dos parâmetros para pensar a Reforma.

Esse trecho traz outra dimensão da inserção da loucura, situada no nível intrapessoal, que também precisa ser melhor considerada, qual seja, a possibilidade de emergência do sujeito desejante e que convive bem, ele mesmo, com seu transtorno, ainda que não inserido formalmente no mercado de trabalho ou outra dimensão socialmente reconhecida.

1.3. Eixo: Práticas sociais no cotidiano de trabalho

Este eixo se caracteriza pelo relato da vivência cotidiana de trabalho, a partir de dois pontos de vista distintos. O primeiro deles, característico da Classe 1, nos traz reflexões sobre a viabilidade da construção do que chamamos de clínica ampliada. São relatos de experiências concretas no cotidiano de trabalho, que revelam um cuidado voltado para a construção da autonomia. A Classe 3 traz os relatos sobre o cotidiano de trabalho no PVC e no hospital psiquiátrico (HSVP) que o abriga, revelando os embates entre os diferentes profissionais e as relações de poder existentes neste contexto institucional.

Trata-se de um eixo que revela as experiências cotidianas dos profissionais em sua relação com os usuários e outros profissionais no contexto de trabalho. Estas experiências têm implicações importantes tanto para a dimensão intrapessoal, quanto interpessoal (ou intragrupal) e intergrupar, permitindo-nos fazer reflexões acerca destes níveis de análise.

Neste eixo também nos é possível observar as diferentes inserções profissionais e suas implicações na compreensão dos modelos de atenção e no cuidado em saúde mental. Trata-se também, neste sentido, de um importante aspecto que tem sido muito discutido no âmbito das experiências de Reforma Psiquiátrica: o desafio da construção da interdisciplinaridade. Além disso, as diversas inserções e compreensões revelam, ainda que de forma tangencial, diferentes conhecimentos e posicionamentos construídos com relação à loucura.

A seguir, as classes 1 e 3.

Classe 1: O empreendedorismo individual na construção da clínica ampliada.

Eu vejo que a gente ainda tem enraizado o mito da loucura. Por que que a Giana consegue tudo? Ela vai lá no Posto de saúde e sabe exatamente o que fazer: ela chega, toma a postura da louca e ninguém contraria. Então se dá remédio pra louca, porque remédio é que cura a loucura. E a gente acaba

trazendo isso pra nossa clínica. Mas na verdade ela está precisando de outras coisas. A gente tem mostrado isso pra Giana e ela tem visto.

Tenho feito parceria com o CAPS para que eles recebam a Giana e o João. Toda quinta feira pego o ônibus e vou junto com o João e o irmão dele, o José, para o CAPS. Entro lá, digo pra equipe: cheguei, aqui está o João. Dou o almoço aqui no hospital para o José como uma recompensa para que ele também colabore. Venho conversando com a Nália, a irmã mais velha do João, para que ela também entenda a importância dele ter autonomia e que isso vai ser melhor pra todos. O que é que eu quero com isso: construir uma situação de autonomia, pra que eles decidam as coisas e sejam responsáveis pelo que fazem. Mas tudo é um processo. Ontem, por exemplo, me ligaram do CAPS dizendo que a Giana estava fazendo um escândalo por uma bobagem. Pedi para falar com ela e fui conversando: “Giana, não estou te entendendo! Você quer ser tratada como a louca, é esse o papel que você quer ser? Cadê a sua responsabilidade no que a gente combinou? Você lembra que você também tem uma parcela?”. Ela entendeu e resolveu a coisa de outro jeito. Estou tentando mostrar para a Giana que é ela, no final das contas, que vai ter que gerar a autonomia dela e que juntas vamos construir isso, porque é possível. Temos que romper com os mitos e incluir também nesse processo a família e o próprio usuário.

No meu dia a dia eu gosto de discutir a melhoria da autonomia das pessoas, associando as coisas. Então eu chego pro médico, por exemplo, e proponho que a gente troque os remédios por um de alto custo, pois quem sabe, isso facilitaria uma melhora do quadro. Em outros casos questiono se realmente aquele paciente precisa de remédio e, além disso, do que mais ele precisa.

Mas infelizmente eu vejo que, de uma forma geral, aqui na equipe a gente não tem uma linha de tratamento, não tem ninguém pensando. Todo mundo faz tudo, mas a gente não encontra um ao outro pra dizer as coisas, discutir os casos, não existe uma comunicação. A gente precisava de alguém que pudesse gerenciar isso, com reunião de equipe, com propostas, afinal, eu penso que a responsabilidade é de todos e cada um tem uma parte pra fazer.

Esta classe tem como variáveis típicas a profissão de terapeuta ocupacional (pr_3), a formação em saúde mental (sm_1) e o tempo de trabalho na área (tt_4). Assim, o discurso representacional reconstruído acima tem como sujeito típico a terapeuta

ocupacional do PVC, ainda que tal discurso seja permeado por elementos compartilhados por outros membros da equipe profissional.

Os principais temas desta classe se relacionam a dois dos inúmeros desafios da clínica psicossocial: a) superar a visão de loucura originária paradigma biomédico para construir uma nova forma de cuidar, voltada para a construção da autonomia e cidadania; b) compartilhar responsabilidades com a família e outros profissionais. Desafios que são tratados, principalmente, do ponto de vista intrapessoal, interpessoal e intergrupal.

A cidadania da loucura e a construção conjunta da autonomia

O primeiro ponto que chama a atenção neste discurso é a permanência, ainda que indesejada, do modelo médico-científico na concepção da loucura e as implicações de tal presença na construção da clínica cotidiana. A profissional denuncia a circulação social da loucura ainda marcada pela pelo estigma e pelo medo, pela postura de que “não se pode contrariar o louco”. Uma representação social de loucura associada à imprevisibilidade e periculosidade que tem algumas conseqüências, como, por exemplo, o fato de se retroalimentar. De um lado, temos o sujeito da representação, que a demonstra por meio do medo e da desqualificação da fala e da escuta. Do outro lado o louco, que se vê reforçado na necessidade de usar o descontrole, a agressão e a ameaça como moeda de troca para ser ouvido e adquirir benefícios, que de outra forma talvez não fossem conquistados. Um ciclo vicioso, por onde se constroem as relações e a alteridade. Um ciclo no qual uma representação gera práticas que, acabam por confirmar tais representações. Uma espécie de profecia auto-realizadora. A terapeuta ocupacional alerta para a presença enraizada desses elementos de representação que constituem o que denomina de “mitos” relativos à loucura. Mitos que se revelam de forma sutil nas práticas sociais cotidianas e que se retroalimentam.

Ao falar sobre a clínica psicossocial, a profissional adverte que um de seus principais desafios é justamente reconhecer e romper com essas antigas representações sociais. Representações associadas à incapacidade para a vida social, em virtude de uma periculosidade que não pode ser questionada nem trabalhada. De acordo com sua fala, romper com tais representações implica necessariamente em romper com as práticas tutelares, que não creditam ao sujeito responsabilidade em seu processo de construção da autonomia. Significa romper com as práticas de assujeitamento e, juntamente com o sujeito considerado louco, se lançar em uma espécie de “aventura”, de experimentação

de caminhos na construção da autonomia e da cidadania, para os quais não há receitas, regras gerais, nem mesmo trilhas pré estabelecidas. Destacamos aqui a compreensão de Boff (2002) acerca do cuidado, que se caracteriza justamente pelo reposicionamento dos sujeitos em um encontro construtivo.

Yasui (2010) tece longos comentários sobre a mudança de posições dos sujeitos quando comparamos o modelo tradicional, médico-racionalista, e o modelo psicossocial de atenção à saúde mental. No modelo tradicional a relação é marcada pelo distanciamento, pelo diálogo impossível, pelo silêncio. De um lado o louco reduzido à sua doença. De outro o profissional com atitude meramente técnica, procedimental, surdo e cego à existência e à subjetividade do louco. Já no modelo psicossocial, o profissional deixa de ser um mero técnico distante, reproduzidor de procedimentos e assume também seu lugar de sujeito cuidador na relação terapêutica. Relação, humana antes de tudo, que traz em si a marca do cuidado, do encontro de subjetividades. Neste sentido, para o autor,

Cuidar, em saúde, significa pensar em uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro. Para olhar e ouvir o outro, é preciso reconhecê-lo como alguém presente mais do que um mero objeto de intervenção. Preciso reconhecê-lo como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença /.../. Cuidar é montar, tecer projetos de vida. É uma relação. (Yasui, 2010, p.120).

Ao relatar o trabalho realizado com Giana, a terapeuta ocupacional revela seu empenho em construir junto com esta usuária outro lugar social para ela, distante do já conhecido lugar da louca, da desequilibrada, da que está à margem de tudo. Construção esta que passa pela revisão de atitudes e, em última instância, de capacidades, direitos e deveres. Evidencia-se a tentativa de reconstruir, junto com Giana, seu lugar de sujeito, responsável por seus atos, decisões. Responsável por sua própria vida.

O reposicionamento dos sujeitos requer, sobretudo, a mudança de objeto da atenção: da *doença* à *existência-sofrimento*, como nos mostra a clássica e paradigmática experiência italiana (Rotelli, Leonardi & Mauri, 2001). Experiência de transformação do cuidado tantas vezes retomada em toda a literatura sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, para não nos esquecermos da necessidade e da viabilidade da mudança de nosso objeto de atenção. Não se trata mais somente de descrever e aplacar os sintomas. Trata-se de pensar toda a complexidade na qual a existência dos sujeitos está imersa, deixando, como nos mostra Basaglia (1979), “a doença entre parênteses” para podermos

encontrar o sujeito que sofre. Ou como simplesmente nos relata a terapeuta ocupacional ao tratar de Giana: questionar, além do remédio, *do que mais ela precisa*.

O compartilhamento da responsabilidade pelo cuidado

Ao nos perguntarmos do *que* mais precisam as pessoas, outra pergunta também se coloca: de *quem* mais precisam essas pessoas? No discurso representacional fica evidente a necessidade de compartilhar a responsabilidade pela inserção social com outros atores que vivenciam, ainda que de formas e lugares diferentes, esse mesmo processo. No trabalho construído com Giana e João, percebem-se parcerias com diferentes membros da família e com outros profissionais de outras instituições.

Em diversos momentos da entrevista com essa profissional, mas também com os outros entrevistados, percebemos uma forte referência à família como ponto de apoio fundamental no processo de desinstitucionalização e superação do estigma, o que corrobora os achados da literatura (Gonçalves & Sena, 2001; Schrank & Kantorski, 2003; Hirdes & Kantorski, 2005; Schrank & Olschowski, 2008; Ribeiro, Martins & Oliveira, 2009; Dimenstein, Sales, Galvão & Severo, 2010).

No discurso representacional observamos estratégias concretas de coresponsabilização da família. Observamos também uma referência ao “esforço de convencimento” de familiares resistentes à mudança, para que “comprem a idéia da desinstitucionalização” e apoiem as ações cotidianas de construção da autonomia. Trata-se de um árduo, porém necessário, trabalho de superação de uma visão muitas vezes já cristalizada no meio familiar: a do usuário como incapaz, como aquele que traz prejuízos, sofrimento e requer muita dedicação, nem sempre disponível. Trabalho de convencimento para que a família se torne mais uma aliada no processo de desinstitucionalização, cumprindo o papel de reabilitadora que a ela foi atribuído neste momento de transição de modelos de atenção. Trabalho que requer dos profissionais uma escuta para a família, como parte de suas atribuições na construção das parcerias.

Observamos ainda as parcerias feitas com outros serviços, neste caso o CAPS, para que estes também sejam aliados na construção da autonomia e inserção social. Um trabalho de referência que esbarra em diversas limitações, como por exemplo, o despreparo da equipe profissional e a falta de condições objetivas de trabalho, dentre outras, que dificultam o cuidado aos usuários já bastante comprometidos socialmente, como é o caso de Giana e João.

Neste sentido, entendemos a resposta à pergunta “de *quem* mais essas pessoas precisam?”, de uma forma bem ampla. Todos os possíveis implicados com o sujeito em desinstitucionalização podem contribuir para a construção da autonomia e da inserção social. Esta afirmação nos remete às reflexões de Kinoshita (2001) para quem o poder de contratualidade tem um papel fundamental na construção da autonomia. A contratualidade refere-se justamente à habilidade dos sujeitos em estabelecer trocas, tanto em nível material quanto afetivo. Este autor traz uma visão inovadora da autonomia ao afirmar que para sermos autônomos, precisamos estar ligados ao maior número de pessoas possíveis, interagindo de forma intensa com diversos outros atores sociais. A inovação está justamente em se contrapor à tradicional idéia de autonomia associada com individualidade e dependência de um menor número de pessoas. Entendemos a coerência da idéia de Kinoshita com relação à autonomia, quando nos remetemos à idéia de contratualidade, intimamente relacionada às trocas sociais. Em suma, quanto mais trocas sociais, com o maior número possível de atores e oportunidades de encontros, mais propícia a construção da autonomia, voltada para a inserção social (Kinoshita, 2001). Daí a importância de se trabalhar o território.

Percebe-se que a postura de trabalho adotada pela profissional, sujeito típico dessa classe, está engajada em um processo de ampliação da própria Terapia Ocupacional, que vem acompanhando as transformações no campo da atenção à saúde mental. Segundo Ribeiro e Oliveira (2005), a experiência italiana de desinstitucionalização trouxe inovações para a terapia ocupacional no campo da Reforma Psiquiátrica, na medida em que recoloca como objeto da ação terapêutica a pessoa e suas necessidades, e não mais a doença e os sintomas.

No Brasil, a terapia ocupacional foi criada em 1959 e tinha sua prática voltada à ocupação dos internos dos hospitais psiquiátricos num processo de manutenção e organização dos hospitais e reabilitação para atividades, sem, entretanto, uma reflexão mais ampla. Com o advento dos serviços substitutivos, a atuação da terapia ocupacional vem passando por diversas reflexões e ampliações, ganhando novo sentido, passando a ação terapêutica a investir na

...complexidade da vida cotidiana da pessoa: englobando os aspectos práticos, concretos, simbólicos, relacionais e materiais, de forma a produzir movimentos capazes de oferecer suportes, proteção e resolução de problemas que contribuam para a superação da situação existencial (*de exclusão social*) (Ribeiro & Oliveira, 2005, p.427)

Aprofundando essa perspectiva, Quarentei (2007) apresenta a atual e complexa discussão em torno do conceito de atividade, caro à Terapia Ocupacional. Para apresentar como utiliza este conceito, a autora toma de empréstimo a idéia de *território existencial* do filósofo Félix Guatarri, afirmando que todas

...as atividades humanas são acontecimentos de vida, com dupla vinculação. Estão ligadas às necessidades... isto é, ao que é necessário à continuidade seja do ponto de vista da sobrevivência, do crescimento, da sociedade, da cultura, etc... e ligadas a algo que guarda um mistério: a criação de mais vida a tudo o que é vivo (Quarentei, 2005, p.9).

Ou seja, o foco da Terapia Ocupacional passa a ser construir sujeitos, territórios de existência e produzir sentidos de vida. Percebe-se assim, outro importante deslocamento empreendido na Terapia Ocupacional, desta vez com relação à finalidade da ação do terapeuta: desloca-se da importância do produto concreto para o processo de experimentação, de construção de uma nova ação no mundo. Busca-se, em última instância a construção de lugares no mundo, a inserção social possível a cada sujeito, que se reconstrói e reinventa nesse processo.

Almeida e Trevisan (2011) apontam para a importância da Terapia Ocupacional no atual cenário de construção do modelo de Reabilitação Psicossocial, considerando que ela tem contribuído na produção de estudos, reflexões e elaboração de ações e estratégias mais adequadas às novas instituições pautadas no modelo psicossocial. Além disso, traz à tona a discussão acerca da construção de um novo perfil profissional, mais voltado à interdisciplinaridade, essencial à consolidação do novo modelo.

Não podemos deixar jamais de citar o revolucionário trabalho de Nise da Silveira, apresentado por nós anteriormente em Pacheco (2009). A despeito de sua fundamental importância para o campo da Terapia Ocupacional, é um trabalho poucas vezes lembrado na literatura que une esta disciplina ao campo psicossocial. Uma das explicações possíveis para seu (relativo) esquecimento é o fato de Nise da Silveira ter atuado em momento histórico anterior ao início formal da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este fato, entretanto, não tira o mérito de sua experiência, que abriu novos caminhos para a compreensão do fenômeno da psicose, e do humano de uma forma geral, por meio da arte, o que deixou um importante legado à Terapia Ocupacional.

A referência à transformação da Terapia Ocupacional é justificada pela intenção de apresentarmos outro ponto relevante para a compreensão do discurso representacional acima reconstruído. Dentre as variáveis típicas está o tempo de

trabalho em saúde mental, de mais de quinze anos de experiência. Ao longo deste tempo, nossa entrevistada, sujeito típico desta classe, também experimentou as transformações do modelo de atenção. Apesar de ter construído sua história de trabalho no setor de internação do HSVP, teve a oportunidade de trabalhar sempre em colaboração com outras instituições na tentativa de formação de redes sociais de apoio e, também se dispôs a investir em sua formação profissional.

No discurso representacional podemos perceber que o empenho na consolidação de novos olhares e novas práticas acontece de forma solitária para todos os profissionais, sem o devido apoio institucional. Como relatado, não há um planejamento das ações, discussão de casos e construção conjunta dos caminhos a serem trilhados, o que fragiliza as ações e o papel profissional. Não há uma reunião de equipe que possa acolher os projetos terapêuticos e os desafios lançados pela clínica psicossocial. Fica destacado o papel do empreendedorismo individual, importante na transformação das práticas cotidianas, porém limitado no que tange ao seu alcance e continuidade.

Classe 3: Relações de poder no cotidiano

Nesta classe ficam mais evidentes as implicações das diferentes inserções profissionais no campo da saúde mental. As diferentes formações, bem como os diferentes lugares ocupados na hierarquia institucional, engendram diversas compreensões acerca do cuidado e da responsabilidade com relação aos usuários. Neste sentido, elaboramos dois discursos representacionais que revelam os diferentes pontos de vista e as relações de poder que perpassam o cotidiano de dois grupos profissionais que são personagens históricos no âmbito da Psiquiatria: os técnicos de enfermagem e os médicos psiquiatras.

A escolha por elaborar dois discursos representacionais foi guiada pela análise fornecida pelo ALCESTE, que apontou como variáveis típicas desta classe os sujeitos 8 e 2 e as profissões 1 e 5, respectivamente, um dos técnicos de enfermagem e a psiquiatra do PVC. Trata-se de discursos obtidos prioritariamente dos sujeitos típicos citados, mas que, acreditamos, podem ser reveladores de algumas práticas e representações partilhadas por outros atores pertencentes ao campo da saúde mental.

O discurso representacional relativo aos técnicos de enfermagem é apresentado a seguir.

Quando eu cheguei aqui no hospital numa época mais antiga tinha de tudo: transtorno mental, toxicômano, alcoolismo. Hoje, tá certo que tá cheio,

tem pouco funcionário, mas é muito mais fácil do que quando eu entrei há 20 anos atrás. Antes de vir pro PVC, uns quatro anos atrás, eu trabalhava sozinho lá embaixo na emergência e internação, levava numa boa, sem pepino nenhum, porque quase não tem mais toxicômano e nem alcoólatra.

Além disso, o pessoal tinha muito respeito por mim, nunca sofreu agressão, nunca! Exatamente por isso: porque eu respeitava. Tinha uns que falavam “esse enfermeiro aí é brabo, ele amarra, ele é brabo!”. Mas nada! É só o meu tom de voz que é grosso. Teve um dia que um homem ameaçou me bater. Então o que eu fiz foi pegar ele, levar pro quarto e dizer o seguinte: “você não falou que vai me bater? Vou ficar com você aqui sozinho, só nos dois! Você vai ver o que eu vou fazer com você!”. Aí ele ficava. “Agora você vai deitar naquela cama ali, que eu vou pegar a atadura e vou lhe conter”. Eu sozinho, e ele me obedeceu.

Na época que eu trabalhava lá embaixo vi e aprendi muita coisa. Já aconteceu muitas vezes de chegar com a médica e falar: doutora, está na hora de medicar esse paciente e vou conter. A médica discordava e falava: “não, você só quer saber de medicar e amarrar”. Daí a pouco o cara vai ali e suicida. O que eu falo é que a gente quer fazer as coisas pela própria segurança do paciente, mas às vezes a médica é inexperiente e acha que você só quer pegar e fazer a contenção. A contenção aqui era pra evitar do paciente machucar alguém. Tem uns médicos que não entendem.

Hoje em dia tem medicação aqui que se o médico quiser pode deixar o paciente sedado. Mas tem us médicos que não quer fazer. O porquê também eu não sei. Se sedasse seria bem melhor, porque você teria que fazer a contenção só pro paciente não cair da cama.

Mas uma coisa eu venho observando nesses anos: por mais que aquela pessoa esteja inquieta, não esteja lúcida, ela não perde aquele olhar, ela te conhece! Tem historia minha aqui de paciente que até hoje agradece, por eu ter dado comida na boca, água na boca quando ele estava contido.

Hoje é uma pena que a gente não tem mais aquelas clínicas de internação. Muitas eram depósitos mesmo, só queriam saber de faturar. Mas tinham umas que os pacientes iam ruins e voltavam bons. Era bom porque esvaziava um pouco o hospital. Agora estão lutando pelos CAPS. Eu não tenho conhecimento desses CAPS, mas tomara que funcione, porque se der certo vai

dar uma aliviada aqui.

Outra coisa que mudou é que hoje para o paciente marcar um exame, uma consulta, tem que ficar esperando a tal de regulamentação, não tem jeito de marcar por debaixo dos panos que nem antes. Eu tenho muito conhecimento dentro da Secretaria de Saúde, então era fácil conseguir as coisas pros pacientes do PVC. Consegui muita coisa que se fosse pelas vias normais não tinha conseguido, mas hoje não tem mais jeito.

Esse discurso representacional, como afirmado anteriormente, foi baseado na fala de um dos sujeitos típicos desta classe. Trata-se de um auxiliar de enfermagem, sem formação técnica por opção. Segundo este entrevistado, o investimento em um curso técnico não traria benefícios em termos salariais. Trabalha há mais de 20 anos no HSVP, já tendo incorporado a lógica institucional, como pode ser percebido no discurso acima.

Cabe fazermos uma ressalva no que tange à especificidade desta fala. Em nossas observações ao longo da primeira fase da pesquisa de campo, tivemos a oportunidade de conviver com diversos técnicos de enfermagem, cujas opiniões e atitudes se diferenciam claramente do acima exposto, demonstrando que mesmo que partilhem de uma mesma inserção social em um determinado contexto, os sujeitos são autônomos e se diferenciam. Como nos alerta Doise (2003) ao criar o Paradigma das Três Fases como mecanismo de estudo das representações sociais, não devemos negligenciar as diferenças que os sujeitos apresentam e que se ancoram em crenças e valores mais amplos, para além do âmbito específico desta pesquisa. Muitos dos técnicos de enfermagem do PVC apresentam uma abertura para novos aprendizados e tentativas de estabelecer um contato mais próximo com os usuários do programa.

De uma forma geral, a enfermagem psiquiátrica é uma área que vem se transformando de maneira visível nas últimas décadas, empreendendo esforços no sentido de acompanhar o desenvolvimento do paradigma psicossocial. Segundo Oliveira (2006, p.615) a Enfermagem em Saúde Mental vem se caracterizando pela “transição de uma prática hospitalar disciplinar sobre o comportamento dos ‘doentes mentais’, para uma prática baseada em novos princípios”. Essa autora nos fala da transformação do objeto da Enfermagem Psiquiátrica, da doença para o sujeito inserido no contexto social, o que é fundamental, como comentado anteriormente, para a consolidação do novo modelo de atenção. Diversos autores vêm se dedicando a estudar os processos de

trabalho da Enfermagem Psiquiátrica e sua inserção no processo de Reforma Psiquiátrica (Bressan & Scatena, 2002; Castro & Silva, 2002; Oliveira & Alessi, 2003; Souza, 2003; Silva & Fonseca, 2005; dentre outros); o processo de ensino e formação no campo da Enfermagem Psiquiátrica também vem sendo trabalhado de forma intensa no campo (Braga & Silva, 2000; Villa & Cadete, 2000; Guimarães & Medeiros, 2001; Souza, 2010; apenas para citar alguns estudos que se dedicam a este tema). Entretanto, vale destacar que, nesses artigos citados, há um consenso de que a Enfermagem Psiquiátrica ainda está em fase de transição e que, apesar dos esforços reflexivos, a mudança de objeto do cuidado não foi bem absorvida pelos profissionais na prática cotidiana, ainda que incorporadas às suas reflexões.

Neste sentido, o discurso representacional acima reconstruído nos parece bastante útil, pois, se por um lado não retrata fielmente as atitudes e a prática de todos os profissionais técnicos de enfermagem, por outro nos mostra o quanto a lógica manicomial ainda está presente no campo da saúde mental, enraizada nos discursos e nas relações de poder que se engendram no âmbito da instituição psiquiátrica. Revela ainda os desafios que se colocam para a implementação do novo modelo, que convive com as certezas, ainda que questionáveis, do modelo médico-científico. Trata-se de um discurso que coloca em evidência as resistências do manicômio que, certamente, não são exclusivas deste profissional específico.

Outro ponto marcante nessa classe são as relações de poder que se exercem no cotidiano institucional. A psiquiatria e a enfermagem psiquiátrica nasceram junto com o hospício, e os trabalhadores de enfermagem, ao longo do desenvolvimento da instituição psiquiátrica, tornaram-se atores coadjuvantes nesse processo, meros executores da ordem disciplinar emanada dos médicos, tal como demonstram Oliveira e Alessi (2003). No Brasil, assim como em outros países, a prática da enfermagem psiquiátrica durante muitos anos não contou com uma formação específica, sendo seu papel restrito à medicalização e à vigilância, em subordinação ao saber médico, este sim, único detentor do poder e da responsabilidade por pensar o processo de cuidado.

Neste sentido, parece ter havido uma conformação, historicamente orientada, com relação às práticas cotidianas da Enfermagem psiquiátrica, que sugerem uma reprodução das relações de poder vivenciadas. Subordinada ao poder e ao saber médicos, a enfermagem psiquiátrica, durante muito tempo, impôs a mesma relação de subordinação aos pacientes psiquiátricos. Zerbetto e Pereira (2005, p.113) afirmam que

Em relação à saúde mental, historicamente, a assistência de enfermagem é marcada por práticas de violência, tanto explícitas como veladas, agressões físicas, poder do profissional sobre o usuário, repressão moral, inclusão social anômala e com o predomínio referencial de um modelo biológico e psicologizante, priorizando-se como único local de tratamento, o manicômio.

Não se trata de achar culpados ou julgar as práticas de violência, física ou simbólica, empreendidas por este ou aquele ator social dentro do manicômio. Nosso intuito, isto sim, é desvelar as relações de poder que são características de um hospital psiquiátrico tradicional, já detalhadamente demonstradas por Goffman (1961/2003), em seu clássico *Manicômios, Prisões e Conventos*. Relações de subordinação marcadas por práticas violentas que, por terem sido construídas historicamente, baseadas no discurso da cientificidade, legitimaram-se ao longo do tempo e foram naturalizadas no cotidiano institucional.

Nosso sujeito típico dá um exemplo claro desta naturalização das relações de poder, ao relatar a situação de contenção de um paciente. Percebe-se em seu relato, que a reação do paciente internado é entendida como sendo uma atitude de respeito, ainda que seja fruto de uma ameaça velada, do medo e assujeitamento ao outro. Fica evidente a não reflexão sobre os diferentes lugares ocupados pelos atores sociais na rígida estrutura manicomial e a assimetria de poder entre esses grupos. O não questionamento que perpetua as relações de subordinação, de assujeitamento, sob a percepção de um aparente respeito.

Não podemos nos esquecer que este profissional trabalha no HSVP há mais de 20 anos, não tem formação específica em saúde mental e convive com o modelo hospitalocêntrico desde sempre em sua trajetória profissional. Castro e Silva (2002) comentam que os profissionais enfermeiros ao longo da história foram se formando e desenvolvendo sua prática e modos de assistência, conforme as concepções e modelos vigentes em cada época, o que pode explicar o não questionamento das próprias práticas, aprendidas e naturalizadas no contexto de um hospital psiquiátrico tradicional.

Desta forma, a concepção de cuidado que se delineia neste contexto se distancia bastante da que é preconizada pela Reforma Psiquiátrica. Percebe-se uma concepção impregnada pela idéia de vigilância e proteção. A contenção mecânica é priorizada enquanto recurso de proteção da segurança do paciente. Não há uma reflexão sobre a diferença entre proteção e cuidado. Não há referência a outras formas de cuidado, de escuta ou mesmo alguma demonstração de sensibilidade com relação à situação dos

pacientes internados. Percebe-se claramente a manutenção de uma visão estritamente biológica da doença mental, a falta de implicação no cuidado e fragmentação na assistência. Neste caso, a única responsabilidade do técnico parece ser conter e vigiar para que o paciente não se machuque, nem machuque a ninguém. No caso do paciente contido, a alimentação e a água fornecidas configuram-se quase como um favor, instaurando uma relação de subserviência e gratidão, como se não fizesse parte do trabalho de cuidado.

Aliada ao desconhecimento de outras estratégias de cuidado fica evidente uma resistência em aprender o novo, o que pode ser justificada, dentre outras coisas, pela necessidade de resguardar a própria identidade profissional. Dentro da instituição manicomial há uma função clara, ainda que limitadora e subordinada ao saber/poder médico. Já no âmbito das experiências de Reforma Psiquiátrica, a Enfermagem vive um momento de transição, marcada por uma indefinição de papéis, como nos alertam Oliveira e Alessi (2003).

Neste sentido, nos parece interessante observar que as UCEs selecionadas pelo ALCESTE com maior Khi^2 nesta classe, referem-se justamente ao trabalho realizado na emergência e internação do HSVP, e não ao trabalho realizado no PVC, foco de nossa pesquisa. Podemos inferir que o trabalho no HSVP é algo já consolidado, para o qual já se tem uma vivência e um saber prático e sobre o qual alguns membros do PVC se apóiam em seu processo de ancoragem, ainda que busquem uma forma diferente de atenção. É o contexto no qual o PVC está inserido, o que, certamente, imprime marcas importantes em seu funcionamento.

Ao falar de sua relação com os novos médicos, menos experientes, fica evidente a exaltação do conhecimento prático, construído ao longo da longa trajetória profissional. Um conhecimento útil, sem dúvida, porém tradicional, marcado pela lógica manicomial, com a preponderância da representação social da loucura como imprevisível e perigosa para si e para os outros. Esta representação acaba se confirmando em virtude do próprio funcionamento institucional, que não prioriza práticas de cuidado voltadas para a escuta e para o respeito ao sofrimento, alimentando a reatividade, a agressão, a violência e a alienação.

Percebe-se uma crítica às posturas mais compreensivas, considerando-as, de forma pejorativa, como fruto da inexperiência e da ingenuidade. A mesma crítica se estende à utilização parcimoniosa da medicação. Se existem instrumentos químicos capazes de sedar, de conter de forma “menos violenta”, por que não utilizá-los? Mais

uma vez evidencia-se o desconhecimento de outras formas de cuidado e da própria dimensão ética na utilização de técnicas invasivas.

Com relação à dimensão ética, também pode ser observado um desconhecimento desta dimensão no que diz respeito à Reforma Psiquiátrica. O próprio sujeito assume seu desconhecimento acerca dos novos serviços em saúde mental, referindo-se, com certo saudosismo, a um momento histórico anterior quando havia clínicas de internação privadas e conveniadas que recebiam os internos do HSVP. Este “repasso” de pacientes não sobrecarregava o hospital, o que facilitava o trabalho da equipe.

Sua reflexão sobre os novos serviços segue esta mesma linha de raciocínio: os CAPS são vistos como serviços que podem facilitar o trabalho no hospital psiquiátrico. Ou seja, não há uma reflexão mais ampla sobre os pressupostos da Reforma, tal como pudemos verificar no Estudo 1 com relação às Residências Terapêuticas. O próprio Basaglia (1979) já anunciava o perigo de se restringir a Reforma Psiquiátrica à reforma das instituições, o que é somente uma de suas faces. Neste caso, percebemos um completo desconhecimento do que é a Reforma Psiquiátrica, até porque este movimento não encontra nenhuma ressonância na prática de quem está imerso (e por que não, também institucionalizado?) no cotidiano da emergência e internação psiquiátricas, o que fica evidente na fala de nosso sujeito típico. Novamente temos aqui uma ancoragem do novo no tradicional, posto que é a ancoragem que lhe é possível efetuar.

A não consideração da dimensão ética também fica evidente quando o técnico fala de suas atribuições no PVC. Ele critica a forma atual de agendamento das consultas médicas, que dificulta o uso de seu conhecimento prático e do poder que tal conhecimento o confere. Não estamos julgando como uma atitude anti ética por si, mas o relato revela a não reflexão da importância das pequenas ações cotidianas para a construção do todo, neste caso o sistema de saúde. O discurso representacional aponta para as falhas do sistema de saúde, que leva os profissionais que estão na ponta a burlar as regras e usar de privilégios em função de sua inserção no sistema. Assim, pela necessidade cotidiana de atender os usuários da melhor forma, resguardando assim a identidade profissional, naturalizam-se as “pequenas corrupções cotidianas”. Pequenas corrupções perfeitamente justificáveis pela desestruturação do sistema de saúde e pela proximidade com o sofrimento do outro que, infelizmente, em muitos casos depende desses pequenos atos para conseguir ser cuidado. Uma contradição inerente ao sistema, no qual pequenas corrupções se naturalizam e criam um “caminho alternativo” ao questionamento político e ético sobre as falhas do sistema. Um caminho mais fácil do

que a utilização dos mecanismos formais de controle social e luta pela melhoria do sistema.

Neste sentido, a partir deste discurso representacional, testemunhamos a supremacia das representações sociais da loucura ligadas à periculosidade, incapacidade e alienação, que orientam e justificam as práticas tradicionais, de contenção, silenciamento e assujeitamento. Essa supremacia das representações na orientação e justificação das práticas ocorre em virtude da visível manutenção do modelo manicomial na emergência do HSVP, espaço institucional ao qual os sujeitos típicos desta classe se referem. Um espaço que não foi transformado, no qual novas práticas de cuidado não têm espaço.

A reconstrução do discurso representacional do ponto de vista da médica psiquiatra é apresentada a seguir.

Vou te falar, o trabalho aqui na emergência do HSVP é muito desumano e sem sentido. Estou com medo de ficar com tendinite, do tanto que eu escrevo o dia inteiro. É o dia todo escrevendo receita, escrevendo registro. O atendimento acaba sendo péssimo, deixa muito a desejar, porque não tem jeito de conversar. Eu falto dizer para o paciente: “eu só preciso saber porquê você veio, porque eu tenho mais sete pacientes para atender, estão me chamando na enfermaria, eu preciso que você diga rápido”. Tenho, em média, cinco minutos para ouvir, diagnosticar, medicar e registrar no prontuário. É absurdo! Muito angustiante! Doze horas em um hospital psiquiátrico, na emergência, eu acho muito pesado.

Já no PVC, é um pouco melhor por causa das visitas, mas eu sinto que pelo tanto de gente e pelo funcionamento do programa, o papel do médico acaba se resumindo a dar uma receita, que, diferente da emergência, já está pronta quando a gente chega. Na verdade acho que eles lá no PVC não gostam do meu jeito de trabalhar, porque eu pego a receita e olho tim tim por tim tim. Porque tenho uma responsabilidade com o que you carimbar.

Na emergência essa coisa da responsabilidade é impossível. Esses dias aconteceu uma coisa que até hoje eu não entendi. Chegou um homem muito agitado que ficou esperando só um papel para poder ser internado. Na mesa tinha acabado esse papel e eu pedi a um técnico para pegar, porque eu não sabia aonde ficava. Eu não tenho a chave do armário e não é da minha responsabilidade pegar esses papéis. Ele disse que ia pegar e foi almoçar. Me

deixou lá esperando um tempão, junto com a família do paciente, aí eu vim atrás e falei com ele: cadê o papel, você foi pegar? Ele disse: Não, estou almoçando, não posso fazer nada agora! Nesse dia eu fiquei muito zangada, porque se alguém tivesse me pedido para fazer alguma coisa e eu fosse almoçar eu, no mínimo, avisava que ia fazer depois. Acho que as pessoas abusam aonde podem... Na verdade o que senti foi que a responsável pelo paciente era só eu. Se ele se sentisse responsável, não ia querer deixar o paciente agitado ali esperando. Só eu que estava preocupada, ninguém mais.

Aqui é tudo muito ruim. Eu falo que se eu fosse paciente desse hospital eu quebrava tudo! Eu já tinha a minha “carteirinha de louca” mesmo... Eu sempre falo com os pacientes: “você já foi no Ministério Público?”. Eles dizem: “já e não deu em nada”. Então não é tanto acomodação, é outra coisa mais séria. Não sei exatamente o que acontece, só sei que o que acontece aqui é uma grande falta de respeito com a população.

Primeiramente, vale ressaltar que o discurso empreendido por esta profissional específica, provavelmente também não é um discurso compartilhado pela classe médica como um todo. Este discurso, reconstruído a partir das UCEs principais apontadas pelo ALCESTE, mesmo não sendo um discurso unânime e que atende a toda a classe médica, revela uma dimensão bem importante no que diz respeito às atuais experiências em saúde mental: a formação profissional voltada para o modo psicossocial. Esta psiquiatra específica, como já dito anteriormente, foi formada dentro dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica,. Apesar de ter uma formação mais recente, com menos tempo de experiência prática, tem uma melhor preparação para o trabalho em serviços substitutivos, pois foi formada em consonância com o modelo psicossocial. Em virtude de sua formação e experiência profissional, não está mais habituada ao trabalho em uma instituição com características hospitalocêntricas.

Neste discurso são apresentadas inúmeras críticas e questionamentos acerca da assistência oferecida no HSVP e das relações de trabalho estabelecidas nessa instituição. As críticas podem ser entendidas de uma perspectiva bem mais ampla, referindo-se à própria construção das políticas públicas de saúde mental no Distrito Federal e à ineficiência dos mecanismos de controle social. Ao afirmar que “se eu fosse paciente desse hospital, eu quebrava tudo...” deixa claro o inconformismo com a atual situação,

ao lado da descrença nas instituições que deveriam estar engajadas na melhoria da atenção. Neste sentido, vale a pena resgatar um trecho da entrevista dessa profissional, onde deixa claro seu espanto com o atraso da assistência à saúde mental no DF.

Aí vim pra cá e tive um choque maior ainda. Porque no interior da Bahia eu até esperava que a coisa fosse assim, mas no Distrito Federal... Caramba! Eu ainda estou assim, de boca aberta até hoje. Como as coisas que foram construídas nos outros lugares dez anos atrás, agora que estão sendo construídas aqui... a rede substitutiva mesmo... Aí tem uma coisa do hospital ser o centro do tratamento e ser super mal cuidado. Porque se o hospital é o centro, pelo menos cuida do hospital, né! É jogado às traças, sem uma direção competente na minha opinião. Dizem que o discurso é que não é pra investir no hospital, é pra investir fora do hospital, mas os pacientes é que estão sofrendo. Estão desassistidos. Não tem outras coisas fora do hospital, eles têm que depender daqui (Psiquiatra, 10 anos de experiência, formação em saúde mental).

Percebemos uma crítica clara com relação à centralidade do hospital psiquiátrico no sistema de atenção à saúde mental no DF, considerando tal centralidade um atraso histórico, inconcebível principalmente por ocorrer na capital federal. Por outro lado, os profissionais vivenciam cotidianamente as conseqüências do não investimento no hospital, perversamente justificado, a nosso ver, pela necessidade de superá-lo. Neste sentido o discurso representacional denuncia, de forma veemente, o descaso e o desrespeito com os usuários do sistema de saúde mental que são os mais prejudicados neste momento de transição. Há que se considerar que não existem serviços substitutivos suficientes para atendê-los em sua integralidade e, assim, dependem do arcaico hospital, agora sem os mínimos investimentos necessários a um funcionamento digno.

Número excessivo de pacientes, sobrecarga de trabalhos burocráticos, falta de medicações básicas, falta de estrutura física e de recursos humanos qualificados, ingerência e precarização nos processos de trabalho são alguns dos temas que figuram nas críticas presentes no discurso representacional, relativas ao modelo de atenção à saúde mental do DF.

Além das críticas ao funcionamento institucional, é importante destacar as críticas à ineficiência do cuidado em hospital psiquiátrico. A impossibilidade da escuta, a descontinuidade no tratamento, voltado exclusivamente para a remissão dos sintomas. A falta de acolhimento e inexistência de uma reflexão mais aprofundada acerca de como

deve ser o cuidado. A distância entre o “mundo do internado” e o “mundo da equipe dirigente”, como diria Goffman (2003/1961).

Vizeu (2005) define a estrutura organizacional do manicômio pela lógica da burocratização, que acaba por mutilar a identidade do indivíduo quando este se depara com seus mecanismos disciplinares. Essa mutilação da identidade ocorre por duas vias: a) da submissão a diversos procedimentos que deterioram a identificação do sujeito com seus antigos papéis sociais, e b) transformação do interno em objeto. Dentre os mecanismos disciplinares Vizeu (2005, p.36) aponta para “o rigor no cumprimento das regras e normas racionais e a impessoalidade com que se devem cumprir as interações entre as pessoas”.

Com relação à impessoalidade e desumanização das relações, a psiquiatra, um dos sujeitos típicos desta classe, alerta para o fato de que a desumanização e o sofrimento dela decorrente atingem a todos os que vivenciam o cotidiano da instituição: cada um ao seu modo, de usuários a profissionais todos sofrem. Em suas próprias palavras:

Eu fico meio desesperada. Eu acho que todo mundo sofre. Porque o paciente chega em sofrimento, eu não posso ajudar completamente porque eu também estou numa situação tão difícil! Às vezes eu tenho que pedir pro paciente parar de falar, porque eu tenho outros pacientes. Eu vejo que a pessoa quer conversar. Não tem jeito de conversar. Isso é horrível! Você não tem tempo nem de acolher o paciente direito. Às vezes você não pode nem ouvir de tanta pressão que você sofre. A gente trabalha no meio do sofrimento deles e no meio do nosso. E aí a gente não ajuda tanto também por isso, porque tem que lidar com a situação que a gente está, né, fazendo o que dá. (Psiquiatra, 10 anos de experiência, formação em saúde mental).

Este sofrimento se agrava ao considerarmos a questão do não compartilhamento da responsabilidade com o cuidado na emergência do HSVP, contexto preponderante desta classe temática. No discurso representacional fica em evidência que a responsabilidade pela atenção ao paciente é somente dos médicos. Triste herança do modelo manicomial, onde o médico era “único pensador” responsável pelas diretrizes do tratamento e a enfermagem uma mera executora. Herança ainda bastante presente no cotidiano do HSVP, segundo o discurso da médica psiquiatra, que corrobora o discurso representacional anterior, do técnico de enfermagem. Herança, entretanto, que se estende a outras experiências no país, com demonstram Oliveira e Alessi (2003, p.339):

De uma forma geral, eles (*técnicos de enfermagem*) usam como argumento a falta de autonomia, a ingerência do médico na assistência de enfermagem, enfim, a submissão do trabalho de enfermagem ao trabalho do médico, mas ao mesmo tempo, permanecem comodamente nessa situação, como que a auferir alguma vantagem, ou seja, se não participam das decisões do tratamento e, algumas vezes, nem daquelas relacionadas às próprias ações de enfermagem, também não se responsabilizam pelo tratamento.

Quando observamos mais atentamente a afirmação acima e retomamos a situação relatada no discurso representacional, não podemos deixar de fazer alguns comentários sobre as relações de poder que se exercem no cotidiano. Zerbetto e Pereira (2005) em sua revisão de literatura sobre a história da Enfermagem Psiquiátrica citam alguns estudos que afirmam que os agentes de enfermagem de nível médio ainda sustentam um pensamento cativo da subalternidade, compreendendo que o saber é prerrogativa dos outros profissionais de formação superior.

Concordamos em parte com estes achados de Zerbetto e Pereira (2005), pois observamos na Etapa 1 deste estudo que tal subalternidade não é uma constante no cotidiano. Não se trata de um poder que se exerce somente de um grupo sobre o outro, que se assujeita passivamente. Reações explícitas ou implícitas podem ser percebidas através do exercício de “pequenos poderes”, o que é uma das facetas da idéia da “microfísica do poder” elaborada por Foucault (2002). Uma das grandes idéias da obra deste autor é que as relações de poder não acontecem fundamentalmente nem ao nível do Direito, nem da violência. Ela se exerce de diversas formas, em vários níveis e sentidos. O poder não tem, necessariamente, uma linearidade, um vetor de incidência, mas trata-se de algo difuso, com várias direções, ainda que existam os “sentidos mais visíveis”, hegemônicos.

Fazendo uma leitura das relações hierárquicas de poder apoiadas nos pressupostos da TRS, compreendemos que essas relações são sustentadas por sistemas de representações e práticas, acerca de diversos objetos. Representações e práticas que concorrem para a construção das demarcações entre diferentes grupos e subgrupos com suas histórias e inserções profissionais distintas.

A situação relatada no discurso representacional é um exemplo do uso abusivo do “pequeno poder” como forma de subverter a rígida relação hierárquica historicamente estabelecida entre o poder médico e a subserviência da enfermagem. Uma subversão informal da hierarquia formal e historicamente estabelecida. O poder de

quem está no cotidiano e é responsável pela burocracia, trabalhando nas “funções meio”, tendo, por exemplo, a posse de chaves, dos protocolos, da organização e administração da medicação, dentre outras prerrogativas. Podemos fazer um paralelo com relação ao grupo dos motoristas, apresentado na primeira fase deste estudo, o que corrobora, mais uma vez a não linearidade do poder.

Além da questão das hierarquias de poder, apesar da situação relatada no discurso ser bem específica, ela também se mostra ilustrativa das possíveis articulações entre representações e práticas nos níveis interpessoal e intergrupais. A experiência dos sujeitos mais antigos *versus* a pouca experiência dos novatos, e as diferentes inserções e formações profissionais em embate cotidiano são exemplos destas articulações. Os atores sociais se alternam em sujeito e profissional, e nessas alternâncias cotidianas, constroem as delimitações e regras das relações interpessoais e intergrupais. As relações intergrupos que também revelam, em suas nas práticas sociais significantes, processos de construção de alteridade.

Deste tema abrangente das relações sociais e de cuidado que acontecem imersas no contexto institucional, deriva outro aspecto também importante apontado no discurso representacional: o papel fundamental do Estado e do funcionamento de suas instituições de controle social na construção da cidadania. Da mesma forma que o profissional deveria ter condições de acolher as queixas e sofrimentos dos pacientes, o Estado também deveria ter condições para acolher as queixas do cidadão, fazendo valer seus direitos por meio dos mecanismos estatais estabelecidos de controle social.

A partir dos posicionamentos individuais revelados nas Classes 1 e 3 deste Eixo relativo às *Práticas Sociais no cotidiano de trabalho*, percebe-se que o campo da saúde mental é um mosaico composto por várias perspectivas, de grupos e subgrupos distintos, que convivem e se tensionam no cotidiano. É o empreendedorismo individual que abre espaço para a construção de novas práticas e representações, mas esbarra em limitações quando se trata da necessidade do coletivo, imprescindível na construção do novo modelo de atenção.

Um novo modelo de atenção que, vale acentuar, é desejado pelos profissionais como pôde ser observado nos dois primeiros eixos, que trazem reflexões sobre os desafios da clínica psicossocial. Um dos principais desafios apontados é reconhecer e transformar as representações sociais da loucura ainda associadas à alienação, à periculosidade e à incapacidade para a vida social. Consideramos tratar-se de um

desafio em andamento, se lembrarmos que, às representações sociais da loucura mais arcaicas, vêm se somar o reconhecimento do sofrimento, da necessidade de construção da autonomia e da cidadania, ainda que não se saiba exatamente como. A clínica psicossocial no contexto do PVC é ainda um desafio em construção.

2. Familiares

STACCATO
Uma formiga me detém o passo,
Aonde vais, celerado, que não me ajudas?
Mas não é dela a voz,
É dele interceptando-me,
o deus carente.
Se não lhe disser Vos amo,
Sua dor nos congela.
(Adélia Prado)

Na análise das entrevistas dos familiares, o *software* ALCESTE subdividiu o *corpus* em 1411 UCEs das quais 935 (66,32%) foram consideradas para análise. Essas 935 UCEs foram reagrupadas em cinco classes temáticas. A relação entre as cinco classes, as porcentagens correspondentes a cada uma delas na constituição no *corpus*, o número de UCEs que as compõem, são apresentados na Figura 12, na qual também constam, para cada uma das classes, as palavras com maior Khi^2 e suas variáveis típicas.

Na Figura 12, podemos observar que as cinco classes temáticas estão configuradas em três eixos temáticos distintos. As classes 1 e 4 apresentam uma relação forte entre si e constituem o **Eixo Pensando a convivência com a loucura e o tratamento**. Este eixo relaciona-se ao **Eixo/Classe 2: A resignação diante da missão de cuidar**. Estes eixos, por sua vez, têm uma característica mais reflexiva, não guardando relação com o **Eixo Relações interpessoais e práticas cotidianas**, composto pelas Classes 3 e 5, de característica mais descritiva.

Apresentaremos separadamente cada um dos eixos e suas classes temáticas, utilizando o recurso da reconstrução do discurso representacional. Iniciaremos pelo **Eixo Relações interpessoais e práticas cotidianas**, por ser mais descritivo. Na sequência, apresentaremos o **Eixo Pensando a convivência com a loucura e o tratamento** e, para finalizar a apresentação dos familiares, posteriormente apresentaremos o **Eixo/Classe 2: a resignação diante da missão de cuidar**.

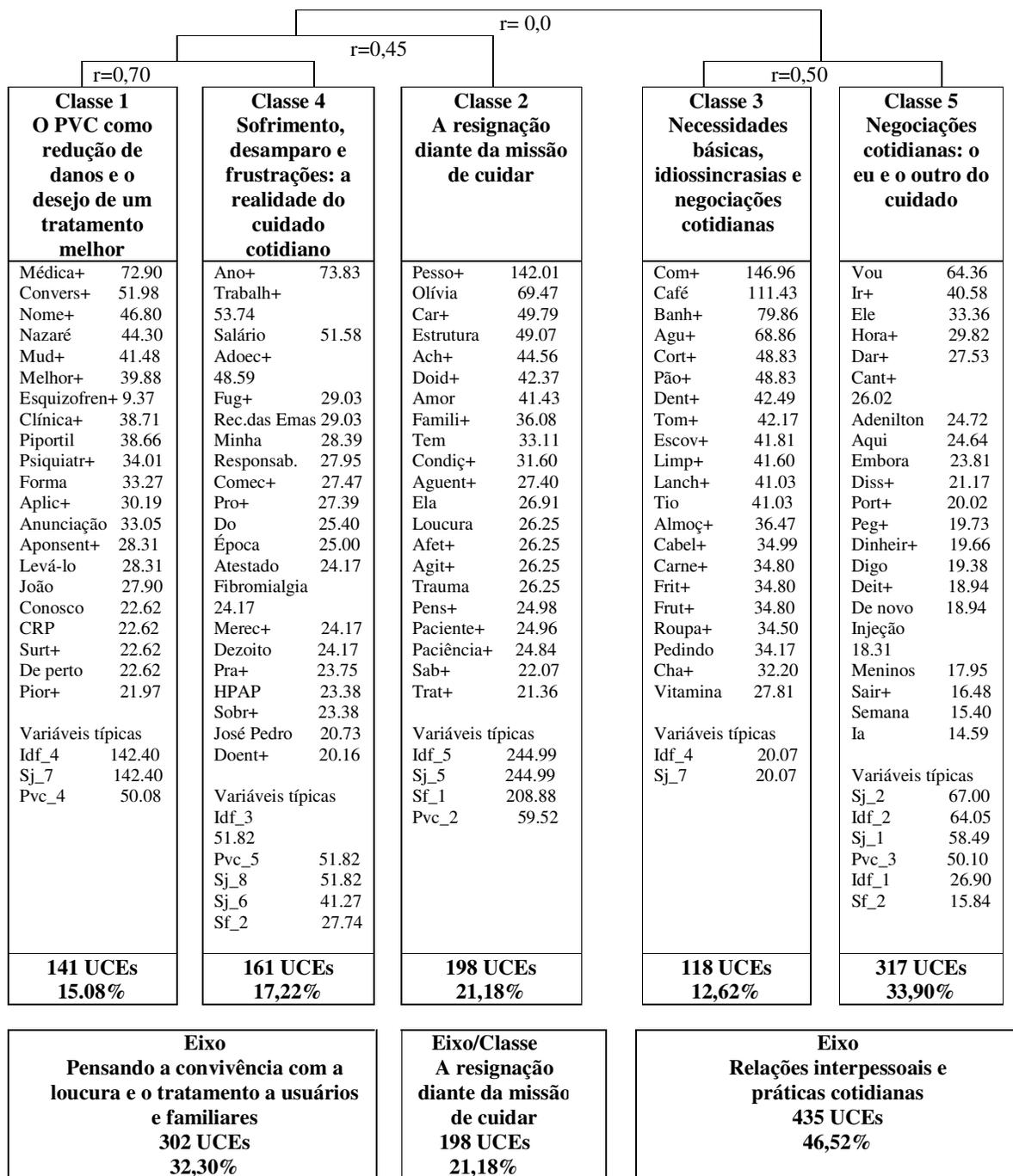


Figura 12: Resultado fornecido pelo ALCESTE da análise das entrevistas com familiares, com os eixos temáticos e suas respectivas classes, títulos, números de UCEs, porcentagem de representação no *corpus* total, palavras com maior Khi^2 e variáveis típicas.

2.1. Eixo: Relações interpessoais e práticas cotidianas

Este eixo tem como tema central o cuidado, focalizado a partir das relações interpessoais e negociações concretas estabelecidas no cotidiano com os usuários. Trata-

se do “miudinho” das relações interpessoais, que acontecem dia a dia. A **Classe 3: Necessidades básicas, idiossincrasias e negociações cotidianas**, como o próprio título revela, apresenta as idiossincrasias dos usuários e como elas são reveladoras da condição dos mesmos e das relações estabelecidas entre usuários e cuidadoras. A **Classe 5: Negociações cotidianas: o eu e o outro do cuidado** revela as negociações relativas ao cuidado mais amplo, ao estabelecimento de limites e aos dilemas relativos ao compartilhamento da responsabilidade pelo cuidado. Essas classes tem uma relação mediana entre si ($r=0,50$).

Classe 3: Necessidades básicas, idiossincrasias e negociações cotidianas

Nessa classe são descritos os hábitos idiossincráticos dos usuários no que diz respeito ao auto cuidado, à relação com seus pertences e à alimentação. São apresentadas também as negociações e as práticas cotidianas entre usuários e cuidadoras no que tange a esses temas. Vale dizer que estes são temas que aparecem em todas as entrevistas e que todas as cuidadoras, mesmo utilizando estratégias diferenciadas, demonstram uma postura semelhante no que diz respeito às negociações cotidianas. Uma postura de compreensão ou, pelo menos, de certa abertura para adequar seus hábitos às demandas particulares dos usuários.

Apesar, entretanto, de serem temas comuns às entrevistadas, optamos por reconstruir o discurso coletivo em forma de diálogo, para não diluirmos as diferenças individuais dos usuários referidos pelas cuidadoras. No caso dos hábitos diários, tema desta classe, preservar as idiossincrasias dos usuários nos parece ser importante para demonstrar que, apesar das negociações comuns que impõem às famílias, os usuários são únicos e diferentes entre si, assim como as relações interpessoais que estabelecem com suas cuidadoras. Eis o diálogo:

Uma coisa que o João Pedro faz que eu acho, assim, muito estranho, é que ele diz que quer lavar toda a sujeira do mundo. Então ele deixa as torneiras todas abertas... pra tomar banho ele abre a pia, abre o chuveiro todinho e ele gosta também de abrir a torneira do tanque. Teve um dia que ele deixou tanto tempo que quando eu vi a caixa d'água estava vazia. Mas ele não toma banho direito não. Tem época que eu tenho até que entrar no banheiro e ficar dizendo: meu filho, faz isso, faz aquilo... Mas ele é um menino limpo. Se ele vai no banheiro e usa o vaso, você não vê resíduo de nada, não vê papel higiênico embrulhado de qualquer jeito.

O Adenilton, graças a Deus melhorou nesse ponto. Ele passava três a quatro dias sem querer tomar banho. Agora ele toma banho e troca de roupa direitinho e tem até ciúme das roupas dele. Esses dias eu comprei uma calça com listrinhas pra ele, o meu outro filho foi usar, ele reclamou...

Pois eu já tive mais sorte. O outro rapaz que eu cuidava antes do Benedito chegar, ele não gostava de andar sujo não. Depois que ele aprendeu o jeito de banhar, ele só queria andar barbeado, com o cabelo cortado, com roupa limpa. Mas o Benedito não tem jeito! Eu compro roupa nova pra ele, ele veste aquela vez, e depois joga no chão... pega as roupas tudo e joga no lixo. E ainda por cima, depois disso sai na rua pedindo roupa e quando a gente fala pra ele tomar banho, ele não toma porque diz que não tem roupa. Vai entender?! É uma dificuldade, porque a gente que fica de fora, a gente não obriga ele a fazer as coisas necessárias como, por exemplo, ter que tomar banho, vestir a roupa, escovar os dentes, controlar o tipo de comida... essas coisas. Ele é muito de veneta!

Ah, mas isso é difícil mesmo... eu mesma fico falando sempre pro meu tio João: tio, vai tomar um banho, a roupa aqui está limpa, vou trocar o lençol da sua cama... e ele não fala nada. Não fala nem que sim, nem que não, mas também não faz nada, né. Só o que ele é muito exigente é com a comida. Cada dia tem que estar inovando, fazendo alguma coisa diferente para ele. A gente sempre pergunta o que ele quer: tomar café, comer o quê? Quer mingau, quer farinha láctea, quer isso, quer aquilo... Ele gosta muito de frutas. Tem dia que ele não quer nada do que tem. A gente sai pra comprar o que ele pede, mas muitas vezes estraga porque ele não come. Então, assim, a gente está sempre fazendo o gosto dele. Às vezes quando ele fica de mau humor, aí ele entra, pergunta se tem pão. Eu digo: não, tio, vou comprar outro pão. Aí ele volta para o quarto. E isso eu acho o respeito que ele tem para conosco e a gente tem para com ele.

Eu também faço o gosto do Adenilton. Estou sempre perguntando: vai comer não? Você quer comer o quê? Às vezes eu levo vitamina pra ele na cama, às vezes levo copo de água, acordo ele e digo: “toma aqui Adenilton, você fica dormindo até meio dia e daqui a pouco você está sentindo dor nos rins...” Mas a comida dele, ele gosta dele mesmo fazer: ele frita uma carne, se não tem arroz,

ele mesmo faz, faz tudo. Ele limpa a casa, lava a louça, faz almoço, lanche do jeito dele e tal.

João Pedro também é assim de se virar na cozinha. Mas eu tenho que deixar tudo mais ou menos pronto. Eu pego o frango e corto todinho, ele pega na hora que quer e frita. Porque senão ele faz como já fez algumas vezes: pega o frango do congelador, do jeito que o frango está, ele só corta, passa na chapa e come daquele jeito mesmo, né.

Pois é, já o meu filho Cleverson come muito mal. Vivo oferecendo o leite, o pão, faço vitamina pra ele, entendeu. Mas o problema é que ele só come à noite. Durante o dia não faz nada... é só tomando café e fumando cigarro.

Esta é a menor classe do *corpus* e é restrita a temas bem específicos: higiene/auto-cuidado e alimentação. Trata-se de temas ligados às necessidades básicas que são comumente utilizados para avaliar o grau de autonomia dos usuários em seu processo de inserção social e construção de vida independente (Bandeira, Lima & Gonçalves, 2003; Vidal, Gontijo & Bandeira, 2007).

A primeira observação que podemos fazer com relação a este discurso representacional é que os usuários citados foram todos do sexo masculino. Apesar de não ser o foco de nosso trabalho, não podemos nos furtar a fazer um breve comentário acerca da importância das questões de gênero quando o tema é o auto cuidado e as atividades domésticas. Tradicionalmente, as atividades domésticas são delegadas às mulheres, o que talvez justifique a pouca autonomia da maioria dos usuários homens no ambiente doméstico, como fica evidente nessa classe.

Além disso, a identidade do homem desde cedo é construída em referência ao espaço público, onde deve trabalhar e conseguir o sustento de sua família no espaço doméstico, tradicionalmente delegado à mulher. Quando doente, permanece no espaço doméstico, estranho a ele, tornando-se assim, um personagem inconveniente, “perturbador” e fora de contexto (Duarte, 1988). Conforme as reflexões de Rosa (2003), o estigma da doença mental, neste sentido, parece ter um peso social maior para o homem, pois, além de se deslocar do espaço tradicionalmente reservado a ele, sua imagem associa-se à fragilidade, culturalmente associada à mulher. Com relação às usuárias mulheres, familiares destas cuidadoras, ainda que tenham diminuído sua participação nas atividades domésticas, não se tornaram inconvenientes neste espaço, e

colaboram de maneira mais efetiva que os homens na manutenção e organização da casa.

Outro ponto que nos parece importante nesta classe, é o quanto as singularidades dos usuários no que tange aos temas do auto-cuidado e da alimentação são consideradas como reveladores de seu estado psíquico, do grau de autonomia e das negociações que se estabelecem no cotidiano da relação usuário-cuidadora.

Com relação aos cuidados pessoais de higiene, fica evidente que, aos olhos das cuidadoras, prestar atenção à higiene, a aparência, tomar banho regularmente e cuidar das próprias roupas é sinal de melhoria na saúde mental dos usuários. Mostra-se bem forte para as cuidadoras a importância do quesito limpeza para a caracterização da saúde mental, considerando que, a loucura, muitas vezes é associada à sujeira e ao desleixo com a aparência, como pudemos testemunhar tanto nas entrevistas com profissionais, como nestas entrevistas com as cuidadoras. A importância deste quesito limpeza foi também bem explícita na pesquisa de Jodelet (2005) na colônia familiar, podendo ser um indicador de que estamos diante de um tema supostamente universal, pelo menos nas culturas ocidentais. A sujeira e o descuido no auto cuidado são um sinalizador de que algo não vai bem com o usuário, além de tornar visível sua diferença.

Essa oposição limpeza-sujeira também aparece como parte de construções delirantes por parte de alguns dos usuários citados. Um dos usuários citados no discurso representacional abre todas as torneiras para lavar a sujeira do mundo. Com relação a outro usuário citado, certo dia, ainda na fase de observação participante, sua mãe nos relatou que ele já ficou um ano sem tomar banho, pois segundo ele, a água “dava choque”. A cuidadora relata, inclusive, que ao tentar dar-lhe banho, ele se apavorou e gritou muito “como se estivesse apanhando...”. Com o auxílio de técnicos do PVC, ele, ainda que com resistência, tomou banho e com o acompanhamento mensal, com a adequação de sua medicação, hoje toma banho aproximadamente de quinze em quinze dias. Sua mãe relata tal fato como uma grande conquista e sinal de melhora de seu estado psíquico.

Para além das questões de higiene propriamente ditas, esse relato nos permite refletir com relação aos ganhos com o tratamento. Parece-nos óbvio que, com relação aos banhos quinzenais, ainda não se chegou à situação ideal, considerando que o usuário ainda se encontra em precária condição de higiene. Entretanto, se pensarmos nas inúmeras perdas cognitivas, sociais e afetivas vividas por este usuário em específico, na gravidade de seu quadro psiquiátrico e, principalmente, em sua história no que se refere

a este aspecto específico, este ganho torna-se relevante. Neste sentido, ouvir as cuidadoras nos impõe a necessidade de relativizar as expectativas e o que se considera como ganho para o usuário.

Os hábitos de alimentação também revelam o grau de autonomia dos usuários, bem como revelam algumas práticas e negociações que se estabelecem entre os usuários e suas cuidadoras. No caso do José, por exemplo, a alimentação, bem como os outros cuidados prestados no que tange à arrumação de seu quarto e roupas, ficam à cargo exclusivo das cuidadoras. Ele em nada auxilia. Entretanto, a prestatividade com relação à alimentação e aos cuidados com higiene parece cumprir a função de uma moeda de troca. Suas vontades e gostos, particularmente trabalhosos, são atendidos desde que ele não ultrapasse os limites estabelecidos para sua circulação na casa. Apesar de relatar que José algumas vezes vem à casa da família, assistir televisão ou participar de alguma atividade familiar, o lugar a ele reservado é o quintal, onde fica localizado seu quarto com banheiro. Instalações confortáveis em que não falta nada do ponto de vista objetivo, porém separadas do restante da casa, em função de sua inconstância e freqüentes episódios de agressividade.

Neste caso, como em outros, o afastamento do usuário se justifica também por uma questão de gênero. Na casa vivem só duas mulheres e quatro crianças. Não existem homens que possam oferecer alguma proteção nos momentos de crise e agressividade, como bem relataram as mulheres. Apesar de negarem o medo, a delimitação dos espaços foi a forma encontrada para garantir a segurança da família. Além da segurança, outra questão também se revela como importante para a demarcação dos espaços. Segundo as cuidadoras (irmã e sobrinha), José tem o hábito de ficar nu no quintal, lugar que, também por isso, é interdito para as crianças.

Ainda com relação à alimentação, a mãe de João Pedro, ao mesmo tempo em que elogia sua capacidade de *se virar* na cozinha, já deixa tudo preparado para facilitar ao máximo seu trabalho, pois desconfia que ele possa repetir formas inadequadas antes já empregadas na preparação de sua alimentação. Deixa escapar, portanto, uma ambigüidade com relação à confiança-desconfiança. Essa cuidadora revela que os outros filhos a criticam por ter tanto trabalho em deixar tudo pronto e por deixar João Pedro à vontade para comer na hora em que bem quiser, sem exigir-lhe nada em troca, nem mesmo o auxílio na arrumação da cozinha. Ela se queixa da incompreensão da família, mas privilegia que o filho coma, independente do trabalho constante que tem antes e depois de suas refeições.

Essa preocupação, muitas vezes obsessiva, com a alimentação dos usuários, apesar de legítima, revela em alguns momentos, uma atitude de infantilização para com os usuários e certa dificuldade das cuidadoras em abrir mão da função de nutrição, característica de mães com filhos ainda crianças. Revela ainda uma atitude protecionista com relação ao usuário, o que nos cabe perguntar até que ponto tal atitude é benéfica ao usuário, ou se o mantém na posição de dependência. Indo um pouco mais além, também nos cabe questionar se esta atitude, não pode ser reveladora de uma situação de co-dependência, considerando que o cuidado ao usuário tornou-se, para a grande maioria das cuidadoras, sua principal (e muitas vezes única) atividade. Não podemos deixar de mencionar ainda a culpa que pode se transformar em diversas formas de compensação.

Esta relação de dependência e as tentativas de negociação de limites, para além das necessidades básicas, são os principais dos temas apresentados na Classe 5, a seguir.

Classe 5: Negociações cotidianas: o eu e o outro do cuidado

Olívia gosta muito de andar, anda essa vizinhança todinha todo dia, conversa com todo mundo, canta para as pessoas. Eu não me importo. Só que tem tempo que ela quer sair para a rua à noite, aí eu não deixo. Eu digo: “Olívia, não pode, a rua está perigosa!”. Eu tranco o portão, solto a minha cachorra e pronto! Às vezes ela fica resmungando e teve até um dia que eu descuidei, deixei o portão aberto e ela fugiu. Ela demorou pra voltar e eu fiquei muito preocupada...

E a Gislene essa semana não fez isso! Saiu de manhã... era uma hora, duas horas, três horas é que ela veio chegar. Já pensou? Isso não faz preocupação? Ela tava lá no posto esperando um remédio meu que eu nem tinha pedido pra ela pegar... Mas ela gosta muito de sair, de passear! Eu fico aqui com o coração na mão.

O João Pedro também vive andando por aí. Ele não fica quieto aqui. É até difícil por causa da medicação. Muitas vezes o pessoal chega aqui em casa pra dar a injeção e ele saiu. Eu até já combinei do rapaz aqui do posto aplicar a injeção nele, mas é difícil, porque assim, quando eu chamo o rapaz, ele tem que vir logo, né. Se combinar direitinho, na hora que é pra dar a injeção, eu tranco a casa, o portão e não deixo ele sair. Mas nem sempre dá certo... aí tenho que ir lá chamar o rapaz de novo.

Mas o que eu vejo mesmo, é que tem hora que dá aquela veneta e eles não obedecem a gente de jeito nenhum... O Benedito mesmo, esse que mora comigo... Minha virgem Nossa Senhora! Esses dias ele cismou. Ele vive me pedindo dinheiro, mas esses dias deu um problema no cartão dele. Eu chamei ele pra gente ir no banco, pra arrumar a senha e ele disse: “eu não vou não! Eu não vou não!”. E eu digo: “e o dinheiro? Como é que eu pego o teu dinheiro?”. Ele só disse: “e eu me importo?...” É bem assim, ele diz que vai fazer e não faz, diz que vai ali e logo diz que não vai mais... não obedece mesmo.

Mas eu vejo também que vai fazer o quê... Não dá pra ficar o tempo todo brigando, falando... Eu pego de base a Olívia. Tem coisa que não dá mesmo pra deixar e que eu fico em cima. Mas também tem que dar liberdade. Eu tento deixar ela bem à vontade. Mesmo ela não me obedecendo sempre, dá pra gente se virar. Ela tem as coisinhas dela, arruma do jeito que ela quer, lava roupa e de vez em quando lava as louças do jeito dela, o que eu acho é bom. Mas vejo que tem família que não tem nenhuma paciência, ou não tem jeito de cuidar e acaba tendo que deixar no hospital.

Aqui em casa mesmo, eu não conto com meus meninos pra ajudar a cuidar do João Pedro. Isso de um filho vir morar comigo pra me ajudar... ahn? Não existe isso não! Ninguém tem paciência e acho que ninguém vai cuidar igual a gente que é parente, que é mãe, cuida. Meu filho mais velho mesmo é o tempo todo falando pro João Pedro: “não entra aqui não, deixa esse portão quieto, tranca o portão, se tu pular, se tu cantar, você vai ver...”. É muito chato! Então se eu sair daqui de casa hoje pra ir lá no Plano Piloto, e ele tiver que ficar com alguém, ele não fica aqui dentro, não. É só comigo.

Ah, o Benedito também é desse jeitinho! Só quer ficar atrás de mim, parece um cachorro comigo... onde eu vou é ele ali no mocotó 24 horas, do mesmo jeito do cachorro. Esses dias eu me enchi e disse: “não, Benedito. Tem que dar um jeito de você pegar suas coisas e sair pra bem longe...”. Levei ele até a cidade do pai dele pra deixar ele lá. Pois quando eu entrava no banheiro ele ficava na porta com medo de eu sair escondida. Era 24 horas desse jeito... Então acabei trazendo ele embora de novo comigo. Eu já me sinto cravada a ele.

Mas é isso, mulher... minha vida foi sempre essa. Não you dizer que sou eu quem vai atrás pegar, não... Mas aparecem as coisas na vida da gente e a gente tem que ir vencendo.

O principal tema desta classe são as negociações cotidianas entre cuidadora e usuário. Negociações, marcadas, por um lado, pela necessidade de estabelecer limites e, por outro, pela importância da compreensão e da flexibilidade, que fortalecem os laços entre usuários e cuidadoras. Essas negociações cotidianas estão permeadas pelo imperativo do cuidado, que por fim, acaba sendo de responsabilidade exclusiva da cuidadora.

Com relação à responsabilidade pelo cuidado, mesmo sendo vista como exclusivamente sua, as cuidadoras trazem implícita em sua fala, a idéia de sua insuficiência. Uma idéia permeada pela ambigüidade, pois ao mesmo tempo em que se queixam da não participação de outros membros da família no cuidado ao usuário, afirmam serem as mais, ou talvez mesmo as únicas, competentes para cuidar. Esta ambigüidade, entretanto, não apaga a insuficiência da cuidadora no que tange aos cuidados que considera ideal.

O discurso revela que o usuário também tem uma parte importante nestes complexos cenários onde se constroem o cuidado e as práticas cotidianas. A forma como se comporta, seu pragmatismo ou a falta dele, o respeito ou não às regras colocam o usuário em condição de negociação. Colocam-no em condição de exercer, ainda que de forma precária, seu poder contratual na relação com sua cuidadora.

A loucura e a rua: a construção de vínculos sociais

Quando inserimos na denominação desta classe o *eu e o outro do cuidado*, não estamos nos referindo apenas à díade usuário-cuidadora. Mesmo sendo esta díade o principal foco nesta classe, incluímos neste *outro* também o social. Este social que aparece ora como figura, ora como fundo, representado pelas normas, regras e pelas relações estabelecidas de nossos usuários e cuidadoras com vizinhos, amigos e outros familiares. Relações as mais diversas, estabelecidas em dois dos cenários apontados por Saraceno (2001) como sendo os cenários privilegiados da reabilitação psicossocial: casa e rede social.

Essa classe se inicia trazendo a questão da circulação do usuário no espaço público. Uma circulação negociada junto às cuidadoras, que, se vendo incapazes de impedi-la, aceita-na sob algumas condições, tais como: não sair à noite, respeitar as pessoas na rua em observância às regras sociais e voltar para casa nos horários das refeições. Uma negociação diante do inevitável, já que a grande maioria das cuidadoras

prefere seu familiar andando pelas ruas, ainda que com apreensão e receio, a vê-los internados.

Esse posicionamento das cuidadoras por nós entrevistadas se contrapõe, de certa forma, ao que revela a pesquisa de Rosa (2003). Esta autora encontrou, entre os familiares que entrevistou, um posicionamento contrário:

entre a rua e o hospital psiquiátrico, o menos degradante é o hospital, em função de a família saber do paradeiro do portador de transtorno mental, sobretudo daqueles com ‘tendência de andarilho’ (deambulação compulsiva, com fuga de casa, nos termos médicos), tendo a sensação de que está cuidando dele.” (Rosa, 2003, p.321)

Uma das justificativas oferecidas pelos familiares do estudo de Rosa (2003) foi a violência, o que também se mostrou uma preocupação importante no caso de nossas cuidadoras. O argumento das entrevistadas de Rosa foi que a rua é o espaço do abandono, da negligência, o lugar de ninguém. Uma visão que é justificada pela autora, apoiando-se na referência à clássica obra de Da Matta (1991), *A casa e a rua*, onde este autor afirma que a rua é o espaço do anonimato, do cidadão e regido por relações impessoais. Acreditamos, entretanto, que Rosa (2003), em face de seus resultados de pesquisa, fez uma leitura, a nosso ver, unilateral das reflexões de Da Matta. À descrição de Da Matta sobre a rua, Rosa acrescenta a afirmação de que a rua é um “espaço desfavorável às pessoas que, temporária ou permanentemente, exigem cuidados que são comandados exatamente por relações pessoalizadas e próximas” (p.321). Seus resultados apontaram nessa direção.

Nossas cuidadoras, porém, sugerem uma visão mais ampla do que seja a rua, pois não colocam as saídas dos usuários sob seus cuidados como algo proibido ou inegociável. Percebe-se uma tolerância e, em alguns casos, até um incentivo para que os usuários saiam de casa para “passear” ou comprar alguma coisa. No caso dos três usuários citados não se tratam de saídas programadas, com objetivos específicos. Trata-se de uma livre circulação que, no linguajar psiquiátrico, seria imediatamente rotulado como deambulação, um sintoma característico da psicose, que significa um “andar a ermo”, sem rumo e sentido, digressão.

No caso destes usuários, este hábito, aponta para um rompimento com esta concepção psiquiátrica e com o controle absoluto pregado pela psiquiatria tradicional. Trata-se do louco não institucionalizado, ainda que medicalizado. Trata-se daquele que escapou do olhar absolutamente vigilante do hospício, escapou da prisão e exerce sua

liberdade, ainda que negociada. Percebemos ainda, que no caso destes usuários não se trata de um mero “andar a ermo”. Trata-se de uma circulação que tem seus “pontos certos de passagem”: a padaria, o bar da esquina, a mesma linha de ônibus que leva e trás cotidianamente o usuário no itinerário Recanto das Emas – Plano Piloto. Pontos de passagem que se constituem em lugares repletos de sentido. Lugares onde se amarram relações, onde se criam vínculos, onde o contato social e o afeto são exercitados. Lugares onde este “louco” passa existir e ser reconhecido pelo social. Lugares que revelam que a rua, ao mesmo tempo em que é um lugar de ninguém, é um lugar democrático, um lugar de todos os ilustres anônimos que a povoam.

Os usuários citados no discurso representacional são pessoas que tem uma “história na rua”. Ao longo de seus vários anos de circulação, aparentemente a ermo, foram se apropriando das normas sociais e estabelecendo relações cordiais com sua vizinhança, inscrevendo-se em redes sociais de malha estreita, conforme a concepção trazida por Bott (1976). Para este autor a rede social de malha estreita é aquela caracterizada pela conexão com a circunvizinhança. Uma rede que oferece suporte em relações afetivas, ajuda assistencial e material, ao mesmo tempo em que exerce controle social. Uma rede que permite a vivência de pertencimento e apoio social, elementos importantes se pensarmos na construção da saúde mental dos sujeitos que dela fazem parte. Vale a pena conhecermos mais de perto um pouco destes usuários em circulação.

João Pedro: um jovem adulto, agitado, inconstante, delirante. Mas sempre educado com os vizinhos que já o conhecem, conversam com ele e o defendem da agressão de estranhos, como relatado diversas vezes pela cuidadora. Sua mãe relata que, certa vez, foi agredido por dois garotos que bateram bastante nele, provocando lesões importantes. Um dos vizinhos viu e entrou na briga para defendê-lo. Rapidamente, vários homens da vizinhança também entraram na briga para tirá-lo e o levaram para casa a salvo, colocando os agressores para correr.

Gislene gosta de longas caminhadas na comunidade onde mora e faz pequenas tarefas na rua, como pagar contas, fazer compras. Anos atrás, Gislene tinha por hábito entrar na casa de estranhos, não para roubar, mas “por curiosidade de ver a casa por dentro e conhecer as pessoas” como ela mesma afirmou no momento da entrevista com sua mãe. Este hábito lhe rendeu alguns desafetos e situações constrangedoras, como, por exemplo, ser denunciada à polícia. Hoje aprendeu essa regra social e não entra mais na casa dos vizinhos sem ser convidada. Conseguiu estabelecer boas relações com a

vizinhança, que a respeita, e hoje a convida para eventos sociais, também a protegendo de estranhos.

Olívia é uma senhora negra, simpática, de aparência antiga. Assemelha-se a uma personagem de filme, oriunda de um antigo engenho. Anda pra lá e pra cá nas ruas do comércio, onde conversa com todos, faz compra nas padarias, canta com as pessoas músicas de seu tempo de jovem. Gosta de crianças e as crianças gostam de ouvi-la cantar. Riem dela e com ela. Uma simpática personagem urbana, conhecida e cuidada pela vizinhança

A irmã de Olívia relata uma estória interessante na qual conta os problemas que tiveram com vizinhos em seu local de moradia anterior. Conta a cuidadora que, há, aproximadamente 20 anos atrás, moravam em outra cidade satélite diferente da atual. Naquele tempo Olívia era alvo de chacotas das crianças da rua, que a xingavam de louca, jogavam coisas nela. O cunhado de Olívia teve que entrar em sua defesa, mobilizar os pais das crianças para que parassem de maltratar Olívia. Segundo sua irmã, foi uma situação de preconceito, pois não havia motivos para ela ser tratada daquela forma, pois ela nunca fora agressiva. Mudaram-se de local de moradia. Anos depois, em certa ocasião, quando foi necessário acionar o Corpo de Bombeiros, pois Olívia estava passando mal, um dos bombeiros emocionou-se ao vê-la e pediu desculpas: era um dos garotos que a agrediam e que anos depois veio a trabalhar no Corpo de Bombeiros, corporação que tem entre suas atribuições o resgate de pessoas em crise. Gostou de rever Olívia e voltou outras vezes para visitá-la.

As histórias destes três usuários e das relações que construíram em suas comunidades, a nosso ver, demonstram que nem tudo o que diz respeito à loucura é passível de aprisionamento pelo discurso psiquiátrico. Há sempre algo que escapa ao controle, que se insere no registro do cotidiano, das relações interpessoais e intergrupais, marcadas pelo dinamismo constante da vida. Algo que o discurso asséptico, pragmático e objetivante da ciência psiquiátrica não dá conta. Algo que resiste, que atravessa o tempo e que, certamente pode acrescentar algo em nossas reflexões acerca das representações sociais da loucura e as práticas a ela dirigidas.

No processo de construção das representações sociais da loucura, o discurso médico psiquiátrico desde seu surgimento a partir do início do século XIX, ocupa um lugar de grande importância, por reforçar elementos como a periculosidade, a imprevisibilidade, o não reconhecimento do outro, a incapacidade para a vida social, dentre outros. Além disso, trouxe consigo um conjunto de prescrições de práticas

sociais que foram instauradas e foram se arraigando em nossa cultura. Sua influência é inegável.

Outros elementos, entretanto, mais próximos de uma concepção trágica da loucura, também subsistem “nos subterrâneos do pensamento social” e se revelam quando da aproximação com a loucura. Na história de nossa cultura ocidental tivemos momentos, como o Renascimento, no qual a loucura circulou em seu estado livre, e a sociedade da época era com ela “estranhamente hospitaleira”, como nos mostra Foucault (1972).

Na história do Brasil também encontramos, em diferentes momentos históricos e em diferentes localidades, uma “hospitalidade cultural” com a loucura. Ferraz (2000) faz uma bela alusão a esta atualização “à brasileira” da concepção trágica da loucura nos cenários de nossas cidades, por meio de um conhecido personagem de nossa cultura urbana: o “louco de rua”. Este autor explora os discursos, os significados e as práticas sociais associadas ao louco de rua do ponto de vista literário e de sua própria vivência particular. O autor faz um estudo dos relatos acerca de loucos de rua na literatura considerando-a enquanto importante registro histórico e cultural, ao lado das produções científicas.

Para Ferraz (2000) esses “loucos de rua” podem ser pensados como “personagens do teatro do mundo, cuja loucura se encena no palco da cidade, em praça pública”. O autor adverte que este louco será evidentemente, “o louco ‘solto’, não institucionalizado, aquele que escapou da psiquiatria, da medicalização e do hospício”. No caso de nossos “usuários andarilhos”, eles não escaparam à medicalização, mas estão driblando a institucionalização e, por isso também conseguem subverter, em certa medida, os efeitos da Psiquiatria enquanto discurso e saber sobre a loucura que representam.

Em sua reflexão sobre o lugar do louco de rua em nossa cultura, Ferraz (2000), o reafirma como um personagem ativamente participante da comunidade, justamente por seu desvario. Um sujeito que mantém contato permanente com as pessoas da cidade, exercendo sobre elas um fascínio peculiar. Segundo o autor, o louco de rua se oferece como espelho, estabelecendo com a comunidade um modo peculiar de comunicação e relacionamento, ancorado nas mais variadas formas de afeto que este personagem suscita no grupo social. Afetos que aproximam ou afastam, mas raramente são indiferentes, em virtude do que denunciam. Segundo o autor, os loucos de rua denunciam para o interlocutor a sua própria verdade, colocando-o face a face com a

prisão do homem razoável e convencional. Ferraz afirma que há vários momentos em que “o cidadão comum considerado ‘não louco’ parece adentrar o mundo de seu interlocutor ou parece ser tocado por ele de alguma forma”. Em suma, o louco junto com outros atores encenando no palco da cidade torna-se parte dela, muitas vezes um personagem célebre, com mais ou menos “*glamour*”.

O desafio de se fazer obedecer

Voltando ao tema do cuidado e das negociações cotidianas entre usuários e cuidadoras, outro ponto que fica marcado nessa classe é a dificuldade em negociar regras e impor limites. Muitas vezes essa dificuldade é uma conseqüência da falta de pragmatismo por parte dos usuários, o que pode ser exemplificado pela fala da “mãe adotiva” de Benedito a respeito do dinheiro do usuário. Ir ao banco não faz parte das preocupações, ou talvez até mesmo das possibilidades concretas, de Benedito. Sua recusa em ir ao banco, aliada a outras “despreocupações” (e/ou impossibilidades...), o transformam em um sujeito cismado e desobediente, aos olhos da cuidadora.

Ser obediente é uma característica importante aos olhos das cuidadoras, o que também foi encontrado em toda a literatura referente aos familiares citada até aqui. Trata-se de uma qualidade imprescindível à boa convivência. Sua importância aparece bem destacada em vários momentos na obra de Denise Jodelet (2005). Os hospedeiros que recebiam em sua moradia os pensionistas já tinham uma complexa construção simbólica do que era permitido e do que era vetado ao pensionista. Havia coisas discutíveis, mas outras indiscutíveis, inegociáveis, que deveriam ser obedecidas em sua íntegra. Nesta complexa trama simbólica de códigos e regras, discutíveis e indiscutíveis, a grande preocupação por parte dos hospedeiros era

/.../ encontrar um jeito de viver com os doentes. Tarefa delicada, em que ela deve conciliar o menor custo para ela e os seus, e as aspirações dos pensionistas e os imperativos da instalação, submeter aos costumes da casa um estranho que tem seus próprios hábitos e impõe as particularidades de sua patologia. Tudo isso exige uma arte sutil, duramente aprendida (Jodelet, 2005, p.163).

Como parte desta “arte sutil da convivência”, Jodelet (2005) identifica o domínio do outro e de si como elementos fundamentais a serem aprendidos. Apesar das diferenças culturais e das diferenças de posicionamentos na relação com a loucura dos atores que compõem a pesquisa de Jodelet e nossas cuidadoras, também percebemos a

importância deste domínio do outro e de si para o estabelecimento de uma convivência mais harmônica, ou pelo menos, menos conflituosa.

No caso do domínio do outro, tal como as hospedeiras de Jodelet (2005), nossas cuidadoras também passaram por fases de adaptação com o adoecimento do familiar. O que se sabia dele não servia mais após a primeira crise e adoecimento, o que exigiu das cuidadoras um período de observação e aprendizado das novas formas de lidar com este “familiar-desconhecido”. Um “tempo de estudo” do familiar, tal como o tempo de estudo do pensionista que...

./../ servirá para determinar o “termo de lidar com ele”, isto é, os meios de influenciá-lo e ter comando sobre ele, as formas de abordagem às quais ele é receptivo, as atitudes ou demandas que podem contrariá-lo, chocá-lo ou feri-lo. ./../ Também é preciso descobrir os caminhos mais certos e rápidos para obter o que se quer. (Jodelet, 2005, p.170)

Na pesquisa de Jodelet (2005) assim como na nossa, o conhecimento do outro é imprescindível para “lidar com ele”. A obediência, como afirmado há pouco, é um ponto imprescindível para a boa convivência. Percebemos, entretanto, diferenças significativas no que diz respeito à obediência entre as hospedeiras de *Ainay-Le-Chateau* e nossas cuidadoras. Em *Ainay-Le-Chateau* as transgressões não são admitidas. Não há tolerância nem perdão para os que desobedecem as regras classificadas como indiscutíveis. São “devolvidos” ao hospital ou remanejados de hospedaria. No caso de nossas cuidadoras, a obediência, apesar de considerada bastante importante, não se constitui em critério fundamental para a aceitação. A transgressão muitas vezes é punida, mas não de forma tão fatalista a ponto de romper os laços.

Acreditamos que seja justamente a existência dos laços afetivos, especialmente os de parentesco, construídos na história da família, e mais particularmente na história da díade usuário-cuidador, que permite a flexibilização na negociação das regras, bem como a aceitação e compreensão das possíveis transgressões. Percebemos que a afetividade presente na relação é uma mediadora da percepção e do julgamento das transgressões. A proximidade construída na história das relações, bem como os afetos implicados nessa construção, a nosso ver, certamente tem implicações na dinâmica das representações sociais da loucura e nas práticas dirigidas aos usuários.

No discurso representacional testemunhamos certa complacência com as transgressões e idiosincrasias dos usuários. Percebemos, inclusive, uma identificação entre cuidadora e usuário no que diz respeito às formas de tratamento. As cuidadoras

criticam o tratamento oferecido ao usuário por outras pessoas, compadecendo-se dele. Elas impõem regras, cobram obediência, mas com a modulação do afeto, com a compreensão e o respeito ao ritmo e à dinâmica de funcionamento do usuário, aprendidas na convivência atenta. Ao ver outros o maltratando, ou mesmo sendo inflexíveis com relação às regras, tomam o partido do usuário, ressaltando suas qualidades e se aliando a ele. Reafirmam direito do usuário à singularidade e à negociação. Reafirmam seu direito ao espaço subjetivo, seu direito de circulação, seu direito de exercer atividades domésticas, de possuir objetos pessoais, enfim, de participar ativamente do cotidiano da casa e da cidade.

Neste sentido, supomos que a modulação pelo afeto/parentesco introduz novos posicionamentos, novas formas de relacionamento. Ou seja, o afeto abre espaço para novas práticas, que por sua ligação com as representações sociais, podem potencializar-se em transformações destas últimas.

Com relação ao domínio de si, também referido por Jodelet (2005), este nos parece, em sua pesquisa, circunscrito ao aprendizado da paciência, à dedicação e ao exercício da compreensão e do controle das próprias emoções por parte das hospedeiras. No caso de nossas cuidadoras o domínio de si também tem essas características. Porém, nos parece ir mais além, pela presença do afeto, e da historicidade das relações. Mesmo quando o cuidado torna-se um fardo e a cuidadora tenta se livrar desta responsabilidade, como testemunhamos na fala da “mãe adotiva” de Benedito, diante da impossibilidade de se livrar dele, entra em cena a aceitação e resignação. Aceitação e resignação que também traduzem este “domínio de si”, como pode ser testemunhado na fala “... aparecem as coisas na vida da gente e a gente tem que ir vencendo”, dita de forma emocionada, pela constatação de que sua vida está “cravada” à do usuário.

2.2. Eixo Pensando a convivência com a loucura e o tratamento

Este eixo é composto por duas classes, a **Classe 1: O PVC como redução de danos e o desejo de um tratamento melhor** e a **Classe 4: Sofrimento, desamparo e frustrações: a realidade do cuidado cotidiano**

De uma forma geral, este eixo trata do amplo tema do cuidado, do ponto de vista da vivência das cuidadoras. São apresentadas reflexões sobre o cuidado possível no cotidiano e o cuidado almejado pelas cuidadoras para si e para seus familiares.

As classes 1 e 4 têm uma forte relação entre si ($r=0,70$). Trata-se de dois aspectos complementares que as entrevistadas apresentam ao refletir sobre a

convivência cotidiana com o familiar doente mental. A classe 1 traz reflexões acerca do histórico de adoecimento dos usuários e da distância entre o tratamento oferecido pelo PVC e o que se almeja para o familiar doente, ainda que o PVC tenha uma boa reputação entre os familiares. A classe 4 também traz o histórico de adoecimento, mas não mais do ponto de vista do tratamento. Na classe 4 a ênfase é na sobrecarga afetiva e de trabalho no cotidiano familiar advinda com o adoecimento, em especial para as cuidadoras.

Classe 1: O PVC como redução de danos e o desejo de um tratamento melhor

Quando ele teve o primeiro surto, afastaram ele do trabalho e fizeram com que ele fosse aposentado. Foi um tempo de muito, muito trabalho. Ele foi internado várias vezes em muitas clínicas, e a gente sempre ia visitar. Disseram que ele tinha esquizofrenia. A gente sabe alguma coisa que a gente pesquisa na internet e lê alguma coisa, né, mas eu acho que seria bom ter alguém que estudou pra conversar com a gente, porque a gente não entende nada.

Depois que a gente conseguiu uma vaga no PVC mudou muito. O atendimento melhorou demais. O pessoal de lá é atencioso conosco. Eu nunca liguei pra lá pra ser maltratada. Todo mês sempre vem alguém aqui aplicar a injeção. Eu não tenho nada que reclamar de lá. Só uma coisa que eu queria falar é que, como a gente depende deles pra aplicar a piportil, às vezes passa muito tempo. Ultimamente não tem passado muito, mas às vezes já passaram até uma semana. Outra coisa é que nesses últimos meses não está tendo a visita do psiquiatra. Já tem tempo que o médico não vem.

Com esse tratamento teve também a Nazaré, que fez uma diferença grande ali. Mudou muito depois que a Nazaré veio acompanhar o João mais de perto. Ela chegava, conversava, chamava ele pra sair, era bem legal. Já que a gente conseguiu esse trabalho em casa, eu acho que seria bastante importante que alguém pudesse vir mais vezes pra ver o João, conversar com ele, dizer para o grupo que o João está reagindo assim, assim... Mas o problema também é que, muitas vezes o pessoal da Nazaré quando vinha conversar com ele, ele não atendia. Tem vezes que o rapaz vem aplicar o piportil e ele também não aceita.

Eu acho que devia ter uma clínica para ele ficar por um tempo pra se recuperar. Mas eu acho que nem tem uma clínica assim no Brasil, tem? Mas

também vai e não fica. Agora eles vão pro hospital, tomam medicamento, ficam um tempinho, melhorou um pouquinho, volta pra casa porque é tudo lotado. Eu também nem acho bom ficar lá no hospital porque tem pessoas em condições muito piores do que a dele. É gente se agredindo, andando nu por aqueles gramados, as mulheres correndo nuas... Então eu vejo que as clínicas que atendem psiquiatria estão todas sobrecarregadas, né.

Mas eu não digo nem hospital. Não digo clínica igual assim o HPAP. Eu falo de uma clínica especializada. Mesmo que não curasse cem por cento, mas que melhorasse o quadro dele. Porque ele é muito inteligente, ele sabe ler bem, sabe escrever, sabe conversar que é uma maravilha! Então eu acho assim, se ele tivesse uma atividade, se tivesse um transporte para levá-lo de manhã, ao menos três vezes na semana, eu acho que seria bom. Será que não tem também um medicamento que pode mudar essa situação? Ele tomava a medicação de mês em mês, mas agora é de vinte em vinte dias... E se diminuísse?... É não sei. Eu acho que o tratamento devia ter mais coisas.

O que caracteriza essa classe é o desenrolar da trajetória de adoecimento, em especial no que diz respeito à dimensão do tratamento. Ao longo do discurso representacional, as cuidadoras vão relatando e avaliando os diferentes tratamentos aos quais seus familiares foram submetidos, e deixando sugestões de estratégias de cuidado que consideram ser mais eficazes.

O primeiro ponto que chama a atenção é com relação ao advento da doença mental e os prejuízos sociais e familiares com tal advento. Uma doença violenta que altera de forma importante o funcionamento familiar, onerando os membros da família com a necessidade de atenção e acompanhamento no tratamento. Esse advento também traz implicações importantes especialmente para a vida dos usuários. A partir do primeiro surto, inicia-se uma história de perdas e limitações, como, por exemplo, o afastamento definitivo do trabalho, que coloca o sujeito, quase que inevitavelmente, no caminho da exclusão social, considerando a importância do trabalho em nossa sociedade. Especialmente nas classes menos favorecidas, o trabalho ocupa um lugar central e a doença aparece como relacionada ao não-trabalho ou à não-atividade, já que, como afirma Pegoraro e Caldana (2008), “para esta parte da população o corpo é feito para produzir”. Quem adoece é visto como improdutivo, o não-trabalho se associa ao estar “fraco”.

É possível conhecer o que é a loucura?

A doença mental aparece na família de forma súbita, sem uma preparação prévia e sem nenhum conhecimento por parte dos membros das famílias. Percebe-se um desconhecimento generalizado acerca do objeto loucura/doença mental. Ou, pelo menos, os sujeitos não se consideram autorizados a dizer que têm conhecimento acerca da doença, mesmo convivendo cotidianamente com ela. Sentem-se invalidados em seu conhecimento cotidiano diante de um fenômeno que é objeto de especialistas.

As informações de que dispõem os familiares sobre este objeto são difusas e imprecisas, o que, juntamente com a proximidade deste objeto e a necessidade de posicionar-se diante dele, criam um campo favorável à construção de representações sociais da loucura, o que corrobora os pressupostos da TRS no que tange à construção de representações sociais. De acordo com Moscovici (1978/1961), a título de lembrança, as condições de emergência das representações sociais são justamente a dispersão da informação, a focalização e a pressão à inferência.

Neste caso dos familiares que afirmam o desconhecimento acerca do diagnóstico, não se pode negar que, pela proximidade, é preciso tornar o não familiar em familiar, construir algum conhecimento aquele com quem se convive. De forma paradoxal, afirmar o desconhecimento pode ser uma forma de compreender quem é aquele com quem se convive: é uma pessoa próxima, porém “estranha”, diferente, com comportamentos e pensamentos que não se sabe explicar. É a construção de representações sociais, ou seja, a inclusão de algo novo no sistema representacional, mas que, no caso da loucura, se define exatamente pela alteridade, como sendo o “outro”, o “estranho”, o “não familiar” (Morant & Rose, 1998; Jodelet, 1998, 2005). É mantendo o usuário familiar como o “outro”, que se pode acolhê-lo.

O desconhecimento por parte dos familiares acerca da loucura/doença mental, a nosso ver, denuncia ainda uma falha importante no tratamento oferecido aos usuários e seus familiares ao longo da trajetória desses sujeitos. Se considerarmos o tempo de adoecimento dos usuários do PVC, é de causar espanto que os familiares não saibam do que se trata. Trata-se de famílias que convivem com o adoecimento há, no mínimo dez anos, e que sempre mantiveram relações constantes com os serviços de saúde, por meio das consultas psiquiátricas e inúmeras internações.

O que podemos inferir é que, apesar do contato constante com serviços de saúde, a dimensão da informação, da formação e capacitação dos familiares para o cuidado, não parece fazer parte do rol de atribuições e práticas dos serviços e seus profissionais.

O saber sobre a doença parece ficar a cargo de cada família em particular, o que fere a Lei 10.216 - Lei Federal de Reforma Psiquiátrica - que afirma como um dos direitos da pessoa acometida de transtorno mental “receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento” (Art 2º, parágrafo único, inciso VII).

O desconhecimento dos familiares acerca da doença, além de revelar uma falha no tratamento que fere a própria legislação em saúde mental, também nos parece revelar a enorme distância, historicamente imposta entre o mundo dos “especialistas” e o mundo das “pessoas comuns”. Podemos inferir que os “especialistas” que passaram pela vida desses usuários e familiares não consideraram importante ou necessário compartilhar seu conhecimento. Além disso, provavelmente, consideraram os saberes trazidos pelos familiares e usuários, ou seja, o conhecimento do senso comum, como permeado de ignorâncias, simplificações e erros, sem eficácia para o tratamento que propuseram. A comunicação entre esses dois mundos, ao longo da trajetória de tratamento, parece ter se resumido a prescrições e orientações pouco conectadas com a vida real, concreta e cotidiana dos familiares e usuários.

As afirmações acima são confirmadas pelos relatos das consultas médicas realizadas nos serviços públicos de saúde, nas quais os usuários não se sentem à vontade, ou não consideram importante falar o que sentem. Muitas vezes não compreendem o que os médicos falam, mas também não se sentem encorajados a tirar as dúvidas. É bem comum, como observamos em nossa experiência de trabalho, a desqualificação do saber próprio diante dos saberes considerados socialmente competentes.

No caso apresentado no discurso representacional, a informação que se teve acerca da doença foi o nome da psicopatologia, no caso Esquizofrenia, o que não atende à necessidade das pessoas de compreender o que acontece com seus familiares. Ao se depararem, entre os entrevistados de sua pesquisa, com a distância entre a informação obtida e a necessidade de entendimento, Pegoraro e Caldana (2008, p.302) concluem que,

...como a necessidade de entendimento passa pela idéia de *concretude*, as explicações sobre o dinamismo mental, e, ainda, aquelas que comportam termos técnicos, de psicopatologia, estão muito distantes do universo compartilhado pelos entrevistados. Isto não significa que os familiares tenham uma gama limitada de compreensão sobre o fenômeno, que não sejam capazes de compreender o que lhes é comunicado, apenas que do modo como isto é feito,

com os termos utilizados, não se consegue atingir o seu modo de se relacionar com a doença.

Partindo deste raciocínio podemos também nos perguntar de qual conhecimento se está falando. A cuidadora que afirma sua ignorância no assunto, já pesquisou durante muito tempo na internet e, muito provavelmente, já encontrou definições e explicações sobre a esquizofrenia. Mas, talvez não seja desse conhecimento formal de que se fala. Parece-nos tratar-se de uma difícil familiarização com um objeto de representações sociais que nunca se esgota no que provoca de sentimento de estranheza. A convivência cotidiana provavelmente deixa muitas dúvidas e perguntas que não são respondidas: “de onde vem essa doença?”; “Será que tem cura?”; “Será que ele pode voltar a ser o que era?”; “Será que os médicos estão tratando ele de maneira correta?”, dentre outras inúmeras que, supomos, permeiam o cotidiano das cuidadoras. Perguntas que denunciam a impossibilidade de explicar a loucura somente no campo da racionalidade.

Voltando ao modo de relacionamento entre os “especialistas” e os que são por eles atendidos, essa relação nos revela uma visão de ciência e de sociedade que a TRS vem se contrapor, na medida em que confere um novo *status* aos conhecimentos advindos do senso comum. Moscovici (1978/1961) traz importantes reflexões acerca das relações entre o universo reificado da ciência e o universo consensual, das ditas pessoas comuns. O modo tradicional de conceber o conhecimento científico como prerrogativa de poucos, que marca a história e a atuação da Psiquiatria enquanto ciência, vê a passagem do conhecimento científico ao senso comum como uma ruptura deplorável, considerando que há um enfraquecimento da lógica formal e da razão. Para Moscovici (1978/1961, p.26), entretanto,

Essa atitude nobre é, contudo, excessivamente unilateral e limitada. Ela ignora que, pelo contrário, essa ruptura é condição necessária para a entrada de cada conhecimento físico, biológico, psicológico, etc., no laboratório da sociedade. Todos eles aí se encontram, dotados de um novo *status* epistemológico, sob a forma de representações sociais.

Neste sentido, a TRS traz uma importante contribuição ao campo da saúde mental que é justamente se ocupar das representações sociais construídas nesta passagem dos conhecimentos do universo reificado para o universo consensual. Universo este onde o conhecimento se atualiza constantemente de acordo com as condições do ambiente onde se desenvolvem e a partir das necessidades dos atores sociais que o habitam. Acreditamos, em concordância com a literatura referente aos

familiares de usuários dos serviços de saúde mental (Colvero, Ide & Rolim, 2004; Pegoraro & Caldana, 2006; Pegoraro & Caldana, 2008; Cavalheri, 2010; Dimenstein et al, 2010; dentre outros), que a atenção ao ambiente real, às pessoas reais e ao conhecimento científico nele (re)formulado na forma de um conhecimento prático, abre possibilidades de diálogo e construção de intervenções mais eficazes no campo da saúde mental.

PVC: a saúde mais perto, porém não tão perto...

A atuação do PVC aparece como uma oportunidade de romper a distância entre “reificado” e o “consensual” e também entre o prescrito e o real no que tange o cuidado em saúde mental. O deslocamento da equipe profissional até o local de moradia, o conhecimento do ambiente onde vivem usuários e familiares, a constância (ainda que com atrasos) das visitas de medicação, a atenção personalizada, abrem um espaço de diálogo - ainda que curto e muitas vezes apressado - e de conhecimento mútuo entre esses grupos.

Percebe-se que o programa possui boa reputação entre a maioria de seus usuários e familiares. Ao longo do período em que acompanhamos as visitas domiciliares ficou evidente a percepção dos familiares com relação melhoria do tratamento após o ingresso do usuário no PVC. Percebem-se melhorias concretas na vida dos usuários, em especial no que diz respeito à interrupção ou, pelo menos, diminuição na ocorrência de crises, o que teve como consequência direta a diminuição significativa das internações, como mostrado anteriormente. Outro ponto destacado no discurso representacional é com relação ao próprio atendimento prestado pelos profissionais. Mais atenção, mais educação e receptividade, o que, muito provavelmente, diferencia-se do tratamento recebido nos hospitais psiquiátricos pelos quais passaram os usuários.

Outro ponto positivo ressaltado no discurso representacional foi a atuação da terapeuta ocupacional que trabalhava no PVC até o final do ano de 2010. Como apresentado anteriormente, essa profissional fez um trabalho de escuta e acompanhamento sistemático de alguns usuários e seus familiares, auxiliando na construção de projetos terapêuticos e no assessoramento e capacitação das famílias para lidar com as dificuldades cotidianas. Além da escuta com este grupo de usuários e familiares, a profissional também fez um trabalho de construção de uma rede social de apoio, em que este grupo se visitava, fazia passeios, comemorava aniversários, dentre

outras atividades de socialização. Em concordância com Dimenstein, Sales, Galvão e Severo (2010), consideramos este trabalho de incentivo à participação da família nas diversas redes de suporte social e comunitário que possam existir no seu entorno um trabalho de fundamental importância para a consolidação do paradigma psicossocial.

Entretanto, apesar das melhorias no tratamento, percebemos que o atendimento prestado pelo PVC ainda está aquém das necessidades cotidianas dos usuários e suas famílias. Algumas queixas e críticas deixam-se entrever, ainda que de forma bastante sutil e discreta. Entendemos a sutileza das críticas como uma forma de preservar as boas relações com o programa. Ficou evidente em algumas visitas e entrevistas o medo de que os usuários fossem “cortados” do programa, perdendo sua vaga e o direito ao atendimento domiciliar, haja vista as melhorias conquistadas.

Mesmo não havendo nenhum tipo de ameaça por parte da equipe no sentido de retirar os usuários do programa, as críticas e sugestões são colocadas pelos familiares de forma tímida, até constrangida, mesmo após nossa afirmação da importância de tais críticas e sugestões para o aprimoramento do programa. Essa atitude dos familiares nos permite retomar a afirmação de Valentini Jr e Vicente (2001) de que a percepção de caridade inviabiliza a crítica, sob pena do criticante ser considerado ingrato e, por isso, ser destituído de seu benefício. Neste sentido, podemos inferir que o cuidado oferecido pelo programa ainda não é visto como um direito adquirido, como parte de uma nova concepção de tratamento, mas sim como uma caridade, uma bondade, ou atenção especial daquele profissional que inseriu o usuário. Vale ressaltar que essa percepção por parte de familiares e usuários não se restringe somente ao PVC, mas à maioria dos serviços públicos de saúde, onde ainda persiste a lógica da caridade.

Das poucas críticas e sugestões feitas ao PVC destacam-se três: 1) os atrasos no dia de ministrar a medicação injetável; 2) a ausência de um acompanhamento mais sistemático dos usuários no domicílio por um profissional que faça um trabalho de escuta e construção de redes sociais e 3) a enorme distância entre as visitas da psiquiatria.

Com relação aos atrasos da medicação e a distância entre as visitas da psiquiatria, estas críticas também são feitas pelos próprios profissionais e são justificadas pelos problemas estruturais do programa, como foi apresentado anteriormente.

A crítica relativa à ausência de um acompanhamento mais sistemático nos parece importante por dois motivos. O primeiro motivo é que este trabalho de escuta e

visitas mais sistemáticas foi praticamente interrompido com a saída da terapeuta ocupacional do PVC no início do ano de 2011. O trabalho por ela iniciado ainda não teve uma continuidade, em virtude dos problemas estruturais do PVC, já comentados anteriormente. Outro motivo pelo qual consideramos importante esta crítica é pelo fato de que houve um reconhecimento da importância da escuta e do contato social como propulsores de melhorias na situação dos usuários. Este reconhecimento revela, de certa forma, alguma mudança de representações sociais da loucura, na medida em que se considera a possibilidade de diálogo e de entendimento por parte do usuário, e acredita-se também em alguma possibilidade de melhora, tradicionalmente desacreditada em usuários tão comprometidos.

Com relação à distância entre as visitas da psiquiatria o que percebemos é que há uma quantidade enorme de usuários que têm a mesma prescrição medicamentosa há muitos meses e até anos, sem reavaliação, como comentado anteriormente. Essa falta na reavaliação faz com que a medicação tomada pelos usuários, muitas vezes, perca sua eficácia e o usuário volte a apresentar os sintomas indesejados da doença, mesmo fazendo uso da medicação injetável. Talvez daí o pedido, apresentado ao final do discurso representacional, por uma medicação que possa mudar a situação do usuário e sua família.

Entendemos também esse pedido por “*um medicamento que pode mudar essa situação*” como tendo uma forte influência do modelo biomédico, incrustado historicamente na vida dos usuários e seus familiares, no qual a administração do remédio ocupa posição privilegiada no rol das intervenções. Não podemos negligenciar que há uma idéia culturalmente difundida de que a medicina está associada ao remédio e à cura (Silva & Santos, 2009), ou seja, se o usuário ainda não foi curado, é porque não foi encontrado o remédio exato para seu problema.

Não nos cabe, neste trabalho, um aprofundamento dos significados da medicação, haja vista a complexidade do tema da medicalização no mundo moderno, que foge aos nossos interesses específicos de pesquisa. Entretanto, não podemos nos furtar a apresentar, ainda que de forma breve e incompleta, uma importante reflexão de Lefèvre (1991) acerca do medicamento como mercadoria simbólica. Este autor faz uma leitura crítica da forma como nossa sociedade moderna vem tratando o tema da saúde. Para este autor, a saúde nos dias atuais vem passando por um processo de alienação e reificação, o que tem como uma de suas conseqüências a “hipertrofia da dimensão orgânica da saúde em detrimento das suas dimensões não orgânicas” (p.41/42). Neste

processo de alienação/reificação, a saúde vem assumindo cada vez mais as características de uma mercadoria. O autor alerta para o fato de que, em nossa sociedade capitalista, consumista, a mercadoria não é apenas um objeto de sentido, um produto, mas assume também a qualidade de produtora de sentido, portanto, de símbolo. Assim,

A mercadoria medicamento pode então ser hipoteticamente considerada, de acordo com a reflexão semiológica, como um dos símbolos ao lado de outros, como por exemplo, a Saúde, em sociedades capitalistas como a brasileira. Ou mais precisamente, o medicamento é um simbolizante que aparece como permitindo, ao ser consumido, a realização ou materialização de um simbolizado: a Saúde (Lefèvre, 1991, p.53).

E por que não pensarmos neste “medicamento mágico” como sendo um dos elementos de representação? Podemos supor que esse pedido é sustentado por uma crença em algo maior, mágico, que tem o poder de curar e mudar o rumo da história dos usuários-familiares, retirando-o do caminho anunciado da cronificação.

Um tratamento eficaz: entre o desejo e a realidade local

O pedido por este medicamento mágico vem acompanhando no discurso representacional, a sugestão de um tratamento mais contínuo. Um tratamento a ser realizado algumas vezes na semana, em um local onde o sujeito possa realizar atividades, treinar suas habilidades, enfim, melhorar sua condição. Este tratamento, além de ser um desejo dos familiares, é algo perfeitamente factível se considerarmos o que preconiza a política nacional de saúde mental, mas que não encontra ressonância na realidade local. Percebe-se um total desconhecimento de outros dispositivos de cuidado para além do velho, decadente e superlotado hospital psiquiátrico. Velho, decadente, superlotado, mas que infelizmente, é com o que se conta nos momentos de necessidade de uma atenção mais sistemática.

O desconhecimento de outros dispositivos de cuidado é preocupante, pois foi observado em quase todas as entrevistadas. Das oito familiares entrevistadas, somente uma conhecia a existência de um CAPS, pois seu irmão já havia recebido uma visita de profissionais do CAPS local, mas não sabia exatamente do que se tratava. Trata-se de um desconhecimento preocupante por revelar a ineficácia e precariedade da rede de serviços substitutivos no DF e o atraso desta unidade da federação com relação à implementação da política nacional de saúde mental.

O desconhecimento de outros dispositivos de cuidado é preocupante também por revelar a falta de um trabalho do PVC com seus usuários e familiares no que diz respeito à conscientização de seus direitos de tratamento. Essa crítica é feita pelos próprios profissionais do programa, quando afirmam que o PVC ainda deixa muito a desejar na construção da autonomia e cidadania de seus usuários, atribuição conferida aos novos serviços dentro do que preconiza a política nacional de saúde mental. No que cabe às familiares entrevistadas, não se pode cobrar ou exercer qualquer tipo de controle social sobre aquilo que não se conhece a existência.

Neste sentido, a partir da fala das familiares entrevistadas, consideramos o PVC como um programa que vem empreendendo um importante trabalho de redução dos danos causados pela doença, mas que precisa estar melhor articulado com uma rede de atenção mais ampla, que é, porém, ainda fragmentada. Esta redução de danos empreendida pelo PVC, ainda que reconhecidamente importante, mostra-se insuficiente para transformar de forma significativa a realidade cotidiana de desamparo, sofrimento e frustrações dos familiares como podemos ver a seguir, na Classe 2.

Classe 4: Sofrimento, desamparo e frustrações: a realidade do cuidado cotidiano

O discurso representacional característico desta classe foi reconstruído em forma de um diálogo entre duas familiares que foram apontadas pelo *software* como sujeitos típicos. Trata-se de irmã e mãe, responsáveis pelo cuidado de usuários homens, com diagnóstico de esquizofrenia. Estes usuários estão adoecidos, um há quinze anos, o outro há onze anos.

Meu irmão, ele trabalhava fora, trabalhava fichado numa empresa. Ai de repente ele começou, quando recebia o salário, ficar comprando umas besteiras, ficava juntando um monte de latinha, de leite ninho, de todinho... Aí a gente começou a prestar atenção que tinha alguma coisa diferente, que ele estava ficando doente. Quando adoeceu ele tinha uns dezoito anos. Nessa época ele chegou a fugir e foi difícil pra encontrar. Ele também chegou a agredir minha irmã lá do Recanto das Emas, agrediu meu pai já um monte de vezes, meu tio, minha mãe. Ele ainda tem essa mania, de agredir e correr, mas antigamente, no começo, ele agredia bem mais. Já está fazendo mais ou menos quinze anos que ele está assim.

No começo, quando meu filho adoeceu, pra mim também foi muito difícil. Tinha um ano que eu estava trabalhando, aí o João Pedro adoeceu. Eu tinha um cargo até mais ou menos no meu trabalho. Acontece que o João Pedro não me deixava fazer nada, eram muitos problemas. Eu realmente fiquei perdida, não consegui cuidar do meu filho e trabalhar, entendeu. Aqui em casa eu não tinha muita ajuda também. Não fui amparada no meu setor e acabei perdendo meu cargo por causa disso. Ah, e ainda larguei a faculdade que eu fazia. Foi muito difícil pra mim ver meu filho assim a ponto de ter que deixar minha vida de lado. Acabou que eu adoeci também. Adquiri fibromialgia, me deu depressão. Hoje eu também tomo antidepressivo. Eu sofri muito!

Mas olha como são as coisas... eu tive que adoecer pra conseguir cuidar dele. Doente eu tenho um atestado que me dá direito à licença médica pra eu poder acompanhar meu filho, porque aqui só sou eu mesma. Só que tem uma coisa, quando me dá as crises de dor eu não consigo cuidar dele, não consigo mesmo! Eu acho que a gente merece um amparo legal. Eu até fiquei sabendo que quando a mãe deixa de trabalhar pra cuidar do filho deficiente ela tem direito a um salário, é verdade?

E no meu caso que sou irmã e que também tenho que cuidar da minha mãe e do meu irmão que são doentes? Como é que eu faço? Eu preciso trabalhar, eu também tenho filho, sobrinho e sustento a casa. Tudo bem que ele recebe o salário dele, mas não dá pra sustentar esse tanto de gente.

Ainda mais agora que o HPAP não está mais internando?!... É muito difícil conviver com pessoas assim, todo dia na casa da gente... Eu preciso trabalhar, tenho que botar minha filha numa creche, não tenho dinheiro pra pagar ninguém pra ficar aqui... até mesmo porque eu acho que ninguém vai aguentar... Então, quem vai cuidar da minha mãe e do meu irmão? Eles acabam ficando aí assim meio largados, mas não é porque eu queira... é o que dá pra fazer...

Mas a vida é assim mesmo... Na verdade é bem complicado, por que vai passando de um pro outro, né. Antigamente quem olhava meu irmão era meu pai. Aí meu pai faleceu e passou a responsabilidade pra minha irmã que mora no Recanto das Emas. Agora sobrei eu, que sou a mais nova. Não tem outro jeito, é meu irmão, eu que tenho que cuidar... mas não é fácil!

No meu caso, meu ex-marido saiu de casa e fiquei segurando a onda dos meninos pequenos e do João Pedro. No final das contas, para eu poder ficar cuidando do meu filho, o que eu faço com todo amor, eu acabei frustrando uma coisa que eu gostava muito de fazer. Eu comecei a fazer faculdade três vezes e nunca consegui concluir... a minha maior frustração é essa. Mas eu vou conseguir ainda.

Esta classe mostra a trajetória de adoecimento, desta vez, sob a perspectiva das transformações impostas à vida das cuidadoras, que passaram a sofrer visível sobrecarga, tanto no que se refere às questões objetivas, quanto subjetivas. As transformações no cotidiano com o advento da doença mental e a sobrecarga dos cuidadores é um tema já bastante explorado pela literatura científica (Souza, Pereira & Scatena, 2002; Rosa, 2003; Colvero, Ide & Rolim, 2004; Randemark, Jorge & Queiroz, 2004; Bandeira & Barroso, 2005; Pegoraro & Caldana, 2006; Borba, Schwartz & Kantorski, 2008; Pegoraro & Caldana, 2008; Silva & Santos, 2009; Cavalheri, 2010; Dimenstein et al, 2010; dentre outros vários) e que, portanto, a existência desta Classe 4 vem somente confirmar sua importância.

Silva e Santos (2009) realizaram um estudo com mães de esquizofrênicos cujo objetivo foi traçar um panorama do percurso da vivência dessas cuidadoras com o transtorno esquizofrênico, buscando distinguir os diferentes momentos e as diferentes sobrecargas e necessidades engendradas em cada momento. Os autores identificaram sete momentos: o estranhamento, o estigma da loucura, a chegada no consultório médico, o diagnóstico, a resistência ao tratamento, as mudanças na vida e a aceitação ou resignação.

Os momentos acima citados também apareceram em nossas entrevistas com as cuidadoras. Neste discurso representacional ficaram bem marcados os momentos do estranhamento inicial, o estigma da loucura, as mudanças na vida e a aceitação/resignação, com todos os seus problemas e correlatos emocionais.

O discurso representacional se inicia com o diálogo entre as familiares sobre o momento inicial do adoecimento, quando apareceram os primeiros sintomas. Os comportamentos estranhos, o afastamento do trabalho e os rompantes de agressividade, tal como na pesquisa de Silva e Santos (2009), foram os primeiros indícios que provocaram um estranhamento com relação ao familiar, que culminaram com a necessidade de buscar ajuda. No caso da irmã, que inicia o discurso representacional, a

agressividade foi o principal ponto de estranhamento, que provocou mudanças importantes no equilíbrio familiar.

O depoimento da mãe relativo ao início do quadro de adoecimento revela seu intenso sofrimento psíquico quando da constatação da doença mental do filho. Acreditamos que o sofrimento advém não somente das transformações na vida concreta, mas também se relaciona com o estigma da loucura que, segundo Silva e Santos (2009), no imaginário social vem acompanhado de uma forte conotação negativa. Neste sentido, em todas as entrevistas realizadas com as mães, percebe-se uma tentativa de distinguir a doença mental da loucura, sendo a doença mental, mais aceitável. O grande distintivo entre essas duas entidades nos parece ser a agressividade, como podemos observar no trecho de uma das entrevistas apresentado a seguir, cujo teor se repete nas entrevistas de outras mães:

./../ meu filho é uma benção dentro de casa. Se eu falar que ele é agressivo... Muito pelo contrário, ele tem medo de mim.... ele nunca foi agressivo. Quando os meninos estavam aqui [os filhos que hoje estão casados] começavam a brigar entre eles, ele vinha lá e dizia: não faz isso não! Ele odeia, ele odeia a pessoa que fala alto e a pessoa que briga, ele odeia. ./../ Ele lembra assim de coisas muito antigas e pensa que é do mesmo jeito, então ele tem esse negócio. Mas agora: “vai no mercado e compra uma coca pra mim”, ele vai e compra. Então ele não é louco, entendeu? Não é louco, louco ele não é. Ele tem a esquizofrenia. ./../ é um menino bom, ele não é um menino de bater, de dar porrada... se a pessoa quer bater nele ele sai de perto. Se a pessoa vai atrás pra bater, ele vai se distanciando, até a pessoa bater, mas ele não tem coragem de ficar batendo, dando porrada, gritando, e ele odiava ficar perto dos loucos. Ele odeia ficar perto de doido.

Importante relatar que, em nossas observações, percebemos uma tendência, no caso específico das mães, em negar a ocorrência da agressividade, provavelmente em função de seu caráter de denúncia da loucura. Vale lembrar que a agressividade e a imprevisibilidade que a acompanha são elementos fortemente relacionados com as representações sociais da loucura. Quando era inevitável reconhecê-la, a agressividade foi minimizada pelas mães ou colocada como uma reação normal a uma situação concreta, mas não como parte do funcionamento habitual do filho. A negação da agressividade no caso das mães nos parece uma forma de proteger o filho do estigma da

loucura e proteger ainda sua identidade enquanto mãe. Proteger-se do sentimento de fracasso e culpa, comumente percebida em face do adoecimento do filho (a).

Outro depoimento nas entrevistas que nos parece interessante é no caso de outra mãe, cujo filho já apresentou inúmeros episódios de agressividade com todos os membros da família, inclusive tendo-a agredido e machucado a ponto de ter que ser levada ao hospital. Neste caso, a agressividade não foi por ela mencionada, tendo sido denunciada pela irmã do usuário, presente no momento da entrevista. Mesmo apresentando episódios de agressividade, a loucura foi negada pela mãe. Neste caso, em face da agressividade, a loucura passou a ser identificada e distinta da doença mental por outro ângulo: o exercício público da sexualidade e da agressividade.

!.../ ele não é doido. Ele simplesmente tem um distúrbio. Eu falo: o meu filho, ele não é doido, certo? Simplesmente ele tem só um distúrbio. !.../ Eu acho que é uma pessoa doida é aquela pessoa que sai no meio da rua quebrando tudo, quer tirar a roupa, fica pelado. Ele nunca fez isso. Ele sempre brincou com o bilau... mas dentro de casa. É só dentro de casa. Ele pega assim, olha, fica brincando, mas ele nunca... ele não mostra pros outros na rua...

Já no caso das irmãs, sobrinhas ou da “cuidadora adotiva”, a agressividade pôde ser revelada de forma menos constrangedora, talvez pelo menor grau de ameaça de sua identidade. No caso dessas cuidadoras que não são as mães, percebe-se, apesar do sofrimento também presente, uma maior facilidade em aceitar a doença mental, e, inclusive, uma maior facilidade em reconhecer o parente como louco ou doido... “*ele era doido mesmo, doido de jogar pedra. ele era... nossa senhora, misericórdia!*” (depoimento de uma irmã).

Como pode ser observado, o estigma da loucura tem um peso grande para as cuidadoras, em especial as mães, que vêem sua identidade bastante comprometida. Daí a necessidade de protegê-la, negando alguns comportamentos que denunciem qualquer proximidade com os elementos que constituem as representações sociais da loucura, comumente partilhadas socialmente: agressividade, imprevisibilidade, sexualidade exacerbada e pública.

Não podemos, entretanto, reduzir o sofrimento das cuidadoras somente ao estigma da loucura. As expectativas de futuro frustradas, bem como testemunhar a degradação psíquica e comportamental de um familiar - um ente próximo e querido - “que era normal” também são motivos de intenso sofrimento. Concordamos com Rosa (2003) quando esta autora afirma, baseada em entrevistas realizadas com profissionais,

familiares e usuários de serviços de saúde mental, que os cuidadores são afetados subjetivamente pelos sintomas dos usuários, e apresentam um intenso nível de envolvimento emocional ao longo de grandes períodos. Em sua pesquisa, Rosa (2003) concluiu que não é raro encontrar familiares que desenvolveram algum transtorno mental após assumir a condição de cuidadores e que, para esses cuidadores é muito difícil desligar-se ou manter um distanciamento emocional do problema. Esse envolvimento gerador de intenso sofrimento fica evidente no discurso representacional, onde as cuidadoras revelam sofrimento psíquico e doenças outras desenvolvidas após a constatação do adoecimento do familiar.

No caso de uma das cuidadoras entrevistadas foi, inclusive, “necessário adoecer” para poder garantir o cuidado com o filho, que precisa de atenção constante. A necessidade de atenção constante e a falta de suporte social impõem uma série de restrições à vida das cuidadoras, que acabam abrindo mão de projetos pessoais e, muitas vezes, de sua própria saúde, para dar conta de cuidar do familiar.

Neste discurso ficou bastante evidente também a sobrecarga financeira, o que, mais uma vez, corrobora os achados da literatura. Além de abrir mão da renda que o familiar adoecido ganharia, as cuidadoras, muitas vezes, ficam impedidas de trabalhar, o que acarreta uma precarização nas condições objetivas de vida, aumentando ainda mais o sofrimento. Neste sentido, em acordo com os achados de Pegoraro e Caldana (2008), percebe-se que a situação de pobreza cotidiana implica em uma somatória que vai muito além da convivência com o portador da doença mental, que por si só, já é considerado um fardo.

A sobrecarga financeira, aliada à sobrecarga dos cuidados cotidianos, são fatos importantes que merecem maior atenção por parte das políticas públicas de saúde mental. Ainda que ao usuário dos serviços de saúde mental seja facultado o direito a benefícios sociais (Benefício de prestação continuada, Bolsa auxílio De Volta Pra Casa, dentre outros benefícios), o que já é um grande avanço da política nacional, eles são insuficientes para a manutenção de uma família, como fica evidente no discurso representacional. Em um dos depoimentos, percebe-se claramente a sobrecarga financeira de uma das cuidadoras, que acumula, além da função de cuidadora, a função de mantenedora da casa e de seus próprios filhos. O benefício recebido pelo irmão não é suficiente para sustentar toda a família, o que a obriga a trabalhar fora, deixando o irmão e a mãe sem o cuidado e a atenção adequados às suas necessidades.

Esta situação específica merece atenção, pois nos parece reveladora de uma realidade que se estende a outras cuidadoras. Para poder cuidar da mãe e do irmão que são doentes mentais, a cuidadora tem que trabalhar fora e, para tanto, construiu um quarto com banheiro, grades nas janelas e cadeado na porta. Neste quarto, deixa trancado o irmão, pois este apresenta um quadro constante de agressividade e ela teme pela segurança da mãe, uma senhora idosa, também doente mental e das filhas pequenas que moram com ela. Uma situação degradante e obviamente violadora de direitos humanos, posto que caracteriza cárcere privado. Entretanto, qual solução viável para esta cuidadora e sua família? Quais outros recursos poderiam ser mobilizados para auxiliar esta cuidadora na atenção ao(s) seu(s) familiar(es)? Como a atenção básica poderia entrar neste circuito e com quais ações? Como mobilizar a comunidade, a vizinhança para que possam ser pontos de apoio a esta cuidadora?

Ao ser questionada pela equipe do PVC sobre essa situação, ela responde que trancar o irmão foi a solução encontrada para garantir a segurança e a vida da mãe e das crianças, já que o HSVP não fica mais com o irmão por períodos mais longos. Além dessa justificativa, não poupa o hospital de uma crítica feroz ao tratamento oferecido:

Porque famílias pobres não têm condição de pagar um internado igual rico paga, e que por isso recupera fácil. /.../ Pagam um internado bom, que tem uma vida bem legal, saem normais. Porque eles têm dinheiro! Agora a gente não tem dinheiro pra pagar um internado bom pra ele, aí vai pro HPAP e lá se mistura com gente de todo tipo. Ele aprendeu a fumar lá no HPAP, porque quando ele era são, ele não fumava. /.../ Porque aquele hospital, nossa, está acabado! Com um governo que a gente tem ter um hospital acabado daquele jeito! Ele faz consulta lá há mais de vinte anos, eu nunca vi uma reforma lá! Então eu acho que deveria ser uma coisa melhor. Porque eles não podem ser tratados igual a cachorro não! Ué, num hospital daquele! Já vi gente que já fugiu de lá... e a responsabilidade do hospital? Sim, porque enquanto está lá, o hospital que é responsável, né. /.../ Tinha que ter uma reforma mesmo ali. Não, mais seguro não! Em tudo! Uma reforma em tudo! Tinha que ser uma coisa bem legal, né. Ali é igual a uma prisão! Eles falam da gente, mas ali é igual a uma prisão também! /.../ O hospital é acabado mesmo! Todo mundo se queixa com razão.

Diante da necessidade de sobrevivência, segurança e, devido à precariedade da rede de saúde mental no DF, o despreparo das equipes de atenção básica e da comunidade, a situação de fato parece insolúvel. Ou o cárcere privado, ou o destrato

oferecido pelo hospital psiquiátrico. O serviço substitutivo existente na cidade de moradia dessa família funciona ainda de forma precária e, apesar de já ter se prontificado a visitar este usuário, provavelmente terá grandes dificuldades em atender à demanda de atenção contínua que este tipo de usuário, já tão comprometido, requer. Trata-se de um CAPS que ainda não tem um espaço físico adequado às atividades, funciona com uma equipe mínima para atender uma enorme demanda por tratamento e não abre todos os dias da semana.

Neste caso, e acreditamos, em vários outros, a implementação parcial e não planejada no DF da política nacional de saúde mental, ao invés de auxiliar na melhoria da qualidade de vida para usuários e seus familiares, teve como consequência a desassistência, indo justamente na contramão do que se pretende. Por falta de uma rede estruturada, apesar de não ser o ideal mesmo no olhar das próprias cuidadoras, a internação psiquiátrica ainda ocupa um importante lugar na organização do cuidado.

Ao contrário do que se pode pensar, apesar de alguns cuidadores internarem seus familiares como forma de “se livrar do incômodo”, a grande maioria dos cuidadores vê a internação psiquiátrica como uma extensão do cuidado e das obrigações familiares. Em todas as entrevistas foi percebido que a internação psiquiátrica é um recurso utilizado somente em momentos de crise, nos quais as cuidadoras se vêem exauridas e insuficientes em sua capacidade de cuidar. Este dado corrobora os achados da pesquisa realizada por Rosa (2003), na qual a autora verificou entre os familiares cuidadores que a internação aparece como alternativa preferível ao abandono. Da mesma forma, Vasconcelos (1992) aponta a internação psiquiátrica como um mecanismo de refúgio e proteção social para o usuário em sofrimento psíquico grave, além de ser uma forma de dividir a responsabilidade da família com pessoas teoricamente mais preparadas para o cuidado em saúde mental. O estudo de Tsu (1993) também aponta na mesma direção. Em seu estudo, afirma que, ao contrário do que possa parecer, o recurso à internação psiquiátrica não deve ser entendido como uma omissão no cuidado por parte da família, mas sim, como uma forma de pressionar o Estado em sua responsabilidade pública com o cuidado à saúde mental, numa luta – ao mesmo tempo individual e política - contra a desassistência.

Neste sentido, os serviços instituídos como responsáveis pelo tratamento se apresentam como um dos principais pontos de amparo aos cuidadores em sua árdua tarefa de cuidar de um doente mental, o que justifica a forte ligação desta classe temática com a anterior. Outro ponto que une as duas classes nos parece ser a

insuficiência dos serviços no que diz respeito à assistência ao grupo familiar, ou pelo menos ao cuidador mais diretamente responsável. Assim, concordamos com Vecchia e Martins (2006, p.165) quando estes autores apontam para a necessidade de ampliação das ações prestadas pelos serviços de saúde mental no que tange aos cuidados com a família, em especial com os cuidadores:

Processos de educação em saúde voltados para o esclarecimento do caráter social do sofrimento psíquico, da necessidade do diálogo para superação de dificuldades relacionais na família e da resolutividade do quadro agudo de transtorno mental sempre que o apoio familiar e da comunidade estão presentes seriam passos importantes para a superação das dificuldades apontadas, além do cuidado clínico propriamente.

Outro ponto que aparece nesta classe temática, ainda relacionada com a sobrecarga do cuidado, é a visão da responsabilidade pelo cuidado como uma herança familiar. A responsabilidade pelo cuidado é algo que passa de um membro a outro da família, em especial às mulheres, por sua missão historicamente construída de cuidar não somente da prole, mas de todo o grupo familiar. Poucos são os homens que fazem este papel, o que talvez se justifique pela não inclusão do cuidado doméstico e da atenção personalizada a membros da família no rol de suas atribuições sociais. Para as mulheres verifica-se uma transferência compulsória do cuidado, que nada mais resta a não ser a conformação. Frustram-se expectativas, adiam-se planos em nome de sua “nobre” e “natural” responsabilidade de cuidar.

A responsabilidade da família pelo cuidado, as características necessárias à pessoa cuidadora, bem como as explicações elaboradas pelas cuidadoras acerca do adoecimento são temas aprofundados no **Eixo/Classe 2**, apresentado a seguir.

2.3. Eixo/Classe 2: A resignação diante da missão de cuidar

Eu não sei se o problema dela é hereditário. Algumas pessoas dizem que é porque ela quebrou o resguardo, outros dizem que foi macumba, e não sei mais o quê... Eu só sei que de repente, assim, bateu um pânico na mente dela. Eu acho que o cérebro é uma coisa que gira, que tem um momento que... sei lá, não sou médica pra saber. Esses dias fiquei pensando que isso aí não era dela não... ela não nasceu louca, era uma pessoa normal igual a gente mesmo. Sabe, às vezes eu penso que esse problema de mentalidade, das pessoas pegar trauma, isso pode acontecer com qualquer um de nós. Eu acho que até a vida financeira

influi muito. O carinho das pessoas, a convivência do marido com a esposa... a Olívia mesmo não teve estrutura para aguentar o casamento. A gente falava pra ela separar, mas ela não quis. O marido maltratava muito ela, aí, acho que porque ela não tinha uma natureza mais branda, com condição pra aguentar as coisas, era mais agitada, não tinha paciência, ficou desse jeito.

E aí o que é que a gente pode fazer, a não ser ajudar? Quando eu vi minha irmã mais velha naquela situação, peguei logo pra cuidar dela, porque a responsabilidade é da família, né. Além disso, eu acho que eu era a única com condições de cuidar. Eu tenho dó das pessoas idosas, das crianças, eu não gosto de maltratar ninguém. Eu acho que tem que ter respeito e as pessoas hoje não têm. Desde criança eu fui assim, eu entendo as pessoas, eu converso. Aqui perto tem uma outra igual à Olívia que a família tratava muito mal. Pra mim são coisas que dói ver. Às vezes ela chegava aqui e da mesma maneira que eu trato a Olívia, eu tratava ela, sabe. Acho que eu tenho ímã para essas pessoas. Eu transmito uma parte de carinho, de afeto, eu gosto de escutar as pessoas e tento ajudar da minha maneira possível. Tem até gente no dia a dia que me critica, que me chama de abastada, de doida por causa disso.

Tem pessoas que pensam que eu carrego uma cruz muito pesada. Pra mim, eu acho que a gente já nasce com aquilo ali traçado. A diferença é que cada um tem uma estrutura para levar, aguentar, para suportar. Eu sempre fui uma pessoa de aguentar as coisas. Não fico por aí descarregando pra cima dos outros o que é meu. Mas tem gente, tanto faz o homem como a mulher, que ao invés de aguentar, faz é cair na bebedeira, no vício, não tem condições de suportar. É por isso que tem pessoas que tem esse problema psicológico que atinge a família toda, porque não é todo mundo que aguenta. Mas o que eu acho mesmo é que a gente tem que procurar tratar as pessoas com mais amor, mais carinho, com afeto.

Aqui na vizinhança, graças a Deus, todo mundo trata bem a Olívia. Onde a gente passa o pessoal pergunta: cadê Olívia? Quando ela some, pode saber que ela vai para as padarias, ela vai nesses bares tudo aí, né Olívia? Todo mundo trata ela bem, entendeu. Só na padaria agora é que tem um pessoal novo que não conhece ela e que estranha um pouco, mas logo eles acostumam.

Agora, hospital eu não gosto. Só internei ela quando ela realmente precisou ou quando eu não tinha condição de cuidar, como quando eu fiz uma

cirurgia. Eu fico vendo umas coisas ali dentro daquele hospital que não tem nada a ver com a loucura, porque as pessoas são doidas não. As pessoas estão é tratando os pacientes com descaso. Se todo mundo tivesse mais um pouquinho de carinho, de humanidade, de afeto, acho que aquilo ali não estaria daquele jeito, não é? Você não concorda? Eu sinto que as pessoas ficam lá abandonadas e acabam ficando mais agressivas.

Então eu acho que as pessoas deviam ter mais respeito, mais consideração, não só pelo paciente, mas por toda a família. Porque é só quem está dentro é que sabe o que passa, né.

O discurso representacional que caracteriza essa classe se inicia com uma tentativa de explicar o “problema” vivenciado pelo familiar adoecido. Inicialmente, é levantada a dúvida sobre a hereditariedade do problema, dúvida que se sustenta pelo fato de que a familiar era uma pessoa normal, somente depois de adulta é que ficou “louca”. Algumas hipóteses relativas à dimensão orgânica (resguardo quebrado, pânico na mente, movimentos do cérebro) são levantadas, o que revela uma tentativa de reproduzir, ainda que de forma estereotipada o discurso médico-científico, tal como apontam alguns autores (Rodrigues & Figueiredo, 2003; Osinaga, 2005).

As explicações de cunho orgânico associadas à idéia de doença, entretanto, logo são deixadas de lado, pois a entrevistada não se considera competente para explicar sob este prisma a situação vivida pela irmã. Fica claro que, para a cuidadora, não cabe a ela a explicação orgânica do problema, sendo esta dimensão delegada aos especialistas, no caso os médicos, responsáveis pelas explicações e tratamento das doenças. À cuidadora cabem outras reflexões, mais amplas, advindas de sua experiência adquirida na convivência com a familiar que apresenta o problema.

Por ter utilizado o termo “louca” para designar a atual condição de sua familiar, podemos inferir, em concordância com as reflexões apresentadas na introdução deste trabalho, que a loucura, ao menos para esta cuidadora, é um fenômeno mais amplo do que a doença mental propriamente dita, e que engloba outras dimensões para além das meramente orgânicas e circunscritas ao saber médico.

Esse ponto do discurso representacional vem ao encontro dos achados de Pugin, Barbério e Filizola (1997) que demonstraram que a loucura é caracterizada a partir de dois vieses: um mais ligado à reprodução do saber científico (a loucura vem atrelada à representação de doença), e outro mais ligado ao saber prático, (visão mais social que

reposiciona a loucura como produto das relações sociais marcadas pela desigualdade e violência).

No caso de nossas entrevistadas, destaca-se o saber prático quando se trata de explicar as razões do enlouquecimento/adoecimento. Um saber prático que vem atender a necessidade de explicar o inexplicável, considerando que a racionalidade da ciência que explica tudo, não explica o irracional. De uma forma geral, as causas oferecidas no discurso representacional se associam à qualidade das relações sociais e afetivas estabelecidas entre os usuários e outras pessoas. Neste discurso representacional foi destacada a relação da usuária com seu esposo. Em virtude dos maus tratos sofridos, não aguentou e enlouqueceu. Outros relacionamentos interpessoais também foram citados pelas cuidadoras como possíveis causas do enlouquecimento/adoecimento: relação mãe-filho marcada pela extrema severidade, relações de trabalho muito exigentes, histórias de amor mal resolvidas. Explicações de cunho metafísico também são utilizadas, como no caso de uma das cuidadoras que atribui a primeira crise do filho à sua ida a um enterro de um parente próximo:

Aí foi pro enterro de um sobrinho meu, aí ele começou... /.../ Depois que ele saiu de lá foi que ele começou a falar: “aqui tem macumba. Não pisa aqui não, porque tem macumba”. Aí pronto. Ele já tinha quatorze anos. É, aí começou. /.../ Sei lá, depois desse enterro que ele foi... ele era são. Não tinha problema nenhum. /.../ Será que foi alguma coisa que ele pisou? Sei lá... talvez a doença deu aquele dia... Ou ele ficou com trauma. O que eu penso, eu não sei se estou certa ou errada, mas eu penso que algum espírito mau que acompanhou ele, só isso. Eu acho.

De qualquer forma, em virtude das intempéries da vida, o que se conclui em muitas falas é que qualquer um pode ser acometido de sofrimento e, se este for em demasia, pode desencadear em adoecimento/enlouquecimento. Em quase todas as entrevistas fica no ar a idéia de que “não sabemos o dia de amanhã”, revelando que o sofrimento psíquico é algo tipicamente humano, ao qual todos estão sujeitos.

Neste discurso representacional, entretanto, aparece um elemento interessante que regula a forma como as pessoas reagem diante das dificuldades e que, de certa forma, resguarda alguns do enlouquecimento/adoecimento: a “estrutura”. É a existência dessa estrutura que permitirá ao sujeito reagir de forma mais assertiva e resiliente diante das situações difíceis, mantendo seu equilíbrio e sua sanidade. Não há uma elaboração mais aprofundada sobre o que determina a existência ou não dessa estrutura, mas fica

claro que se trata de um conjunto de características psicológicas e de personalidade que permite a alguns sujeitos “aguentar”, “suportar” e lidar com as dificuldades e sofrimentos que se apresentam em sua vida.

A falta dessa estrutura é o que leva ao enlouquecimento/adoecimento, justamente pela falta de condições psicológicas de suportar as vicissitudes da vida. Da mesma forma, a falta dessa estrutura também acarreta o adoecimento de familiares que convivem com pessoas com “problema psicológico”, pois não suportam, não agüentam o peso do sofrimento que elas trazem. Daí decorre os vícios, a desestruturação familiar, a desassistência.

Mais uma vez, a família aparece como a principal responsável pela pessoa acometida de sofrimento. Mas, mesmo dentro da família, nem todos estão habilitados a cuidar. Tal como encontrado na pesquisa de Rosa (2003, p.296), os cuidadores são aqueles que “conseguiram desenvolver algumas qualidades relacionais positivas com ele (com o usuário). Para tanto construíram uma relação baseada na paciência, no amor, no respeito, no conhecimento sintomatológico, na confiança, qualidades referenciadas historicamente à mulher”. No presente discurso representacional essas qualidades são ressaltadas como fundamentais àqueles que se dispõem a ser cuidadores, acrescidas, ainda, da compaixão, da disponibilidade para ouvir, conversar, aconselhar.

Chega-se a dizer que, muitas vezes, por apresentar essa disponibilidade para o cuidado e para a escuta desses usuários, as cuidadoras são consideradas também como doidas ou “abestadas”. Essa afirmação nos faz divagar sobre o quanto a pessoa que se dispõe a ser cuidadora precisa se aproximar do lugar do louco para saber como tratá-lo... Uma divagação sem maiores aprofundamentos, mas que nos faz pensar que o estigma da loucura talvez se estenda também a seus cuidadores.

Na vasta literatura concernente ao trabalho de Acompanhamento Terapêutico, por exemplo, é comum o relato dos acompanhantes sobre a vivência do estigma ao sair pelas cidades junto a seus acompanhados. Em nossa experiência como acompanhante terapêutica de usuários psicóticos pudemos vivenciar diversas vezes este estigma, na forma do estranhamento das pessoas ao nos ver acompanhadas por sujeitos visivelmente “diferentes” e que carregavam em seus corpos a marca da loucura e da institucionalização.

A obra de Denise Jodelet (2005) demonstra com brilhantismo essa vivência compartilhada do estigma. Como se tratava de uma colônia familiar, onde todos conviviam, pelo menos teoricamente, em pé de igualdade, viviam nas mesmas casas,

iam aos mesmos lugares, pairava sobre os “não-loucos” o fantasma de serem confundidos com os loucos, tanto pelas comunidades circunvizinhas quanto pelos próprios moradores da colônia. Esse “fantasma” do compartilhamento do estigma, ainda que não verbalizado, engendrou a construção de sutis, porém rígidas, normas de tratamento, baseadas na diferenciação e subordinação. Normas, hábitos e códigos socialmente compartilhados e passados de geração a geração, que estabeleciam as fronteiras simbólicas que demarcavam claramente, ainda que de forma não verbalizada ou oficializada, os distintos espaços sociais dos loucos e dos não-loucos.

De qualquer forma, apesar da proximidade com o estigma, um dos pontos que ficam marcados nesta classe é o tom de resignação diante da tarefa intransferível de cuidar de um parente acometido de transtorno mental. Tarefa que, por seu caráter intransferível, é ressignificada como prova de amor, de capacidade de se doar, de respeitar. Enfim, uma nobre tarefa. Ádua, porém gratificante, por revelar à cuidadora a solidez de sua “estrutura”. Alguns trechos de entrevista deixam entrever o que denominamos de “discurso virtuoso”, ou seja, um discurso que revela o lado gratificante e enobecedor do cuidado. Discurso que toma o sacrifício em seu sentido etimológico de “sacro-ofício”, ou seja, trabalho sagrado, apoiado pela fé e pela virtude e que será, mais cedo ou mais tarde, recompensado pela vida. Não exatamente um discurso religioso, ligado a algum credo específico, mas sim, um discurso de resignação diante do inevitável cuidado a ser oferecido.

Uma das cuidadoras trouxe a seguinte reflexão, ao ser perguntada sobre o que vem aprendendo na convivência com o filho:

É um problema que eu tive que passar, pra eu enxergar outras coisas melhores no mundo, pra eu ser mais humilde com outras pessoas... Eu aprendi que a vida não é só feita de maravilhas, que a vida tem altos e baixos, todos têm problemas, a morte não é o único problema da vida, porque tem problemas piores do que a morte. /.../ Porque é muito fácil amar uma pessoa que está perfeita de saúde, que está boa. Eu quero ver você amar uma pessoa cheia de problemas. E na vida eu acho que a gente tem que amar é aquela que tem problema, que precisa da gente, que precisa do nosso carinho, da nossa atenção... Então eu aprendi muito mesmo com isso. Eu gostei sempre dos meus filhos, sempre amei, mas eu dou sentido agora, eu valorizo coisas que... coisas ditas pequenas eu valorizo mais do que as coisas grandes. /.../ Eu me sinto bem, eu vejo que eu estou ali do lado, estou cuidando, estou dando atenção, meu filho

não está jogado no mundo por aí... /.../ Eu jamais vou perder meu filho. O meu amor pra ele é incondicional.

Seguindo esta linha de pensamento que evoca a necessidade do afeto e do respeito no trato com o usuário, também é apresentado o contraste do tratamento oferecido ao usuário em sua comunidade e no hospital psiquiátrico. Apesar de ser ressaltado que as pessoas hoje em dia não têm respeito com o diferente, é relatada pela cuidadora a relação amistosa que a vizinhança mantém com a usuária, que circula livremente pela comunidade onde mora e é reconhecida e cuidada pelas pessoas.

Por outro lado, novamente, são feitas críticas ao péssimo tratamento oferecido no hospital psiquiátrico, desta vez, não mais do ponto de vista técnico. Ressalta-se o descaso com o aspecto ético do cuidado, pois se entende que a situação de abandono vivida pelos usuários internos é fruto da falta de amor, de carinho, de humanidade. Esta crítica culmina em um pedido de respeito, não somente com o usuário, mas também com a família, que faz o que pode para cuidar da forma que é possível e que, apesar das dificuldades e limitações, não quer ver seu familiar sofrer por abandono, negligência e descaso. Em suma, pede-se respeito e reconhecimento ao “sacro ofício” exercido pelas cuidadoras.

3. Usuários

E como são estilhaços
do ser as coisas dispersas
quebro a alma em pedaços
e em pessoas diversas.
(Fernando Pessoa)

Na análise das entrevistas dos usuários, o *software* ALCESTE subdividiu o *corpus* em 602 UCEs das quais 321 (53,32%) foram consideradas para análise. Essas 321 UCEs foram reagrupadas em quatro classes temáticas, organizadas em três eixos. A relação entre as quatro classes, as porcentagens correspondentes a cada uma delas na constituição no *corpus*, o número de UCEs que as compõem, são apresentados na Figura 13, na qual também constam, para cada uma das classes, as palavras com maior Khi^2 e suas variáveis típicas.

Podemos observar que as quatro classes temáticas estão configuradas em três eixos temáticos distintos. As classes 2 e 3 apresentam uma relação relativamente forte entre si e constituem o **Eixo Loucura e medicação como mediadores da vida. A associação deste eixo** ao eixo constituído pela **Classe 4: O preço da inserção social** é estatisticamente frágil. Esses dois eixos tratam de questões relativas à loucura sobretudo, nos níveis intrapessoal, interpessoal e intergrupais. Já a **Classe 1: A loucura dominada pela via da transcendência** aparece separada e em clara tensão com os dois outros eixos. Neste eixo a loucura é abordada pelo viés da transcendência, uma dimensão que articula o nível intrapessoal ao nível societal, articulando valores e crenças universalizados em nossa cultura com a vivência particular dos usuários.

Apresentaremos os eixos na ordem acima referida.

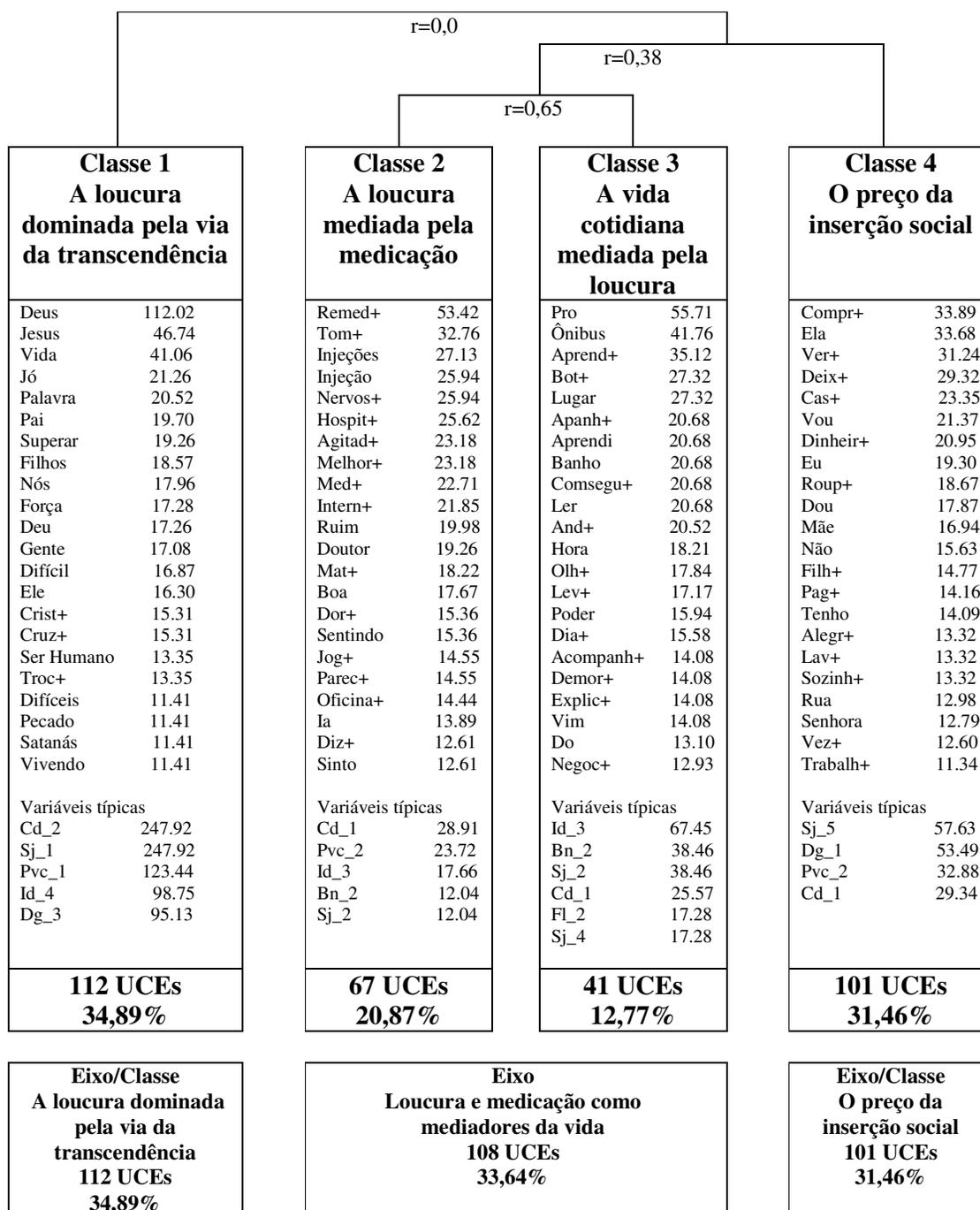


Figura 13: Resultado fornecido pelo ALCESTE da análise das entrevistas com usuários, com os eixos temáticos e suas respectivas classes, títulos, números de UCEs, porcentagem de representação no *corpus* total, palavras com maior Khi^2 e variáveis típicas

3.1. Eixo: Loucura e medicação como mediadores da vida

Este eixo trata da experiência cotidiana vivida pelos usuários, tendo como parâmetros o lugar que a loucura e a medicação têm na construção de sua experiência.

A **Classe 2: A loucura mediada pela medicação** mostra a vivência relativa ao uso da medicação. Uma vivência marcada pela singularidade, em que as reações à medicação são concebidas de acordo com a história de vida de cada usuário. Por outro lado, a medicação também tem o seu lugar comum, configurando-se para todos os usuários como uma moeda de troca em suas relações sociais.

A **Classe 3: A vida cotidiana mediada pela loucura** revela o lugar que a loucura ocupa na vida dos usuários. Um lugar marcado pelas singularidades, mas que têm em comum a consciência enunciativa da loucura, essa consciência que não é da ordem do conhecimento, mas do reconhecimento. Reconhecimento que implica a relação com o social e as várias faces possíveis de serem reveladas nesta relação.

Classe 2: A loucura mediada pela medicação

Eu escuto voz, uma zoeira muito forte na cabeça, sinto muita dor. É barulho mesmo na cabeça o que eu sinto. Fico escutando uma voz de mulher que fica falando nos meus ouvidos. Eu fico muito nervoso, muito agitado...

Pois eu hoje só ouço vozes de vez em quando, não é freqüente, não. É pouquinho e elas fazem é só conversar mesmo. Com essas injeções, eu melhorei. Acabou o medo. As vozes que eu ouvia pra trás davam medo. Elas diziam que iam me matar, me jogar no buraco... fazia pânico. Agora, todos os meses eles vêm aqui dar injeção em mim. Estou me sentindo melhor.

É mesmo? Porque eu fico com muito enjôo, parecendo mulher que está com buchão com enjôo. E vomitando também. Eu não sei por quê... Não sei se é porque eu tomo os outros remédios descontrolado também, né... deve ser.

Ah, pois eu quando tomava aquele Haldol, aquilo é que me matava! Me impregnava que eu tinha que tomar outra injeção para desimpregnar. Impregnação é um trem ruim demais da conta, parece que tá enforcando a gente... É muito ruim! Aí eu ficava com medo de tomar o remédio. Eu também ficava sentindo uma sensação de morte... eu ia caindo, sabe como é que é?... não sei explicar. Eu acho que tem que dar remédio que sara, e não pra piorar. Agora eu tomo a injeção uma vez por mês e acabou a encheção de saco. Pra falar a verdade, não diferencia em nada esse remédio.

Eu melhorei com a injeção, mas não sei bem... eu não sabia que eu tinha reumatismo. Apareceu. Eu acho que começou esse endurecimento e essa dor da mão por causa da Piportil. Eu falava pro doutor, mas ele não dizia nada não.

Eu só sei que eu estava sentindo muitas dores, andava arrastada pras consultas lá no hospital. Não estava conseguido andar. Aí eles lá do PVC viram que a minha situação estava muito ruim e me pegaram no momento que eu tava precisando mesmo. Me ajudou bastante. Só o ruim é que só teve uma consulta com médico até hoje. O médico é muito importante. O doutor Fulano que era meu médico lá no hospital, ele era muito bom. Eu cheguei lá no hospital muito ruim, ruim mesmo... eu não dizia nada, mas ele já entendeu tudo.

Pois eu não posso nem ouvir falar de hospital. Quando passa da hora de tomar a injeção, eu já ligo lá no PVC porque ficar sem o remédio me prejudica um pouquinho. Teve um dia, porque atrasou a injeção eu senti uma dorzinha de cabeça. Tomei um comprimidinho com chá e melhorei mais. Foi só uma dorzinha de cabeça... Fico com medo, porque eu nem quero saber mais de voltar a internar. É só falar em me levar que eu já começo a me tremer, fico logo nervosa, agitada. É trauma. Não gostei de lá não, eu me sinto muito mal mesmo, só de lembrar!

Eu entendo. Também fiquei internada e foi ruim. Mas quando eu fui pra oficina eu já fui pra esse pessoal calmo, não era um pessoal nervoso não. Eu acho que no hospital não devia misturar esses agressivos com os calmos. Porque os agressivos fazem os calmos ficarem com medo, aí pronto! Eles ficam mais ruim da cabeça ainda e se matam. Acho que separar é uma boa solução.

Esta classe 2 trata especificamente da relação dos usuários com a medicação, que aparece como uma importante mediadora entre o sujeito, seu sofrimento, e o social. Os sujeitos estabelecem com a medicação uma relação única, absolutamente singular. Ainda que tenham os mesmos diagnósticos e tomem as mesmas doses dos mesmos medicamentos, as reações descritas por cada um são bem particulares. Daí nossa reconstrução do discurso representacional ter sido feita na forma de um diálogo entre os usuários entrevistados.

A medicação é percebida de forma ambígua no que tange à sua eficácia. Ao mesmo tempo em que ela aparece como aliada na luta contra o sofrimento, ela também é percebida como causadora de distúrbios e mal estar físico. Além das reflexões sobre a medicação em nível intrapessoal, ela também é relatada como uma importante mediadora do sujeito com o meio social. De certa forma, a medicação aparece como uma das moedas de troca, que permitem ao sujeito viver fora do hospital.

O remédio que ajuda e o remédio que atrapalha

Em muitos relatos fica evidente o alto grau de sofrimento com relação à experiência dos delírios, das alucinações e das crises. Para alguns a medicação ocupa um lugar bastante importante, por ser um instrumento que ajuda a controlar os sintomas ameaçadores da loucura: as vozes que ameaçam e amedrontam, o barulho na cabeça, a voz de mulher que deixa nervoso, as visões indesejadas. Neste sentido, a medicação aparece como uma aliada na luta contra o sofrimento, em especial a medicação injetável.

Conseguir a medicação injetável, na visão dos usuários, bem como de seus familiares, foi um avanço no tratamento e na melhoria da qualidade de vida. A injeção desonera usuários e familiares da atenção diária com a medicação, o que nem sempre era possível ou bem aceito pelo usuário. Além disso, a medicação injetável, ainda que tenha seus efeitos colaterais, eles não são tão severos como os das medicações psiquiátricas de primeira geração, de ação de amplo espectro e por isso com mais efeitos indesejáveis. A injeção, na fala da maior parte dos usuários, é considerada benéfica, pois trouxe alívio dos sintomas.

O controle dos sintomas aparece na fala dos usuários como sendo algo que possibilita a construção da autonomia. Controlando os sintomas, o sujeito consegue ter maior auto-controle e crítica com relação às crises, aos delírios e aos seus comportamentos. É o exemplo nos dado por Célia¹⁸ que, com o auxílio da medicação injetável que passou a tomar regularmente, encontrou alívio de seus sintomas e hoje tem uma visão crítica de sua história:

No ano de 1994 foi um surto, porque eu já ouvia vozes e via as coisas, ouvia vozes e via o que estava me fazendo medo. Isso começou andando pela igreja, ler a bíblia./.../ E tem também o meu ex-marido que era muito mulherengo e me deixava muito sozinha... eu acho que a solidão causa você ver pensamentos, ver vozes, ver essas coisas de noite. /.../. E na igreja eu fiquei fanática, as pessoas me procuravam pra orar... era o que eu pensava na época. Mas na verdade, hoje eu vejo que ninguém queria ouvir, ninguém queria aceitar Jesus. Eu falava era forçando... Ah, eu fiquei fanática! Acho que eu fiquei uma pessoa chata.

¹⁸ Todos os nomes aqui citados são fictícios.

Mas agora eu sai da igreja, eu não vou mais na igreja, não. Não quero ser chata, não.

Célia nos relata que hoje continua a ouvir vozes, mas tem consciência de que são vozes que falam só com ela, que se trata de um “dom” especial. A medicação não suprimiu as vozes completamente, mas hoje elas não a amedrontam mais. Não a ofendem, conversam com ela, enfim, ela tem algum domínio dessa experiência. E isso ela atribui, também, à medicação injetável. Apesar de não ser o único fator responsável por sua melhora, como deixa entrever em outros momentos da entrevista, a medicação certamente contribuiu para a reorganização e ressignificação de sua experiência de sofrimento.

Este relato de Célia, entretanto, não é conclusivo. Ela também deixa no ar algumas dúvidas com relação à abrangência da ação da medicação. Não sabe, por exemplo, se o reumatismo que apareceu concomitante ao início de seu tratamento com medicação injetável é decorrente ou não desta. Dúvida que permanece, pois não encontrou resposta quando de sua consulta ao médico.

As dúvidas com relação à medicação não se restringem somente aos seus efeitos. Elas também se expressam na forma como os usuários as utilizam. Como nos relata Paulo, ele se sente muito mal, mas não sabe ao certo se é por causa da medicação, ou por causa da forma como a administra: confessadamente, sem seguir as prescrições de seu médico. Aliás, neste contexto do PVC, observamos que esse uso “experimental” da medicação em comprimidos é uma constante. Entendemos que essa experimentação na medicação é fruto, dentre outros fatores, de uma relação pouco terapêutica e com frágil vínculo com os médicos do PVC, em virtude do próprio funcionamento do programa, como mostramos anteriormente.

Além do vínculo fragmentado com os médicos, acreditamos também que, de forma geral, o uso da medicação obedece a outras regras e crenças não explícitas, que estão para além das prescrições formais. Para cada usuário, a medicação ocupará um lugar diferente em sua constituição subjetiva e terá diferentes significados. Além, é claro, da própria experiência física vivida com a substância, que age de forma diferente em cada organismo. Ou seja, apesar de não ser um especialista, o usuário é quem sabe, de fato, o efeito da medicação, por vivê-lo em sua experiência mais íntima. Experiência que parece não ser desconsiderada.

Em alguns países, como no Canadá, por exemplo, já existe um trabalho voltado para a gestão autônoma da medicação por usuários de saúde mental. Trata-se de um

trabalho mais amplo de construção da autonomia, que passa por vários momentos, nos quais o sujeito vai reconhecendo os recursos que lhe são disponíveis, tanto subjetivamente como em sua rede social. A medicação entra como um instrumento a favor da construção desta autonomia. Um instrumento que o sujeito dispõe e utiliza da forma que lhe for mais conveniente. Não se trata de um uso aleatório ou irresponsável, mas de um uso consciente da medicação. Neste trabalho específico, desenvolvido por uma associação canadense de usuários, estes são levados a aprofundar a reflexão sobre seus sintomas, aprendendo a reconhecê-los. Os usuários canadenses também aprendem, ainda que de forma básica e informal, como agem as substâncias que compõem os medicamentos, para que servem e como se adéquam à sua situação específica.

O conhecimento da medicação e seus efeitos nos parece um importante avanço, pois trata-se de um conhecimento que vem se ancorar na vivência particular de cada sujeito, o que facilita, inclusive, sua adesão a uma perspectiva de auto cuidado mais ampla. Este conhecimento permite que ela seja utilizada como um recurso a mais no auto-cuidado e não como algo meramente prescrito, sem sentido para o sujeito e que, inclusive, o prejudica fisicamente.

São muito comuns os relatos de impregnações pelos medicamentos de primeira geração, que são os medicamentos disponíveis na rede pública. Remédios com muitos efeitos colaterais, e que, não necessariamente, controlam os sintomas de forma satisfatória para os sujeitos. Na rede pública também são disponibilizados remédios de alto custo, que são os mais modernos, sem tantos efeitos indesejáveis. Para se adquirir esses medicamentos, entretanto, os usuários devem passar por um processo burocrático no qual devem comprovar já terem usado diversas outras medicações mais baratas. Ou seja, não se ingressa na carreira psiquiátrica usando bons remédios, os que tem efeitos importantes, para além dos estritamente terapêuticos.

Na entrevista com a psiquiatra ela nos alerta para uma dimensão interessante das novas medicações. Elas não provocam efeitos colaterais que colocam em visibilidade os pacientes psiquiátricos.

Porque a cara que a gente conhece do louco, o estereótipo é muito eliminante, mais até do que do transtorno. Aquela coisa meio congelada, assim, com a mão assim, sem conseguir controlar a baba, isso é totalmente Haldol [neuroléptico de primeira geração]. A medicação pode ajudar muito contra o estigma, com certeza absoluta! Quando os pacientes usam outro tipo de medicação fica diferente. Não fica mais com essa cara. Em crise você percebe, fica alterada a

expressão, aquela coisa de ficar perseguido, de ficar suspeitando, mas fora isso, fora da crise, o paciente medicado, fica quase normal em muitos casos. E isso expõe menos a pessoa, facilita o trânsito dela.

Concordamos com essa profissional em seu argumento de que as novas medicações têm um efeito social importante, pois, por não apresentarem os efeitos colaterais que “denunciam” a loucura, elas se aliam na luta contra o estigma:

A medicação como moeda de troca: a contenção química

Apesar do tema da medicação estar envolto em tensões que vão desde uma total adesão à desconfiança e não adesão, ela tem uma função comum a todos os entrevistados. Trata-se de um instrumento de troca pela liberdade. Estar em dia com a medicação é uma garantia para o usuário de que não será internado. Todos os usuários relatam as internações como momentos bastante difíceis e traumáticos. Mesmo para aqueles cuja experiência de ser internada foi percebida como necessária, como é o caso de Célia como veremos adiante, ninguém quer voltar a se internar.

Neste sentido, se receber a medicação injetável é a parte que lhe cabe para que não seja mais internado, porque não aceitar? É o que nos revela a fala de Roberto, para quem a injeção não tem, aparentemente, nenhuma função: “...*agora eu tomo a injeção uma vez por mês e acabou a enchimento de saco. Pra falar a verdade, não diferencia em nada esse remédio*”. O relato de sua história nos permite questionar se, de fato, sua melhora se deve à medicação ou às mudanças que ocorreram em sua vida nos últimos anos. Dúvida que, consideramos, é inerente ao campo da saúde mental.

A fala de Roberto também deixa escapar outros motivos para não reconhecer a eficácia da medicação, como por exemplo, resguardar sua auto-imagem. Por vários momentos durante a entrevista ele afirmou não saber o porquê de ter sido internado tantas vezes. Reconheceu que fazia coisas diferentes, que tinha vivências diferentes das outras pessoas com quem convivia, mas nada que justificasse ser tratado como louco ou doente mental, e muito menos ser internado. Talvez daí sua recusa em reconhecer qualquer benefício da medicação. Pareceu-nos que reconhecer os benefícios seria um atestado de sua loucura.

Entretanto, apesar de alguns não reconhecerem a necessidade ou os benefícios da medicação, todos a aceitam, pois a contenção química ainda é melhor do que o confinamento em uma internação. Ter sua loucura controlada pela medicação é uma espécie de passe livre para a vida em sociedade. É o preço pela liberdade.

Classe 3: A vida cotidiana mediada pela loucura

Nesta classe, optamos por apresentar os trechos de entrevistas mais significativos em sua forma original, tal como aparecem nas entrevistas de cada usuário, ao invés de recorrermos à construção de um discurso representacional. Organizamos os trechos de entrevistas apontados pelo ALCESTE, em função de cada sujeito que os traz. Essa escolha se deve ao fato de percebermos que o que há de comum nesta classe é a forma como os usuários lidam com a loucura no cotidiano, mas que expressa, ao mesmo tempo, a maneira única com que cada um lida com sua loucura e estranheza na vida cotidiana. Uma estranheza que, sem dúvida, dialoga com as (também) estranhezas da realidade circundante e encontra nela seu lugar.

Começaremos por Célia, usuária do HSVP desde 1994, quando foi internada pela primeira vez. Há anos participava das oficinas terapêuticas e, em 2010 ingressou no PVC em função do reumatismo, que dificultou sua mobilidade, impedindo-a de continuar a frequentar o serviço.

Teve uma vez que fiquei com umas coisas ruins me acompanhando. Aquelas três coisas me acompanhando três dias. Eu fiquei três noites em claro, com medo. E na hora de vim de ônibus de lá pra cá, aquelas coisas me acompanharam também. Um deles botou um negócio no meu pescoço, que furava de verdade, eu sentia as agulhas, umas facas no meu pescoço. Foi sair do meu pescoço quando eu entrei no HPAP e me deram uma injeção. Eu acho que lá no HPAP eles cuidam muito bem da gente, eles têm muito cuidado. Eu, na minha loucura que eu tive, foi bom. Passei por aquele lugar ali, não apanhei nem nada, saí livre, ilesa, não levei uma surra.

Participei também das oficinas, que era muito bom. As monitoras cuidam da gente direitinho, não tenho reclamação, aprendi muita coisa, fiz muitos passeios. Pra mim está bom do jeito que tá. Já acostumei. Se mudar o tratamento pra outro lugar, vai ter que começar tudo de novo, vai ser um projeto inacabado, porque nem todo mundo se compromete agora de acompanhar o paciente pra ele poder ir pras atividades.

A visita do médico eu acho muito importante, porque aí a gente pode pedir as coisas. Por exemplo, se quiser voltar pras oficinas tem que pedir pro médico aquele papelzinho pra poder encaminhar. Mas demora! Outra coisa também que eu preciso conseguir é esse LOAS. Acontece que o meu médico, se não bater com o que ele está dizendo, ele não resolve não. Ele só disse pra mim: eu já fiz o

pedido, não passou, não vou fazer mais não o seu pedido do LOAS. Por isso que eu fiquei com raiva, porque pra tudo dá-se um jeitinho.

Apesar de relatar os horrores da internação, Célia reconhece seu valor para a remissão de seus sintomas e proteção contra si mesma. Reconhece o caráter violento da instituição, mas se sente uma pessoa de sorte, pois sempre foi bem atendida e passou ilesa pela internação, sem sofrer agressões. Além das internações, relata com satisfação sua passagem pelas oficinas terapêuticas do HSVP, evidenciando a importância da convivência, dos aprendizados e dos vínculos construídos com as profissionais que a participação nas oficinas proporcionou.

Os vínculos construídos ao longo de sua história no HSVP a fazem ficar resistente a experimentar algo novo, deixando no ar a idéia de que “em time que está ganhando não se mexe”. Apesar das queixas e limitações que reconhece no tratamento, prefere ficar onde está e não vê vantagens na mudança de tratamento para uma instituição aberta como um CAPS. Para ela seria um projeto inacabado, pois não acredita que esta mudança será melhor. Não há aqui uma reflexão aprofundada sobre o modelo de atenção, mas sim, a adesão a uma experiência que deu certo para ela. A qualidade dos vínculos estabelecidos é o que define a adesão ao tratamento.

Percebe-se, ainda, uma relação de dependência da figura do médico, na medida em que delega a ele a responsabilidade, também, pela aquisição de benefícios sociais. De certa forma, essa atitude de dependência é favorecida por um sistema onde a aquisição de benefícios no campo da saúde mental, ainda passa somente pelo crivo do médico. Laudos e relatórios de outros profissionais ainda não são plenamente aceitos nos processos para aquisição de benefícios sociais, o que mantém essa relação de dependência. No caso de Célia, essa dependência se estende para outras dimensões. Um exemplo disso é que ela não precisaria de encaminhamento médico para retornar às oficinas e ela sabe disso, até pelo vínculo que estabeleceu com as outras profissionais. Sua situação de dependência acentua-se ainda mais se pensarmos em seu problema clínico, o reumatismo, que também lhe impõe limitações, e que a “cura” ou a melhoria, também depende do conhecimento dos médicos.

Entendemos que este relato de Célia é ilustrativo da forma como a loucura/doença mental, juntamente com outros problemas de saúde, media as relações entre as pessoas e grupos e as coloca como dependentes dos saberes competentes. Em função de suas limitações físicas e de seu pouco poder diante de sua situação, todas as

suas aspirações passam pelo crivo médico, que se apresenta como aquele que já a salvou em outros momentos e que é o único que tem o poder de melhorar sua vida ainda mais, por meio do auxílio na concessão dos benefícios e “cura” de seu reumatismo. Apesar de conhecer as regras para aquisição do benefício solicitado e saber que não tem direito a ele, ela insiste, pois acredita que para o médico, se ele quiser, tudo é possível. Daí sua raiva diante da negativa.

Apesar de, em alguns momentos da entrevista, deixar escapar uma crença de cunho espiritual para explicar as vozes que ouve, Célia não desenvolve essa idéia. Prefere negligenciá-la diante de um profissional ou pessoa estranha. Privilegia e adere ao discurso médico-psiquiátrico em sua compreensão, por ser este o discurso mais aceito socialmente. Circunscreve sua loucura ao discurso médico, assumindo seu lugar de excluída e incapaz.

Diferente de Célia, Paulo tem uma vida para além do hospital psiquiátrico. Nos trechos de entrevista de Paulo constantes nesta classe nos vemos diante de uma pessoa que circula no meio social e que está sujeita às vicissitudes da vida cotidiana das cidades, por onde transita sua loucura. Um trânsito marcado pelo estigma, mas um estigma não restrito à sua condição de doente mental. A este estigma somam-se outros: o da pobreza, o do analfabetismo. O pobre, analfabeto e louco se fundem neste personagem de feição ingênua e inofensiva.

Esses dias eu tive que ir pro HSVP e na volta peguei um ônibus de lá pensando que vinha pra cá, pra expansão do Setor O, mas hora que eu vi, ele entrou pelo outro lado e foi lá pro ponto final. Eu fiquei na parada esperando muito. Tava demorando e eu tive que vir à pé de lá até aqui. Tava um sol muito quente, tão quente que eu até botei sangue pelo nariz. E lá na altura da 22, dois caras ainda botaram a arma em cima de mim. Levou foi tudo nesse dia. Levaram até a minha carteira fichada. Fui na delegacia, mas não adiantou nada não. Até hoje não apareceu nada. Eu até tenho a carteirinha de andar de ônibus, mas tem motorista que quer trazer e tem às vezes uns que não querem. Hoje eu estou mesmo é precisando conseguir uma consulta. Eu fui lá no posto e dei um papel pra atendente ler. Falei com ela: “o médico disse pra vocês marcarem essa consulta ainda hoje e urgentemente pra mim”. Era da cirurgia do olho e desse “outro negócio”, que eu falei pra senhora. Mas eles não marcaram porque disse que o médico não explicou direito o que era.

Mas é isso, eu vivo aí... de vez em quando eu frequento a igreja. Vou lá falar com o obreiro, sobre negócio de conversa mesmo. Eu quero aprender o que é bom, agora aprender o que é ruim eu não gosto não.

Percebe-se em seu discurso, que Paulo pode facilmente ser “confundido com uma pessoa normal”. Em sua circulação pela cidade, relata situações ordinárias, que podem acontecer com qualquer pessoa. Queixa-se de não saber ler e atribui a isso as dificuldades que tem em seu cotidiano, tais como pegar um ônibus ou marcar consultas, tendo que depender de outras pessoas. Traz muitas queixas de seus sintomas físicos e, dentre esses sintomas, dá um destaque especial a uma disfunção sexual, razão pela qual atribui o fato de nunca ter tido uma namorada. Ao falar de seu problema mental, como ele denomina, não confere a este problema um lugar especial. Na verdade, seu problema sexual parece preocupar-lhe bem mais. Fala de seu problema mental com naturalidade e as dificuldades que tem em sua vida são consideradas por ele dificuldades que outras pessoas “normais” também têm. O desrespeito aos seus direitos como, por exemplo, os motoristas de ônibus que não param ao vê-lo com a carteirinha de passe livre, são entendidos como falta de educação, desrespeito ao cidadão. Nenhuma referência à sua condição de doente mental. Trata-se de um sujeito com uma vida ordinária, cujas limitações têm como pano de fundo não somente a loucura, mas também sua condição de analfabeto e pobre.

A não referência com mais destaque a seu “problema mental”, pode ser facilmente justificado pela necessidade de proteger sua identidade, como nos parece óbvio. Mas, além da proteção da identidade, essa “indiferenciação” entre o louco, o pobre e o analfabeto também nos permite pensar que em determinados contextos ser pobre ou analfabeto ou ter disfunções sexuais pode ser tão ou mais estigmatizante e prejudicial ao sujeito do que ser considerado louco.

Outro sujeito cujo discurso foi preponderante nesta classe é Roberto. Um senhor de 62 anos, que já passou por inúmeras internações em sua vida. Internações que cessaram após seu ingresso no PVC em 2006. Desde então vive bem, convivendo bem em sua comunidade receptiva a suas idiossincrasias.

Pois eu vivo bem do jeito que estou. Gosto de ler, de jogar apostado, de andar por aí. Eu gostava mesmo é de andar a pé. Eu ia pra muitos lugares por aí. Eu tinha uma chácara lá em Planaltina e eu ia a pé pra lá. Demorava. Tinha dias que eu chegava lá de noitão e ainda ia fazer comida. Gosto de andar à toa. Já

dormi até dentro de cemitério, dentro de uns túmulos lá, nunca vi nada de exagerado não.

Roberto, como pudemos ver na Classe 2, não se reconhece como louco ou doente. Fala de suas internações como desnecessárias e fruto de incompreensões da família. Tem uma boa relação com a vizinhança, em especial com os homens com quem joga baralho cotidianamente. Todos o conhecem e respeitam. Um cidadão comum, bem humorado e espontâneo, com experiência de vida que compartilha com os mais novos de sua vizinhança.

Entretanto, usa sua história de forma curiosa. Em sua fala reconhece e defende suas idiossincrasias como sendo inofensivas, mas ao contar episódios de sua vida, escolhe os mais “estranhos”, alimentando, de certa forma, certa aura de estranheza em torno de si. Ao referir-se à noite em que dormiu em um cemitério, esboçou uma feição irônica, como que a insinuar: “você quer saber da minha loucura, aí está!”. Este uso que faz de sua condição, ironizando-a e valorizando a aura de mistério que envolve a loucura, parece-nos a forma que encontrou para lidar com o estigma que o acompanhou durante vários anos de sua vida.

Esses três relatos constantes nessa classe evidenciam a fluidez da experiência da loucura, que pode ser significada de várias formas pelas pessoas que a vivem. Pessoas com histórias comuns a princípio, mas que, em função de suas singularidades fazem uma leitura da loucura a partir de diferentes lentes. O mesmo fenômeno, portanto, colocado em lugares diferentes na constituição subjetiva de cada um, em função de sua história e inserções sociais.

Dentre as inserções sociais possíveis, destacou-se nas entrevistas a relação ressignificada do usuário com sua família e comunidade. Após ingresso no PVC e suspensas as internações alguns usuários foram contemplados com benefícios que serviram como mediadores para a construção de novos lugares sociais, como poderá ser observado na Classe 4, a seguir.

3.2. Eixo/Classe 4: O preço da inserção social

Antes eu era faxineira. Já trabalhei no Hospital de Base, eu fazia limpeza. Eu aqui dentro de casa lavo e passo roupa, arrumo minhas coisinhas que eu preciso, saio pra resolver alguma coisa, vou ao mercado comprar coisas para comer. Eu gosto de comprar as coisas. Eu ganho o dinheirinho da minha

aposentadoria. É pouco, na verdade eu não compro quase nada pra mim, é tudo pra dentro de casa pra pagar luz, água, essas coisas. Tudo o que eu pego, graças a Deus, eu dou pra ajudar a minha mãe e a minha família. Minha mãe fica doidinha pra arrumar a casa e eu falo: ah, mãe, se eu pudesse, eu te juro que eu ajudava! Eu amo a minha mãe, ela é tudo pra mim. Eu danço com ela, eu cheiro ela, beijo ela, brinco, faço carinho até ela falar: sai daqui, Valéria! Mas a gente se diverte. Eu gosto muito de música antiga. Tem dia que eu canto tanto que eu até choro de saudade... Eu queria esquecer aquele tempo que eu ficava na rua, mas não consigo. Tenho muita saudade, mas eu não sei por quê.

Eu também recebo aposentadoria e sou eu mesmo que vou receber. Mas o dinheiro fica é comigo mesmo. De vez em quando eu também ajudo a minha mãe, compro um pão, um café. Esses dias eu fiz um empréstimo, parece que foi de setecentos reais, só pra comer, comprar roupa, calçado e mulher. Ah, o que eu mais queria mesmo é ter uma mulher. Eu nunca namorei não. Eu só arrumo mesmo é só mulher de zona, mulher de puteiro, prostituta. Eu já paguei várias vezes, já paguei, mas o problema é que eu não consigo gozar. Estou preocupado com isso...

Hoje eu também tenho o meu dinheiro e estou bem. Antigamente na minha casa era eu quem fazia de tudo, fazia comida, comprava as coisas. Sempre fui quem cuidou de tudo. Eu que fazia comida pro meu pai e meu irmão, ajudava minha mãe e eles ainda me internavam. Eu ficava contrariado com aquilo. Minha mãe morreu há muito tempo e um tempinho atrás morreram meu pai e meu irmão, os dois me deixaram sozinho. Agora eu estou mais tranqüilo. Tenho meu dinheiro, ajudo meus filhos e minha ex-mulher. Agora estou pagando quinhentos reais por mês porque eu comprei colchão, televisão, som, pra uma mulher que eu arrumei aí. Mas está bom, estou bem, não tenho nada a reclamar não.

Esta classe tem como tema principal a inserção social de alguns usuários mediada pela aquisição de benefícios: Benefício de Prestação Continuada, aposentadoria pelo INSS e bolsa-auxílio De Volta Pra Casa. Esses benefícios participaram de forma importante do processo de construção de novos lugares sociais para os usuários, em diferentes contextos.

No discurso reconstruído acima, uma primeira observação é a influência do gênero na construção dos lugares sociais. A usuária do sexo feminino, por meio da

bolsa-auxílio De Volta Pra Casa, passou a ser o braço direito da mãe na manutenção da casa. Além dos trabalhos domésticos que faz com esmero e dedicação, segundo sua mãe, ela também contribui nas compras, no pagamento das contas e faz planos de reformar a casa. Percebe-se o estreitamento dos laços familiares, não somente em função do benefício, mas também em virtude da melhora do quadro psíquico da usuária e de seu empenho em compartilhar com a mãe da responsabilidade do cuidado com a casa e com a família.

Ela também mudou seu lugar na comunidade onde mora. Antes de seu ingresso no PVC, vivia nas ruas, delirante, catando roupas e lixo, segundo sua mãe. Tivemos a oportunidade de vê-la em interação com uma vizinha, que teceu vários elogios a ela, reafirmando sua melhora e parabenizando-a por isso. Entretanto, apesar do reconhecimento social por sua melhora, ela enfatiza sua mudança somente no ambiente doméstico.

Os dois usuários homens, a partir de seu ingresso no PVC e aquisição de benefícios, também se reposicionaram na relação com as pessoas, mas um reposicionamento não restrito ao ambiente doméstico. Em suas falas, eles ressaltam o uso que fazem de seu dinheiro em sua circulação pelo social. Ambos fizeram empréstimos e compras grandes, como que retomando o lugar, socialmente estabelecido para o homem, de provedor da casa e da mulher. Não se remetem ao cotidiano doméstico, a não ser para se queixarem de relações antigas, mas ressaltam o valor do dinheiro no estabelecimento das trocas sociais, especialmente com mulheres, ex-mulheres e filhos.

Outro ponto a ser destacado neste discurso é que a experiência destes usuários, independente de serem homens ou mulheres, demonstra a importância dos benefícios sociais na construção da contratualidade, nos termos de Kinoshita (2001). Este autor aponta a importância do usuário ter incrementado seu poder de negociação, o que no caso de nossos usuários foi possível, também, graças à aquisição dos benefícios, que lhes conferiram novo *status* em suas famílias e demais relações sociais. Faleiros, Alves e Diniz (1998) realizaram um estudo no Distrito Federal com usuários do HSVP, que também apontou que o Benefício de Prestação Continuada tem uma importância fundamental no processo de inclusão social de usuários da saúde mental.

Nesta classe, que teve como tema central a contratualidade incrementada pelos benefícios sociais, outros elementos, igualmente importantes, também apareceram.

Um deles é a questão da sexualidade trazida insistentemente por um dos usuários ao longo da entrevista e que nesta classe aparece de forma tangencial. Não nos dispomos neste momento discutir de forma aprofundada a questão da sexualidade no campo da saúde mental. O que queremos destacar neste caso é a forma com que o distúrbio sexual vivido pelo usuário é tratado pelas equipes profissionais.

O usuário trata o tema de seu distúrbio sexual (“*o problema é que eu não consigo gozar*”) de forma bastante aberta, direta, rompendo com os “pudores” das normas sociais relativas à sexualidade. Em sua fala demonstra muita angústia por não compreender o que acontece com ele, levantando questões importantes relativas à medicação psiquiátrica, que ele supõe ter relação com seu distúrbio. Um problema importante em sua vida, que dificulta, especialmente, o estabelecimento de relações afetivas mais duradouras.

Por tratar o tema sem o “devido pudor”, revelando aparentemente certa ingenuidade, sua angústia não é levada a sério. Há anos se queixa deste problema e parece nunca ter sido seriamente ouvido. Não foi encaminhado a um especialista, nem sequer este assunto foi conversado de forma mais séria com ele, para que pudesse ter uma compreensão maior dessa situação. Sua angústia acabou virando piada... não somente no âmbito do PVC, mas provavelmente em outros serviços de saúde, que se negam a entender seu pedido de atenção, como podemos inferir de seu discurso na classe anterior.

A negação da escuta a tema tão importante, certamente é reveladora de representações associadas à loucura. Engel (2008), em seu estudo sobre o tratamento conferido à sexualidade masculina em hospital psiquiátrico, revela que a sexualidade é uma dimensão interdita aos homens doentes mentais. As justificativas para a interdição se apóiam na infantilização do doente e no recurso à periculosidade enquanto expressão de uma sexualidade exacerbada e sem controle. A semelhança com o caso de Paulo não é mera coincidência.

Outro tema que surge de forma tangencial é a saudade “inexplicável” de Valéria do tempo em que ainda não havia sido “capturada” pelo cuidado. Ela, por medo de voltar a ser internada, fala com reservas do tempo em que vivia nas ruas. Entretanto, apesar do medo, deixa escapar uma saudade daquele tempo. Durante a entrevista, após garantirmos que ela não seria internada, ela conta algumas passagens de sua vida pregressa com visível emoção e saudade. Entendemos, naquele momento, que provavelmente se tratava de uma saudade da liberdade. Não lhe foi possível falar dessa

saudade. No momento em que perguntamos o motivo desse sentimento, antes que ela respondesse qualquer coisa, sua mãe entra na frente e resolve o problema, afirmando que a saudade é das roupas que ela ganhava. Ela sorri, nos olha profundamente, fica pensativa e se cala. Sua resposta fica nas entrelinhas: seria a saudade só das roupas?

3.3. Eixo/Classe 1: A loucura dominada pela via da transcendência

Gente espelho da vida
Doce mistério
Vida doce mistério.
(Caetano Veloso)

Este Eixo/Classe, separado dos anteriores, traz um olhar sobre a loucura que extrapola os limites do científico. É a loucura compreendida sob o olhar da transcendência. Talvez seja uma resposta à pergunta feita à Valéria sobre sua saudade. Uma resposta que não tem como ser dada do ponto de vista da racionalidade. Uma resposta que tem suas origens em valores e crenças arcaicas, tanto do ponto de vista de sua antiguidade quanto de sua profundidade. Valores e crenças profundamente arraigados na subjetividade. Trata-se, como nos sugere Doise (1986) de uma articulação entre os níveis intrapessoal e societal. Em sua teorização sobre os níveis de análise, Doise demonstra que os sujeitos - em sua dimensão mais íntima, particular, singular - estão profundamente ligados às crenças universalizadas no seio de sua cultura, que os envolve e os constitui. Crenças que foram mediadas pelas interações sociais.

O discurso representacional reconstruído a seguir, tem como sujeito típico (e único) uma usuária de 60 anos, dona de casa, mãe de seis filhos que tem longo histórico de internações desde o nascimento de seu primeiro filho. É atendida pelo PVC desde 2004, e desde então não foi mais internada. A chamaremos por Rosa.

Está tudo escrito no livro da vida. Estou no caminho, lutando para chegar lá. Estou firme e conseguindo superar, graças ao amor de Deus. Nós ainda estamos vivendo é pela misericórdia de Deus. Porque a igreja de Deus ainda tem crente fiel na terra, cristão verdadeiro, que adoram o Pai na pura verdade.

Deus tem três reinos sobre a terra: reino animal, reino vegetal e reino mineral. E Deus reina nos três. O primeiro milênio é o do Pai, é o reino animal. O segundo milênio é o reino do filho, o reino vegetal que foi o que Jesus veio ao mundo e morreu crucificado na cruz. Cristo morreu para nos livrar dos pecados e conceder a vida eterna. Não foi com ouro que nos comprou Jesus, mas com

seu sangue investido na cruz. Vamos vencer o mal pelo sangue de Jesus. O terceiro milênio é o reino mineral, o milênio do Espírito Santo de Deus, que é esse milênio que nós estamos vivendo.

Esse tempo que estamos vivendo aí está muito difícil! As coisas aí fora estão muito difíceis, sabe. Uma mensagem que eu digo é que no mundo jaz um maligno, jaz a força de Satanás. Mas nós temos a esperança de que no outro lado nós temos a vida eterna. Eu sempre carreguei o que Deus confiou a mim, eu sempre carreguei a minha cruz. Dou graças a Deus pelos filhos que me deu, hoje todos casados, vivendo no seu lar. Mas foi muito difícil! Há muitos anos meu marido veio pra Brasília e me deixou lá no interior com seis filhos. Na mesma época meu pai faleceu. Eu fiquei muito perturbada, muito revoltada. Eu era uma pessoa muito atribulada. Tinha crises. Sofri muito.

Mas aí eu fui vendo que o povo que conhecia a palavra de Deus tinha um comportamento diferente do povo do mundo e isso foi me trazendo assim um despertar, sabe, uma curiosidade. Eu fui mais por uma curiosidade conhecendo a palavra de Deus. Logo eu aceitei Jesus.

Uma história muito boa que eu acho é a história de Jó. Um homem temente a Deus, muito obediente. O Satanás pediu para Deus para poder tocar em Jó pra testar ele. O Satanás tirou tudo de Jó, até a saúde do corpo dele o Satanás tirou. E ele não blasfemou Deus em nenhum momento. Aí tudo o que acontecia com ele, Deus me deu, Deus tirou. A minha vida é de Deus. Mas aí Deus depois restituiu tudo de Jó de novo, recuperou a saúde. Jó recuperou tudinho, mas teve paciência, não blasfemou contra Deus. Foi tempo que o inimigo trabalhou na vida de Jó, né. E o nosso amor pelo próximo também é provado, né. Jesus provou o seu amor pelo pecador lá na cruz, aí o amor da gente também é provado.

A palavra de Deus ajuda muito a gente a superar as coisas difíceis, os pensamentos negativos. A gente busca na palavra e o Espírito Santo de Deus opera na vida do ser humano, no pensamento, no coração. Achei o caminho verdadeiro, o melhor psicólogo que eu achei.

Delírio religioso, delírio místico. Um diagnóstico fácil e claro. Certamente a fala contundente e fervorosa com que nos brindou esta usuária poderia ser enquadrada a um mero delírio de conotações religiosas, pela lente de uma psiquiatria tradicional,

biológica e pouco atenta às expressões da subjetividade. Para além da psiquiatria tradicional, ampliando nosso olhar agora com a lente mais abrangente das ciências, esta fala também poderia ser considerada como fruto da ignorância, da miséria material e intelectual, da ausência do Estado na regulação da vida social. Uma visão que, a nosso ver, mesmo tendo sua parcela de razão, não dá conta da complexidade que esta fala exprime.

Jodelet (2009, p. 217) fala da importância de se integrar aos estudos de representações sociais a dimensão da experiência que, para essa autora, “...ao mesmo tempo é privada e social, comporta aspectos práticos, emocionais e cognitivos e da linguagem.” Jodelet defende que a religiosidade é um campo extremamente rico para aprofundarmos esta articulação e concorda com diversos autores como Habermas, Geertz, Joas, Taylor, dentre outros que criticam...

...uma visão da religião como sobrevivência, pseudosaber ou pseudociência, suas explicações causais pela miséria material e intelectual, o peso da tradição e da educação. Visão que não permite uma compreensão adequada do que são a crença e a experiência religiosas. Esta última encontra-se reabilitada e reclama uma abordagem dos sentidos atribuídos pelos crentes (Jodelet, 2009, p.208).

No caso de nossa entrevistada, ela nos oferece uma riqueza de elementos que foram reconfigurados para que fosse possível algum entendimento sobre a loucura. Em seu relato no início da entrevista, ela se emociona ao lembrar com tristeza da época em que era uma pessoa perturbada e que não entendia o sofrimento e o desequilíbrio que a assolavam. Sua experiência era marcada pela profunda estranheza de si mesma. Não se reconhecia, nem conseguia formular algum conhecimento sobre o fenômeno da loucura que se abatia sobre ela. Sofrimento intenso, internações e estigma. Era como vivia até encontrar a palavra de Deus.

Sem termos a pretensão de esgotar tão instigante tema, importante fazermos algumas especulações acerca do que entendemos que seja, neste contexto, a palavra de Deus. Entendemos esta *palavra* como um conjunto complexo de elementos que constituem sistemas de crenças que se prestam à apropriação pelos sujeitos na busca por construir algum conhecimento acerca de si mesmo. Jodelet (2009, p.218) ao falar dos sistemas de crenças aproxima-se de uma abordagem fenomenológica que afirma que o sistema de crenças ao qual o sujeito adere está na intersecção de três mundos dos quais o sujeito necessariamente participa:

O mundo circundante, ou seja, o contexto transubjetivo que fornece os quadros comuns das crenças; o mundo que se compartilha com os outros, que fornece suas bases às significações forjadas intersubjetivamente; o mundo próprio ao sujeito que remete ao imaginário, que alimenta seus temores, suas insatisfações, seus desejos, suas necessidades.

Podemos fazer um paralelo desta leitura acerca dos mundos que se articulam na construção do sistema de crenças, com os níveis de análise propostos por Doise (1984). Podemos circunscrever este mundo circundante ao nível societal, de onde emanam os quadros de referências de crenças. O mundo que se compartilha pode ser entendido como estando no nível das relações interpessoais e intergrupais onde são construídos os significados acerca dos fenômenos. E por fim o nível intraindividual, cujo interesse de Doise era entendê-lo como articulado ao nível mais amplo, societal.

Essas reflexões teóricas carecem de aprofundamento, mas neste momento se justificam no sentido de mostrar o quanto o campo religioso é fértil para compreendermos a dinâmica do pensamento social. Esta foi uma temática abordada por Moscovici (1990) em sua obra *A máquina de fazer deuses* que ainda não foi devidamente explorada pelos estudiosos das representações sociais.

Neste momento, contentaremos-nos em pensar o discurso acima reconstruído a partir dos processos de objetivação e ancoragem. Processos essenciais à formação de representações sociais, que lembramos, é uma forma de conhecimento prático, que permite ao sujeito dominar sua realidade. A necessidade de dominar a própria realidade, de conferir um sentido às próprias experiências vividas, porém não compreendidas, parece ter criado as condições para que nossa usuária iniciasse um processo de construção de um saber sobre si a partir de crenças e idéias religiosas disponibilizadas pela sociedade, ao longo de seu processo “civilizatório”. O encontro com os sistemas de crenças unificados na palavra de Deus abriu espaço para a construção de identificações e representações, aceitas em vários espaços sociais.

A religião ofertou para nossa usuária novos elementos que serviram como figuras de identificação. O relato da história de Jó [de Rosa] não foi por acaso. Jó [Rosa], considerado o “rei da paciência” se ofereceu como imagem, que condensava sua própria história. Uma imagem carregada de sentido, pelos ensinamentos e exemplos que traz consigo. Jó era um homem resignado, temente a Deus, cumpridor de suas obrigações, tal como Rosa se define ao dizer que *nunca abandonou sua cruz*. Um homem que não blasfemou diante das dificuldades e humilhações, que teve sua fé

testada e passou no teste. Um homem perseverante que serviu de exemplo para nossa usuária, especialmente pelas graças alcançadas ao fim de sua vida, quando Deus lhe devolve tudo o que o Satanás lhe tirou. Sendo bom e resignado, Jó venceu Satanás. Da mesma forma, convertendo-se, reconhecendo que os sofrimentos e dificuldades nada mais eram do que a força do maligno atuando em sua vida, pedindo perdão pela maledicência, enfim, resignando-se como Jó, também terá reconhecido seu sacrifício. E assim, como recompensa, ganhará a vida eterna ao lado de Jesus, símbolo do amor de Deus.

Delírio, diriam os cientistas mais ortodoxos. No âmbito da ciência tradicional, tudo aquilo que foge à lógica formal e rigorosa do pensamento científico é expulso para fora do “castelo da racionalidade”, para um lugar marginal, desqualificado. Um lugar do não saber, pois este é entendido somente nos estreitos limites da racionalidade. Uma ciência que empreende um corte radical entre o racional e o irracional, ignorando a complementaridade e continuidade entre a razão e a desrazão. Em nome da defesa da racionalidade nega-se o saber contido naquilo que se denomina, pejorativamente, de irracionalidade.

Na tentativa de superar esse corte entre racional/irracional, vale reconhecer a eficácia do pensamento esboçado pelo discurso representacional, na medida em que se construiu um sentido à experiência antes absolutamente desconhecida, insólita, sem sentido. Um “delírio” que permitiu Rosa reconstruir sua história de vida e reconciliar-se consigo mesma, conseguindo se perdoar pelas ofensas cometidas aos familiares e pessoas próximas.

Um “delírio” que encontra eco em uma grande comunidade de iguais “delirantes” que a acolhem, oferecem a ela um lugar social e uma função importante na irmandade da qual faz parte. Antes desgarrada e solitária, Rosa agora participa de cultos algumas vezes na semana, faz trabalhos voluntários onde se sente útil, pela oportunidade de levar a palavra de Deus a outros que, como ela, também dela se beneficiarão.

Essas reflexões inconclusas acerca deste discurso representacional tem por finalidade última mostrar o quanto a loucura é, de fato, um fenômeno que escapa a um total entendimento. Há sempre algo que resta às explicações científicas tradicionais, sempre limitadas pela racionalidade para entender de forma conclusiva os fenômenos arcaicos de nossa existência. Assim, diante do inexplicável, recorre-se ao divino e à

transcendência, que revelam a riqueza do Imaginário que atravessa o tempo e congrega uma infinidade de crenças em imagens.

Representações e práticas em jogo no PVC: as transformações vencendo as permanências

Para finalizar este Estudo 2, retomaremos nossas reflexões acerca da relação entre representações sociais da loucura e as práticas sociais a ela associadas no âmbito do PVC, de forma mais geral a partir das três vertentes da TRS nas quais nos apoiamos.

Do ponto de vista da abordagem estrutural, apesar dos tradicionalismos que ainda permeiam o PVC, nos vemos diante de um sistema representações-práticas em transformação. Transformações que podemos classificar como resistentes ou progressivas. Por um lado, observamos que as representações e as práticas estão marcadas por tensões entre o novo e o tradicional, que deixam profissionais na encruzilhada das dúvidas e incertezas quanto ao objeto de sua intervenção, também em transição. A *existência em sofrimento*, preconizada como objeto das novas intervenções em saúde mental, é percebida na convivência mais estreita proporcionada pela entrada dos profissionais na vida íntima da casa dos usuários, ainda que coexista com o objeto *doença mental*, reducionista, objetivante e persistente.

Mas depurando nossa lente, vemos que junto aos tradicionalismos e o pensamento manicomial que insiste em marcar sua presença, as novas práticas propostas, quando da expansão da atenção para além do ambiente inóspito do hospital psiquiátrico, são bem recebidas pelos profissionais, pois essas práticas vêm responder a um anseio, ainda que velado, de subverter a violência institucional dos quais eram agentes. Ou seja, as novas práticas não estão em total desacordo com as representações sociais da loucura, como imaginávamos anteriormente.

No que diz respeito a essas representações, testemunhamos um processo de “bombardeamento” de seu sistema periférico, no qual a todo tempo vem sendo introduzidos novos elementos oriundos da convivência em clara sintonia com os preceitos da Reforma, que convocam à revisão de elementos arcaicos e uma nova organização desse sistema periférico. Poder testemunhar as melhorias na vida dos usuários, a construção da autonomia e cidadania no caso de alguns, introduz algo novo no olhar de profissionais. O mesmo acontece com familiares que, diante da ineficiência do velho hospital e da proximidade e afeto com “seus loucos”, transformam o olhar sobre eles, buscando novos traços, habilidades e capacidades que o afastem do estigma da loucura.

No que diz respeito às práticas essas também vem sendo incrementadas por novas normatizações acerca do cuidado em saúde mental. A atual política de saúde

mental, ainda que não implementada em sua integralidade, coloca-se no horizonte das práticas. Horizonte onde as práticas de isolamento e discriminação já não encontram lugar confortável no cotidiano de trabalho dos profissionais. Familiares também percebem que, com este novo tratamento de atenção domiciliar, novas estratégias de cuidado devem ser desenvolvidas, pois o hábito de recorrer ao hospital para longas internações já não é possível. Trata-se de uma situação percebida como irreversível, o que obriga a um reordenamento das práticas cotidianas, no sentido de incluir o cuidado com o usuário como parte da vida. Sobrecarga, sofrimento, abandono são vivências reais dos familiares, mas que encontram suporte na resignação diante da missão de cuidar, na afetividade e nas conquistas de seus familiares “doentes”, por vezes em um movimento zigzagante de dor e alegria.

A articulação entre os níveis de análise, também fica evidente nesse estudo. Com relação aos níveis interpessoal e intergrupar, percebemos uma permeabilidade entre suas fronteiras. No caso dos profissionais, testemunhamos de forma clara a importância do lugar dos afetos e das afinidades pessoais na construção dos processos de trabalho, e nas relações entre os diversos profissionais que deles participam. A equipe do PVC pode ser vista como um grupo coeso, ou como um agrupamento de vários subgrupos, dependendo do ângulo que se olha ou da situação que se impõe. Com os familiares acontece o mesmo. Se por um lado podem ser considerados como um grupo, por outro as proteções a uma identidade pessoal “saudável” emergem. Podemos fazer uma leitura de seu cotidiano tanto da perspectiva do nível interpessoal, nas relações afetivas que estabelecem com seu “louco familiar”, como do nível intergrupar, quando ajustamos nosso foco para as relações que se estabelecem entre cuidadoras, outros membros da família, comunidade, profissionais e de todos eles com o Outro, o louco.

A articulação entre os níveis intrapessoal e societal é facilitada pelos níveis interpessoal e intergrupar num *continuum*, ainda que possa haver uma articulação direta entre cada um deles. No caso dos profissionais, percebemos que o empreendedorismo individual de alguns membros da equipe é a expressão concreta de valores e crenças mais universalizados em nossa cultura. A crença em um mundo justo, a crença no potencial humano e em uma sociedade mais igualitária se concretizam neste empreendedorismo dirigido para seu trabalho, para seu espaço possível de ação. Esta forma de agir, que expressa a crença em um mundo justo, é carregada de sentido voltado para a transformação das formas de cuidar e compreender a loucura, ainda que não se saiba exatamente quais caminhos trilhar e como.

A abordagem societal, além dos níveis de análise, também nos permite pensar em diferentes fases na análise das representações. Testemunhamos o compartilhamento de representações arcaicas, calcadas em crenças e valores universais, mas ao nos aproximarmos de nossos sujeitos, sejam eles profissionais ou familiares, percebemos diferenças na forma de lidar com os fenômenos universalizados. As diferentes inserções sociais e proximidades com o sujeito louco engendram diferentes concepções e práticas que, todavia, não são construídas de forma isolada. São representações e práticas relativas à loucura que estão ancoradas em um universo mais amplo, onde valores e crenças adotadas pelos sujeitos em suas vidas dão o tom a essas representações e a essas práticas.

A abordagem culturalista nos permitiu conhecer os processos pelos quais a alteridade com relação ao louco/doente mental é construída no cotidiano. As piadas e brincadeiras dos técnicos com relação aos usuários, a proteção excessiva das cuidadoras com seus “loucos familiares” são algumas das formas de construir e alimentar essa relação de alteridade, que, apesar do poder dos afetos implicados na convivência, ainda oferecem ao louco o lugar do “outro”, do “estranho” do “não-familiar”.

As reflexões de Jodelet (2001, 2009) ainda nos são importantes no que tange ao caráter transversal da TRS. Transpondo essa idéia para o campo da saúde mental, percebemos que este campo, assim como a TRS, não pode se eximir de reconhecer as fronteiras com outros saberes. O trabalho do PVC nos mostra que somente o conhecimento médico, representante do saber científico, é insuficiente para lidar no cotidiano com toda a complexidade que a atenção aos usuários e familiares requer, fazendo-se necessária uma maior abertura para outros saberes e práticas.

Os usuários do programa são a prova viva disso. Mesmo com histórias de institucionalização e de viverem sob o estigma da cronificação, a mudança na forma de atendimento teve como conseqüências o incremento de seu poder de contratualidade e o apontar de um caminho para a inserção social. Em sua vida, provam que a loucura não é isolada e hermeticamente fechada sobre si mesma. É um fenômeno que marca as relações, estabelece fronteiras entre grupos e pessoas, mas que também convoca a uma aproximação, pelo que anuncia. A proximidade com a loucura denuncia os limites da razão na compreensão da vida e do imaginário, que, como já havíamos afirmado são muito anteriores e estão muito mais além dos nossos racionais, porém, limitados sistemas de explicação científica da realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desta pesquisa de doutorado foi investigar a relação entre representações sociais da loucura e práticas sociais dirigidas a sujeitos em processo de desinstitucionalização. Situamos essa investigação no atual momento de implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, marcado pela transição entre modelos opostos de atenção em saúde mental, no que tange aos seus pressupostos e visões de homem e de sociedade.

Deste amplo mosaico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, delimitamos uma tentativa de implementação da Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal, que foi o fechamento da Clínica de Repouso Planalto, um tradicional hospital psiquiátrico, com clara adesão ao modelo manicomial. Trata-se de uma experiência importante em nível local, se considerarmos a defasagem do Distrito Federal no que tange à implementação da atual política nacional de saúde mental, baseada no modelo de reabilitação psicossocial. O fechamento deste hospital psiquiátrico foi motivado pela impossibilidade de continuar convivendo com uma instituição que, podemos dizer, estava na contramão da história no que diz respeito ao movimento nacional de transformação das formas de cuidar em saúde mental. Uma instituição cujas práticas se mostravam claramente contraditórias com as atuais reflexões sobre os Direitos Humanos. Práticas sustentadas por arcaicas representações sociais da loucura que justificaram, até aquele momento, a exclusão social dos moradores da Clínica e a violência institucional.

O fechamento da clínica foi resultante de um processo que revelou um embate no que diz respeito às representações sociais da loucura e às práticas sociais. De um lado a instituição asilar, com suas representações e práticas historicamente construídas. De outro, um movimento de questionamento e combate das práticas de exclusão, sustentadas por representações sociais da loucura permeadas por novos elementos ou, pelo menos, questionadas quanto aos seus elementos mais arcaicos. O fechamento da Clínica de Repouso Planalto foi um fato irreversível, uma vitória do movimento contra o modelo manicomial, suas representações e práticas. O primeiro passo de uma transformação que se anunciava. Deste primeiro passo resultaram nossos contextos de pesquisa. Dois contextos visivelmente distintos, que tiveram diferentes desenvolvimentos nesta tentativa de construir uma nova atenção à saúde mental no DF: a Enfermaria Psiquiátrica do ISM e o Programa Vida em Casa (PVC).

Nestas considerações finais lançamos mão do que esses contextos de estudos nos ensinaram sobre os caminhos da desinstitucionalização e sobre os processos e relações que permitem a transformação conjunta de representações e práticas. Assim, comentaremos os dois estudos empíricos a partir da implicação de seus respectivos contextos com os modelos de atenção – hospitalocêntrico/manicomial e de reabilitação psicossocial - apresentados na introdução deste trabalho. Na sequência faremos uma síntese do que esse estudos revelaram sobre a relação entre representações e práticas e sua importância para o campo da saúde mental.

Modelos de Atenção à saúde mental: o que a Enfermaria e o PVC nos revelam?

Organizaremos nossas reflexões a partir dos parâmetros utilizados por Costa-Rosa (2000) para apresentar as diferenças entre os modelos, apresentados na introdução deste trabalho.

Com relação ao *objeto* de intervenção dos modelos, o que percebemos é uma transição do objeto *doença* para o objeto *existência-sofrimento*. Tanto na Enfermaria Psiquiátrica quanto no PVC testemunhamos o reconhecimento, por parte dos entrevistados, de que as necessidades dos usuários extrapolam os cuidados a uma enfermidade física, biológica. Fica clara a adesão a uma visão de que o sujeito é mais do que um ser doente e que, portanto, o modelo manicomial já não é suficiente para se falar em um cuidado efetivo.

Mas o que é a existência-sofrimento, ou isso que ultrapassa, que é mais do que a doença? O que se pode fazer diante dela e como? São perguntas ainda não respondidas de forma clara. Por sua amplitude, este novo objeto, ainda é de difícil apreensão.

No caso da Enfermaria Psiquiátrica, a existência-sofrimento é algo percebido pelos técnicos de enfermagem, que, pela proximidade e conseqüente afetividade estabelecida com os moradores, reconhecem que eles precisariam de mais, muito mais do que o que a instituição lhes oferece. Para além do remédio, dos cuidados médicos, os técnicos apontam a necessidade de afeto e das relações extra-institucionais, especialmente as familiares. Reivindicam a cidadania para os moradores e admitem, ainda que com certo constrangimento, que a escuta também é uma necessidade. Entretanto, reconhecer a existência-sofrimento não foi suficiente para que ela tornasse um objeto de intervenção. Na Enfermaria, em virtude das dificuldades e limitações de várias ordens – desde as institucionais às representacionais - apresentadas ao final do

Estudo 1, a doença permaneceu enquanto objeto de intervenção. A existência-sofrimento aparece como o que falta e não como possibilidade de intervenção.

No caso do PVC, percebemos que, apesar das limitações do programa, a existência-sofrimento parece ter sido incorporada como objeto de intervenção. As possibilidades de intervenção mais amplas deste programa, se comparadas às da Enfermaria Psiquiátrica, fizeram com que outras dimensões da vida dos usuários e suas necessidades de cunho mais psicossocial fossem incorporadas como objetos de intervenção. A doença ainda é objeto, mas convive com outros mais diversificados. A cidadania já está presente no horizonte das práticas, ao menos no que diz respeito à facilitação da inserção social por meio dos benefícios. O contato direto com familiares e usuários em contexto domiciliar abre as portas para outras dimensões importantes da vida para além daquelas possíveis de ser vistas dentro de uma instituição fechada. Ampliou-se o contexto de atuação, ampliou-se o objeto de intervenção. É importante, porém, alertar para o fato de que o objeto existência-sofrimento, apesar de reconhecido e incorporado, ainda não encontra lugar seguro no rol das práticas sociais cotidianas. Este novo objeto traz questões ainda não respondidas, que não encontram ressonância nas práticas, como dissemos acima. Aonde não se têm respostas, permanece o tradicional objeto doença.

Um dos pontos importantes que, acreditamos, contribuiu para os diferentes desenvolvimentos da enfermaria e do PVC foi a diferença na clientela atendida no que diz respeito a uma de suas características: o fato de ter ou não família ou outro grupo social de referência. No caso dos moradores da Enfermaria, a falta da família ou grupo social deixou os moradores a mercê da instituição, enquanto o PVC fez das famílias o ponto de apoio para o processo de desinstitucionalização. Na Enfermaria, apesar de ser apontada como uma grande falta para os moradores, a família é culpabilizada pela situação de abandono e sofrimento, não sendo levada em conta a participação das inúmeras e longas internações neste afastamento do sujeito de seu grupo familiar. No PVC a família é ressignificada passando a exercer a função de reabilitação social, juntamente com os profissionais. A partir dessa primeira característica de suas clientelas, os contextos da Enfermaria e do PVC se diferenciaram substancialmente, revelando sua adesão aos diferentes modelos de atenção.

Na Enfermaria, apesar dos afetos e das surpresas cotidianas com os pacientes da enfermaria, testemunhamos a sobrevivência do manicômio, manifesta na manutenção da lógica hospitalar e da privação da liberdade de seus moradores. A adesão ao modelo

manicomial se evidenciou de diversas formas: na inexistência de uma equipe interdisciplinar, na desistência das atividades de reabilitação, no fortalecimento das rotinas procedimentais hospitalares, no isolamento institucional, no funcionamento hierarquizado da Enfermaria, na descrença relativa à implicação subjetiva dos moradores. É visível o desconhecimento da dimensão ética da Reforma e o medo persistente da inclusão social, vivida como uma virtualidade amedrontadora.

Ao contrário da Enfermaria, o PVC ao longo de sua história, se viu diante de desafios que abriram as portas para que sua equipe criasse algo novo, apontando para fora do hospital psiquiátrico, tanto em seu sentido metafórico quanto objetivo. Apesar de imerso em uma instituição claramente adepta ao modelo manicomial – o HSVP - trata-se de um programa de atenção domiciliar em saúde mental que, embora não denote uma adequação direta aos moldes formais e prescritivos da atual política nacional, traz a marca da inventividade. O PVC foi se consolidando em consonância com as necessidades de seus usuários e familiares, e criando, ao longo de sua trajetória, uma forma própria, despojada e ativista de lidar com os desafios do cuidado em um contexto de desinstitucionalização.

Ainda há muito a ser construído no que diz respeito à atuação do PVC junto a familiares e usuários, mas alguns pontos nos levam a afirmar que se trata de um contexto que aponta para o modelo de reabilitação psicossocial. Primeiramente, por apontar para fora do hospital, o PVC vem estabelecendo parcerias com diversas outras instituições na tentativa de construir uma rede que permita uma melhor circulação de seus usuários demonstrando sua vocação para a intersetorialidade, um dos grandes temas da atualidade no campo da saúde mental. As parcerias com as famílias, por exemplo, fizeram com que elas também se tornassem alvo de atenção na construção de estratégias diversas de inserção social.

O trabalho realizado pela equipe multidisciplinar possibilitou um olhar mais amplo sobre sua clientela, ainda que essa equipe não tenha consolidado uma prática interdisciplinar de fato. Até o momento da conclusão desta pesquisa não haviam reuniões de equipe sistematizadas, que permitissem um aprofundamento nas reflexões acerca do trabalho realizado junto aos usuários. Entretanto, apesar da inexistência deste espaço formal, as informações circulavam de forma não sistematizada e entre todos os diferentes profissionais. Apesar das diferentes funções profissionais, não havia uma rígida hierarquia entre eles, sendo reconhecidas as capacidades e a importância de cada um dos membros da equipe. Acreditamos, baseadas em nossa experiência junto a esta

equipe, que o trabalho interdisciplinar é algo absolutamente possível e cuja implementação é uma questão de tempo.

Apesar das críticas feitas pelos próprios profissionais do PVC com relação ao trabalho limitado na construção da autonomia e cidadania dos usuários, essa é uma questão já colocada e alvo de reflexões compartilhadas por todos na equipe, o que, certamente, poderá levar ao incremento do trabalho da equipe neste sentido. Apesar das limitações, há uma crença compartilhada na importância de se trabalhar a implicação subjetiva e responsabilização dos usuários, ao menos no que diz respeito ao tratamento. Um ponto que nos parece favorável ao incremento do trabalho relativo à autonomia e à cidadania é a presença constante de estagiários de diversas áreas do conhecimento que, de certa forma, trazem “ar novo” ao programa, questionando suas práticas e apontando novos caminhos para o cuidado. Assim, o PVC, apesar de ter muito o que caminhar, já tem seus propósitos voltados para a desinstitucionalização e o resultado do trabalho realizado por este programa pode ser percebido na diminuição significativa do número de internações de seus usuários e na adesão dos familiares ao processo de reabilitação psicossocial. Se, com todas as limitações vividas pelo PVC, os efeitos desse programa já podem ser percebidos na vida de seus usuários, acreditamos que um maior investimento neste programa e um aprimoramento de seu funcionamento podem trazer resultados ainda mais relevantes no que diz respeito à desinstitucionalização.

Ao contrário da Enfermaria Psiquiátrica, a inclusão social, apesar de não teorizada, já é uma realidade anunciada e desejada por todos os seus atores. O fato de seus atores vivenciarem o tratamento na comunidade e não dentro dos muros do hospital introduz mudanças importantes na compreensão e no trato com a loucura, desmistificando a idéia de que lugar de louco é o hospício. Neste sentido, o PVC abre as portas para mudanças no que diz respeito às representações sociais da loucura e as práticas sociais dirigidas a estes sujeitos em processo de desinstitucionalização.

A seguir faremos algumas reflexões acerca destes nossos objetos de pesquisa, a partir de uma breve síntese do que os dois contextos nos revelam acerca da relação entre representações e práticas.

Representações Sociais da Loucura - Práticas Sociais: um sistema em transformação no campo da saúde mental

Ao emprendermos essa síntese sobre as representações sociais da loucura e as práticas sociais dirigidas aos sujeitos em processo de desinstitucionalização, partimos da

noção de que representações e práticas constituem um sistema que se auto regula. Um sistema em que as incoerências entre representações e práticas leva, necessariamente, a transformação de uma ou de outra. Nesta pesquisa o que observamos é que essa auto regulação não é imediata, pois há momentos em que práticas e representações estão em clara dissonância, mas trata-se de uma dissonância que engendra processos de transformação.

Quando falamos da Reforma Psiquiátrica este processo de auto regulação se faz evidente por meio de suas continuidades e descontinuidades. O início da Psiquiatria é marcado pelo fortalecimento de representações sociais da loucura (que no âmbito deste trabalho denominamos arcaicas) associadas à periculosidade, imprevisibilidade, improdutividade e incapacidade para a vida social. O fortalecimento desses elementos de representação levou à construção de práticas sociais de isolamento destes sujeitos em hospitais psiquiátricos. A ineficácia deste sistema, aliado às necessidades sociais de várias ordens levou a questionamentos dessas práticas de exclusão social. Questionamentos de práticas sustentados pelos questionamentos dessas representações arcaicas. Tais questionamentos levaram à luta política e técnica contra o modelo manicomial. Uma luta que busca a consolidação de novas formas de cuidar, novas práticas de reabilitação psicossocial dirigidas à loucura, cujas representações também sofrem transformações pela (re) introdução de novos elementos, que propõem a ampliação (ou a retomada) da loucura para além da doença, do desvio ou erro moral. Um processo no qual o novo e o arcaico se combinam de diferentes formas, tanto no que tange às representações como às práticas, evidenciando a existência de um sistema.

As transformações no sistema representações-práticas ocorrem sempre em consonância com as características e possibilidades presentes nos contextos onde ocorrem. Nesta pesquisa, a partir de nossos estudos empíricos testemunhamos diferentes arranjos desse sistema nos dois contextos investigados.

No Estudo 1, realizado na Enfermaria Psiquiátrica do ISM, testemunhamos um processo de transformação de representações e práticas que se iniciou, porém, não se concretizou. Trata-se de um contexto em que o modelo manicomial, apesar de questionado, não foi ameaçado e não sofreu transformações.

Quando da criação desta Enfermaria, um cenário diferente do antigo hospital psiquiátrico de origem dos moradores se anunciou, na promessa de que esta enfermaria seria um espaço transitório para residências terapêuticas. Algumas tentativas de criação de atividades de reabilitação psicossocial foram feitas no sentido de preparar moradores

e técnicos para a vida em sociedade. Inicialmente, podemos pensar que estávamos diante de possíveis transformações resistentes, de acordo com a definição de Flament (2001): transformações características de situações em que as práticas novas estão em desacordo com as representações, nas quais testemunha-se a criação de “esquemas estranhos” de representação, que, ao longo do tempo acabam por transformar o núcleo central da representação. A convivência e proximidade entre técnicos de enfermagem e moradores da enfermaria, marcada pela afetividade e reconhecimento do “louco” como alguém mais próximo do que se supunha anteriormente, provocou nos técnicos questionamentos das antigas representações sociais da loucura, que a associavam à alienação da realidade, falta de afetividade e improdutividade, denotando a formação destes “esquemas estranhos”.

Esses questionamentos, entretanto, foram minados pelas promessas de desinstitucionalização não cumpridas, pela falta de apoio institucional, pela falta de perspectiva de mudanças que foi ficando clara ao longo dos meses que se seguiram à criação da enfermaria, pelo despreparo profissional e falta de uma equipe interdisciplinar para levar a cabo estratégias de reabilitação psicossocial. Algumas iniciativas pessoais de transformação da situação da Enfermaria foram empreendidas, todavia, os sujeitos que se manifestaram ativamente contra a manutenção do modelo manicomial não detinham poder institucional suficiente que lhes facultasse operar tais transformações.

Para além de todas essas dificuldades acima citadas, testemunhamos ainda a ameaça identitária vivida pelos técnicos de enfermagem. Ameaça à identidade profissional e pessoal cuja presença foi fundamental para compreendermos o processo de construção da alteridade entre “loucos” e “não loucos”. No âmbito das relações interpessoais ficou evidente a afetividade que aproximava moradores e técnicos. As surpresas vividas no cotidiano aliadas ao desejo de contribuir para a melhoria de vida dos moradores permitiu a construção de fortes vínculos afetivos entre moradores e técnicos, ou seja, “loucos” e “não loucos”. Essa proximidade, entretanto, foi vivida de forma ambígua, pois ao lado da afetividade nas relações interpessoais, testemunhamos a necessidade de uma clara marcação no âmbito das relações intergrupais. Ao se perceberem “confundidos” com os “loucos” em sua situação de exclusão, os técnicos foram levados a fortalecer o que Jodelet (2005) chamou de práticas significantes, ou seja, práticas que revelam representações sociais encobertas, e que têm por objetivo

demarcar claramente as diferenças entre os grupos, neste caso entre “loucos” e “não loucos”.

Diante das limitações do contexto, da impossibilidade de sua transformação e das ameaças identitárias, testemunhamos o fortalecimento das representações sociais da loucura associadas à periculosidade, imprevisibilidade, mas principalmente, à incapacidade para a vida fora do hospital. Representações que se tornavam visíveis por meio da manutenção e fortalecimento das práticas procedimentais e institucionalizantes. Ou seja, neste contexto confirmamos as reflexões empreendidas no âmbito da abordagem estrutural da TRS acerca do processo de transformação das representações sociais: quando não há transformações radicais na realidade objetiva, são as representações sociais, neste caso as representações sociais mais arcaicas da loucura, fortalecidas ao longo da história da psiquiatria, que apresentam maior grau de determinação sobre as práticas, exercendo sua função orientadora e justificadora (Rouquette, 1998; Campos, 2003).

Já o Estudo 2 revela uma realidade diferente. O fechamento da Clínica de Repouso Planalto e o retorno de seus antigos moradores para suas famílias, aliados à impossibilidade de retorno às longas reinternações levaram a transformações nas práticas e nas representações sociais.

Primeiramente, o PVC traz algo bastante distinto da Enfermaria no que diz respeito ao contexto institucional em que estão imersos. A Enfermaria se situava dentro de uma instituição de saúde mental aberta, mas seu espaço específico era o de uma instituição total. Os usuários eram, na verdade, moradores internos à instituição, não havendo possibilidade ou perspectiva de saída, nem mesmo quaisquer relações sociais extra-institucionais. O PVC, por sua vez, é um programa de atenção domiciliar, ou seja, um “braço” que se estende para fora da instituição hospitalar em direção ao ambiente familiar e comunitário, onde vivem os usuários. Entendemos o PVC como uma estratégia de cuidado em saúde mental, que se expressa na forma de um dispositivo institucional de atenção que propicia e testemunha as relações sociais extra-institucionais. Um dispositivo que atua no ambiente real da vida cotidiana de usuários e familiares e que, por isso mesmo, tem maiores possibilidades de enxergar a complexidade das necessidades e possibilidades de inserção social. Por sua inserção na vida cotidiana, o PVC experimenta algumas ações de reabilitação psicossocial, o que abre caminhos para a efetivação da desinstitucionalização.

Ao longo da pesquisa de campo realizada no Estudo 2, tivemos a oportunidade de nos aproximar de profissionais, familiares e usuários que nos revelaram, cada um a seu modo, a potencialidade da convivência no processo de transformação das representações sociais da loucura e das práticas sociais dirigidas aos loucos. Esses sujeitos agora, inevitavelmente, em processo de desinstitucionalização, ou, ao menos, de desospitalização. Destacamos aqui a irreversibilidade da situação na qual o PVC está imerso - a impossibilidade de longas internações psiquiátricas acima citada – o que é de grande relevância para compreendermos o sistema representações-práticas que se atualiza no cotidiano das relações sociais.

Para os profissionais, a oportunidade proporcionada pelo PVC de entrar em contato com familiares e usuários, fora dos limites do hospital, introduziu novas formas de olhar a loucura. Trata-se de profissionais que trabalhavam no hospital psiquiátrico cujo contato com os usuários era prioritariamente nos momentos de crise e internações. Uma de nossas profissionais entrevistadas, por exemplo, conta de sua emoção ao ver um usuário, velho conhecido das internações trabalhando, se arrumando e cuidando de casa após seu ingresso no PVC. Segundo seu relato, testemunhar essa mudança na vida do usuário mudou sua forma de ver “essas pessoas”, que antes para ela eram somente loucas e incapazes.

A aliança com as famílias, provocadas pela convivência, permite aos profissionais uma ampliação de sua escuta para as reais necessidades cotidianas de usuários e familiares, o que permite, por sua vez, um melhor conhecimento de quem são essas pessoas. Esta aliança requer uma atualização nas práticas e, conseqüentemente, nas representações sociais dos profissionais acerca da loucura, pois sua proximidade com a vida cotidiana de familiares e usuários introduz questionamentos acerca do estatuto de periculosidade e incapacidade para a vida social, historicamente associada à loucura.

No que diz respeito aos familiares, a convivência proposta e imposta com o familiar louco também vem engendrando novos elementos de representação da loucura e do cuidado. Relações familiares foram transformadas e estratégias foram negociadas e construídas para lidar com este sujeito louco, recolocado na intensa realidade cotidiana. Com o ingresso no PVC, os familiares também vêm experimentando uma relação mais próxima com os profissionais de saúde do programa, não sendo mais somente depositários de culpas e prescrições, mas tendo ressignificado seu papel no tratamento e na reabilitação psicossocial.

Em suma, para profissionais e familiares a proximidade com a loucura introduziu, para além de questionamentos, alguns elementos novos de representação que vieram se somar aos antigos, engendrando novas práticas voltadas para a desinstitucionalização. Testemunhamos neste nível das relações intergrupais a importância da proximidade e da convivência com o “objeto” de representação para que se possam empreender transformações no sistema representações-práticas.

Interessante observar que há uma articulação entre este nível das relações intergrupais e o nível das relações interpessoais, que também contribuem neste processo de transformação de representações e práticas. A convivência entre os diversos atores sociais do programa em suas várias combinações interpessoais permite a construção de novos espaços de comunicação social, nos quais trocas de experiências, informações e impressões são constantemente atualizadas. Relações interpessoais, vale dizer, mediadas também pelos afetos.

A partir dessas relações sociais estabelecidas nos níveis interpessoal e intergrupais, os sujeitos encontram diversas possibilidades de ressignificação de suas experiências particulares. No que diz respeito ao nível intrapessoal, este Estudo 2 nos permitiu conhecer como os diversos atores sociais que fazem parte o PVC elaboraram a nova situação de conviver com a loucura no cotidiano. Profissionais passaram a reconhecer a importância da escuta para o usuário e sua família, bem como a necessidade de construir conjuntamente a implicação subjetiva e autonomia dos usuários. Familiares que, ao relatarem sua experiência cotidiana com a loucura, ressaltam o trabalho subjetivo empreendido no sentido de adequar-se às novas exigências do cuidado. Trabalho subjetivo que tem no afeto e na resignação seus mais fortes pilares. Usuários que mostram qual o lugar reservado para sua loucura diagnosticada na vida social e como lidam com ela agora não mais no espaço violento, porém protegido, do manicômio. O lugar da loucura é construído de forma absolutamente particular, em sintonia com a história de cada usuário e com os recursos de que dispõe.

Usuários, familiares e profissionais, cada um ao seu modo, vem contribuindo para que o processo de desinstitucionalização continue caminhando, engendrando transformações no sistema representações-práticas, relativo à loucura. Um processo que é relacional, individual, mas também nos remete ao nível societal. Este processo vivido no âmbito da subjetividade e das relações interpessoais e intergrupais está intimamente ligado com um processo maior, que é o processo de transformação de modelos de

atenção à saúde mental, fruto de uma nova política que impõe novas práticas e representações. Não podemos esquecer que essa reorientação do modelo de atenção dialoga com crenças e valores mais amplos de nossa cultura, onde se mesclam elementos arcaicos, oriundos de uma diversidade de sistemas de crenças que se combinam e se expressam de diferentes formas.

No âmbito do PVC constatamos transformações progressivas do sistema representações-práticas. Relembrando, para Flament (2001) as transformações progressivas são aquelas em que não há um impacto visível sobre os elementos do núcleo central da representação, pois as novas práticas propostas ou impostas não estão em total desacordo com as representações. Os elementos do sistema periférico se modificam de forma a se adequarem à nova situação, neste caso, a convivência cotidiana com a loucura na vida social. Assim, aos poucos são introduzidas transformações nos elementos mais resistentes, constitutivos do núcleo central. Trata-se de um processo construção progressiva.

Dizer que se tratam de transformações progressivas não quer dizer que não existam resistências ou que se trata de um processo linear. No âmbito do PVC também testemunhamos processos de construção da alteridade entre “loucos” e “não loucos”. Entendemos, entretanto, que estes processos por ocorrerem na vida cotidiana contam com uma maior dinamicidade e maleabilidade se compararmos ao mesmo processo vivido no ambiente hermético da Enfermaria do ISM. O processo de construção da alteridade entre profissionais e usuários no PVC, a nosso ver, advém mais de um “hábito histórico”, da co-existência de elementos arcaicos da representação, do que de uma ameaça identitária anunciada constantemente. A proximidade entre profissionais e usuários, além de não ser tão intensa como no caso da Enfermaria, se dá no bojo de uma experiência vivida de desinstitucionalização e não de uma identificação pelo abandono institucional. No que diz respeito à relação entre familiares e usuários, a construção da alteridade também é percebida, mas com a valiosa mediação do afeto e da historicidade das relações, além de pautada pela necessidade do cuidado cotidiano.

Nesse caminho aberto pelo PVC, pelas relações sociais que nele se evidenciam e que têm como palco a vida cotidiana, compreendemos que a loucura vem reconstruindo seu lugar social por meio do intenso jogo entre representações e práticas. Um contexto com práticas novas, inspirado e incentivado pelo sonho da desinstitucionalização. Práticas novas que vêm se contrapor e se misturar às práticas mais arcaicas ainda contundentes e insistentes. Dessa mistura de práticas, revela-se o processo de

transformação das representações sociais da loucura, no qual o novo e o tradicional vêm se combinando de maneira tensa, porém irreversível no que concerne à impossibilidade de volta ao modelo manicomial. Andando pelos caminhos do PVC, pelos caminhos da vida em casa, fora do hospital, a loucura vai driblando a institucionalização como nos mostram os usuários do PVC, antes moradores de hospitais, hoje interessantes e comuns personagens urbanos que vêm anunciar o renascer da desrazão complementando a razão na construção da vida cotidiana.

Nosso intuito nessas considerações finais não foi apresentar reflexões conclusivas, até mesmo porque esta tarefa seria impossível. Representações e práticas nos contextos estudados, especialmente no PVC, continuam se atualizando cotidianamente. A história não pára.

Implicações da pesquisa e sugestões de estudos futuros

Dos diversos temas tratados nesta pesquisa de doutorado, resultam algumas sugestões de ações no campo da saúde mental:

- a) Implementação de espaços de escuta e supervisão clínica e institucional nos serviços de saúde mental por profissionais que tenham experiência em serviços substitutivos;
- b) Implementação de programas de formação continuada para profissionais da área de saúde mental;
- c) Implementação de programas de formação de gestores para a saúde mental, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica;
- d) Ampliação do campo de estágio para estudantes das áreas afins com a saúde mental, no sentido de propiciar uma formação profissional mais adequada à realidade da saúde mental e das necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS;
- e) Consideração das dimensões afetivas e das relações interpessoais na gestão do serviço, como parte constituinte dos processos de trabalho;
- f) Incremento das ações de atenção básica para suporte a usuários e familiares;
- g) Melhoria da estrutura de pessoal e logística do PVC, com incremento das reflexões acerca dos objetivos deste programa e sua abrangência;
- h) Imediata implantação das SRTs para os pacientes da Enfermaria Psiquiátrica do ISM.

Além dessas ações, resultam também algumas sugestões de pesquisas:

- a) Realização de pesquisas sobre a relação entre representações sociais da loucura e as práticas sociais em outros serviços de saúde mental;
- b) Inserção do tema da saúde mental no âmbito das pesquisas em Psicologia Social com enfoque psicossociológico;
- c) Pesquisas diagnósticas e avaliativas sobre o funcionamento dos serviços de saúde mental do DF;
- d) Pesquisas sobre gestão em saúde mental;
- e) Pesquisas sobre o impacto e o lugar dos benefícios sociais na vida de usuários e familiares;
- f) Pesquisas junto a profissionais sobre as contribuições e limitações da formação profissional recebida nas universidades para o trabalho em saúde mental.

REFERÊNCIAS

- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. Em: A. S. P. Moreira e D. C. Oliveira. Estudos Interdisciplinares de Representação Social. Goiânia, GO: A B Editora.
- Abric, J.C. (2001). Prácticas sociales y representaciones. Colônia Del Carmen, México: Ediciones Coyoacán S.A. de C.V.
- Alarcon, S. (2005). Da Reforma Psiquiátrica à luta pela “vida não fascista”. História, Ciências, Saúde – Manguinhos (12)2, maio-agosto, 249-263.
- Almeida, A. M. de O. (2001). A Pesquisa em representações sociais: fundamentos teórico metodológicos. Ser Social: Pesquisa em Serviço Social e Política Social 9. (julho a dezembro de 2001). Brasília: EdUnB, 129-158.
- Almeida, A. M. de O. (2009). Abordagem societal das representações sociais. Sociedade e Estado, Brasília (24)3, 713-737.
- Almeida, A. de M. et al (2007). Transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 56 (4), 245-251.
- Almeida, A. A. S. D.; Oda, A. M. G. R.; & Dalgalarrodo, P. (2007). O olhar dos psiquiatras brasileiros sobre os fenômenos de transe e possessão [resumo]. Revista de Psiquiatria Clínica [online], 34 (supl. 1), 34-41.
- Almeida, D. T. de & Trevisan, E. R. (2011). Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. Interface: comunicação saúde educação 15(36), 299-307.
- Almeida, K. S. de; Dimenstein, M. & Severo, A.K. (2010). Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. Interface (Botucatu) [online] 14 (34), 577-592.
- Almeida, Patty Fidelis de; Escorel, Sarah (2001). Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. Saúde debate;25(58); 35-47.
- Alvarenga, L. T. de & Novaes, C. de O. (2007). Estratégias na reforma psiquiátrica no município de Barbacena: a cooperação entre gestor público e o terceiro setor. Hist. cienc. saude-Manguinhos,14 (2), 571-593.
- Alverga, A. R. & Dimenstein, M. (2005). A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. Em: P. Amarante P. Arquivos de saúde Mental e atenção psicossocial 2. (pp.45-66). Rio de Janeiro: NAU.
- Alverga, A. R. & Dimenstein, M. (2006). A Reforma Psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. Interface – Comunicação, Saúde, Educação (10), 20, 299-316, jul-dez.
- Alves, H. N et al (2005). Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química [resumo]. Revista da Associação Médica Brasileira [online], 51 (3), 139-143.
- Alves-Mazzotti, A. J. & Gewandsznajder, F. (1998). O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira.
- Amaral, M. A. do (1997) Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. Rev. saúde pública = J. public health 31(3), 288-95
- Amaral, P. C. G.; & Durman, S. (2004). O que pensa a família sobre o atendimento oferecido pela psiquiatria [resumo]. Acta Sci., Health Sci., 26 (1), jan-jun., 113-119,
- Amarante, P. D. C. (1994). Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na reforma psiquiátrica. Saúde debate (45), 43-6.

- Amarante, P. D. C. (1995). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1995a). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. Cad. Saúde Pública [online] 11 (3), 491-494.
- Amarante, P. (2003). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. Cadernos de Saúde Pública, 11 (3), 491-494
- Amorim, A. K. A. & Dimenstein, M. (2009). Loucura e cidade: cenas biopolíticas e incursões (des) institucionalizantes. Fractal, Rev. Psicol. [online] 21 (2), 319-335.
- Andrade, F. B. de et al. (2010). Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. Texto contexto - enferm. [online] 19(1), 129-136.
- Angrosino, M. (2009). Etnografia e observação participante. Porto Alegre: Artmed. (coleção Pesquisa qualitativa / coordenada por Uwe Flick).
- Antunes, S. M. de O. & Queiroz, M. de S. (2007) A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. Cad. Saúde Pública [online] 23 (1), 207-215.
- Araújo, G. C.; Teixeira, P. J. R.; & Rocha, F. L. (1992). Folie à deux em gêmeos monozigóticos: Relato de caso [resumo]. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 41 (1), jan.-fev, 39-42.
- Areosa, S. V. C.; & Fensterseifer, J. M. (2005). Doença dos nervos... afinal, que doença é esta?: (representações sociais da doença dos nervos para os moradores da Vila Margarida Aurora) [resumo]. Barbarói (22/23), jan.-dez, 205-213.
- Arruda, A. (1998). O ambiente natural e seus habitantes no imaginário brasileiro. Em: A. Arruda (org). Representando a alteridade. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Azôr, A. M. G. C. C. V. & Vectore, C. (2008). Abrigar/desabrigar: conhecendo o papel das famílias nesse processo. Estud. psicol. (Campinas) 25(1),77-89.
- Bandeira, M. (1999). Competência social de psicóticos: parâmetros do treinamento para programas de reabilitação psicossocial - Parte I. J. bras. psiquiatria 48(3), 95-99.
- Bandeira, M.; Machado, E. L. & Pereira, E. A. (2002). Reinserção social de psicóticos: componentes verbais e não-verbais do comportamento assertivo, em situações de fazer e receber críticas. Psicol. Reflex. Crit. [online] 15 (1), 89-104.
- Bandeira, M.; Calzavara, M. G. P e Varella, A. A. B (2005). Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR) [resumo]. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 54 (3), jul.-set, 206-214.
- Bandeira, M.; & Barroso, S. M. (2005). Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos [resumo]. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 54, (1), jan-mar, 34-46.
- Bandeira, M.; Calzavara, M. G. P.; Freitas, L. C; & Barroso, S. M. (2007). Escala de sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos (FBIS-BR): estudo de confiabilidade da versão brasileira [resumo]. Revista Brasileira de Psiquiatria [online], 29 (1), 47-50.
- Barfknecht, K. S.; Merlo, A. R. C. & NARDI, H. C. (2006). Saúde mental e economia solidária: análise das relações de trabalho em uma cooperativa de confecção de Porto Alegre . Psicol. Soc. [online] 18(2), 54-61.
- Barros, D. D. (1990). A desinstitucionalização é desospitalização ou desconstrução? Rev. ter. ocup. 1(2), 101-6.
- Basaglia, F. (1968/1985) A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. (3ª ed.) (H. Janh, tradução). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Basaglia, F. (1979). A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil.

- Bauer, M. W. & Gaskel, G. (orgs). (2002). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. (P. A. Guareschi, tradução). Petrópolis: Vozes.
- Bertolote, J. M (1995). Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais. Revista de Saúde Pública 29 (2), 152-156.
- Besselaar, J. V. D. (1979). Introdução aos estudos históricos. São Paulo: EPU, 5ª ed.
- Bezerra, B. (2001). A Clínica e a reabilitação psicossocial. Em: Pitta, A. (org). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: HUCITEC.
- Bezerra, E.; Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. Psicol. cienc. prof. 28(3), 632-645.
- Boff, L. (2002). Saber cuidar: a ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes.
- Borba, L. de O.; Schwartz, E.; & Kantorski, L. P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental [resumo]. Acta Paulista de Enfermagem, 21 (4), 588-594.
- Bosi, E. (1987). Memória e sociedade: lembranças de velhos. (2ª ed.) São Paulo: T. A. Queiroz: Editora da Universidade de São Paulo.
- Bott, E (1976). Família e rede social. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Braga, V. A. B.; & Silva, G. B. da (2000). O ensino de enfermagem psiquiátrica no Ceará: a realidade que se esboça [resumo]. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 8 (1), 13-21.
- Bravo, O. A. (2004) As prisões da loucura, a loucura das prisões. A (des)construção institucional do preso psiquiátrico. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Brasília – Distrito Federal.
- Breda, M. Z. Rosa, W. de A. G.; Pereira, M. A. O. & Scatena, M. C. M. (2005). Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online] 13(3), 450-452.
- Bressan, V. R. & Scatena, M. C. M. (2002). O cuidar do doente mental crônico na perspectiva do enfermeiro: um enfoque fenomenológico. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online] 10 (5), 682-689.
- Brito, H. B. de; & Catrib, A, M. F. (2004). Representação social e subjetividade do adoecer psíquico [resumo]. Estudos de Psicologia (Natal) [online], 9(2), 285-296.
- Calil, L. C. (1995). Refletindo sobre a educação médica, a ética e o custo da consulta médica [resumo]. Revista Médica de Minas Gerais, 5(1), jan.-mar., 50-52.
- Camillo, S. de O.; Silva, A. L. de; & Nascimento, A. J. do (2007). Percepções do graduando de enfermagem sobre a dimensão humana no seu aprendizado [resumo]. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online], 15 (2), 207-213.
- Campbell, R. J. (1986). Dicionário de Psiquiatria. São Paulo: Martins Fontes.
- Campos, F. C. B. (2000). O modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP.
- Campos, N. L.; Kantorski, L. P. (2008). Música: abrindo novas fronteiras na prática assistencial de enfermagem em saúde mental. Rev. enferm. UERJ, 16 (1), 88-94.
- Campos, P. H. F (2003). A abordagem estrutural e o estudo das relações entre práticas e representações sociais. In: P. H. F. Campos & M. C. S. Loureiro. Representações sociais e práticas educativas. Goiânia: Editora da UCG.
- Campoy, M. A.; Merighi, M. A. B.; & Stefanelli, M. C. (2005). O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social [resumo]. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online], 13 (2), 165-172.

- Caprara, A & Landim, L. P. (2008). Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde, Interface (Botucatu) 12 (25).
- Cardoso, C. S. et al. (2005). Fatores associados com a baixa qualidade de vida na esquizofrenia. Cad. Saúde Pública [online] 21(5), 1338-1340.
- Carneiro, A. da C. et al. (2010). Educação popular em Saúde Mental: relato de uma experiência. Saude soc. [online]19 (2), pp. 462-474.
- Castro, E. D. de (1992). A dança, o trabalho corporal e a apropriação de si mesmo. Rev. ter. ocup., 3 (1/2), 24-32.
- Castro, R. C. B. R. de & Silva, M. J. P. da (2002). O conhecimento e a percepção do enfermeiro a respeito do processo da reforma psiquiátrica. Acta paul. enfermagem15(2), 55-64.
- Cauchick, M. P. (2001). Sorrisos inocentes, gargalhadas horripilantes: intervenções no acompanhamento terapêutico. São Paulo: Annablume.
- Cavalheri, S. C. (2010). Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. Rev. bras. enferm. [online] 63(1), 51-57.
- Cavalheri, S. C.; Merighi, M. A. B; & Jesus, M. C. P. de (2007). A constituição dos modos de perceber a loucura por alunos e egressos do Curso de Graduação em Enfermagem: um estudo com o enfoque da Fenomenologia Social [resumo]. Revista Brasileira de Enfermagem, 60 (1), 9-14.
- Cespedes, B. de la C. S.; Ferrera, Ada María de A. & Villarrubia, Pedro Ibrahín, G. (1997) Tentativa de suicidio y apagar familiar modificado [resumo]. Revista Cubana de Medicina Geral Integrada, 13(4) jul.-ago.
- Cialdini, R. B., & Trost, M. R. (1998). Social influence: Social norms, conformity, and compliance. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindzey (Eds.), The handbook of social psychology (Vol. 2, 151-192). New York: McGraw-Hill.
- Coimbra, V. C. C.; Kantorski, L. P. (2005). O acolhimento em centro de atenção psicossocial. Rev. Enferm. UERJ 13(1), 57-62.
- Colvero, L. de A.; Ide, C. A. C.; & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença [resumo]. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 38 (2), 197-205.
- Costa-Rosa, A. (2000). O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. Em P. Amarante (org). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. (pp.141-168). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (coleção Loucura & Civilização)
- Cunha, M. C. P. (1990). Cidadelas da ordem: a doença mental na República. (Coleção Tudo é História, nº 128). São Paulo: Brasiliense.
- Cypriano, L. V; Rocha, F. D. M & Souza, G. F. J. (2000). Folie à Deux: relato de um caso clínico. Psiquiatria Biológica, 8(3):89-94, set.
- Dalla Vecchia, M.; & Martins, S. T. F. (2006). O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica [resumo]. Estudos de Psicologia (Natal) [online] 11(2), 159-168.
- Dalmolin, B. M. & Vasconcellos, M. da P. (2008). Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. Rev. Saúde Pública [online] 42 (1), 49-54.
- DaMata, R. (1991). A casa e a rua. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 4ª ed.
- Dantas, M. A. F.; & Chaves, A. M. (2007). Saúde custodiada: representações dos guardas sobre o Hospital de Custódia [resumo]. Psicologia Ciência e Profissão27(2), 342-357.
- De Rosa, A. S. (1987). The Social representations of mental illness in children and adults. In: Current Issues in European Social Psychology, Vol. 2 (Willem Doise and Serge Moscovici, Editors). New York : Cambridge University Press / Paris : Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.

- De-Alba, M. (2011). Representações sociais e memória coletiva : uma releitura. In : In: A. M. O. Almeida; M. F. S. Santos & Z. A. Trindade (org). Teoria das Representações Sociais: 50 anos. Brasília: Technopolitik.
- Delfini, P. S. de S.; Sato, M. T.; Antoneli, P. de P. & e Guimarães, P. O. da S. (2009). Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Ciênc. saúde coletiva [online] 14 suppl.1, 1483-1492.
- Delgado, P. G. (1992). As Razões da tutela. Rio de Janeiro: Te Corá.
- Delgado, P. G. (2006). “Instituir a desinstitucionalização”: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira. Cadernos IPUB, 12(22), 19-33.
- Denzin, N. K. (2004). The art and politics of interpretation. In: Hesse-Biber, S. N. & Leavy, P. (eds). Approaches to qualitative research. New York: Oxford University Press, 447-442.
- Desviat, M. (1999). A Reforma Psiquiátrica. (Ribeiro, V., Tradução). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. Estud. psicol. (Natal) [online] 3 (1), 53-81.
- Dimenstein, M. (2009) O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. Saude soc.[online] 18 (1), 63-74.
- Dimenstein, M.; Sales, A. L.; Galvão, E & Severo, A. K (2010). Estratégia da Atenção Psicossocial. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20(4), 1209-1226.
- Doise, W. (1984). Social representations, inter-group experiments and levels of analysis. In: R. Farr & Moscovici, S. (dir.). Social representations. (pp.255-266). Cambridge/UK: Cambridge University Press – Paris/França: MSH.
- Doise, W. (1986). Levels of explanation in Social Psychology. England: Cambridge University Press; France: Editions de la Maison des Sciences de l’Homme.
- Doise, W. (2003). Direitos Humanos: significado comum e diferenças nas tomadas de posição. Psicologia: Teoria e Pesquisa 19(3), 201-210.
- Doise, W. (2010). Psicologia social e sociedade. In: Anais do Simpósio Gênero e Psicologia Social. Universidade de Brasília. Retirado em 02/11/11 de http://generoepsicologiasocial.org/wp-content/uploads/Anais_do_Simpósio_Genero_e_Psicologia2010.pdf
- Duarte, L. F. D. (1988). Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas. 2ª edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Dubugras, M. T. B.; Mari, J. de J.; & Santos, J. F. F. Q dos (2007). A imagem do psiquiatra em filmes ganhadores do Prêmio da Academia entre 1991 e 2001. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul [online], 29 (1), 100-109.
- Eidelwein, K. (2005). A psicologia em projetos sociais de educação e trabalho. Psicol. Soc. [online] 17 (3), 62-66.
- Engel, M. G. (2008). Sexualidades interditadas: loucura e gênero masculino [resumo]. História Ciências e Saúde – Manguinhos, 15(supl), 173-190.
- Esperidião, E.; Munari, D. B.; & Stacciarin, J. M. R. (2002). Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro [resumo]. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online], 10 (4), 516-522.
- Fábregas, J. L. & Calafat, A. (1978). Política e Psiquiatria: conversando com Laing. Lisboa: Moraes Editores.

- Facundes, V. L. D.; & Lurdermir, A. B. (2005). Transtornos mentais comuns em estudantes da área de saúde [resumo]. Revista Brasileira de Psiquiatria [online], 27 (3), 194-200.
- Fagnani Neto, R. et al. (2004). Perfil clínico e demográfico dos usuários de um serviço de saúde mental para médicos residentes e outros profissionais da saúde em treinamento na Universidade Federal de São Paulo [resumo]. Sao Paulo Medical Journal [online], 122 (4), 152-157.
- Faleiros, E. T.; Alves, M. da A. S. C.; & Diniz, S. P. (1998). O benefício de prestação continuada como importante recurso de inclusão social de usuários de saúde mental. Artigo apresentado no I Encontro Nacional dos Serviços Substitutivos em Saúde Mental, Brasília, DF, agosto, 1998.
- Faria, R. M. de & Bortolozzi, A. (2009). Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. Em: R. RA 'E GA., (17), p.31-41, Curitiba: Editora UFPR.
- Fassheber, V. B. & Vidal, C. E. L. (2007). Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. Psicologia, Ciência e Profissão, 27(2), 194-207.
- Ferraz, F. C. (2000). O louco de rua visto através da literatura. Psicologia USP 11(2) versão impressa.
- Feuerwerker, L. C. M; Merhy, E.E. (2008). A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev. panam. salud pública = Pan am. j. public health 24(3),180-188.
- Figueiredo, M. D. & Campos, R. O. (2009). Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. Ciênc. saúde coletiva [online] 14 (1), 129-138.
- Figueiredo, V. V. de & Rodrigues, M. M. P. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. Psicol. estud. [online] 9 (2), 173-181.
- Figueiro, R. de A. & Dimenstein, M. (2010). O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura?. Fractal, Rev. Psicol. [online] 22 (2), 431-446.
- Flament, C. (2001a). Estructura, dinámica y transformacion de las representaciones sociales. In: Abric, J.C. Prácticas sociales y representaciones. Colônia Del Carmen, México: Ediciones Coyoacán S.A. de C.V.
- Flament, C. (2001b). Estrutura e dinâmica das representações sociais. Em: D. Jodelet.(org) Representações Sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Flick, U. (2009). Qualidade na pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed. (coleção Pesquisa qualitativa / coordenada por Uwe Flick).
- Fortes, J. R. A; Cordás, T. A; Cardo, W. N.(1987). Desospitalização. Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo),14(1/2), 4-13.
- Foucault, M. (1972). História da Loucura na idade clássica (3ª ed.). (J. T. Coelho Netto, tradução). São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2000). Doença mental e psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Foucault, M. (2002). A microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 17ª ed.
- Frayse-Pereira, J. A. (1985). O que é loucura. (Coleção Primeiros Passos, nº 18). São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense.
- Freitas, F. F. P. (1998). Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 14 (1),93-106.
- Furegato, A. R. F.; Nievas, A. F.; Silva, E. C.. & Costa Jr, M. L. (2005). Pontos de vista e conhecimentos dos sinais indicativos de depressão entre acadêmicos de enfermagem [resumo]. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online], 39 (4), 401-408.

- Furtado, J. P. (2001). Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciência & Saúde Coletiva (6)1, 165-181.
- Furtado, J. P. (2006). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. Ciênc. saúde coletiva [online], 11 (3), 785-795.
- Furtado, J. P. (2010) Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. Interface (Botucatu) [online] 14(33), 389-400.
- Gambatto, R.; & Silva, A. L. P. da (2006). Reforma psiquiátrica e a reinserção do portador de transtorno mental na família [resumo]. Psicologia e Argumento, 24 (45), abr.-jun, 25-33.
- Garro, I. M. B.; Camillo, S. de & Nóbrega, M. do P. S. de S. (2006). Depressão em graduandos de Enfermagem [resumo]. Acta Paulista de Enfermagem [online], 19 (2), 162-167.
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas individuais e grupais. Em: M. W. Bauer & G. Gaskell (orgs). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. (P. A. Guareschi, tradução). Petrópolis: Vozes.
- Gastal, C. L. da C. & Gutfreind, C. (2007). Um estudo comparativo de dois serviços de saúde mental: relações entre participação popular e representações sociais relacionadas ao direito à saúde. Cad. Saúde Pública [online], 23 (8), 1835-1844.
- Gastaud, M. B. et al (2006). Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de psicologia: estudo transversal [resumo]. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul [online], 28 (1), 12-18.
- Geertz, C. (1998). O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa. (V. M. Joscelyne, tradução). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Geraldes, P. C. (1992). A cidadania da loucura na sociedade brasileira. J. bras. psiquiatria 41(10), 525-529.
- Gibbs, G. (2009). Análise de dados qualitativos. Porto Alegre: Artmed. (coleção Pesquisa qualitativa / coordenada por Uwe Flick).
- Goffman, I. (1961/2003). Manicômios, prisões e conventos. (7ª. ed.) (D. M. Leite, tradução). São Paulo: Ed. Perspectiva.
- Gold, R. L. (1958). Roles in sociological Field observations. Social forces, 36 217-223.
- Gonçalves, A. M.; & Sena, R. R. de (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família [resumo]. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 9 (2), mar.-abr., 48-55.
- Grigolo, T.; & Costa, I. I. da (2009). Reflexão Preliminar. A Ética e a clínica da atenção psicossocial: fundamentos e possibilidades. Em T. Grigolo; & I. I. da Costa (orgs), Tecendo redes em saúde mental no cerrado. Estudos e experiências de atenção em saúde mental. Brasília: Universidade de Brasília e Ministério da Saúde.
- Guimarães, F. J.; Ferreira-Filha, M. de O. (2006). Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. Rev. eletrônica enferm 8(3), 404-414.
- Guimarães, J. & Medeiros, S. M. de (2001). Contribuição ao ensino de saúde mental sob o signo da desinstitucionalização [resumo]. Ciência e saúde coletiva [online], 6 (1), 97-104.
- Gutman, G. (2010). Febrônio, Blaser & Heitor. Pathos, violência e poder. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 13 (2), 175-189.
- Guzmán Baird, Marta; Florenzano Urzúa, Ramón (1985) Prevención secundaria de alcoholismo y drogadicción: un centro de atención de la salud mental de adolescentes en la Comuna de La Reina [resumo]. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, 7(24), 23-31, jan.-mar.

- Halbwachs, M. (1950/1990). A memória coletiva. (L. S. Laurent, tradução). São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais.
- Helsing, L. A. (1981). Auxiliar psiquiátrico. Exemplo clínico e dimensão política [resumo]. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 30 (1), 85-90.
- Higuero, J. & Hernán, A. 1987. Psicosis inducida: un caso [resumo]. Revista Médica do Panamá, 12 (1), 14-22.
- Hirdes, A. & Kantorski, L. P. (2005). A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial [resumo]. Revista de Enfermagem da UERJ, 13(2), maio-ago, 160-166.
- Honorato, C. E. M. & Pinheiro, R (2008). O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. Physis (Rio J.)18 (2), 361-380.
- Humerez, D. C. (1990). Evolução histórica do conceito de loucura e de louco. Acta paul. enferm3(4),129-136.
- Jacobina, R. R. (1986). A constituição da psiquiatria na Bahia: II. O agente, seus saberes e práticas no asilo [resumo]. Revista Baiana de Saúde Pública, 13(1/3), jan.-set, 7-20.
- Jacobina, P. V. (2004). Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. Rev. direito sanit,5(1), 67-85.
- Jardim, V. M. da R. ; Cartana, M. H. F.; Kantorski, L. P. & Quevedo, A. L. A. de. (2009). Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. Texto contexto - enferm. [online] 18.(2), 241-248.
- Jodelet, D. (1989). Folies et représentations sociales. Paris: Presse Universitaire de France.
- Jodelet, D. (1998). A alteridade como produto e processo psicossocial. In: A. Arruda (org). Representando a alteridade. Petrópolis: Vozes.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In: D. Jodelet.(org) Representações Sociais. (L. Ulup, tradução). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Jodelet, D. (2003) Os métodos das ciências humanas. In: Olhares sobre as metodologias qualitativas. Paris: Presses Universitaires de France. (M. A. Bernier, tradução livre)
- Jodelet, D. (2005). Loucuras e representações sociais. Petrópolis: Vozes.
- Jodelet, D. (2006). Presença da cultura no campo da saúde. Em: A.M.O. Almeida; M.F.S. Santos; G. R.S.Diniz & Z. A.Trindade (orgs). Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em representações sociais. Brasília: Universidade de Brasília.
- Jodelet, D. (2009). Contribuição do estudo das Representações Sociais para uma psicossociologia do campo religioso. In: A. M. de O. Almeida & D. Jodelet (Org). Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas. Brasília: Thesaurus.
- Jorge, M. S. B. & Bezerra, M. L. M. R. (2004) Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho: representações sociais. Texto & contexto enferm,13(4), 551-558.
- Jorge, M. S. B. et al (2008). Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. Rev. esc. enferm. USP [online] (42)1, 135-142.
- Jorge, M. R. & França, J. M. (2001). A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil [resumo]. Revista Brasileira de Psiquiatria, 23(1), 3-6.

- Kantorski, L. P. & Silva, G. B da (2000). O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: um olhar a partir dos programas das disciplinas [resumo]. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online], 8 (6), 27-34.
- Kantorski, L. P.; Pinho, L. B. de; Saeki, T; & Souza, M. C. B. de M. (2005). Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo [resumo]. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online], 39 (3), 317-324.
- Kantorski, L. P.; Pinho, L. B. de; Saeki, T; & Souza, M. C. B. de M. (2006). Expectativas de docentes sobre o ensino do cuidado em saúde mental [resumo]. Revista Eletrônica de Enfermagem, 8(3), 363-369.
- Kinker, F. S. (1997). Trabalho como produção de vida. Rev. ter. ocup. 8(1), 42-8.
- Kinoshita, R. T. (2001). Contratualidade e reabilitação psicossocial. Em: A. Pitta (org). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: HUCITEC.
- Kirschbaum, D. I. R. (1997). A trajetória histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, nas décadas de 20 e 50. Em: A.T. Venâncio; E. M. Leal & P. G. Delgado (orgs). O campo da atenção psicossocial. Anais do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: TeCorá.
- Kuhn, M. E. G. & Kantorski, L. P. (1995). Aspectos éticos da assistência ao doente mental. Texto & contexto enferm 4(2), 103-17.
- Ladowski Yunger, I. (1999). Acerca del programa de asistencia familiar de la Colonia de Asistencia psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare [resumo]. Revista de Psiquiatria do Uruguai, 63(1), 44-66.
- Lancetti, A. (2008). Clínica Peripatética (Série Políticas do Desejo). São Paulo: HUCITEC.
- Lancman, S.; Ghirardi, M. I. G.; Castro, E. D. de & Tuacek, T. A. (2009). Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública [online] 43(4), 682-688.
- Leal, Serpa-Júnior, Muños, Goldenstein e Delgado (2006). Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental IX (3), 433-446.
- Leão, A. & Barros, S. (2008). As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. Saúde e Sociedade [online] 17 (1), 95-106.
- Leão, S. C. (1996). Convivendo com a loucura. J. bras. med. 70(4), 118-120.
- Lefèvre, F. (1991). O medicamento como mercadoria simbólica. São Paulo: Cortez.
- Liberato, M. T. C. & Dimenstein, M. (2009). Experimentações entre dança e saúde mental. Fractal, Rev. Psicol. [online], 21 (1), 163-176.
- Lima, C. A. de M (1987). Um caso de Folie à Deux: revisão da literatura [resumo]. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 36(6), nov.-dez, 317-20.
- Lima, C. M. G. de; Dupas, G.; Oliveira, I. de & Kakehashi, S. (1996). Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. Rev. Latino-Am. Enfermagem 4(1), versão impressa.
- Lima, M. E. O. & Vala, J. (2004). As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. Estudos de Psicologia 9 (3), 401-411.
- Lima, E. M. F. de A. (2010). A produção e a recepção dos escritos de Qorpo-Santo: apontando transformações nas relações entre arte e loucura. Interface (Botucatu) [online] 14 (33), 437-447.
- Lobosque, A. M. (1997). Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos. São Paulo: HUCITEC.

- López-Jiménez; Caraveo-Anduaga, J. J; Martínez-Vélez, N. A.; Martínez-Medina, M. P. (1995). Percepción de la enfermedad mental en pacientes de consulta médica general. Salud ment 18(2), 25-30.
- Lucchese, R.; Oliveira, A. G. B. de; Conciani, M. E. & Marcon, S. R. (2009). Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. Cad. Saúde Pública [online] 25 (9), 2033-2042.
- Macêdo, V. C. D. & Monteiro, A. R. M. (2006). Educação e saúde mental na família. Experiência com grupos vivenciais. Texto & Contexto Enfermagem, 15(2), 222-230.
- Machado, A. L. (2004) Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo. Ciênc. saúde coletiva [online] 9(2), 483-491.
- Machado, Daniela Martins (2006). A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental. Brasília. Dissertação apresentado à Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
- Machado, S. B. (2009). Foucault: a loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas. Ágora (Rio de Janeiro) 7 (2), 217-228.
- Machado, V.; Manco, A. R. X. & Santos, M. A. dos. (2005). A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. Cad. Saúde Pública [online] 21 (5), 1472-1479.
- Manitta, G. (2005). O mal estar na relação médico-paciente [resumo]. Acta de Bioethica, 11 (1), 85-94.
- Marzano, M. L. R.; Sousa, C. A. C. de (2004). O Espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. Texto & contexto enferm13(4), 577-584.
- Mattos, R. M. & Ferreira, R. F. (2004). Quem vocês pensam que (elas) são? - Representações sobre as pessoas em situação de rua [resumo]. Psicologia & Sociedade [online], 16 (2), 47-58.
- Maximo, H. dos R. M & Bosi, M. L.M (2006). Saúde mental em um hospital público: o olhar de profissionais médicos do município do Rio de Janeiro [resumo]. Physis [online], 16 (2), 293-316.
- Medeiros, E. de; Chataignier, G. M. de C.; & Silva Filho, J. F. da (1993). Grupo de familiares do hospital-dia: sociabilidade, loucura e comunicação terapêutica [resumo]. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 42(8), 449-51.
- Mello, R (2005). A construção do cuidado à família e a consolidação da reforma psiquiátrica [resumo]. Revista de Enfermagem da UERJ,13(3), set.-dez, 390-395.
- Mello, R.; Furegato, A. R. F. (2008). Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. Esc. Anna Nery Rev. Enferm, 12(3), 457-464.
- Melo, W. (2010). Nise da Silveira, Fernando Diniz e Leon Hirszman: política, sociedade e arte. Psicol. USP [online] 21 (3), 633-652.
- Meola, M. E. (2000). O campo da saúde mental e as tecnologias de cuidado: uma reflexão. Rev. ter. ocup.11(1), 17-22.
- Mielke, F. B. et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. Ciênc. saúde coletiva [online] 14 (1), 159-164.
- Minayo, M. C.; Sanches, O (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? [resumo] Cad. Saúde Pública v.9, n.3 Rio de Janeiro jul./set., versão impressa.
- Miranda, F. A. N. de & Furegato, A. R. F. (2004). Representações sociais da atuação do enfermeiro psiquiátrico no cotidiano. Psicol. teor. prá 6(n.esp), 67-78;

- Miranda, F. A. N. de; Furegato, A. R. F.; Azevedo, D. (2008). Práticas discursivas e o silenciamento do doente mental: sexualidade negada? Escola Anna Nery Revista de enfermagem, 12(1),136-142, mar.
- Miranda, F. A. N. de et al. (2009). Representações sociais e o papel terapêutico dos acadêmicos de enfermagem. Rev. bras. enferm. [online] 62 (5), 663-669.
- Moffatt, A. (1984). Psicoterapia do Oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular. (P. Esmanhoto, tradução). São Paulo: Cortez, 1984.
- Moliner, P. (1996). As condições de emergência de uma representação social. (A. M. de O. Almeida e cols, tradução). Original: Moliner, P. (1996). Lês conditions d'émergence d'une représentation sociale. In: P. Moliner. Images et représentations sociales. Grenoble: PUG, pp 33-48.
- Mondoni, D. & Rosa, A. C. (2010) Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. Psic.: Teor. e Pesq. [online] 26 (1), 39-47.
- Montenegro, M. A. P. (2010). Peri Phyeos Psyche: sobre a natureza da alma no Fedro de Platão. KRITERION, Belo Horizonte 122, 441-457.
- Morant, N. & Rose, D. (1998). Loucura, multiplicidade e alteridade. Em: Arruda, A. (org). Representando a alteridade. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Moreira, M. I. B. & Andrade, A. N. de. (2003). Ouvindo loucos: construindo possibilidades de viver com autonomia. Psic., Saúde & Doenças4 (2),249-266.
- Moreira, M. I. B. & Andrade, A. N. Habitar a cidade: análise de serviços residenciais terapêuticos. Psicol. Soc. [online] 19 (3), 46-54.
- Moreno, V. & Saeki, T. (1998). Refletindo sobre a cidadania nos serviços de saúde mental. Rev. gaúch. enferm;19(2); 91-4.
- Moreno, V. (2009). Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. Rev. esc. enferm. USP [online] 43 (3), 566-572.
- Moscovici, S. (1961/1978) A Representação Social da Psicanálise. (A. Cabral, tradução). Rio de Janeiro: Zahar.
- Moscovici, S. (1990). A máquina de fazer deuses. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- Moscovici, S. (2003). Representações sociais. Investigações em Psicologia Social. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Mostazo, R. R. & Kirschbaum, D. I. R. (2003). Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online], 11 (6),786-791.
- Mota, T. D. & Barros, S. (2008). Saúde mental, direitos, cidadania: o escritório de advocacia como agência para inclusão social. Rev. esc. enferm. USP [online]. 42 (2), 220-226.
- Mucchielli, A. (1996). Dictionnaire des méthodes qualitatives em sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin/Masson.
- Murekian, N. G.; Valencia, J. F.; Cid, A.; & Curtis, C. (2002). Las representaciones sociales de la salud mental en un contexto de reforma psiquiátrica. Jueces y políticos de la ciudad de Viedma y Buenos Aires frente a la desmanicomializacion [resumo]. Cadernos de Saúde Coletiva (Rio de Janeiro), 10(2), jul.-dez, 125-156.
- Nalli, M. A. G. (2001). Figuras da loucura em *Histoire de la folie*. Psicologia em Estudo, Maringa 6 (2), 39-47.
- Nardi, H. C. & Ramminger, T. (2007). Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. Physis [online] 17(2), 265-287.

- Nascimento, A. M. do; Braga, V. A. B. (2004). Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia – CE. Cogitare enferm 9 (1), 84-93.
- Nascimento Sobrinho, C. L. et al (2006). Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil [resumo]. Cadernos de Saúde Pública [online], 22 (1), 131-140.
- Netto, J. P. (2001) Cinco notas a propósito da “questão social”. Temporalis - Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, ano II, nº 3, jan.-jun. p.41-49.
- Neves, H. G.; Lucchese, R. & Munari, D. B. (2010) Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. Rev. bras. enferm. [online] 63 (4), 666-670.
- Nicácio, F.; Campos, G. W. S. (2005). Instituições de portas abertas: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. Rev. ter. ocup. 16(1), 40-46.
- Nicácio, F.; Amarante, P.; & Barros, D. D. (2005). Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. Em: P. Amarante (org). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Nils, F.; Rimé, B. (2003). L'entretien. Em: S. Moscovici (org). Les méthodes des sciences humaines. Paris (FR): Presses Universitaires de France. (tradução de Angela Maria de Oliveira Almeida e transcrição de Juliana Garcia Pacheco)
- Nunes, J. A. B. (2005). Para além dos muros da Nossa Casa: a construção de uma história em movimento. Psico (Porto Alegre) 36 (3), 293-298.
- Nunes, M & Torrenté, M. de (2009). Estigma e violência no trato com a loucura: narrativas de Centros de Atenção Psicossocial, Bahia e Sergipe. Revista de Saúde Pública 43 (1), 101-108.
- Nunes, M.; Juca, V. J. & Valentin, C. P. B. (2007). Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad. Saúde Pública [online] 23 (10), 2375-2384.
- Okada, L. M.; Feio, N. H. P.; Kerr-Corrêa, F. (1994). Atendimento psiquiátrico domiciliar: vale a pena? Rev. ABP-APAL 16(3), 94-98.
- Oliveira, A. G. B. de & Conciani, M. E. (2009). Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. Ciênc. saúde coletiva [online] 14 (1), 319-331.
- Oliveira, A. G. B. de & Alessi, N. P. (2003). O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online] 11(3), 333-340.
- Oliveira, A. G. B. de & Alessi, N. P. (2005). Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. Ciênc. saúde coletiva [online] 10 (1), 191-203.
- Oliveira, A. B. de & Roazzi, A. (2007). A Representação social da “doença dos nervos” entre os gêneros. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 23(1), 91-102
- Oliveira, D. C. (2010). Entre a clausura do desatino e a “inclusão” da anormalidade: vicissitudes da loucura na obra de Michel Foucault. Fractal: Revista de Psicologia 22 (2), 395-410.
- Oliveira, J. R. de; Bretas, J. R. da S.; & Yamaguti, L. (2007). A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem [resumo] Revista da Escola de Enfermagem da USP [online], 41 (3), 386-394.
- Oliveira, R. M. P. de (2006). Um espaço para a enfermagem psiquiátrica e de saúde mental. Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem 10(4), 615-617.

- Osinaga, V. L. M. (2005). Concepções sobre doença mental e assistência segundo doentes mentais e seus familiares [resumo]. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online], 13 (3), 332-338.
- Pacheco, J. G. (2009). Reforma Psiquiátrica: uma realidade possível. Representações Sociais da Loucura e a história de uma experiência. Curitiba: Juruá.
- Pacheco, J.G; Almeida, A.M.O. & Rodrigues, M.M.P. (2007). Representações Sociais em movimento: A história de uma experiência. Em: M. M. P. Rodrigues & P. R.. M. Menandro (Orgs). Lógicas metodológicas: trajetos de pesquisa em psicologia. Vitória: Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES / Editora GM, PP. 119-150.
- Padua, F. H. P. & Morais, M. de L. S. (2010). Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades. Psicol. USP [online] 21 (2), 457-478.
- Paula, A. A. D. de; Furegato, A. R. F.; & Scatena, M. C. M. (2000). Interação enfermeiro-familiar de paciente com comunicação prejudicada [resumo]. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online], 8 (4), 45-51.
- Paula, S. R. de (2008). A influência do trabalho na vida dos usuários atendidos pelo centro de atenção psicossocial (CAPS - Integração) de Campinas – SP. Online braz. j. nurs. (Online) 7(1).
- Passos, I. C. F (2003). Cartografia da publicação brasileira em saúde mental: 1980 – 1996. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol 19, n.3, pp. 231-240.
- Pedraño, L. J.; Avanci, R. de C.; & Malaguti, S. E. (2002). Perfil das atitudes de alunos do curso de enfermagem frente à doença mental, antes da influência da instrução acadêmica, proveniente de disciplinas de área específica [resumo]. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online], 10 (6), 794-799.
- Peduzzi, M (1992). Capacitação de pessoal auxiliar em saúde mental: reflexões a partir da experiência de um centro de saúde escola. Saúde debate (36), 66-72.
- Pegoraro, R. F. & Ogata, M. N. (2001). O imaginário de comerciários de um município paulista sobre os pacientes de um hospital psiquiátrico [resumo]. Saúde em Debate, 25(59), set.-dez, 85-94.
- Pegoraro, R. F. & Caldana, R. H. de L. (2006). Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial [resumo]. Psicologia em Estudo [online], 11(3), 569-577.
- Pegoraro, R. F. & Caldana, R. H. de L. (2008). Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) [resumo]. Interface (Botucatu) [online], 12 (25), 295-307.
- Peirano, M. (1995). A favor da etnografia. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Pelbart, P. P. (1989). Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão. São Paulo: Brasiliense.
- Pelbart, P. P. (1991). Manicômio mental: a outra face da clausura. Em: A. Lancetti (org). Saúdeloucura 2. (3ª ed.) São Paulo: HUCITEC.
- Peluso, E. de T. P. & Blay, S. L. (2008) Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. Rev. Saúde Pública [online](42)1, 41-48.
- Pereira, P. A. (2001) Questão social, serviço social e direitos de cidadania. Temporalis - Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, ano II, nº 3, jan.-jun. 51-61.
- Pereira, C.; Torres, A. R. R. & Almeida, S. T. (2003). Um estudo do preconceito na perspectiva das Representações Sociais: análise da influência de um discursos justificador da discriminação no preconceito racial. Psicologia: Reflexão e crítica 16 (1), 92-107.
- Pereira, M. A. O.; Barbieri, L.; Paula, V. P de; & Franco, M. dos S. P. (2007). Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários

- sobre o transtorno mental [resumo]. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online], 41 (4), 567-572.
- Pessotti, I. (1996). O século dos manicômios. Rio de Janeiro: Ed. 34
- Pietroluongo, A. P. da C.; Resende, T. I. M. (2007). Visita domiciliar em saúde mental - o papel do psicólogo em questão. Psicol. ciênc. prof 27(1), 22-31.
- Pinheiro, E. M. & Santos, R. da S. (2002). Representações sociais de alunos e profissionais de enfermagem sobre deficiência mental [resumo]. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 6(1), 119-133.
- Pinho, L. B. de; Hernandez, A. M. & Kantorski, L. P. (2010). Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a "parceria" da família: o discurso do distanciamento. Interface (Botucatu) [online] 14 (32), 103-113.
- Pinho, L. B. de; Hernandez, A. M. & Kantorski, L. P. (2010). Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. Esc. Anna Nery [online] 14 (2), 260-267.
- Pitta, A. (org) (2001). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: HUCITEC.
- Polanyi, K. (1980). A grande transformação. As origens da nossa época. Rio de Janeiro: Editora Campus LTDA.
- Puente Silva, F. G; Tenorio, R. (1982). Centro de ayuda al alcoholico y a su familia. Aspectos sociodemograficos y perfiles de la poblacion consultante [resumo]. Salud Mental, 5(2), 63-4.
- Pugin, V. M.; Barbério, Y. C. & Filizola, C. L. A. (1997). A concepção de loucura e do seu tratamento entre os trabalhadores de saúde mental de uma instituição prestadora de serviço em nível secundário de atenção. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online] 5 no. spe, 59-68.
- Pulchinelli, C. C.; Megale, F. C. S.; & Alonso, S. G. (1992). Um espaço de pintura [resumo]. Revista de Terapia Ocupacional, 3(1/2), jan.-dez, 60-4.
- Quarentei, M. S. (2007). Do ocupar à criação de territórios existenciais. Anais do X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional: contextos, territórios e diversidades. Goiânia: maio de 2007.
- Quinto Neto, Antônio. (1992). A reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: do direito ao tratamento aos direitos de cidadania do doente mental. Saúde debate; (37), 5-10, dez.
- Rabelo, I. V. M. & Torres, A. R. R. (2006). Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia. Estud. psicol. (Campinas) 23 (3), 219-228.
- Rabelo, M. C. M.; Alves, P. C. & Souza, I. M. (1999). Signos, significados e práticas relativos à doença mental. Em: M. C. M. Rabelo; Alves, P. C. B. & I. M. Souza (orgs) Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ. Coleção Antropologia e Saúde.
- Ramos-Cerqueira, A. T. de A. et al(2005). Era uma vez... contos de fadas e psicodrama auxiliando alunos na conclusão do curso médico [resumo]. Interface (Botucatu) [online], 9 (16), 81-89.
- Randemark, N. F. R.; Jorge, M. S. B.; & Queiroz, M. V. O. (2004). A reforma psiquiátrica no olhar das famílias [resumo]. Texto e Contexto em Enfermagem, 13(4), out.-dez, 543-550.
- Rey Tosar, Juan Carlos (1986). El Centro de Salud Mental. Revista de Psiquiatria do Uruguai, 51, (301), 17-22, ene.-feb.
- Ribeiro, A. S. M. (2000). Macho, adulto, branco, sempre no comando?. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília – Distrito Federal.

- Ribeiro, L. M.; Medeiros, S. M. de; Albuquerque, J. S. de & Fernandes, S. M. B. de A. (2010). Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? Rev. esc. enferm. USP [online] 44 (2), 376-382.
- Ribeiro, M. B. S. & Oliveira, L. R. de. (2005). Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. Interface (Botucatu) [online] 9 (17), 425-431.
- Ribeiro, M. B. S.; Martins, S. T. F. & Oliveira, L. R. de. (2009). Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. Estud. psicol. (Natal) [online] 14(2),133-140.
- Ricci, M. & Valentim, R. (orgs). (2009). História, Loucura e Memória: o acervo do Hospital Psiquiátrico “Juliano “Moreira”. Belém: Secretaria do Estado de Cultura/Arquivo Público do Estado do Pará.
- Rios, I. C. (2007). Rodas de conversa sobre o trabalho na rua: discutindo saúde mental. Physis [online] 17 (2), 251-263.
- Rocha, I. A. et al (2009). A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. Rev. bras. enferm. [online] 62 (5), 687-694.
- Rockwell, E. (1986). Etnografia e teoria na pesquisa educacional. In: J. Ezpeleta & E. Rockwell. Pesquisa participante. São Paulo: Cortez.
- Rodrigues, C. R. & Figueiredo, M. A. de (2003). Concepções sobre doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. Estudos de Psicologia 8 (1), 117-125.
- Rodrigues, J.; Brognoli, F. F. & Spricigo, J. S. (2006). Associação dos usuários de um centro de atenção psicossocial: desvelando sua significação. Texto contexto - enferm. [online] 15 (2), 240-245.
- Rodrigues, M. G. A. & Silva, L. K. (2006). Intervenção familiar na esquizofrenia: recorte de modelos de ensaios clínicos [resumo]. Revista do Departamento de Psicologia da UFF [online],18(2), 93-109.
- Rodrigues, M. P.; Lima, K. C. de & Roncalli, A. G. (2008). A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. Ciência e saúde coletiva (online) 13(1), 71-82.
- Romagnoli, R. C. (2006). Famílias na rede de saúde mental: um breve estudo esquizoanalítico. Psicol. estud. [online] 11(2), 305-314.
- Romagnoli, R. C.; Paulon, S. M. ; Amorim, A. K. de M. A & Dimenstein, M. (2009). Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. Interface (Botucatu) [online] 13 (30), 199-207.
- Rosa, L. C. S. (2003). Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez.
- Rosa, T. M. & Kirschbaum, D. I. R. (2003). Os trabalhadores de enfermagem como acompanhantes terapêuticos de um centro de atenção psicossocial Rev. Esc. Enferm. USP 37(1); 97-106.
- Rosenbaum, Y. (2010). A ética na literatura: a leitura de “Mineirinho” de Clarice Lispector. Estudos avançados 24 (69), 169-182.
- Rotelli, F.; De Leonardis, O.; Mauri, D. & De Risio, C (1990). Desinstitucionalização. São Paulo: Ed Hucitec. (Coleção SaúdeLoucura)
- Rouquette, M. L. (1998). Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos, In: A. S. P. Moreira; D. C. Oliveira (orgs). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: Editora AB.
- Sá, C. P. (1993). Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. Em: M. J. Spink (org). O conhecimento no Cotidiano. São Paulo: Brasiliense, 19-45.
- Sá, C. P. (1998). A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Sá, C. P. de (2007). Sobre o campo de estudo da memória social: uma perspectiva psicossocial. Psicologia, Reflexão e Crítica 20(2), versão impressa.

- Salles, M. M. & Barros, S. (2007) Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. Rev. esc. enferm. USP [online] 41(1), 73-81.
- Salles, M. M. & Barros, S. (2009). Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. Acta paul. enferm. [online] 22(1), 11-16.
- Sander, J. (2010). A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. Psicol. Soc. [online] 22 (2), 382-387.
- Santander, T. J. & Heerlein, L. A. (1992). Caso clínico de transtorno psicótico inducido o folie a deux [resumo]. Revista de Psiquiatria Clínica (Santiago do Chile), 29(1), 29-35.
- Santiago, M. A. (2009). Panorama da saúde mental pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: uma leitura da reforma psiquiátrica no DF. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília – Distrito Federal
- Santos, A. M. C. C. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. Ciênc. saúde coletiva [online] 14(4), 1177-1182.
- Santos, M. (2006). O dinheiro e o território. In: M. Santos et al. Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial. Rio de Janeiro: DP&A, p.13-21.
- Saraceno, B. (2001). Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. Em: A. Pitta (org). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: HUCITEC.
- Sato, L. & Souza, M. P. R. (2001). Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. Psicol. USP 12 (2). Versão impressal.
- Schmid, P. C. (2007). Viajando não, Só sonhando! Revista do Departamento de Psicologia – UFF 19 (1), 187-198.
- Schmidt, M. B. & Figueiredo, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. [online] 12, n.1, pp. 130-140.
- Schrank, G. & Kantorski, L. P. (2003). Ações de saúde mental desenvolvidas nos centros de atenção psicossocial voltadas à família do portador de transtorno psíquico. Fam. Saúde, Desenv. 5(3), 203-212.
- Schrank, G. & Olschowski, A. (2008). O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 42(1), 127-134.
- Serpa-Júnior, O. D. (1998). Mal-estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1998.
- Silva, A. L. A. & Fonseca, R. M. G. S. da. (2005). Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online] 13(3), 441-449.
- Silva, G. da & Santos, M. A. dos (2009). Esquizofrenia: dando voz à mãe cuidadora. Estud. psicol. (Campinas) [online] 26(1), 85-92.
- Silva, M. B. B. e (2005). Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental [resumo]. Physis [online], 15 (1), 127-150.
- Silva, M. C. F. da; Furegato, A. R. F. & Costa- Junior, M. L. da. (2003). Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online] 11 (1), 7-13.
- Silva, T. L.; Martiniano, C. S & Gaudêncio, M. M. P. (S/data). Os sujeitos da Reforma Psiquiátrica: um estudo do perfil sócio-cultural dos moradores das residências terapêuticas de Campina Grande – PB. (referência incompleta)

- Silveira, D. P. da & Vieira, A. L. S. (2005). Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. Estudos e pesquisas em Psicologia – UERJ-RJ (5) 1, 92-101.
- Silveira, L. C. & Braga, V.A.B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. Revista Latinoamericana de Enfermagem 13 (4), 591-595.
- Soares, I. de. (2004). Comunicação e saúde mental: a democratização dos meios comunicacionais como veículo de reconstrução identitária. Psicol. ciênc. prof 24(4), 12-21.
- Soares, M. V. B. & Carvalho, A. M. P. (2009). Mulheres portadoras de transtornos mentais e a maternidade. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online] 17(5), 632-638.
- Sonenreich, C.; Silva-Filho, L. M. A. (1995). Desospitalização. J. bras. psiquiatria 44 (4), 159-67.
- Souza, A. de J. F.; Matias, G. N.; Gomes, K. de F. A. e Parente, A. da C. M. (2007). A saúde mental no Programa de Saúde da Família. Rev. bras. enferm. [online] 60 (4), 391-395.
- Souza, L. & Menandro, P. R. M. (2007). Pesquisa documental em psicologia: a máquina do tempo. Em: M.M.P. Rodrigues & P. R. M. Menandro (orgs). Lógicas metodológicas. Trajetos de pesquisa em Psicologia. Vitória: UFES – Programa de Pós-Graduação em Psicologia / GM Gráfica Editora.
- Souza, M. C. B. de M. (2003). Ações de enfermagem no cenário do cotidiano de uma instituição psiquiátrica. Revista Latino-americana de Enfermagem 11(5), 678-684.
- Souza, M. C. B. de M. (2010). O preparo de enfermeiros que atuam em grupos na área de saúde mental e psiquiatria. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 14(2), 355-360.
- Souza, V. B. N. de; Silva-Júnior, F. P. da; Silva, G. B.; Campelo, A. F.; Guedes, A. R. A.; Carvalho, M. M. D. de & Souza, F. G. de M. (2003). Comparação do comportamento social de pacientes esquizofrênicos vivendo na comunidade e utilizando antipsicóticos típicos e atípicos. J. bras. psiquiatria 52(4), 267-273.
- Souza, W. da S (2001). Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais [resumo]. Cadernos de Saúde Pública [online], 17 (4), 933-939.
- Souza, L. & Menandro, P. R. M. (2007). Pesquisa documental em psicologia: a máquina do tempo. Em: M.M.P. Rodrigues & P. R. M. Menandro (orgs). Lógicas metodológicas. Trajetos de pesquisa em Psicologia. Vitória: UFES – Programa de Pós-Graduação em Psicologia / GM Gráfica Editora.
- Spadini, L. S. e Souza, M. da C. B. de M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares [resumo]. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online], 40 (1), 123-127.
- Spink, M. J. P. & Matta, G. C. (2010). A prática profissional *Psi* na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: M. J. P. Spink (org). A Psicologia em diálogos com o SUS: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spradley, J. P. (1980). Participant observation. New York: Rinehart and Winston.
- Suiyama, R. C. B.; Rolim, M. A. & Colvero (2007). Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? Saúde e Sociedade, 16(3), 102-110.
- Tavares, C. M. M. (2003). O papel da arte nos centros de atenção psicossocial – CAPS. Rev. bras. enferm., 56(1), 35-39.

- Tavares, C. M. M. & Sobral, V. R. S. (2005). Avaliação das práticas de cuidar envolvendo arte no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) REME rev. min. enferm. 9 (2), 121-125.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. História, Ciências e Saúde - Manguinhos, 9, (1), jan./abr., 25-59.
- Trindade, Z. (1998)
- Trindade, Z. A.; Santos, M. F. S. & Almeida, A. M. O (2011). Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: A. M. O. Almeida; M. F. S. Santos & Z. A. Trindade (org). Teoria das Representações Sociais: 50 anos. Brasília: Technopolitik.
- Tsu, T. M. J. A. (1991). Vício e loucura: estudo de representações sociais de escolares sobre doença mental através do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema [resumo]. Boletim de Psicologia, 41(94/95), jan.-dez, 47-55.
- Tsu, T. M. J. A. (1993). A internação psiquiátrica e o drama das famílias. São Paulo: Edusp/Vetor.
- Turecki, G. & Mantovani, S. (1991). "Folie à deux": histórico, conceito e descrição de um caso em gêmeas dizigóticas [resumo]. Revista da ABP-APAL, 13(3), jul.-set, 122-128.
- Vala, J. (1997). Representações Sociais e percepções intergrupais. Análise Social, 32(140), (1^a), 7-29.
- Valentini Jr. (2003). Entrevista, comunicação pessoal. Manuscrito não publicado.
- Valentini Jr, W e Vicente (2001). A Reabilitação Psicossocial em Campinas. Em: A. Pitta (org). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: HUCITEC.
- Vasconcelos, V. C. de & Azevedo, C. da S. (2010). Sentidos do trabalho e imaginário organizacional em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. Interface (Botucatu) [online] 14 (34), 563-576.
- Vasconcelos, E. M. (1995). Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. Jornal brasileiro de psiquiatria 44(4):189-97.
- Vasconcelos, E. M. (1992). Do hospício à comunidade: mudança sim, negligência não. Belo Horizonte: Segrac.
- Vasconcelos, E. M. (2008). Reforma Psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. Em: E. M. Vasconcelos (org). Abordagens Psicossociais, volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: HUCITEC (coleção SaúdeLoucura, v.27)
- Vecchia, M. D. & Martins, S. T. F (2006). O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. Estudos de Psicologia 11(2), 159-168.
- Veyne, P. (1983). Como se escreve a História. Lisboa: Edições 70.
- Vianna, P. C. de M. & Barros, S. (2004). O significado do cuidado para a família na reabilitação psicossocial do doente mental: uma revisão teórica [resumo]. REME Rev. Min. Enferm. 8(1), jan.-mar, 223-228.
- Víctora, C. G. ; Knauth, D. & Hassen, M. N. (2001). Pesquisa qualitativa em saúde. Porto Alegre: Tomo editorial.
- Vidal, C. E. L.; Gontijo, E. C. D. M. & Bandeira, M. B. (2007). Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online] 29(3), 294-304.
- Vidal, C. E. L.; Bandeira, M. & Gontijo, E. D. (2008) Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. J. bras. Psiquiatr. 57 (1), 70-79.

- Vieira Filho, N. G. & Nóbrega, S. M. da. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. Estud. psicol. (Natal) [online] 9 (2), 373-379.
- Villa, E. A. & Cadete, M. M. M.(2000). Portas abertas: novas possibilidades no ensino da enfermagem psiquiátrica [resumo]. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 8 (6),13-19.
- Vizeu, F. (2005). A instituição psiquiátrica moderna sob a perspectiva organizacional. Hist. cienc. saude-Manguinhos 12 (1),33-49.
- Volcan, S. M. A.; Sousa, P. L. R.; Mari, J. de J. & Horta, B. L. (2003) Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. Rev. Saúde Pública [online] 37 (4), 440-44.
- Wachelke, J. F. R. (2005). O vácuo no contexto das representações sociais: uma hipótese explicativa para a representação social da loucura [resumo]. Estudos em Psicologia (Natal) [online], 10 (2), 313-320.
- Wadi, Y. M. (2000). Aos loucos, os médicos: a luta pela medicalização do hospício e construção da psiquiatria no Rio Grande do Sul [resumo]. História, Ciências e Saude-Manguinhos [online],6 (3), 659-679.
- Wagner, Wolfgang (1998). Sócio-gênese e características das representações sociais. In; A S. P. Moreira e D. C. Oliveira. Estudos Interdisciplinares de Representação Social. Goiânia: A B Editora, 3-25.
- Waidman, M. A. P; Jouclas, V. M. G.; & Stefanelli, M. C. (2002). Família e reinserção social do doente mental: uma experiência compartilhada pela enfermeira [resumo]. Ciênc. Cuid. Saúde, 1 (1), jan.-jun,103-106.
- Wetzel, C. & Kantorski, L. P. (2004). Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Texto & contexto enferm;13(4):593-598, out.-dez.
- Yasui, S. (2010). Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. (Coleção Loucura & Civilização).
- Zerbetto, S. R. & Pereira, M. A. O. (2005). O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online] 13(1), 112-117.
- Zgiet, J. (2010). A Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação. Dissertação de Mestrado Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade de Brasília, Brasília – Distrito Federal.

Material Áudio-visual citado

- Helvécio Ratton (1989). Em nome da razão
 Lais Boldanski (2000). Bicho de Sete Cabeças
 Débora Diniz (2009). A casa dos mortos
 INVERSO e TV SÁ (2008). Efeitos Colaterais

Legislação

- Portaria GM/MS nº 251/02
 Portaria / GM nº 106 de fevereiro de 2000
 Portaria GM nº 1.220
 Portaria MS/GM nº 1174/2005
 Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003
 Lei 10.216

Portaria Nº 2078/GM de 31 de outubro de 2003
Portaria MS/GM nº 1174/2005 – supervisões
Declaração de Caracas (1990)
Lei Distrital nº 975 de 12 de dezembro de 1995
Conselho Nacional de Saúde, Recomendação nº 004, de 08 de maio de 2003.

ANEXOS

ANEXO 1 CRONOLOGIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

1976

- Criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e Movimento de Renovação Médica (REME)

1978

- V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (Congresso da Abertura): criação do **Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)**
- I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições

1979

- I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (São Paulo)
- III Congresso Mineiro de Psiquiatria (Belo Horizonte)

1980

- Convênio de Co-gestão do Ministério da Saúde com o Ministério da Assistência Social
- II Encontro Nacional dos trabalhadores em Saúde Mental
- VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria

1985: I Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste (Vitória)

1986: 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasília)

1987

- criação do CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira (São Paulo)
- I Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasília)
- II Congresso Nacional do MTSM (Bauru): criação do **Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) – “Por uma sociedade sem manicômios”**

1988: Promulgação da atual Constituição Brasileira

1989

- Intervenção no Hospital Anchieta (Santos) e início da implementação da primeira rede de serviços substitutivos do país
- Apresentação do Projeto de lei 3657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado (PTMG).

1990

- Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica (Caracas)
- Fusão das estruturas administrativas do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e Ministério da Saúde

1991

- São Paulo – I Reunião Nacional de Entidades de Usuários e Familiares

1992

- Aprovação das primeiras leis de Reforma Psiquiátrica Estaduais (ES e RS)
- II Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasília)

1993

- I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (Salvador)
Dentro deste Encontro:
 - II Reunião Nacional de Entidades de Usuários e Familiares
 - Reunião da Articulação Latino-americana da Luta Antimanicomial
 - Reunião de Parlamentares da Luta Antimanicomial
 - Encontros de núcleos estaduais da Luta Antimanicomial (SP, BA, RS, ES, CE,
- III Reunião Nacional de Entidades de Usuários e Familiares – Elaboração da Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental

1995: II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (Belo Horizonte)

1996: IV Reunião Nacional de Entidades de Usuários e Familiares (Franco da Rocha/SP)

1997: III Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial (Rio Grande do Sul)

1999

- IV Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial (Paripuera/AL)
- V Reunião Nacional de Entidades de Usuários e Familiares (Betim)

2000

- Fórum Nacional: “Como anda a Reforma Psiquiátrica Brasileira? Avaliação, Perspectivas e Prioridades” (Brasília)
- I Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade manicomial brasileira.
- VI Reunião Nacional de Entidades de usuários e familiares Salvador – Bahia

2001

- Aprovação da Lei 10.216
- V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial (Miguel Pereira-RJ)
- III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasília)

2003: Constituição da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial - RENILA

2004: I Encontro da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Fortaleza/CE)

2006: Inaugurado o milésimo CAPS do Brasil, na cidade de Fortaleza – CE.

2009: Marcha dos Usuários até Brasília , promovida pela RENILA

2010: IV Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasília)

ANEXO 2
RELAÇÃO ENTRE OS OBJETOS, PERGUNTAS E OBJETIVOS DE PESQUISA

Quadro demonstrativo da relação entre os objetos, perguntas e objetivos da pesquisa

| OBJETOS DA PESQUISA | QUESTÃO GERAL | OBJETIVO GERAL |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>a) Representações sociais da loucura</p> <p>b) Práticas sociais dirigidas aos sujeitos em processo de desinstitucionalização</p> | <p>Qual a relação entre as representações sociais da loucura e as práticas sociais dirigidas aos sujeitos em processo de desinstitucionalização?</p> | <p>Investigar as relações entre as Representações Sociais da loucura e as Práticas Sociais dirigidas aos sujeitos em processo de desinstitucionalização elaboradas por três grupos de atores diretamente envolvidos (profissionais, familiares e usuários)</p> |
| | QUESTÕES ESPECÍFICAS | OBJETIVOS ESPECÍFICOS |
| | <p>a) Quais são e como são construídas as representações sociais da loucura presentes nos processos de reinserção social?</p> <p>b) Quais são e como são construídas as práticas sociais dirigidas aos sujeitos em processo de desinstitucionalização?</p> <p>c) Qual é a relação entre as as representações sociais da loucura e as práticas sociais no contexto de experiências específicas de Reforma psiquiátrica?</p> | <p>a) Identificar quais são os elementos que compõem as RS da loucura e como se constituem essas representações;</p> <p>b) Identificar quais são e como são construídas as PS dirigidas aos sujeitos em processo de desinstitucionalização</p> <p>c) Investigar qual é a relação entre as RS da loucura e as PS em dois contextos específicos resultantes de uma tentativa de implementação da Reforma Psiquiátrica no DF.</p> |

ANEXO 3

RECOMENDAÇÃO 004/2003 – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE RECOMENDAÇÃO Nº 004, DE 08 DE MAIO DE 2003.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de maio de 2003, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 ao tomar conhecimento das condições e conseqüências do fechamento da Clínica de Repouso Planalto, conveniada à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, e **considerando:**

1. as condições inumanas e irregularidades da referida Clínica que ocasionaram a sua interdição pela Vigilância Sanitária e posterior o seu fechamento pelo Ministério Público em 1º de abril do corrente ano;
2. a recente revelação pública do desaparecimento de 60 (sessenta) internos da Clínica de Repouso Planalto entre 1996 e 2002, jamais investigado, o que caracteriza gravíssima omissão das autoridades competentes;
3. a discrepância dos resultados obtidos pela Clínica de Repouso Planalto no PNASH/Psiquiatria 2002 (65, 39% da pontuação total) com a grave situação que levou a seu fechamento;
4. que o fechamento da Clínica Planalto evidenciou a precariedade da rede de serviços abertos de Saúde Mental no Distrito Federal ocasionando:
 - a) o aumento de leitos de internação no Hospital São Vicente;
 - b) a abertura, no Instituto de Saúde Mental (hospital-dia e ambulatório) de uma enfermaria de internação provisória para 25 egressos da Clínica Planalto, sem condições de retorno à família, desvirtuando sua destinação ambulatorial e comprometendo a política de assistência a Saúde Mental recomendada pelo Conselho Nacional de Saúde;
 - c) o não acompanhamento de grande número dos egressos que retornaram às famílias com alta hospitalar.

Recomenda:

- a) ao Plenário do CNS, a aprovação de resolução que solicite à Secretaria de Saúde do DF o imediato cumprimento da Lei Distrital nº 975/95 e da Lei Federal nº 10.216/01, com a apuração dos fatos relatados e efetiva implementação de uma rede de serviços substitutivos em Saúde Mental.
- b) o encaminhamento desta Recomendação ao Ministério Público do DF e Território, ao Conselho de Saúde do DF, à Comissão de Direitos Humanos da Câmara Legislativa e da Câmara dos Deputados, para conhecimento e providências cabíveis no sentido de corrigir e superar as deficiências e problemas relatados, assegurando o direito à cidadania dos pacientes atendidos nestas instituições.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Reunião Ordinária.

ANEXO 4
ROTEIROS DE ENTREVISTA – ESTUDO 1

PARTE I – QUESTÕES DE EVOCAÇÃO

Roteiro tipo 1

– **Loucura / Novas práticas de cuidado**

Roteiro tipo 2

– **Doença Mental / Novas práticas de cuidado**

Roteiro tipo 3

– **Novas práticas de cuidado/ Loucura**

Roteiro tipo 4

– **Novas práticas de cuidado/ Doença Mental**

LOUCURA

Quando você ouve a palavra **loucura**, que palavras lhe vêm à cabeça? Diga **pelo menos 4 palavras**.

Qual dessas você acha mais importante, a que mais caracteriza a **loucura**? Por quê?

Me fale um pouco das outras palavras. Por que você falou... 1,2,3,4,5?

DOENÇA MENTAL

Quando você ouve a palavra **doença mental**, que palavras lhe vêm à cabeça?

Diga **pelo menos 4 palavras**.

Qual dessas você acha mais importante, a que mais caracteriza a **doença mental**? Por quê?

Me fale um pouco das outras palavras. Por que você falou... 1,2,3,4,5?

NOVAS PRÁTICAS DE CUIDADO

Você conhece a reforma Psiquiátrica, ou pelo menos já ouviu falar dela. Como você sabe, a Reforma Psiquiátrica propõe novas práticas de cuidado em saúde mental. Quando você escuta sobre essas **novas práticas de cuidado**, o que lhe vem à cabeça. Diga pelo **menos 4 novas práticas de cuidado** que você conhece ou já ouviu falar

Me diga qual destas práticas você acha mais importante. Por quê?

Me fale um pouco das outras práticas que você falou. Por que você falou... 1,2,3,4,5?

PARTE II – QUESTÕES ABERTAS

(igual para todos os tipos de roteiro)

- Como você cuida dessas pessoas? Me descreva um dia de trabalho seu aqui, com detalhes, até mesmo aqueles que para as pessoas em geral não são importantes.

- Você trabalha em um serviço de saúde mental, portanto você está no dia-a-dia próximo de pessoas que sofrem de transtorno mental. Me conte alguma experiência / situação que foi marcante para você no contato com essas pessoas. (*solicitar descrições do lugar, dos atores envolvidos na situação, dos motivos que levaram as pessoas a agirem da forma como agiram, o que mais lhe chamou a atenção na situação referida, detalhes da situação, se for cabível*)

ANEXO 5 – PROTOCOLOS DE OBSERVAÇÃO

PROTOCOLO 1 - OBSERVAÇÃO DO TURNO DE VISITAS

| Data: Motorista: | Horário de Saída do HSVP: | Horário de chegada no HSVP: |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| <p>Equipe</p> <p>() técnico de enfermagem:</p> <p>() auxiliar de enfermagem:.....</p> <p>() enfermeira:.....</p> <p>() assistente social:.....</p> <p>() psicólogo:.....</p> <p>() psiquiatra:.....</p> <p>() terapeuta ocupacional:.....</p> <p>() pesquisadoras:.....</p> <p>() outros:.....</p> <p>Itinerário:</p> <p>Observações gerais:</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Critérios para escolha do itinerário</i>- <i>Conversas informais</i>- <i>Informações e conversas sobre os usuários visitados</i>- <i>Comentários diversos / impressões pessoais</i> | | |

PROTOCOLO 2 – OBSERVAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR

| | | |
|----------------------------------------------------|--------------|------------------------|
| VISITA _____ | Data: | |
| Hora chegada: | Hora saída: | Nº da visita no turno: |
| Equipe: | | Motorista: |
| Observações/comentários “pré-visita”: | | |
| Alguém aguardava a visita: | | Quem recebeu a equipe: |
| Conversas informais: | | |
| Com quem: | | |
| Contato com usuário: | | |
| Conversas com o usuário: | | |
| Situação clínica e apresentação física do usuário: | | |
| Informações sobre o estado de saúde do paciente: | | |
| Quem fala e para quem fala: | | |
| Prescrições/observações da equipe: | | |
| A quem são remetidas: | | |
| Dificuldades/queixas da família e usuário: | | |
| Estratégias para lidar com as dificuldades: | | |
| Impressões gerais: | | |

ANEXO 6
NÚMERO DE USUÁRIOS DO PVC EM FUNÇÃO DA MEDICAÇÃO, SEXO, IDADE E CIDADE SATÉLITE DE MORADIA

Tabela 1: Número de usuários do PVC que tomam medicação injetável, em função do sexo, idade e cidade satélite de moradia.

| Sexo | Idade Cidade Satélite | 21-30 anos | 31-40 anos | 41-50 anos | 51-60 anos | Acima de 60 anos | TOTAL |
|--------------------------|--------------------------|------------|------------|------------|------------|------------------|------------|
| HOMENS | Ceilândia | 2 | 9 | 6 | 2 | 2 | 21 |
| | Samambaia | 4 | 4 | 5 | 2 | 1 | 16 |
| | Taguatinga | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 11 |
| | Santa Maria | 1 | 4 | 3 | 1 | - | 09 |
| | Recanto das Emas | 2 | - | 4 | 1 | 1 | 8 |
| | Gama | - | - | - | 1 | - | 1 |
| | Riacho Fundo | 3 | - | - | - | - | 3 |
| | Guará | - | - | - | 2 | - | 2 |
| | Estrutural | 2 | 2 | - | - | - | 4 |
| | Brasília | - | - | - | - | - | - |
| | Núcleo Bandeirante | - | - | 1 | 1 | - | 2 |
| | Santana* | - | - | - | - | - | - |
| | Plano Piloto | - | - | 1 | - | - | 1 |
| | Sobradinho | - | - | - | - | - | - |
| | Cruzeiro | - | - | - | - | - | - |
| Planaltina de Goiás** | - | - | - | - | - | - | |
| Luziânia** | - | - | - | - | - | - | |
| Subtotal Homens | | 17 | 22 | 23 | 11 | 5 | 78 |
| MULHERES | Ceilândia | 2 | 3 | 5 | 9 | - | 19 |
| | Samambaia | 2 | 2 | 4 | 4 | - | 12 |
| | Taguatinga | - | - | 4 | 1 | 3 | 8 |
| | Santa Maria | - | - | - | 1 | - | 1 |
| | Recanto das Emas | - | - | 3 | 2 | - | 5 |
| | Gama | - | - | - | 1 | - | 1 |
| | Riacho Fundo | - | - | - | 1 | 1 | 2 |
| | Guará | - | - | 1 | - | - | 1 |
| | Estrutural | - | 1 | - | - | - | 1 |
| | Brasília | - | 1 | - | - | - | 1 |
| | Núcleo Bandeirante | - | - | - | 1 | - | 1 |
| | Santana* | - | - | - | - | - | - |
| | Plano Piloto | - | - | - | - | - | - |
| | Sobradinho | - | - | - | - | - | - |
| | Cruzeiro | - | - | - | - | - | - |
| Planaltina de Goiás** | - | - | - | - | - | - | |
| Luziânia** | - | - | - | - | - | - | |
| Subtotal Mulheres | | 4 | 7 | 17 | 20 | 04 | 52 |
| TOTAL | | 21 | 29 | 40 | 31 | 9 | 130 |

Tabela 2: Número de usuários do PVC que tomam medicação comum, em função do sexo, idade e cidade satélite de moradia.

| Sexo | Idade Cidade Satélite | 21-30 anos | 31-40 anos | 41-50 anos | 51-60 anos | Acima 60 anos | TOTAL |
|--------------------------|--------------------------|------------|------------|------------|------------|---------------|------------|
| HOMENS | Ceilândia | 1 | 6 | 5 | 2 | 3 | 17 |
| | Samambaia | 3 | 3 | 2 | 3 | 5 | 16 |
| | Taguatinga | - | 4 | 4 | 1 | 3 | 12 |
| | Santa Maria | - | 1 | 1 | 1 | - | 3 |
| | Recanto das Emas | 1 | 1 | - | 2 | - | 4 |
| | Gama | - | 1 | - | - | 1 | 2 |
| | Riacho Fundo | 2 | - | - | 1 | - | 3 |
| | Guará | | | | | | |
| | Estrutural | | | | | | |
| | Brasília | | | | | | |
| | Núcleo Bandeirante | | | | | | |
| | Santana* | - | 1 | - | - | 2 | 3 |
| | Plano Piloto | | | | | | |
| | Sobradinho | | | | | | |
| | Cruzeiro | | | | | | |
| Planaltina de Goiás** | | | | | | | |
| Luziânia** | | | | | | | |
| Subtotal Homens | | 7 | 17 | 12 | 10 | 14 | 60 |
| MULHERES | Ceilândia | - | 7 | 4 | 2 | 11 | 24 |
| | Samambaia | 4 | 5 | 3 | 4 | 8 | 24 |
| | Taguatinga | 4 | 6 | 2 | 2 | 6 | 20 |
| | Santa Maria | - | 4 | 1 | 2 | 2 | 9 |
| | Recanto das Emas | - | - | 2 | 0 | 1 | 3 |
| | Gama | - | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 |
| | Riacho Fundo | - | 1 | - | - | 2 | 3 |
| | Guará | - | 1 | - | - | 1 | 2 |
| | Estrutural | | | | | | |
| | Brasília | | | | | | |
| | Núcleo Bandeirante | - | 1 | - | - | 1 | 2 |
| | Santana* | - | - | 1 | - | - | 1 |
| | Plano Piloto | - | - | - | - | 1 | 1 |
| | Sobradinho | | | | | | |
| | Cruzeiro | | | | | | |
| Planaltina de Goiás** | | | | | | | |
| Luziânia** | | | | | | | |
| Subtotal Mulheres | | 8 | 26 | 14 | 12 | 34 | 94 |
| TOTAL | | 15 | 43 | 26 | 22 | 48 | 154 |

Tabela 3: Número de usuários do PVC que tomam medicação de alto custo, em função do sexo, idade e cidade satélite de moradia.

| Sexo | Idade Cidade Satélite | 21-30 anos | 31-40 anos | 41-50 anos | 51-60 anos | Acima 60 anos | TOTAL |
|--------------------------|--------------------------|------------|------------|------------|------------|---------------|-----------|
| HOMENS | Ceilândia | 1 | 3 | 4 | - | - | 8 |
| | Samambaia | 1 | 2 | 1 | 2 | - | 6 |
| | Taguatinga | - | 2 | 1 | - | 1 | 4 |
| | Santa Maria | 1 | 1 | - | - | - | 2 |
| | Recanto das Emas | - | - | 1 | - | - | 1 |
| | Gama | | | | | | |
| | Riacho Fundo | | | | | | |
| | Guará | 1 | - | - | - | - | 1 |
| | Estrutural | 1 | 1 | - | - | - | 2 |
| | Brasília | | | | | | |
| | Núcleo Bandeirante | | | | | | |
| | Santana* | | | | | | |
| | Plano Piloto | - | - | - | 1 | - | 1 |
| | Sobradinho | | | | | | |
| | Cruzeiro | - | - | - | 1 | - | 1 |
| Planaltina de Goiás** | 1 | - | - | - | - | 1 | |
| Luziânia** | 1 | - | - | - | - | 1 | |
| Subtotal Homens | | 7 | 9 | 7 | 4 | 1 | 28 |
| MULHERES | Ceilândia | - | 3 | 1 | - | 2 | 6 |
| | Samambaia | 2 | - | - | - | 1 | 3 |
| | Taguatinga | - | 1 | - | 4 | 3 | 8 |
| | Santa Maria | | | | | | |
| | Recanto das Emas | - | 1 | 1 | 1 | - | 3 |
| | Gama | - | 1 | 1 | - | 1 | 3 |
| | Riacho Fundo | | | | | | |
| | Guará | - | - | - | 1 | - | 1 |
| | Estrutural | | | | | | |
| | Brasília | 1 | 1 | 1 | - | 1 | 4 |
| | Núcleo Bandeirante | | | | | | |
| | Santana* | | | | | | |
| | Plano Piloto | | | | | | |
| | Sobradinho | - | - | - | - | 1 | 1 |
| | Cruzeiro | | | | | | |
| Planaltina de Goiás** | | | | | | | |
| Luziânia** | | | | | | | |
| Subtotal Mulheres | | 3 | 7 | 4 | 6 | 9 | 29 |
| TOTAL | | 10 | 16 | 11 | 10 | 10 | 57 |

ANEXO 7

DADOS BRUTOS DOS DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS NAS FICHAS AMARELAS, SEGUNDO A CID

Tabela 1: Diagnósticos constantes nas fichas amarelas dos 37 usuários.

| USUÁRIO | CIDs das fichas amarelas | GRUPO DE DIAGNÓSTICO |
|---------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1. | F-07.0 F-29 F-43 G-40 Z-76 | 1 3 5 9 10 |
| 2. | F.20 F.20.5 F.29 Z.76 | 3 10 |
| 3. | F.20.0 F.20.3 F. 29 F.70 | 3 7 |
| 4. | F-06 F-29 F-32 F-33 F-40 G-40 Z-76 | 1 3 4 5 9 10 |
| 5. | F.29 F.41 F.53 Z.76.0 | 3 5 6 10 |
| 6. | F.20 | 3 |

| | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| | F.20.5 F.20.9 F.23.9 F.29 F.41 F.71 F.79 Z.59.0 Z.76 | 5 7 10 |
| 7. | F-20 F-20.5 F-20.9 F-29 | 3 |
| 8. | F-0.5 F-20 F-20.5 F-29 Z-76 | 1 3 10 |
| 9. | F-20.5 | 3 |
| 10. | F.20 F.29 | 3 |
| 11. | F-20 F-20.1 F-25 F-29 F-30 Z-76 | 3 4 10 |
| 12. | F-20.5 | 3 |
| 13. | F.19 | 2 |

| | | |
|-----|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| | F.20.5 F.29 Z.76 | 3 10 |
| 14. | F-06 F-19 F-20 F-29 F-79 | 1 2 3 7 |
| 15. | F.20 F.23 F.29 F.31 F.31.2 F.53 G.21 G.24 | 3 4 6 8 |
| 16. | F.10 F.19 | 2 |
| 17. | F-20 F-29 F-31 | 3 4 |
| 18. | F.20.9 F.29 F.70 F.79 | 3 7 |
| 19. | F.20 F.22 F.29 Z.76 | 3 10 |
| 20. | F-20 F-20.5 F-20.9 F-25 F-29 Z-76 | 3 10 |
| 21. | F.19 | 2 |

| | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| | F.20 F.29 Z.76 | 3 10 |
| 22. | F.20 F.20.5 F.29 F.29.5 | 3 |
| 23. | F-20 F-20.4 F-20.5 F-29 Z-63.2 | 3 10 |
| 24. | F.10 F.10.2 F.19 F.20 F.20.5 F.20.9 F.25 F.29 F.29.1 F.30 F.31 F.31.1 | 2 3 4 |
| 25. | F.20 F.20.5 F.29 F.79 | 3 7 |
| 26. | F-20 F-20.3 F-20.5 F-20.9 F-25 F-29 | 3 |
| 27. | F.20 | 3 |
| 28. | F.29 | 3 |

| | | |
|-----|-----------|----|
| | F.10 | 2 |
| | F.19 | 3 |
| | F.20 | 7 |
| | F.20.3 | 9 |
| | F.20.5 | |
| | F.20.9 | |
| | F.29 | |
| | F.79 | |
| 29. | G.40 | |
| 30. | F-20 | 3 |
| | F-20.5 | 3 |
| | F-29 | 7 |
| | Z-76 | 10 |
| 31. | TC+F-29 | |
| 32. | F.20 | 3 |
| | F.20.9 | 10 |
| | F.29 | |
| | Z.76 | |
| 33. | F.30 | 4 |
| | F.31.1 | |
| 34. | F-20 | 3 |
| | F-29 | 4 |
| | F-31 | 10 |
| | Z-76 | |
| | Z-76+NAP | |
| | Z-98.9/0 | |
| | Z-98.6/0 | |
| 35. | F-20.5 | 3 |
| 36. | F-29 | 3 |
| 37. | F.29 | 3 |
| | F.20 | 5 |
| | F.29+Z.76 | 10 |
| | F.43 | |
| | F.20.5 | |

GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS PELA CID-10

- 1- Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F-00/F-09)
- 2- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F-10/F-19)
- 3- Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e Transtornos delirantes (F20/F29)
- 4- Transtornos de humor (afetivos) (F-30/F39)
- 5- Transtornos neuróticos, Transtornos relacionados com o “stress” e Transtornos somatoformes (F-40/48)
- 6- Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F-50/F-59)
- 7- Retardo Mental (F-70/F-79)
- 8- Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos (G-20/G-26)
- 9- Transtornos Episódicos e Paroxísticos (G-40/G-47)
- 10- Fatores que influenciam o Estado de Saúde e o contato com os serviços de saúde (Z-00/Z-99)

ANEXO 8 ROTEIRO DE ENTREVISTA – ESTUDO 2

QUESTÕES DE EVOCAÇÃO – feitas para todos os sujeitos

| |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Termo indutor: Loucura Quando ouve a palavra loucura, que palavras lhe vêm à mente? Diga pelo menos 4 palavras.</p> <p>Qual dessas palavras você acha a mais importante, a que mais caracteriza a loucura? Por quê? Me fale um pouco das outras palavras? Porque você falou ... 1, 2, 3..?</p> |
| <p>Termo indutor: Cuidado em Saúde Mental Quando ouve a expressão Cuidado em Saúde Mental, que palavras lhe vêm à mente? Diga pelo menos 4 palavras.</p> <p>Qual dessas palavras você acha a mais importante, a que mais caracteriza os Cuidados em Saúde Mental? Por quê? Me fale um pouco das outras palavras? Porque você falou ... 1, 2, 3..?</p> |
| <p>Termo indutor: Reforma Psiquiátrica Quando ouve a expressão Reforma Psiquiátrica, que palavras lhe vêm à mente? Diga pelo menos 4 palavras.</p> <p>Qual dessas palavras você acha a mais importante, a que mais caracteriza os Reforma Psiquiátrica? Por quê? Me fale um pouco das outras palavras? Porque você falou ... 1, 2, 3..?</p> |
| <p>Termo indutor: Programa Vida em Casa - PVC Quando ouve a expressão Programa Vida em Casa, que palavras lhe vêm à mente? Diga pelo menos 4 palavras.</p> <p>Qual dessas palavras você acha a mais importante, a que mais caracteriza os Programa Vida em Casa? Por quê? Me fale um pouco das outras palavras? Porque você falou ... 1, 2, 3..?</p> |

QUESTÕES ABERTAS

| PROFISSIONAIS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Eixo 1: A história dos atores no campo da saúde mental Me conta um pouco de sua história profissional: Como você chegou a trabalhar na saúde mental?</p> |
| <p>Eixo: A convivência cotidiana com a loucura Como é que você cuida dos usuários do PVC? Me descreva um dia de trabalho seu aqui, com detalhes, até mesmo aqueles que para as pessoas em geral não são importantes. Me conte alguma experiência / situação que foi marcante para você no contato com os usuários. Retomando um pouco do que você falou a respeito da loucura – <i>retomar alguns elementos da primeira parte</i> – como é que você vê essa questão da capacidade dos usuários de conviver na vida social? Em outras pesquisas, algumas pessoas me falaram que o “louco” tem o direito de conviver, o direito à liberdade, mas ao mesmo tempo, falam também do medo, da agressividade, das dificuldades de adaptação. O que você acha disso?</p> |
| <p>Eixo: A questão da responsabilidade A quem cabe a responsabilidade do cuidado com o louco/doente mental? Como você vê a sua participação no tratamento das pessoas? Tem algo que você gostaria de fazer e não faz? Por que? Quais são os limites do seu trabalho? Me fala um pouco da participação da equipe do Programa no atendimento às pessoas. Tem alguma coisa que poderia ser feita de outro jeito pela equipe? Por que? Como você vê a participação da instituição/HSVP no tratamento das pessoas? Qual é a responsabilidade da instituição com esses usuários?</p> |

| |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Me fala um pouco da participação da família no tratamento dos usuários. O que a família pode oferecer e o que não pode? Por quê?</p> <p>O que o próprio usuário pode fazer pra melhorar a vida dele?</p> |
| <p>Eixo: Relações grupais e intergrupais</p> <p>Me conta um pouco de como é o trabalho em equipe. Tem coisas que poderiam ser diferentes?</p> <p>Como você se sente ao ter que dividir o seu trabalho com outros profissionais aqui no Programa?</p> <p>Se você tivesse que dar uma nota de 0 a 10 para a comunicação entre a equipe, que nota daria? Por quê? O que poderia ser feito para mudar a comunicação entre os colegas? Quem pode fazer?</p> <p>Como é o seu contato com os familiares. É fácil? Difícil? Por quê?</p> <p>E os seus colegas, o que eles falam da relação com os familiares?</p> <p>E como é o seu contato com os usuários? É fácil? Difícil? Por quê?</p> <p>E os seus colegas, o que eles falam da relação com os usuários?</p> <p>E como você vê a relação entre familiares e usuários? O que você observa no dia a dia do seu trabalho na casa dos usuários?</p> |
| <p>Eixo: Os conceitos da Reforma Psiquiátrica</p> <p>Uma das idéias básicas da Reforma Psiquiátrica é o fechamento dos hospitais psiquiátricos e o tratamento feito nos serviços abertos. O que você acha disso?</p> <p>Como fica a situação da “crise aguda”?</p> <p>O que você entende por inserção social?</p> <p>O que você entende por autonomia / cidadania / tratamento humanizado / desinstitucionalização / reabilitação psicossocial</p> |
| <p>Eixo: Questões de checagem</p> <p>Muitas pessoas falam que uma pessoa doente mental é perigosa, imprevisível, incapaz para a vida social. O que você pensa disso?</p> <p>Existe diferença entre loucura e doença mental?</p> |

| FAMILIARES |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Eixo 1: A história dos atores no campo da saúde mental</p> <p>Me conta um pouco a história da sua família.</p> <p>Me conta um pouco da história do <i>fulano</i> (familiar usuário)</p> <p>Como eram as coisas antes do <i>fulano</i> ficar doente? E hoje como é? Mudou alguma coisa na família depois que o <i>fulano</i> ficou doente?</p> |
| <p>Eixo: A convivência cotidiana com a loucura</p> <p>Me descreva um dia de convivência aqui com o <i>fulano</i>, desde a hora que você levanta até a hora que se deita.</p> <p>Você se lembra de alguma experiência / situação que o <i>fulano</i> estava envolvido que foi marcante para você.</p> <p>Retomando um pouco do que você falou a respeito da loucura – <i>retomar alguns elementos da primeira parte</i> – como é que você vê essa questão da capacidade das pessoas doentes de viver em casa? Em outros lugares, algumas pessoas me falaram que a pessoa considerada “louca” ou doente mental tem o direito de viver em casa, de ter liberdade, mas ao mesmo tempo, falaram também do medo, da agressividade, das dificuldades de conviver. O que você acha disso?</p> <p>E para você? Como é conviver com o <i>fulano</i>?</p> |
| <p>Eixo: A questão da responsabilidade</p> <p>A quem cabe a responsabilidade do cuidado com o louco/doente mental?</p> <p>Quem são as pessoas que estão mais próximas do <i>fulano</i>?</p> <p>Como você vê a sua participação no tratamento do <i>fulano</i>? Tem algo que você gostaria de fazer e não faz? Por quê?</p> <p>Quem mais pode participar no tratamento? O que os profissionais podem fazer? O que o PVC pode fazer? O que o CAPS e o hospital podem fazer? E o governo?</p> <p>E o que o próprio <i>fulano</i> pode fazer pra melhorar a vida dele?</p> <p>O que a vizinhança pode fazer?</p> |
| <p>Eixo: Relações grupais e intergrupais</p> <p>Como são as conversas no dia a dia <i>sobre o fulano</i>?</p> <p>O que as pessoas falam sobre ele no dia a dia? Você concorda?</p> <p>Como são as conversas no dia a dia <i>com o fulano</i>. Como é que vocês fazem pra se entender?</p> <p>Tem alguma coisa que você acha que poderia ser diferente? O que?</p> <p>Aqui na vizinhança tem pessoas com quem você divide as dificuldades com o <i>fulano</i>?</p> <p>E os profissionais do PVC? Quem são os profissionais que mais vêm aqui? Como é o contato de vocês? Sobre o que vocês conversam.</p> <p>Você entende tudo o que eles falam pra você? Tem alguma coisa que é difícil de entender? Se sim, você sente liberdade pra perguntar, pra tirar dúvidas?</p> <p>Você acha que eles entendem o que você fala do <i>fulano</i>?</p> <p>Você conhece outras pessoas que têm o mesmo problema na família? Participa de algum grupo de familiares? Se sim, como</p> |

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>é este grupo? O contato com outras pessoas com o mesmo problema ajuda (ou ajudaria) você em alguma coisa?</p> |
| <p>Eixo: Os conceitos da Reforma Psiquiátrica Uma das idéias básicas da Reforma Psiquiátrica é o fechamento dos hospitais psiquiátricos e o tratamento feito nos serviços abertos. O que você acha disso? Como fica a situação da “crise aguda”? O que você acha do <i>fulano</i> estar morando aqui? Você acha que ele está conseguindo se adaptar na vida fora do hospital? O que poderia ser melhor? O que é cidadania / autonomia / tratamento humanizado/desinstitucionalização/reabilitação psicossocial para você? Retomar os conceitos citados nas questões de evocação sobre o cuidado e sobre a Reforma Psiquiátrica.</p> |
| <p>Eixo: Questões de checagem Muitas pessoas falam que uma pessoa doente mental é perigosa, imprevisível, incapaz para a vida social. O que você pensa disso? Existe diferença entre loucura e doença mental?</p> |

| USUÁRIOS |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Eixo 1: A história dos atores no campo da saúde mental Me conta um pouco a história da sua vida. Você se lembra de alguma experiência que foi marcante na sua vida? Como é que foi que você chegou a ser um usuário de saúde mental?</p> |
| <p>Eixo: A convivência cotidiana com a loucura Como é que as pessoas te tratam quando sabem que você faz tratamento psiquiátrico? Você já sentiu algum tipo de discriminação pelo fato de fazer tratamento psiquiátrico? Se sim, o que você acha desse tipo de tratamento? Por que as pessoas te tratam assim? Você gostaria que as pessoas te tratassem de outro jeito? Como seria esse outro jeito? Você acha que poderia fazer alguma coisa para mudar o jeito das pessoas te tratarem? Conversar com as pessoas adianta? Elas ouvem você? Entendem você? Em outros lugares, algumas pessoas me falaram que a pessoa considerada “louca” ou doente mental tem o direito de viver em casa, de ter liberdade, mas ao mesmo tempo, falaram também do medo, da agressividade, das dificuldades de conviver. O que você acha disso?</p> |
| <p>Eixo: A questão da responsabilidade A quem cabe a responsabilidade do cuidado com o louco/doente mental? Quem são as pessoas mais próximas a você? Como elas agem com você? Quem mais você acha que participa no seu tratamento? Como os profissionais participam? Como o PVC pode participar? E o que o PVC não pode fazer? Como o CAPS e o hospital participam? E o governo? E o que eles não podem fazer? E sua família, como ela participa do seu tratamento? E a sua vizinhança? E o que você mesmo faz? Como você vê a sua responsabilidade na sua melhora?</p> |
| <p>Eixo: Relações grupais e intergrupais Quem são as pessoas com quem você mais conversa. De onde conhece? Sobre o que conversam? Na sua vizinhança você tem contato com alguém? Como é este contato? E com a sua família? Como é que vocês fazem pra se entender. É fácil ou difícil conversar com a família? Por quê? E os profissionais do PVC? Quem são os que mais vêm aqui? Como é o contato de vocês? Sobre o que vocês conversam? Você entende tudo o que eles falam pra você? Tem alguma coisa que é difícil de entender? Se sim, você sente liberdade pra perguntar, pra tirar dúvidas? Você acha que eles entendem o que você fala? Você tem contato com outros usuários? Tem algum deles que você tem amizade? Participa de algum grupo de usuários? Se sim, como é este grupo?</p> |
| <p>Eixo: Os conceitos da Reforma Psiquiátrica Uma das idéias básicas da Reforma Psiquiátrica é o fechamento dos hospitais psiquiátricos e o tratamento feito nos serviços abertos. O que você acha disso? Como fica a situação da “crise aguda”? O que você pensa da inserção social? O que é cidadania / autonomia / tratamento humanizado/desinstitucionalização/reabilitação psicossocial para você? Retomar os conceitos citados nas questões de evocação sobre as novas práticas e sobre a Reforma Psiquiátrica.</p> |
| <p>Eixo: Questões de checagem Muitas pessoas falam que uma pessoa doente mental é perigosa, imprevisível, incapaz para a vida social. O que você pensa disso? Existe diferença entre loucura e doença mental?</p> |

