



**Maria Cristina Loureiro Cruz**

**A proximidade com a loucura e com o louco:  
As representações sociais das pessoas da  
rede de relações dos indivíduos com  
transtornos mentais**

**Tese de Doutorado**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Serviço Social.

Orientador: prof<sup>a</sup>. Irene Rizzini

Rio de Janeiro  
Abril de 2017



**Maria Cristina Loureiro Cruz**

**A proximidade com a loucura e com o louco:  
As representações sociais das pessoas da  
rede de relações dos indivíduos com  
transtornos mentais**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social do Centro de Ciências Sociais da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

**Profª Irene Rizzini**

Orientador

Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

**Profº Antonio Carlos de Oliveira**

Departamento de Serviço Social - PUC-Rio

**Profª Sueli Bulhões da Silva**

Departamento de Serviço Social - PUC-Rio

**Profª Cristal Oliveira Moniz de Aragão**

UFRJ

**Profª Maria Cristina Ventura Couto**

UFRJ

**Profª Mônica Herz**

Vice-Decana de Pós-Graduação do  
Centro de Ciências Sociais – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 06 de abril de 2017

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, do autor e do orientador.

### **Maria Cristina Loureiro Cruz**

Graduou-se em Serviço Social, em 1985 e em Belas Artes - Pintura, em 1995, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Concluiu o Mestrado em Serviço Social, em 2012 pela Puc-Rio. Atua como Assistente Social na UFRJ desde 1985, nas áreas da: Assistência e Segurança Pública, Assistência Estudantil, Coordenação de Estágios para a graduação em Serviço Social e Saúde Mental. Participação em exposições de Pintura, coletivas e individuais, em locais com seleção e acessibilidade pública. Trabalhos com artes visuais e ilustrativos para livros, revistas e material didático.

#### Ficha Catalográfica

Cruz, Maria Cristina Loureiro

A proximidade com a loucura e com o louco: as representações sociais das pessoas da rede de relações dos indivíduos com transtornos mentais / Maria Cristina Loureiro Cruz; orientador: Irene Rizzini. – 2017.

289 f.: il. color.; 30 cm

Tese (doutorado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Serviço social – Teses. 2. Representações sociais. 3. Loucura. 4. Desinstitucionalização. 5. Reforma psiquiátrica. 6. Cartografia. I. Rizzini, Irene. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Serviço Social. III. Título.

CDD: 361

Às crianças que mais amo e às futuras conexões: Isabela Cruz,  
Lucas Cruz e Joaquim Seabra.

## Agradecimentos

À Irene Rizzini, orientadora hábil na condução, incentivo, crítica respeitosa e sugestões inspiradoras, como as de conectar estes conteúdos à arte. Uma colaboradora honesta. Obrigada por participar do movimento do pensar, agradeço o calmo e produtivo encontro. O trabalho fluiu como arcos de mandalas, de águas, de areis, de cores, de pedras incrustadas, todas elas preciosas, necessárias e bem-vindas ao crescimento.

À minha mãe Maria Helena, a Duíduar, pelo amor, carinho, alegria, companheirismo, respeito e liberdade, mais os encontros, tantos e tão cheios de vida e gentilezas. Ao meu pai Carlos, pela firmeza, espontaneidade, brincadeira e pela doce bravura, mais o encontro com o mar. Amores que vivem no coração, pois não se encontram mais entre nós.

Ao meu irmão Carlos e sua família linda, Monica, Isabela e Lucas, que moram a quilômetros, mas que estão diariamente em meus pensamentos, nas minhas emoções e lembranças, além de terem aparecido na telinha para o encontro familiar, que a tecnologia nos proporcionou enquanto não pudemos estar juntos.

Agradeço aos familiares que tiveram paciência com minhas ausências, mas que seguiram próximos a mim: Jorge, Tabata, Patrick, Flávia, Ivani, Alice, Flavio, Mare, Flavio Luiz, Fabiana, Noemia, Ricardo, Inês, Tuninho, João, Elisa, Joaquim e Luiz.

À prima Ana Cruz, que foi especial para os diálogos sobre o objeto da pesquisa e à análise de conteúdo, disponibilizando-se às trocas e às discussões. Um encontro muito produtivo e afetuoso. Meu especial agradecimento para ti, prima.

Ao querido amigo Claudio Guber Mann, enfermeiro do IPUB/UFRJ, pesquisador e companheiro de trabalho na Saúde Mental, incansável. Neste trajeto de pesquisa agradeço imenso porque me socorreu sempre que precisei de suas intervenções tecnológicas e apoio para questões relacionadas às tramitações burocráticas. Além disso, sou grata pelas contribuições para as questões relacionadas à Reforma. Um militante da Luta Antimanicomial. Grande respeito e abraço ao amigo Cláudio.

À equipe de Serviço Social do IPUB/UFRJ, pela paciência e contribuição na efetivação da pesquisa e da tese, essa equipe amiga e competente na Luta Antimanicomial. Em especial, agradeço às colegas que compõem a equipe que assiste as enfermarias: Andreia Nogueira, Cibele Henriques, Danielle Santiago, Delma Madureira, Josefina Silveira, fundamentais na viabilização das entrevistas naquele setor.

À amiguinha Andreia Nogueira, sou grata pela amizade sempre e cumplicidade em toda a trajetória acadêmica, com contribuições e ajudas efetivas; à Nuzia Rosa pelo companheirismo, pela importante implicação com a Luta Antimanicomial e pelo compromisso e colaboração para a efetivação das entrevistas no CAPS Maria do Socorro Santos. À Liz Barddal, agradeço a competente e equilibrada condução da equipe do Serviço Social do IPUB/UFRJ e pela oportunidade de concretização desta Pós.

Amigas/os queridas/os: Eliane Santos (Lica), Adriana Machado, Rosélia Magalhães, Simone Cazarin, Henrique Oliveira, Glória Oliveira, Rita Maria Coelho, Paula Poncioni, Adriana Seabra, Glória Araújo, Angélica Silva, Carmen Raymundo, Patrícia Weydtt, Marlise Vinagre, Deise Nascimento, Isabel Cano, José Carlos de Jesus, Bernadete Dabul.

Grande abraço de gratidão e saudades para Marcelo Luiz Santos, que nos deixou estes dias. Um amigo, um querido, um amor.

Ao grupo Papo de Buteko, composto por amigas queridas e musicais amigas, que também suportaram alguns nervosismos e ausências enquanto continuávamos buscando harmonias: Ana Rezende, Ana Ventura, Silvia Sobreira e Tatá Pires. Abraços estendidos para Adriana Ferreira, Cris Rodrigues, Du Carmo Mendes, Fatinha Correa, Regina Garibaldi, Silvia Ávila.

Agradeço, mais uma vez, à equipe administrativa do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio que, com competência, atenção e gentileza, tornam o curso superagradável, proveitoso e produtivo.

E, também, aos professores do Departamento de Serviço Social, porque são todos especiais, mas, para a Inez Stampa e a Andréia Clapp, abraços companheiros, amigos e carinhosos.

Aos professores que compuseram a Banca, pela generosidade como via para as importantíssimas contribuições e pelo compromisso com as atuais e fundamentais discussões científicas.

Às amigas e colegas de turma: Adriana Gomes, Adriana Dutra, Adriana Severo, Marina Amoedo, grata pelo encontro. Desejo boa sorte e crescimentos para nós cinco. Abraço!

E, por fim, aos participantes da pesquisa, às pessoas que se disponibilizaram para dar entrevistas e assim participarem desta elaboração, aliás, sem as quais este trabalho não teria se concretizado. Minha admiração e gratidão.

## Resumo

Cruz, Maria Cristina Loureiro; Rizzini, Irene. **A proximidade com a loucura e com o louco: as representações sociais das pessoas da rede de relações dos indivíduos com transtornos mentais.** Rio de Janeiro, 2017. 289 p. Tese de Doutorado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Esta tese se propõe a discutir as representações sociais da loucura e do lugar social do louco, cujo objetivo se articula à avaliação de Paulo Amarante (2007) sobre a importância da dimensão sociocultural relativa aos desdobramentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira para o processo de desinstitucionalização, que prevê a reinserção social das pessoas com transtornos mentais. A Teoria das Representações Sociais por sua abordagem processual, com Serge Moscovici, Denise Jodelet e Angela Arruda, dá suporte para o entendimento e para a aproximação do objeto trabalhado. A Cartografia de Deleuze e Guattari, também acessada através da leitura de Virgínia Kastrup e Roberta Romagnoli, e a Análise de Conteúdo de Bardin (2011) são as ferramentas teórico-metodológicas utilizadas para o acompanhamento do processo e a análise do material produzido pelos 29 entrevistados nos dois campos da pesquisa. A análise de conteúdo mostra as representações sociais do louco com características simultâneas e polares de agitação e agressividade ou tranquilidade e docilidade, e também como alguém que não é normal. A casa e a família foram apontadas como lugar social a ser ocupado pelo mesmo, e não os hospitais psiquiátricos. A loucura foi representada como doença, distúrbio, necessitando de medicação para seu controle e facilitação do convívio social, mas também as terapias foram apontadas como parte essencial do tratamento. A comunidade ainda oferece resistência à convivência com as pessoas com transtornos mentais por medo de violência e de perdas materiais, pedindo a internação das mesmas. A internação foi representada como necessária nos momentos de crise ou surto dos loucos. Os contornos mais finos e/ou singulares relacionados ao mapeamento das representações sociais podem ser identificados no exercício cartográfico a partir de três entrevistas escolhidas, e, na

expressão das imagens produzidas pela pesquisadora, utilizando a linguagem visual para abordar aspectos do objeto e do processo como um todo.

### **Palavras-chave**

Representações Sociais; Loucura; Desinstitucionalização; Reforma Psiquiátrica; Cartografia.

## Abstract

Cruz, Maria Cristina Loureiro; Rizzini, Irene (Advisor). **Proximity to madness: social representations about madness by people connected to others with mental disorders.** Rio de Janeiro, 2017. 289 p. Tese de Doutorado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This thesis proposes to discuss the social representations of the madness and the social place of the individual with a mental disorder, whose objective is articulated with the evaluation of Paulo Amarante (2007) on the importance of the sociocultural dimension related to the developments of the Brazilian Psychiatric Reform for the process of deinstitutionalization, which provides for the social reintegration of people with mental disorder. The Theory of Social Representations for its procedural approach, with Serge Moscovici, Denise Jodelet and Angela Arruda, supports the understanding and the approximation of the object worked. The Cartography of Deleuze and Guattari, also accessed through the reading of Virginia Kastrup and Roberta Romagnoli, and the Content Analysis of Bardin (2011) are the theoretical-methodological tools used to follow the process and the analysis of the material produced by the 29 interviewees in the two fields of research. Content analysis shows the social representations of the individual with a mental disorder with simultaneous and polar characteristics of agitation and aggressiveness or tranquility and docility, and also as someone who is not normal. The house and the family were pointed out as a social place to be occupied by the same, and not the psychiatric hospitals. Madness was represented as a disease, disorder, requiring medication for its control and facilitation of social interaction, but also the therapies were pointed out as an essential part of the treatment. The community still offers resistance to living with people with mental disorder for fear of violence and material loss, asking them to be hospitalized. Institutionalization was represented as necessary in times of crisis or outbreak of the individual with a mental disorder. The finer and / or singular contours related to the mapping of social representations can be identified in the cartographic exercise from three chosen interviews and, in the expression of the images

produced by the researcher, using the visual language to approach aspects of the object and the process as one all.

## **Keywords**

Social representations; Madness; Deinstitutionalization; Psychiatric Reform; Cartography.

## Sumário

1	Introdução	18
2.	Loucura	34
2.1.	Subjetividade e processo de subjetivação: cadê a bússola?	35
2.2.	<i>Mania e Logos</i> na Grécia Antiga: quando a desrazão não contradizia a razão	47
2.3.	Uma história da loucura na Europa Ocidental por Foucault: a localização social do corpo do louco	52
3.	Desinstitucionalização e reforma psiquiátrica brasileira: histórico e atualidades	69
3.1.	Brasil modelo europeu: importantes marcos para o início das internações psiquiátricas e para o início da Reforma na década de 1970	69
3.2.	O processo de desinstitucionalização: Ocidente da Europa, EUA e Brasil	77
3.3.	Brasil nas décadas de 1980 e 1990: a constituição dos direitos sociais dos loucos	92
3.4.	Atualidades e avaliações da Reforma Psiquiátrica Brasileira por importantes atores da Luta Antimanicomial: o sujeito no centro do tratamento e a tolerância para conviver	100
4.	Teoria das representações sociais: conceitos, pesquisas e articulações teóricas	122
4.1.	A teoria das representações sociais	122
4.2.	Denise Jodelet e a pesquisa na França	135
4.3.	Pesquisas em representações sociais sobre a loucura no Brasil na década de 2000	150

4.4.	Diálogo entre a pesquisa de Denise Jodelet, as pesquisas sobre representações sociais da loucura no Brasil e Erving Goffman	159
5.	Percurso metodológico e analítico: um exercício de abordagem cartográfica e a análise de conteúdo relacionada ao corpus da pesquisa e às representações sociais	171
5.1.	Cartografia	176
5.2.	Acompanhando dois processos: o diálogo entre a Cartografia e a TRS e o desenvolvimento da pesquisa empreendida	181
5.3.	O trabalho de campo e a produção de dados: um mapeamento do campo em dois campos	187
5.4.	Perfil dos participantes da pesquisa	197
6.	Análise de conteúdo e mapeamento de três entrevistas	210
6.1.	Resultados obtidos a partir da análise de conteúdo	212
6.2.	Três entrevistas cartografadas	236
7.	Considerações finais	257
8.	Referências bibliográficas	274
9.	Apêndices	283
9.1.	Apêndice 1 – Roteiro de entrevista	283
9.2.	Apêndice 2 - Termo de compromisso livre e esclarecido	287

## Lista de figuras

Figura 1-	"Bancos: quem senta? Quem senta, senta num lugar. Lugar de louco: qual é?"	18
Figura 2-	"Cabeças em múltiplas direções, sentidos e ao revés: conjunto de forças"	34
Figura 3 -	"Diagrama de Foucault segundo Deleuze", por Pelbart (1989, p. 134)	38
Figura 4 -	"A loucura tem casa?"	52
Figura 5-	"Pátio e Jardins do IPUB: trânsitos internos e externos ao pátio" (Acrílica s/ canson - 28 X 20 cm - interferência do Paint/Windows - Cristina Loureiro, maio de 2015)	69
Figura 6-	"O que você ouve e vê na TV que te vê" (Acrílica s/ canson - 28 X 20 cm - interferência do paint/windows - Cristina Loureiro - Maio de 2015)	100
Figura 7-	"Representações sociais: palavras, imagens, sons e ideias em mosaicos" (Interferência do paint/windows sobre fotografia da pesquisadora - Cristina Loureiro - março/abril de 2016)	122
Figura 8 -	"Corpos cabeças retângulos círculos chaves fechaduras chaves. O que faz sentido?" (Interferência paint/windows - Cristina Loureiro - outubro de 2014)	171
Figura 9 -	"Um objeto concomitantemente fixo e móvel da cartografia" * (Fotografia de objeto luminoso - Cristina Loureiro - fevereiro de 2014)	176
Figura 10 -	IPUB/UFRJ - Botafogo - RJ - 2016	187
Figura 11 -	CAPS Maria do Socorro Santos- Rocinha – RJ	192
Figura 12 -	Supostos Estratos de Saber	210
Figura 13 -	"Navio como Dobra do Mar" (DELEUZE, 1988, p. 104) (Fotografia de vidraça e barco de brinquedo - Cristina Loureiro - janeiro de 2009)	257

## Lista de gráficos

Gráfico 1-	Distribuição dos entrevistados por idade (N = 29)	200
Gráfico 2-	Distribuição dos entrevistados pela função diante do usuário e/ou do cuidador dele (N = 29)	201
Gráfico 3-	Distribuição dos entrevistados por relação com o usuário (N = 29)	201
Gráfico 4-	Distribuição dos entrevistados por sexo (N = 29)	202
Gráfico 5-	Distribuição dos entrevistados por ocupação atual (N = 29)	202
Gráfico 6-	Distribuição dos usuários por necessidade de acompanhamento do cuidador (N = 29)	203
Gráfico 7-	Distribuição dos usuários por sexo (N = 29)	204
Gráfico 8-	Distribuição dos usuários por idade (N = 29)	204
Gráfico 9-	Distribuição dos usuários por estado civil (N = 29)	205
Gráfico 10-	Distribuição dos usuários por fonte de renda (N = 29)	205
Gráfico 11-	Distribuição dos usuários por renda mensal (N = 29)	205
Gráfico 12-	Distribuição dos usuários por escolaridade (N = 29)	206
Gráfico 13-	Distribuição dos usuários por ocupação atual (N = 29)	206
Gráfico 14-	Distribuição dos usuários por diagnóstico (N = 29)	207
Gráfico 15-	Distribuição dos usuários por idade do diagnóstico (N = 29)	207
Gráfico 16-	Distribuição dos usuários por número de internações durante a vida (N = 29)	208
Gráfico 17-	Distribuição dos usuários por tipo de tratamento atual (N = 29)	208

## Lista de tabelas

Tabela 1-	Categorias temáticas e seus eixos, encontrados nas entrevistas (N = 29)	213
Tabela 2-	Eixo temático Louco, categorias encontradas nas entrevistas (N = 29)	215
Tabela 3-	Eixo temático Loucura, categorias encontradas nas entrevistas (N = 29)	223
Tabela 4-	Eixo temático Institucionalização, categorias encontradas nas entrevistas (N = 29)	229
Tabela 5-	Eixo temático Cuidador, categorias encontradas nas entrevistas (N = 29)	232
Tabela 6-	Eixo temático Comunidade, categorias encontradas nas entrevistas (N = 29)	234

O saber é um agenciamento prático, um dispositivo de enunciados e de visibilidades. O saber é a unidade de estrato que se distribui em diferentes limiares, com o próprio estrato existindo apenas como empilhamento desses limiares sob orientações diversas, a ciência é apenas uma delas.  
(PELBART, 1989, p. 61)

# 1 Introdução



Figura 1 - "Bancos: quem senta? Quem senta, senta num lugar. Lugar de louco: qual é?"  
Fonte: Fotografias, da pesquisadora, dos mosaicos<sup>1</sup> que cobrem os bancos dos jardins do IPUB/UFRJ - março e abril de 2015.

Começar um texto junto à imagem inicial que inaugura esta escrita, a tese, fez parte das opções de caminhos a tomar para explicitar o interesse desta pesquisa, bem como seu percurso e um mapeamento relativo às representações sociais sobre a loucura e o lugar social do louco, objeto deste estudo. Este mapeamento foi configurado a partir dos relatos de pessoas com relação de proximidade com loucos - legalmente denominados e chamados de maneira politicamente correta de pessoas com transtornos mentais. Entendendo e vivenciando esta escrita como via complexa para a comunicação de ideias e

---

<sup>1</sup> Mosaicos dos bancos dos jardins do IPUB/UFRJ confeccionados sob a organização da artista plástica Eliane Santos, que é coordenadora do Ateliê da Vida desde sua inauguração em 1997. A arte no revestimento dos bancos dos jardins de mosaicos envolveu os pacientes participantes dos projetos efetivados por aquele setor. Na ocasião desta pesquisa havia outras atividades envolvendo a arte e a criatividade sendo desenvolvidas pela psicóloga Adriana Machado.

explicitação de conteúdos, compostos de outros complexos em que se constituem os conceitos teóricos e os pensamentos de grandes estudiosos, fiz este exercício. Meu objetivo principal é contribuir com as discussões pertinentes à Reforma Psiquiátrica Brasileira, ressaltando a importância da aceitabilidade social com relação à convivência com os loucos.

A literatura que me possibilitou alcançar os *estratos de conhecimento* (Foucault, 2005) para embasar teoricamente este texto tem os respectivos conteúdos explicitados, distribuídos e recontados nesta escrita. Mas eu me perguntava por qual deles começar a abordagem de um tema tão complexo cujo título envolve a *loucura* e o *louco*, mas não só, ou seja, busco sentido nas suas representações sociais. Então qual o sentido de leitura propor? Dou início pela perspectiva histórica, ou parto dos significados atribuídos pela língua portuguesa para a loucura? Ao mesmo tempo me questionava sobre as representações sociais da loucura e do louco que eu reconhecia, que passavam por mim. Seria melhor começar pela Teoria das Representações Sociais? Optei pela loucura. A loucura em si, se é que ela existe sem um corpo, ou melhor, sem uma mente. A loucura e o objeto desta pesquisa.

A formação do objeto central desse estudo acabou se assemelhando à constituição de um mosaico. Ao mesmo tempo em que eu desenvolvia a pesquisa e escrevia sobre este processo, os mosaicos de azulejos iam sendo compostos e ficavam prontos nos bancos dos jardins de um dos campos de inserção, instituição localizada no bairro de Botafogo, onde circulo profissionalmente há 16 anos. Atualmente, há mosaicos em todos os bancos e eu os fotografei, assim como também o fiz com a edificação que contém o outro campo de pesquisa, um CAPS, situado num prédio que se constitui num complexo assistencial no bairro da Rocinha.

As *visibilidades* (Foucault, 2005) desta tese estão mostradas por estas fotografias, pelos textos que compus e também por desenhos e pinturas elaborados por mim no decorrer deste processo para expressar os conteúdos relacionados às loucuras, aos loucos, aos estratos de saber alcançados durante o percurso e às representações sociais explicitadas pelos entrevistados. A abordagem cartográfica, filosofia composta por Deleuze e Guattari, não só aceita como privilegia as criatividade, as novas conexões e as outras possibilidades de abordagens temáticas, pois parte da concepção da formação rizomática do conhecimento

(Kastrup & Passos, 2013). Neste sentido, a oportunidade de expressar-me pela via da linguagem visual foi enriquecedora para minha experiência, e creio que poderá ser para o leitor. As pinturas, os desenhos e as fotografias expressam conteúdos relacionados aos temas tratados nos capítulos e estão acompanhados de inscrições que os localizam naquele contexto, além de articularem-no ao objeto de estudo, e por isso se conectarem em sentidos e significados.

Mas para começar esta escrita, por qual faceta da loucura começar a falar? Escolhi um texto que denotasse uma ocasião tempestuosa, tensa, densa. Pensei também na contradição dos estados de agonia e leveza ao mesmo tempo, e ainda na incerteza e na solidão da existência. Busquei uma imagem em movimento para descrever uma situação que não se explicasse pela racionalidade, como a sequência factual de um sonho, por exemplo. É esta imagem em movimento que o leitor encontrará na abertura do capítulo 2, que aborda a loucura enquanto um pensamento na sua relação com as “Forças do Fora” (Pelbart, 1989), ideia metaforizada pela descrição de uma cena escura num mar bravio e revoltado.

Para seguir com o decurso desta introdução, volto a atenção para a imagem 1, objetivando localizar a articulação de seus significados com a temática que constitui este objeto. A referida imagem está composta por duas fotografias quadradas, cujas cores de fundo são as alegres e opostas complementares: azul e amarelo. Elas foram colocadas lado a lado numa disposição escolhida por mim e fotografadas. Nesta ação, privilegiei a possibilidade e/ou a sensação de continuidade causada pela sombra que há em cada uma das fotos. Esta sombra aparece no canto direito inferior do quadrado azul e no canto inferior esquerdo do quadrado amarelo. Posicionei as fotos de maneira que essa sombra pudesse ter e/ou dar uma sensação de continuidade entre os dois quadrados. Neste último, o de fundo amarelo, a sombra a qual me refiro aparece como um possível caule da flor de pétalas negras, composta por azulejos, digamos, uma flor de pedra. E parece loucura, mas, se olharmos para esta mesma sombra como um todo, é possível ver ainda um formato que se assemelha a um camarão, com cauda redonda. Mas isso não existe. É loucura mesmo.

Quanto ao quadrado de fundo azul, esta sombra aparece, francamente mais larga em sua espessura e invade uma área amarela de azulejo, manchando-a. Esta área compõe a outra flor, de pétalas amarelas e miolo cor de ocre. A cor preta aparece ainda do lado esquerdo do quadrado azul, emoldurando a forma de

maneira tortuosa. As cores verde e ocre no fundo azul colaboram plasticamente com o enriquecimento tonal.

As sombras são fenômenos naturais produzidos pela luz e pela luminosidade, e podem enganar a visão, iludir as percepções, confundir racionalidades, ou mesmo modificar uma imagem definitivamente. Pensei novamente nas *visibilidades* de Foucault (2005) como conceito e significado.

O posicionamento cartográfico do pesquisador também me veio à mente ao escolher esta imagem e ao fazer associações representacionais em relação a elas, à loucura e ao louco, assim como me desafiaram a engendrar relações com meu objeto de estudo. Um objeto que diz respeito às representações sociais acerca da loucura e do louco, entendendo o entrelaçamento existente entre elas e sua função determinante para o lugar social a ser ocupado pelo mesmo, e mais especificamente, seu lugar de moradia, considerando-se dois espaços básicos: o hospital psiquiátrico ou a sociedade em convivência social.

Procurei dar passagem às loucuras representadas pelos entrevistados e ouvidas por mim, além das minhas próprias representações acerca das mesmas. Neste sentido, é a sombra que aparece e une as duas fotografias para perfazer uma imagem que também se presta a representar a loucura; e que assim representa algo que distorce a realidade; ou como eu ouvi nos relatos durante as entrevistas, que o louco vive numa realidade criada por ele próprio, que enxerga a realidade e age de uma maneira menos racionalizada do ponto de vista do bom senso, do senso comum.

Pensei também na ilusão que a loucura é capaz de provocar e envolver os sujeitos, às sujeições. Associei a sombra ao delírio e à perseguição. A sombra me remeteu ainda às escuridões em que mergulham alguns pensamentos que enlouquecem, mas também à sua possibilidade de oferecer-se para uma reconstituição qualquer, inclusive de uma imagem e seus significados, como mostrado acima.

A mancha que se sobressai, na pétala redonda e amarela que figura no fundo azul, me fez pensar no estigma de Goffman (1988). Se penso na flor como um indivíduo ou nela como uma família - cujos membros seriam suas pétalas, o borrão faria a representação do estigma, que demarca uma diferença negativa, em indivíduos ou grupos. Penso na sombra que é projetada pelo estigma ou composta por ele próprio, se entendida pela perspectiva colocada pelo autor citado, essa

sombra seria projetada à frente do indivíduo, destacando-se em relação a todas as outras características do mesmo, ainda que fossem positivas.

Voltando aos mosaicos, o fato de eles serem feitos de pedaços de azulejos faz com que suas partes sejam fragmentos unidos, dando coerência a uma forma, ou a outra forma diferente da original dos azulejos. Os pedaços que constituem os mosaicos me lembraram do esfacelamento que sofre o pensamento esquizofrênico - segundo imagem representacional veiculada pelos profissionais da área da saúde mental quando partem da linguagem usada na psiquiatria ao representar a esquizofrenia, com seus conteúdos e fragmentações. Os mosaicos também me remeteram à junção de conceitos ou ideias, que conectados dão corpo a um pensamento, podendo compor justificativas, teorias, representações sociais e teoremas sobre verdades, matemáticas inclusive. Os mosaicos ainda me fizeram pensar nas cartografias e, portanto, na constituição do conhecimento como algo que se constrói ininterrupta e coletivamente. Neste sentido me pergunto: os cacos poderiam ser como os *estratos de saber*? (Foucault, 2005).

O espaço entre os cacos de azulejos é preenchido por um elemento que lhes dá liga, que os reúne, mas que também questiona as continuidades ali representadas por serem diferentes das configurações rizomáticas, já que os rizomas são um contínuo, sem início e sem final. As muitas possibilidades existentes para arranjar um mosaico requerem criatividade, reinvenção e pressupõem novas conexões. Essas são características cartográficas para a recriação da realidade, que também é experimentada no desenvolvimento da pesquisa, entendida e efetivada como acompanhamento processual por parte do pesquisador.

Voltando à imagem do mosaico, percebo as diferenças nos formatos das pétalas das duas flores por eles mostradas. São flores estilizadas. Uma tem pétalas arredondadas, a outra as tem pontiagudas. As primeiras lembram um bugre, daqueles usados em areais, com grandes pneus amarelos, verdadeiras bolas; ou quem sabe é um tanque de guerra, que parece seguir o rastro das esteiras de outro tanque que já passou por ali; ou o mesmo, num retorno. A flor mais magra lembra as hélices de um helicóptero e uma mariposa. Mas o que estas formas têm a ver com a loucura? Por quê? Está desconexo? E a sombra? A sombra pode ser associada à loucura? E as ilusões provocadas por elas? Com relação à junção de duas imagens intencionalmente? Encontrar nexos para o objeto da pesquisa tem a

ver com postura cartográfica de pesquisadora? Qual o afeto me moveu para esta representação?

A loucura esteve envolvida na feitura destes mosaicos sobre os bancos dos jardins. Eles foram confeccionados por pessoas que ali trabalhavam e pelas que se tratavam no local. Eles coloriram os jardins, tornaram o lugar mais agradável, mais acolhedor. Os bancos circundam os jardins arborizados do pátio interno do IPUB/UFRJ e compõem um amplo espaço verde. Os loucos sentam-se naqueles bancos. Os parentes e amigos dos loucos também se sentam ali. Nós sentamos ali. Muitas pessoas sentam-se naqueles bancos com suas loucuras. Estes bancos também formaram cenários para contatar as pessoas com relação de proximidade com os usuários daquele hospital, servindo igualmente para as observações que constam no diário de campo desta pesquisa.

A busca pelas representações sociais da loucura e do lugar social do louco a partir de sujeitos que têm relação de proximidade com pessoas com transtornos mentais objetivou, sobretudo, uma sondagem acerca da tolerância do meio social para a convivência com estas pessoas. A imagem 1, cuja legenda diz: "Bancos: quem senta? Quem senta, senta num lugar. Lugar de louco: qual é?", quer questionar esta ideia.

A convivência social foi assunto do qual se ocupou Paulo Amarante (2007) para contextualizar o processo de desinstitucionalização e, portanto, a Reforma Psiquiátrica, em sua análise acerca dos desdobramentos desta em sua "dimensão sociocultural". Esta dimensão é descrita pelo autor dentre as quatro importantes áreas à sua crítica, onde as outras três são: a dimensão epistemológica ou teórico-conceitual, a dimensão técnico-assistencial, e a dimensão jurídico-político. A dimensão que me interessa diretamente evidencia reflexões sobre as concepções e estereótipos que circulam socialmente sobre a loucura e o louco, e que se refletem na questão do lugar social a ser ocupado pelo mesmo.

A importância desta pesquisa pode assim ser inscrita nas discussões acerca da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em curso desde a década de 1970, com vistas à desconstrução ideológica e material dos manicômios e à reinserção social das pessoas com transtornos mentais. A reinserção implica habitação nas residências comuns a toda população como desfrute dos direitos enquanto cidadãos, incluindo a convivência em espaços e ambientes coletivos, públicos, e acesso à assistência à saúde mental nos serviços disponibilizados pelas políticas públicas.

É importante ressaltar que esta Reforma tem amparo legal da Constituição Federal Brasileira (Brasil, 1988) - às prerrogativas dos direitos de cidadania; e mais especificamente pela Lei 10.216/2001<sup>2</sup>, que “regulamenta os direitos e a proteção das pessoas com transtornos mentais”, dentre outros dispositivos legais.

A Lei citada acima denomina a loucura ou a doença mental como transtorno. A palavra transtorno é normalmente utilizada nas instâncias governamentais, por segmentos de profissionais e usuários (e sua rede social) dos Serviços de Assistência à Saúde Mental; nos meios acadêmicos; e por Movimentos Sociais afins, notadamente em situações formais. Autores como Foucault (2010), Pelbart (1989), Deleuze (1988) e Wadi (2009) fazem referência à loucura e ao louco; Jodelet (2005) e Goffman (1999) fazem menção à doença e ao doente mental. Neste texto, a loucura e o louco estarão denominados conforme suas atribuições contextuais ou a partir da terminologia utilizada pelos autores; quando não, farei menção a estes termos: loucura e louco. Esta opção se dá tanto por sua concisão, quanto por ser uma das maneiras usadas no dia a dia para se falar sobre este tema e sujeito. A palavra *doido* também é muito utilizada para fazer referência àquele que encarna a loucura, mas não será utilizada por mim. Como são formas coloquiais, as palavras *loucura e louco*, com seus significados, certamente compõem as formas expressas pelas representações sociais (Moscovici, 2013), daí a minha escolha por elas.

Aproveito para esclarecer que, ainda com a perspectiva de otimizar o texto, os sujeitos envolvidos na pesquisa serão todos citados no gênero masculino, no singular ou no plural, quando a formulação envolvê-los de modo geral, sem entrar no mérito das discussões de gênero. Outra questão que perpassará o texto diz respeito à referência ao uso das palavras: pessoa, sujeito e indivíduo. Estas palavras também serão utilizadas conforme denominação aplicada pelos autores abordados; quando não, serão chamados por mim de *sujeitos*. Esta opção se deu por entender a perspectiva de Foucault (2005) e Deleuze (1988) sobre o sujeito enquanto ser ativo e com potencial criativo, em constante mudança e relacionado ao processo de subjetivação.

---

<sup>2</sup> Lei 10.216/2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: maio 2012.

A proposta de estudar e escrever sobre esta temática está engendrada na minha *práxis* como assistente social há 16 anos, como já dito, num hospital psiquiátrico. Esta experiência impulsionou a produção de uma dissertação em 2012<sup>3</sup> e dá contornos ao estudo atual. Mas este objeto veio se definindo ao longo do tempo que sucedeu o que conteve as ideias iniciais desta produção pesquisadora, através da revisão bibliográfica e dos diálogos nos encontros de orientação de tese.

Tanto as questões condizentes ao processo de desinstitucionalização, quanto as que envolvem as representações sociais da loucura, estão engendradas a temas caros aos seus estudiosos nas respectivas áreas. Então me perguntei como estariam estas questões a partir da vivência e da percepção das pessoas com relação de proximidade com usuários dos serviços de Saúde Mental; nesta pesquisa, a partir das instituições IPUB/UFRJ e CAPS Maria do Socorro Santos. Como estas pessoas estariam referenciando representações sociais da loucura e do lugar do louco na sociedade?

É preciso esclarecer logo que esta relação de proximidade que se engendrou ao objeto desta pesquisa foi estabelecida a partir de um critério no qual as instituições estiveram envolvidas como viabilizadoras. Isto se deu porque este tipo de relação foi identificada no interior do IPUB/UFRJ e do CAPS. O critério para a identificação, pelo menos inicial, das pessoas com relação de proximidade com os usuários se deu da seguinte forma: no IPUB, pessoas em visita aos usuários internados nas enfermarias e pessoas acompanhando usuários para consultas no ambulatório. No CAPS, esta relação foi mediada pela coordenação local e objetivada por uma assistente social, que me colocou em contato com as pessoas cadastradas ou reconhecidas como *responsáveis* pelos usuários naquele dispositivo.

A questão da desinstitucionalização vem perpassando a *práxis* como assistente social, conforme citado, assim como compõe a elaboração das duas pesquisas realizadas, tornando-se um tema catalisador destes momentos de ação e reflexão. Os significados do termo *desinstitucionalização* abrem um leque de braços articulados que enriquecem seus conteúdos, mas principalmente por se

---

<sup>3</sup>Dissertação apresentada ao Departamento de Serviço Social da PUC - Rio, em junho de 2012 intitulada: Serviços Residenciais Terapêuticos do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e o Serviço Social: a busca pela desinstitucionalização e autonomia dos usuários (CRUZ, 2012).

implicarem e se relacionarem diretamente a uma questão que se constitui como eixo no movimento de reinserção social das pessoas com transtornos mentais, e que se relaciona diretamente com a desconstrução material e ideológica dos espaços de exclusão, como os hospícios já estabelecidos.

O hospital psiquiátrico que se constituiu como um dos campos da pesquisa, citado acima, é o Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB/Universidade Federal do Rio de Janeiro), que além de público é universitário. Para dialogar com este campo foi eleito um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS<sup>4</sup>), cuja inserção e função social se difere do hospital e tem como diretriz básica e ação social a desinstitucionalização. Ressalto que o diálogo entre estes dois campos foi sugerido pela Prof<sup>a</sup>. Dra. Cristina Ventura<sup>5</sup> na ocasião do exame de qualificação desta pesquisa, ressaltando a importância daqueles dispositivos de saúde mental com diferentes e fundamentais inserções sociais para as funções frente à desinstitucionalização e o tratamento à loucura e ao louco.

Apesar dos esforços empreendidos pelos profissionais do IPUB/UFRJ no sentido apontado pelas prerrogativas da Reforma, esta instituição sustenta o *status* de hospício, local de internação. Ele contém o espaço físico e moral no qual os loucos são recolhidos e apartados do convívio social. Em contrapartida, os CAPS são considerados os principais dispositivos componentes à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS<sup>6</sup>), conforme apontam Pitta (2011) e Bezerra Junior (2007). Estes dispositivos têm propósitos e ações que se dão em ambiente comunitário, com a perspectiva de oferecer tratamento à saúde mental fora dos hospitais psiquiátricos, trabalhar a reinserção social dos usuários e, portanto, fomentar o processo de desinstitucionalização.

O CAPS Maria do Socorro Santos situa-se na Rocinha e foi escolhido para este diálogo por ter seis anos de funcionamento e ser frequentado regularmente

---

<sup>4</sup> CAPS: Centro de Atenção Psicossocial - Portaria nº 336/02 do Ministério da Saúde, que estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_336.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf)>. Acesso em: abr. 2003.

<sup>5</sup> Maria Cristina Ventura Couto: Psicóloga; Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental do IPUB/UFRJ; Membro da equipe técnica da ASM/SESDEC-RJ; Consultora da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

<sup>6</sup> RAPS: Rede de Atenção Psicossocial - Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: dez. 2011.

por pessoas da rede de relações dos seus usuários, segundo informações de profissionais atuantes no local há mais de quatro anos. Outra motivação para esta escolha está na tipificação do mesmo como Caps III, com funcionamento 24 horas, oferecendo acolhimento noturno de curta duração, trabalho efetivo com os espaços externos ou comunitários, além do suporte às famílias em suas residências, na busca de independência e compromisso com o tratamento, evitando a internação.

A legislação que criou e normatizou os CAPS sedimentou e direcionou sua inserção social para que a desinstitucionalização fosse trabalhada socialmente, na dimensão em que esta se constitui em mudanças nos conteúdos das ideias sobre a loucura e os loucos, circulantes nas suas representações sociais. Tanto o hospital quanto o CAPS estão situados na zona sul do município do Rio de Janeiro e são componentes da Área Programática A.P. 2.1<sup>7</sup>.

Minha inserção profissional como assistente social da equipe de Serviço Social, que assiste as duas enfermarias do IPUB/UFRJ, me fez e me faz experienciar a existência de pessoas com muitos anos de internação compulsória, algumas delas oriundas de internações em clínicas psiquiátricas que foram fechadas no processo da Reforma. Em minhas atribuições e atividades profissionais ao longo do tempo, constam intervenções para a efetivação da alta hospitalar de pacientes de longa permanência institucional para residirem na cidade e a lida com o processo de desinstitucionalização. Esta saída para habitar a cidade, via de regra, se dá de maneira gradativa, cujo tempo se alinha ao ritmo do usuário. Ela é viabilizada e favorecida através da atuação dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), principalmente os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs<sup>8</sup>) e os CAPS, que têm dentre suas metas e funções a desinstitucionalização.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos do IPUB/UFRJ (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro) se constituíram como campo de pesquisa em 2011 e 2012 para a elaboração da dissertação citada acima.

---

<sup>7</sup> A.P.: Área Programática de Distribuição de Serviços da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. A.P. 2.1 abrange os bairros: Botafogo, Catete, Cosme Velho, Flamengo, Glória, Humaitá, Laranjeiras, Urca, Copacabana, Leme, Lagoa, Gávea, Ipanema, Jardim Botânico, Leblon, São Conrado, Vidigal e Rocinha.

<sup>8</sup> SRTs: Serviços Residenciais Terapêuticos - Portarias 106/2000 e 3090/2000, do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=320>>. Acesso em: dez. 2000.

As representações sociais da loucura e do louco estão presentes nos relatos componentes do material que se juntou na construção daquele objeto e produto da pesquisa, embora não o constituísse, e que deixou uma ponta ou uma pista sequencial de temas que se entrecruzam no importante processo de desinstitucionalização, formando o objeto que se constitui nesta pesquisa.

Naquela oportunidade, busquei discutir o funcionamento dos três SRTs do IPUB/UFRJ como dispositivos de desinstitucionalização e, portanto, de reinserção social, do ponto de vista dos usuários e dos profissionais envolvidos; e, em especial, a atuação do Serviço Social nos mesmos, seu alinhamento com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e com os compromissos que constituem o Projeto Ético-Político da profissão. Neste ponto, procurei os aspectos que acercam o debate na categoria profissional sobre a inserção do Serviço Social na área da Saúde Mental, considerando seu histórico e atualidade.

Dentre o material que compôs a dissertação, há relatos que dão visibilidade às imagens de discriminação e das dificuldades para a aceitabilidade da convivência social com os egressos do hospital psiquiátrico. Aquelas narrativas foram creditadas aos profissionais, principalmente aos cuidadores<sup>9</sup>, e estão carregadas de indicadores de representações sociais sobre o louco e a loucura, com traços de medo, atitudes de afastamento e estranheza. Naquela ocasião, os cuidadores contaram situações vivenciadas por eles, tanto na companhia dos moradores dos SRTs nas ruas e nos transportes coletivos da cidade, quanto ao referirem-se ao seu tipo de trabalho numa conversa em meio social. Neste caso, segundo os mesmos, as pessoas perguntavam assustadas como era esse ambiente de trabalho, e se não era perigoso. Fez-me lembrar certa vez em que eu estava entre conhecidos e amigos quando me perguntaram sobre o que era a pesquisa que eu desenvolvia. Ao responder e desdobrar informações, que incluíram meu local de trabalho, também fui questionada sobre a presença de loucos e o perigo de sofrer uma agressão.

---

<sup>9</sup> Cuidador em Saúde Mental: Quadro profissional instituído pela Portaria 1.220/2000 do Ministério de Estado da Saúde, que regulamentou os SRTs e incluiu estes agentes para exercerem “um conjunto de atividades de reabilitação psicossocial que tenham como eixo organizador a moradia, tais como: autocuidado, atividades da vida diária, frequência a atendimento em serviço ambulatorial, gestão domiciliar, alfabetização, lazer e trabalhos assistidos, na perspectiva de reintegração social. Este quadro profissional foi o Cuidador em Saúde Mental, sem especificar a requerida formação para a referida função”. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_mental.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf)>. Acesso em: out. 2003.

As representações sociais, inclusive as que acercam a loucura, claro, contêm estratos reiterados pelas ciências ou não. Para dissertar sobre as representações sociais da loucura seria necessário buscar explicações a partir de outras vertentes teóricas, pensei eu. A loucura em si, enquanto tema, é enigmática, é controversa, pois pode guardar disparidades referenciais numa mesma narrativa, conforme será mostrado no capítulo que disserta sobre os resultados. A loucura, enquanto pensamento, pode ser explicada através do Diagrama de Foucault, reconstituído por Deleuze (1988) para dar visibilidade àquela teoria, cujas ideias e conteúdos serão expostos no capítulo 2.

Neste capítulo, serão trabalhados alguns conceitos como: sujeito, subjetivação, visibilidades, audibilidades, estratos, estratégias, poderes, linhas demarcadoras, linhas de fuga, zonas de forças, imanência, dobras, dentre outros, peculiares a estes pensadores. Os filósofos citados acima posicionam a loucura como contida e *contenedora* das forças da “Zona do Fora” (Deleuze, 1988), situada numa área onde não existem as estratificações (Pelbart, 1989, p. 143). O suporte teórico referenciado nos pensamentos destes autores está em terreno comum com a filosofia que embasa a metodologia cartográfica, favorecendo um diálogo e uma coerência entre os capítulos da tese, principalmente o segundo, o quinto e o sexto.

Ainda neste capítulo 2 e no sentido de enriquecer as questões que situam o lugar dos loucos nas sociedades, trabalhei muito brevemente sobre a situação dos mesmos na Grécia Antiga, quando, segundo Pelbart (1989), a desrazão não contradizia à razão, numa perspectiva não imaginada por nós, ocidentais contemporâneos. O autor se apoia na literatura de Platão, Aristóteles e outros e discute o que seria naquela civilização os estados maníacos, que eram personalizados pelos deuses Apolo e Dionísio. A loucura esteve associada ao delírio e à inspiração divina, mas também a uma maldição advinda da mesma instância.

Uma história da loucura na Europa Ocidental fecha o segundo capítulo, dando sequência a este histórico de localização físico/corporal e moral/ideológico/cultural/temporal dos loucos. Foucault (2010) é o autor referencial com sua obra “História da Loucura”, que se baseia em contextos do período que vai da Idade Média à Modernidade, sendo este histórico e bagagem

tão influentes no percurso brasileiro no tocante à lida com a loucura, no movimento de grande internamento e na própria Reforma Psiquiátrica.

O capítulo 3 está composto por quatro textos, onde o primeiro deles procura apresentar, brevemente, a situação dos loucos no século XVIII no Rio de Janeiro, principalmente, a partir de citações de determinados marcos históricos, para contextualizar a movimentação de recolhimento dos mesmos com a institucionalização em Colônias e Hospitais Psiquiátricos, até a década de 1970, quando tem início a Reforma Psiquiátrica, com ganhos e avanços importantíssimos, ao mesmo tempo em que era desencaminhada pela ditadura militar.

Na sequência, há um texto sobre o processo de desinstitucionalização<sup>10</sup> em suas concepções, em países da Europa, nos Estados Unidos e no Brasil, a partir da visão de autores como: Basaglia (1991), Amarante (2007; 1995; 1994), Vasconcelos (2008), Venturini (2016), Hirdes (2009), Bezerra Junior (2007) e Fuzetti e Capocci (2003), porque o processo de desinstitucionalização acontece no contraponto da aceitabilidade social para a reinserção e convivência com os loucos e compõe integralmente este objeto de estudo.

Os aspectos relacionados às décadas de 1980 e 1990 como época de consolidação e expansão dos direitos das pessoas com transtornos mentais estão no terceiro item do capítulo 3. E, por fim, determinados acontecimentos da década de 2000 e as análises e avaliações de autores como Ana Venancio (2008), Fernando Tenorio (2002), Marco Jorge (1997), Paulo Amarante (1994; 1995), Pedro Delgado (1992), Heitor Resende (1990), dentre outros, fecham o capítulo sobre a Reforma e a conjuntura atual.

Estes autores levantaram questões que se constituem como dificuldades, mas também ressaltaram os avanços já obtidos ao longo destes anos de desdobramentos da Reforma Psiquiátrica no Brasil ou da Luta Antimanicomial. Nestas avaliações, ficou clara a importância do fato dos dispositivos de saúde mental direcionarem o tratamento ao sujeito e à comunidade, além da tolerância como questão crucial a ser trabalhada com a sociedade como um todo, usando

---

<sup>10</sup> Desinstitucionalização: processo previsto pelos movimentos de reforma psiquiátrica no Oeste Europeu, nos Estados Unidos da América do Norte e no Brasil. Este processo inclui desde a saída das pessoas com transtornos mentais de suas internações de longa permanência para habitarem as cidades, até as mudanças no padrão do ideal manicomial, que devem ser empreendidas em meio social. O conceito de desinstitucionalização é tema do subitem 3.2 quando será referenciado aos autores que o discutem.

preferencialmente estratégias de alcance público para desmistificar a convivência com os loucos e favorecer a reinserção social dos mesmos (Pitta, 2011; Jornal Futura, 2016; Delgado & Delgado, 2016).

A Reforma Psiquiátrica vem acontecendo com a inserção de diferentes segmentos de atores sociais. Dentre eles, o mais importante é o Movimento Social que impulsionou e que dá suporte aos seus desdobramentos, o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA<sup>11</sup>). A complexidade com que se desenvolve a Reforma vem movimentando um conjunto de transformações nos saberes e nas práticas acerca da loucura e do louco, o que incluem as mudanças nos valores culturais e, portanto, das representações sociais sobre os mesmos.

A Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 2013) está apresentada no capítulo 4 em sua conceituação e articulações teóricas, a partir de autores brasileiros como: Celso Sá (1996), Angela Arruda (2002-2000), Pedrinho Guareschi e Sandra Jovchelovitch (2013), dentre outros. Este capítulo conta, ainda, com a explanação da experiência de Denise Jodelet (2005), na França, em meados do século passado, sobre as representações sociais da loucura, e também com os resultados de pesquisas brasileiras realizadas na década de 2000 acerca do mesmo tema.

Os autores das pesquisas brasileiras são: Silvana Maciel (2007), Maciel e outros (2008), Maciele outros (2009), Maciel e outros (2011), Simone Cetolin (2011), Rubiane Mostazo e Débora Kirschbaum (2003), Marta Moraes e Leandro Oltramari (2005) e Juliana Pacheco (2011). Para completar este capítulo, formulei uma discussão entre Jodelet (2005), os autores brasileiros citados acima e Goffman (2001, 1999, 1988), ressaltando questões levantadas por este último e que dizem respeito ao estigma, à relação entre internos e dirigentes (baseada na experiência do autor no hospício nos Estados Unidos) e as hierarquias que permeiam estas relações, além da carreira moral do louco, que se arruína pela internação psiquiátrica.

O quinto capítulo explicita as questões metodológicas e inicia com a cartografia em pauta. Em seguida, esclareço como se deu minha inserção nos dois

---

<sup>11</sup> MLA: O Movimento da Luta Antimanicomial é composto por dois segmentos desde 2004: a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) que fora composto em 1993, como desdobramento do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), formado em 1978, como Movimento específico, porém alinhado às prerrogativas da Reforma Sanitária, que tomou corpo no início da década de 1970.

campos de pesquisa e como aconteceu o processo de produção dos dados, que inclui meus relatos do diário de campo e as narrativas das 29 entrevistas, realizadas com base num roteiro semiestruturado, com pessoas com relação de proximidade com os usuários daqueles serviços. No IPUB/UFRJ, foram efetivadas 23 entrevistas, sendo 11 nas enfermarias (cinco na feminina e seis na masculina) e 12 no ambulatório. No CAPS, foram realizadas seis entrevistas.

A metodologia cartográfica foi-me *agenciada* (para usar um termo de Deleuze & Guattari, 2011) por minha orientadora, e foi essencial para o entendimento da pesquisa enquanto um processo no qual o cartógrafo conduz e acompanha; mantém sua atenção fixa e móvel como o objeto que constrói e investiga. A postura cartográfica incentivou-me a buscar aberturas naquilo que estava posto, pensado, e conduziu-me à observação, ao desenvolvimento, e à escrita final, abrindo espaços para o entendimento do significado da polifonia de vozes dos participantes da pesquisa. Além disso, foi via metodológica que favoreceu as criações e as inserções artísticas, conforme já colocado.

Neste roteiro, a metodologia é explicitada em seus conceitos, e em seguida proponho uma discussão sobre as importantes colocações das autoras Aragão e Arruda (2013) sobre possíveis conexões entre a TRS e a Cartografia. Para encerrar o capítulo 5, apresento os dois campos de inserção e os dados cedidos pelos entrevistados, que delineiam os perfis socioeconômicos dos mesmos e dos usuários.

O capítulo 6 começa com a explanação sobre a Análise de Conteúdo (Bardin, 2011) e depois apresenta os resultados de acordo com este método. Na sequência, há um exercício cartográfico, a partir de três entrevistas escolhidas por mim, para demonstrar os aspectos singulares das representações sociais do interesse deste objeto e discutidas pela análise que antecede o exercício. A escolha das entrevistas teve inspiração no trabalho de Aragão e Arruda (2013) no mesmo texto em que propõem a discussão que busca diálogo entre a TRS e a Cartografia.

Nas considerações finais, estão aspectos importantes relativos ao processo vivenciado e algumas reflexões que complementam os conteúdos desenvolvidos ao longo dos textos. Privilegiei o espaço para colocações daquilo que fez contraponto, criou resistências, contradisse, enriqueceu as considerações já apontadas. Naquele item, o leitor vai encontrar dois relatos retirados das anotações do diário de campo que irão dialogar com as narrativas das entrevistas, com os

aspectos teóricos levantados ao longo do texto e com os argumentos de um autor que estudou uma falha estrutural nas representações sociais da loucura, traço que dificultaria sua estabilização e os processos de ancoragem.

Ao final, dei destaque para as colocações sobre a tolerância para a convivência com os loucos, como uma necessidade social, que deve ser incentivada para que, quem sabe um dia, apareça inserida como traço fundamental nas representações sociais que circundem a loucura e os loucos.

## 2 Loucura



**Cabeças em múltiplas direções**  
**Acrílica s/ tela - 2,17x77 cm - 2015/2016 - Cristina Loureiro**

Figura 2- "Cabeças em múltiplas direções, sentidos e ao revés: conjunto de forças".  
Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Esta imagem é a fotografia de uma pintura que tem a intenção de mostrar muitas cabeças. Elas têm sentidos, direções e lados variados. Tem gente de todo tipo. Tem loucos. Dizem que a loucura se mete na cabeça, que se acomoda na mente, que adoenta a razão. Tem loucura que trai todas as perspectivas que houver, e ainda impõe ritmos. Às vezes ritmos muito forçados, que exigem muitos esforços. Esta pintura também ganha a aparência de um mosaico na medida em que sua formação parte de muitos pedacinhos, feitos por pinceladas de cores vibrantes, juntas para formatar uma imagem de multidão. No entanto, ela se apresenta de maneira desarranjada. A composição é incômoda, desarrumada, de harmonia difícil, e em alguns pontos se torna confusa. Estas características estão associadas às representações sociais da loucura e foram expressadas pelos entrevistados. As tonalidades que se intensificam em alguns pontos da tela e se desfazem, de maneira abrupta inclusive, podem ser consideradas em condição de

fluxos componentes dos rizomas (Deleuze & Guattari, 2011a). Aqui, estes fluxos podem ser fluxos de significados que vêm sustentando os lugares da loucura e do louco em relação à sua convivência social. Esses fluxos de significados podem ser pensados nas composições das representações sociais, que se produzem e são reproduzidas em meios sociais considerando os tempos e as culturas. Os significados para a loucura e para os loucos são variados, com traços que os personalizam nas suas representações. Mas a loucura é tema de estudo, discussões e tratamentos diversos, não só pelas ciências humanas e biológicas, e mais especialmente a médica-psiquiátrica. Além disso, loucura e louco são termos utilizados para satirizar, para fazer piadas e brincadeiras, ou ainda para demonstrar aspectos de irreverências ou invencionices. Segundo Pelbart (1989), ela é também via e tema das artes, ou pode ser entendida e expressa pela via artística.

Para escrever esta tese, estive pensando por qual porta adentrar, ou quais estratos acessar para falar da loucura e de suas representações sociais, como já dito. Começamos, então, pelo texto que descreve a cena escura em mar bravio e revolto, também citado no início desta introdução, para dar sequência com os pensamentos de Michel Foucault e Gilles Deleuze, que darão um lugar para a loucura como um pensamento que invade uma *Zona do Fora*. Estes pensamentos, baseados num esquema chamado Diagrama de Foucault, farão sentido à metodologia cartográfica e à sua abordagem processual para a pesquisa, além de alinharem-se com a linguagem aqui utilizada.

## **2.1. Subjetividade e processo de subjetivação: cadê a bússola?**

“[...]do que ver, do que ouvir, do que falar” (Pelbart, 1989, p. 131)

Um sujeito sobrevoa um mar bravio na imensidão oceânica, num alto-mar, profundo, tempestuoso e cinzento. Chega pelo alto, está içado por uma rede. A visão é meio turva, o cheiro é forte de maresia e vem junto com as espumas que pulam, tocam e umedecem o corpo. As águas estão voando! Há ventos fortes e brisas; as cores são cinza, azuis, brancas e prateadas. Há verdes também, vermelhos, lilases. Variam conforme o balanço da rede e a iminência do salto. É

agora! Que medo, que súbito, que vontade! Um salto após a soltura da rede, ou o perigo da prisão se a rede não ceder debaixo d'água: isso viabilizaria um afogamento de qualquer maneira? E pode ser que não aconteça assim. Embora o cenário seja verdadeiro, o cheiro, a cor e a tempestade, a sensação fria e espumante também podem ser estranhamente aconchegantes, no acolhimento da tempestade, pelas suas ondas enormes, pelo cinza, pelas sombras e pelos clarões. Morte? Trovoadas? Sempre! Raios sim! O céu e o mar confundem-se, abraçam-se, abrigam-se, invertem seus polos. O céu se inunda de água compacta enquanto o mar se resseca. Ele se torna uma bolha seca envolta de água por todos os lados, e, se houver um navio, ele ainda estará lá, naquele mesmo ponto, e agora não só como “dobra do mar”, como quis Foucault (Deleuze, 1988, p. 104), mas como dobra do céu. E, ao mesmo tempo em que a tempestade uiva e sopra forte os seus ares, silencia-se repentinamente a todos os outros mudos, sons coordenados e mudos, e surdos de todos os sons externos e internos, respondendo simultaneamente com o gosto e a visão do bem-estar e da intimidade. O mar como casa, como berço da imensidão. E a tempestade? Cheguei. Sou eu. Não sou. Quem sou? Onde está? Onde estão: o mar, o céu, a tempestade, a rede, as cores, as nuvens, a água? Há sensação recíproca em algum lugar? Afinal, o que está acontecendo? É real ou delírio de imaginação? Tem coerência ou é loucura? Falar sobre a loucura ou sentir loucura. “Qual o objeto da loucura?” perguntou-me Neli Almeida<sup>12</sup> na ocasião do exame de qualificação desta pesquisa. Questão posta e que se anexou perfeitamente ao objeto que ora trabalho.

Qual o objeto da loucura? Talvez seja o louco, talvez se mostre nas representações sociais da loucura, ou quem sabe esteja nas situações que a envolvem ou a pressupõem. E o que mais seria esse objeto da loucura? Para escrever sobre a loucura, suas representações sociais e os objetos que as constituem e que objetivam a localização do louco na sociedade, eu poderia ter usado algumas entradas, ou saídas, caminhos de abordagem, que ainda poderiam resultar em diferentes tessituras sequenciais de textos. Este texto poderia ter sido

---

<sup>12</sup> Neli Maria Castro de Almeida: Psicóloga, formada pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Mestre em Psicologia Social pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - ISCTE - Lisboa, Portugal. Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio. Professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro nos Cursos de Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Coordenadora do Programa de Extensão do IFRJ/Campus Realengo. Atua nas áreas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, direitos humanos dos pacientes psiquiátricos e de pessoas com deficiência.

apresentado a partir de qualquer tema que compõe o objeto, enlaçando, inclusive, ou interligando, também, os assuntos de diferentes maneiras. Escolhi o mar bravo. O mar da imagem descrita acima é, aqui, signo de uma loucura e do questionamento sobre este estado, esta classificação, esta doença, este mistério, esta força. Foi sobre este terreno, enigma para tantas experiências, vivências e produções literárias, de cunho científico ou não, que me propus a escrever.

Optei pela entrada marinha durante uma tempestade, descrevendo uma situação inusitada, delirante, onírica, desesperadora. Uma situação que não se explica por si só, uma vez que não há indícios de que a rede esteja erguida por algo. Mas, sobretudo, para falar de uma impressão de forças sem controle, sem medidas, sem direções. Intensa, densa e, às vezes, violenta. Com ritmos e umidades diversas. Esta imagem e sensações servem para significar um forte conjunto de forças, e, dessa forma, aproximar-me da linguagem utilizada por Foucault (Deleuze, 1988) ao determinar a existência das zonas de forças, ou campo de forças. Há forças que habitam um espaço que se constitui no fora de tudo o que há, e do que não há também. Esta zona gera, guarda e expande forças motrizes, ou os campos de forças, compostos de múltiplas forças, em direções diversas e variadas, em seus ritmos e frequências. No “Diagrama de Foucault” (Pelbart, 1989, p. 134), que será demonstrado a seguir, as ideias do autor acerca destas forças serão colocadas para ressaltar sua função de proporcionar as subjetivações. Nas reflexões de Foucault (Deleuze, 1988), de Deleuze (1988) e de Pelbart (1989), o processo de subjetivação pressupõe uma Linha do Fora, que delimita a Zona do Fora, que localiza a loucura sem dobras. São os pensamentos que ultrapassam as zonas estratificadas e avançam para o espaço temporal, tempestuoso.

O Diagrama de Foucault (Pelbart, 1989) é constituído de quatro áreas tipificadas por Deleuze (1988) num desenho que este elaborou à base de linhas e pequenos círculos, para demonstrar a formação das zonas e das dobras no processo de subjetivação. Desenho este que reproduzi através de cópia da publicação de Pelbart (1989, p. 134) em meu diário de campo e que demonstro abaixo. A referida imagem mostra as quatro áreas apontadas por Deleuze (1988), que são: o Fora; a Zona Estratégica; os Estratos de Saber; e a Dobra de Subjetivação (zona de subjetivação).

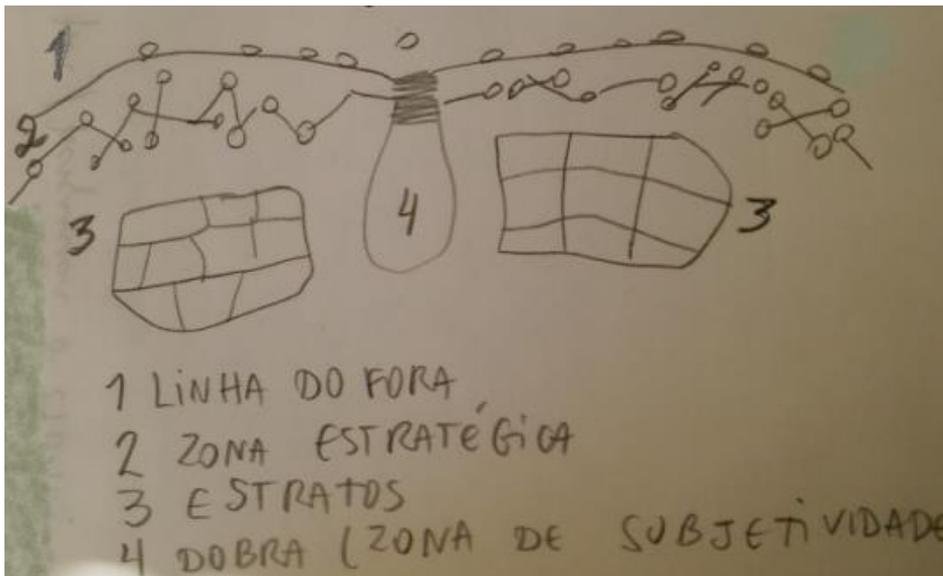


Figura 3 - “Diagrama de Foucault segundo Deleuze”, por Pelbart (1989, p. 134)<sup>13</sup>

Legenda: 1. Linha do Fora; 2. Zona Estratégica; 3. Estratos de Saber; 4. Dobra de Subjetivação (zona de subjetivação).

A Linha do Fora (nº 1 da imagem 3) demarca a Zona do Fora. Esta Zona compreende, explicita ou demarca - mesmo sendo contraditório utilizar estes verbos/termos para descrever sua ação por se tratar de uma área aberta - um espaço que se estende, infinitamente, aos *devires* e aos *acazos* (Deleuze & Guattari, 1992). Esta zona diz respeito àquilo para o qual não há endereçamento ou moradia, e que poderá vir a ter ou não. É “aquele espaço anterior de onde surgem os próprios diagramas” sem nunca confundir-se com eles. O Fora, acrescenta Deleuze (1988), “é sempre a abertura de um futuro, com o qual nada acaba, porque nada começou, mas tudo se metamorfoseia” (Pelbart, 1989, p. 133). Nesta linha, ou a partir dela, fica demarcado um espaço ilimitado, a exterioridade de uma subjetividade, ou conforme Pelbart (1989, p. 121): “o Fora é essa pluralidade de forças, o exterior da força, e também sua intimidade, pois é aquilo pelo que ela se define”.

É na relação entre as forças do Fora e o pensamento que se processa a subjetivação, ou o pensamento é subjetivado. Este processo ocorre na formação de dobras, que, como pode ser visto na imagem acima, dá-se pela passagem das forças do Fora para um interior subjetivado ou que se subjetiva. Esta passagem acontece através de um espaço afunilado como uma espécie de gargalo,

<sup>13</sup>Imagem obtida a partir de fotografia de desenho no Diário de Campo, copiado da publicação citada, com interferência do programa Paint /Windows.

semiobstruído, e não na forma de uma passagem livre. Este gargalo filtra, desacelera, seleciona as forças do Fora; molda e interfere nestas forças. O movimento neste espaço é dinâmico, há recuos, avanços, e ao mesmo tempo em que se “constitui numa passagem, numa via de comunicação e de permeabilidade” (Pelbart, 1989, p. 121).

Quando há a saída do pensamento para este espaço difuso do Fora, acontece o que Foucault (apud Pelbart, 1989, p. 136) chamou de “pensar fora”. E, segundo Foucault, se este pensar acontece “afastando-se em demasia da linha demarcadora, invadindo uma dimensão atemporal e abstrata, corre-se o risco de enfrentar a loucura”. Pelbart (1989, p. 138-139) ao referir-se à loucura e ao louco nas suas dimensões etéreas, fugidias, e que perpassam os limites das estratificações, escreveu:

Foi para o espaço. Perdeu os eixos. Saiu dos trilhos. Está fora de si. Virou astronauta. Saiu de órbita. Pirou! Essas poucas expressões de uso corrente, que designam o insensato, indicam um duplo movimento: por um lado a perda de um centro (de si, da órbita, do eixo, do trilho), por outro a ejeção centrífuga em direção a um fora indeterminado (piral!, em Minas, ainda é usado no sentido de dá o fora; segundo o Aurélio, pirar, que significa fugir, é palavra de origem cigana). As metáforas espaciais supõem, longe desse centro perdido, uma região de desgoverno e extravio, à semelhança do infinito do universo em que as naves descontroladas se desintegram e retornam à poeira cósmica. Voltar ao pó, aí, não significa regressar ao nada, conforme o sentido bíblico, mas perder-se no turbilhão das partículas cósmicas, à mercê de seus caprichos e arbítrios. A intuição popular registrou com acerto a troca de um eixo subjetivo por uma deriva espacial. Efetivamente, trata-se de um salto feito a partir de uma história temporal e uma interioridade centrada, para um espaço externo e informe. A loucura é com efeito uma viagem para Fora, um vagar no Aberto. Ou, para engatar na ficção foucaultiana reportada por Deleuze, é o destampe do gargalo subjetivo, pelo qual o vórtice que plana sobre sua abertura aspira o sujeito como um todo (Pelbart, 1989, p. 138-139).

No entanto, adverte Foucault (Pelbart, 1989), este pensamento que se esvai, rompe e sai da barra permitida é também uma maneira de invadir os espaços que ainda não foram estratificados ou nem são estratificáveis. É este movimento que possibilita aberturas e retorces nos contornos da própria filosofia, inclusive. Não fossem os atos ou pensamentos com ousadia, de penetrar diferentes espaços daqueles que se encontram postos, para buscar abertura de horizontes diversos e de outras perspectivas, os sujeitos estariam fadados a não “pensar de outra forma” (Pelbart, 1989, p. 138).

O movimento de remodelação da subjetividade, portanto, e a abertura do pensamento para Foucault (1984) são movimentos que andam juntos e têm relação direta com a Linha do Fora e seu encurvamento. Esta curva aparece no desenho, demonstrado pela imagem 3, como uma penetração em formato côncavo ou uterino (nº 4 da imagem 3) e é constantemente movimentada por forças que forjam a curvatura.

As forças do Fora estão sempre dinamizando o gargalo, os formatos de cavidades, as subjetividades, os pensamentos. Um conjunto móvel e instável de relações destas forças tem sua pretensa estabilidade acautelada pelos Estratos de Saber (nº 3 da imagem 3). Os Estratos guardam uma exterioridade entre si e podem gerar pontos de resistência que levam às mudanças. Estes pontos são forças intrínsecas, internas e imanentes aos mesmos, mas também conviventes com as forças do Fora, existentes na Zona Estratégica (nº 2 da imagem 3), que se constitui no campo das mediações, dos poderes. Os Estratos ocupam uma Zona diferente ou distante da Linha e da Zona do Fora absoluto ou exterior (Pelbart, 1989).

A Linha do Fora e seu espaço sequencial, denominada de Zona do Fora, demarca uma região que apresenta uma “tempestade de forças, impetuosa e violenta, indeterminando o Jogo do Acaso, temporal abstrato” (Pelbart, 1989, p. 134), que como já exposto, influenciou na decisão de adentrar neste texto como que a um mar pelo alto, numa longitude profunda, e pelo meio, por um acesso demonstrando uma falta de controle. Na região do Fora, estão as forças desconectadas das zonas de estratificações, e elas forçam o “embaralhar dos diagramas” (Pelbart, 1989, p. 134). É uma região que exerce forças sobre o gargalo, sobre as dobras, e tem a finalidade de constituir-se no sujeito, tornar-se parte integrante do sujeito, subjetivando-o. O desconhecido passa a ser o conhecido, não no sentido de desvelar-se, mas no de conhecer-se e incorporar-se ao subjetivar-se a um sujeito ou num sujeito porque, segundo Foucault, não existe nada dentro, no interior subjetivado, que não seja o Fora curvado sobre si mesmo, sendo a mesma força dobrada à formação do espaço côncavo (Pelbart, 1989).

O Plano do Saber, ou Dobra da Verdade, que contém os Estratos de Saber (nº 3 da imagem 3) exhibe o que Pelbart (1989, p. 111) entende como “uma ligação do que é verdadeiro com o nosso ser, e do nosso ser com a verdade”. Segundo este autor, há variações de contatos e constituições de saberes, pois a “subjetivação do

saber não se fez da mesma maneira entre os gregos e entre os cristãos; em Platão, Descartes ou Kant” (Pelbart, 1989, p. 112), mas se deu com diferentes estratégias na formação dos Estratos de Saber. Sobre isto afirma:

Estratos são formações históricas, positivities ou empiricidades. Camadas sedimentares [...] eles são feitos de coisas e de palavras, de ver e de falar, de visível e de dizível, de regiões de visibilidade e de campos de legibilidade, de conteúdos e de expressões (Pelbart, 1989, p. 166).

Os Estratos são constituídos pelas maneiras de ver e ouvir, mas também por formas de mostrar e dizer, ou seja, de evidências e discursividades. Os Estratos são feitos da combinação destas duas variantes que, além de alterarem-se em graduações, são estreitamente relacionais à dinâmica da relação desta combinação. O que está estratificado não é indicativo de um saber que pode ser alcançado e também não se limita a algo que o antecede, é diretamente um saber, definido pela combinação do visível e do enunciável, pertencentes aos Estratos em suas formações históricas (Pelbart, 1989).

Os Estratos são constituídos de superfícies superpostas e seccionadas centralmente, repartindo os saberes em quadros visuais e sonoros. Estes quadros consistem em “duas formas irreduzíveis do Saber: Luz e Linguagem”, ou seja, são “dois vastos meios de exterioridade onde se alojam respectivamente as visibilidades e os enunciados”. Assim, o ver, o visível e a luz conformam um dos planos de subjetivação. O falar, o enunciável e a linguagem constituem o segundo. Entre estes dois planos, existe o que Pelbart (1989) chamou de “hiato, heterogeneidade, irreduzibilidade, anisomorfismo” (Blanchot, 1984 apud Pelbart, 1989, p. 131). Neste hiato, estão a falta de correspondência harmônica entre os planos mais a disjunção, o conflito, a pluralidade e a heterogeneidade, que, mesmo que se cruzem, será “com incisões do discurso na forma das coisas”. Estes dois planos funcionam correlacionados a partir dos campos de forças neles imanentes, que se atualizam o tempo todo, nos mesmos, e ao mesmo tempo (Pelbart, 1989, p. 132).

Os enunciados devem ser entendidos em seus atrelamentos históricos e às regras de suas formações, pois se atualizam através dos tempos. Além disso, habitam os discursos avizinhandos-se a outros enunciados, supondo-os ou excluindo outros tantos, em suas funções importantes à comunicação e à

linguagem. Foucault (2005, p. 122) classifica o enunciado como “superior ao fenômeno e à palavra, inferior ao texto”. Em torno dos enunciados estabelece-se um “campo de coexistências, efeitos de série e de sucessão, uma distribuição de funções e de papéis sociais” (Pelbart, 1989, p. 143).

Os enunciados (Foucault, 2005, p. 103) podem coincidir com frases ou com seus fragmentos, mas também se encontram incluídos nos jogos de proposições ou formulações equivalentes. Eles permitem a existência dos signos, referem-se às coisas e aos temas relacionando-se ao que lhes é correlato: “o que se pode definir como correlato do enunciado é um conjunto de domínios em que tais objetos podem aparecer e em que tais relações podem ser assinaladas”. O referencial do enunciado forma o lugar, a condição, o campo de emergência e a instância de diferenciação dos indivíduos ou dos objetos, dos estados de coisas e das relações que são postas em jogo pelo próprio enunciado; define as possibilidades de aparecimento e de delimitação do que dá à frase seu sentido, à proposição seu valor de verdade. Foucault (2005, p.104) afirma que “o enunciado tem um primado mas não uma redução [...] as palavras, as frases e as coisas têm de ser quebradas para se extrair delas os enunciados”, porque eles nunca estão ocultos mas também “não são totalmente legíveis e nem dizíveis”.

O ver e a visibilidade são uma das maneiras de subjetivar e dizem respeito a “complexos multissensoriais”, que se ampliam do ato de ver ou visualizar o que está visível ou à luz, até as reações à mesma. Esta dobra produz e é produzida pelo que pode ser percebido com os olhos, tornando-se a parte material do próprio indivíduo que, na leitura de Deleuze (1988), será a própria aparência, pois esta será “cercada, presa na dobra” (Pelbart, 1989, p. 130).

A questão da distribuição da luz tem relação direta com os dispositivos - componentes do conceito de agenciamentos concretos (Foucault, 1984) - cuja função se delinea conjuntamente com a difusão da luminosidade que produz/reproduz, e diz respeito, portanto, ao atravessamento proporcionado pelo que estes deixam ver ou escondem, o que colocam à sombra ou mostram de maneira transparente ou opaca. Assim, Foucault (2009) apresentou as formações históricas, afirmando seu condicionamento e submissão às condições de visibilidade e de enunciação, entendendo que o enunciado não se refere somente às palavras, mas à comunicação na qual estão inseridas, incluindo segredos, lacunas ou a própria ordem do discurso (Pelbart, 1989, p. 131).

A exemplo do que pode ser visível ou da visibilidade daquilo que se enuncia, tem-se a arquitetura do *Panóptico* (Foucault, 2000), onde a prisão e suas causas são objetos de enunciados, mostrando-se nas formas da concretização de uma edificação. Em *História da Loucura* (Foucault, 2010), o asilo também é considerado como um lugar da visibilidade da exclusão social, viabilizando ou estratificando os enunciados sobre a desrazão (Pelbart, 1989). A *Nau dos Loucos* mostrava o rumo daqueles que enfrentassem a loucura, dava visibilidade ao lugar reservado ao louco.

É na zona representativa do plano do Poder, ou Zona Estratégica (nº 2 da imagem 3), que se encontra a articulação entre o visível e o enunciável; ali estão os “diagramas das forças estratégicas que articulam ver e falar, o não estratificado, e o que se atualiza nos estratos do enunciado e da visibilidade” (Pelbart, 1989, p. 133). Segundo Deleuze (Pelbart, 1989, p. 134), “as estratégias se distinguem das estratificações, como os diagramas se distinguem dos arquivos”. A dobra que se forma está conectada à zona de “relação de forças, no seu sentido mais exato; pois é sempre segundo uma regra singular que a relação de forças é vergada para tornar-se relação consigo mesma na subjetivação” (Pelbart, 1989, p. 131).

A Dobra da Subjetividade (nº 4 da imagem 3) é formada pela dobra do Fora que invade e cria um interior através de um gargalo; é a cavidade côncava a qual nos referimos anteriormente. Esta dobra é constituída “por partículas, ajustadas a um ritmo específico” e próprio do movimento à curvatura, coincidente e relutante às forças que sobre si se curvam. A partir deste entendimento, não há um sujeito fechado em seu interior com bordas de contorno delimitando um espaço externo, mas uma “inflexão do próprio Fora [...] o dentro do Fora” ou “um vazio de significados particulares ao sujeito” (Pelbart, 1989, p. 137).

A subjetividade, ou o sujeito, são constituídos por recurvamentos sobre si das forças atuantes e formadoras das dobras. Ele reflete ou espelha as dobras que se fazem, imprimindo curvaturas naquilo que reproduz, ao mesmo tempo em que interfere na própria linha do Fora. Para Foucault, esse interior seria sempre uma prega do Fora, ou conforme exemplificado por ele: “como se o navio fosse a dobra do mar” (Deleuze, 1988, p. 104). Pelbart (1989) complementa o pensamento de Foucault fazendo ponderações sobre a formação destas dobras, considerando sua contextualização, já que a historicidade é forte característica de suas reflexões e dissertações. O autor afirma:

Tudo indica que a relação que a Dobra/Duplo, ou Subjetividade e Pensamento instauram com o Fora seja constitutiva tanto da subjetividade quanto do pensamento, é que sua natureza é historicamente determinada e portanto variável [...] O pensamento do pensamento, característico da época clássica em que o discurso não passava de transparência entre o ser e a representação, cedeu lugar, justamente quando a linguagem redescobria sua espessura, a um pensamento sobre o fora do pensamento, sobre o Outro do homem, exterior a ele, ainda que sua parte mais íntima — o Fora (Pelbart, 1989, p. 136).

Segundo Pelbart (1989), o eixo do pensamento e de sua formação no mundo clássico se deslocou da representação de ser como uma unidade em desdobramento e expansão para se tornar um Fora recurvando-se em interiorização. Assim, concorda com os pensamentos de Deleuze (1988) para afirmar que esta área, o Fora, passou a significar: “não a emanção de um Eu, mas a colocação em imanência de um sempre outro e de um Não-eu” (Pelbart, 1989, p. 136). No século XIX, as dimensões da finitude dobraram o lado de fora e “constituíam uma profundidade, uma espessura recolhida em si [...] ora é a prega do infinito, ora é a prega da finitude que dá uma curvatura ao lado de fora e constitui o lado de dentro”. Essa mudança trouxe o “deslocamento do pensamento para pensar o Fora como primeiro, de modo que pensar será fazer com que o Outro, o Fora, o mais longínquo se torne minha intimidade” (Pelbart, 1989, p. 136).

A loucura demonstrada como um pensamento do Fora, conforme entendimento de Pelbart (1989) em diálogo com Foucault (Pelbart, 1989, p. 139) e Deleuze (Pelbart, 1989, p. 139), é colocada como pensamento que ultrapassa, invade a linha do Fora, ou seja, rompe com estratos e enunciados. Esta imagem de rompimento e viagem para um espaço ilimitado e sem contornos me faz pensar na conhecida e historiada Nau dos Loucos e suas insólitas viagens de algum lugar para lugar nenhum, ou em suas viagens infinitas para a expulsão dos loucos do meio social (Foucault, 2010).

Esta conexão da loucura com uma viagem para um Fora me faz pensar ainda que, talvez, a loucura apareça representada socialmente como um estado mental em que não há obediência aos limites estabelecidos pela sociedade. Há, também, margem para pensar nas representações sociais enquanto forças e estas, constituintes de imagens que insinuem a loucura como passageira de navegações em oceanos desconhecidos, bravios ou tempestuosos, que denotam riscos à vida; que apresentem a loucura como uma embarcação que atravessa oceanos que não são terrestres; ou navegadora de mares ainda não descobertos, como se isso fosse

possível neste mundo atual, denominado global. Será mesmo? Ou, quem sabe, que a represente como uma bolha maldita, por flutuar ou conter águas conhecidas, sentidas e expressas como densas insanidades. A loucura como uma embarcação, que num horizonte de mar, de praia, sai da barra permitida ou da faixa tida como segura, a faixa da orla, praiana e cotidiana; que extrapola marcadores que respeitam, ou que pareçam respeitar, limites de pensamentos e ações. O pensamento que invade o Fora é o do louco; e, a dobra de pensamento, que se forma a partir da força implícita nas representações sociais, que constrói as ideias sobre o que seja ser louco, constitui as representações sociais da loucura. O sujeito louco é assim, aquele cujo pensamento não obedece às linhas limítrofes com a dobra da razão, e apresentam os sinais do estigma da loucura conjugados com os da periculosidade. O pensamento que se coloca no Fora, assim como as representações sociais sobre a loucura, contém a loucura, podem significar ou ser a loucura.

O embarque na Nau dos Loucos (Foucault, 2010) era sustentado pela ideia de que despachar os loucos para o mar objetivava livrar-se deles: estorvo social. A viagem estava associada à errância, à perda de um rumo certo ou com o ganho de uma sina incerta, assemelhando-se à natureza da própria loucura. Esta imagem da Nau e sua representatividade no registro social formaram um lugar de visibilidade social (Foucault, 2010), cujos enunciados são expressos nas representações sociais relacionados à perda, de razão e de coerência, para aproximarem-se de um abismo desconhecido, atraente e perigoso - não necessariamente nesta ordem.

A irregularidade da água, a sua conformidade, falta de rigidez e de consistência, fluidez no estado líquido e a propriedade de moldar-se a qualquer formato sem alterar sua substância essencial e nem a quantidade, podem ser associadas ao pensamento que não se sustenta na razão culturalmente cultivada e enunciada, que se baseia na retidão, na razão. Se não é assim, o pensamento transborda-se em viagem. Os trechos abaixo mostram uma colocação de Foucault (Pelbart, 1989, p. 104) e um fragmento de entrevista, que abordam, respectivamente, as ideias de viagem da Nau e a ideia da invasão de um espaço exterior à razão socialmente aceita:

O louco é levado à Nau, é colocado no interior do exterior e ao mesmo tempo inversamente [...] é prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas,

solidamente acorrentado à infinita encruzilhada, ele é o Passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem (Pelbart, 1989, p. 104).

"Loucura? Acho que é a pessoa que o corpo tá nesse mundo mas a mente não. Eles têm o mundo próprio deles, que eles mesmos criam e a gente tem que viver [...] A loucura é você se perder, é não viver nesse mundo"(Entrevistada 11, 27 a., amiga do trabalho da usuária, 24 a., enf. fem.).

A presença da loucura é, enfim, explicitada por Pelbart (1989) como a falta de curvatura na relação com a Linha do Fora e suas forças tempestuosas em movimento constante. É com esta postura que a loucura pode quebrar a estrutura diagramática que contém ou que detém os pensamentos e as referências emprestadas aos Estratos e aos saberes. Ou conforme coloca o autor:

O campo de visibilidade se desarticula enquanto campo para misturar-se desordenadamente com sons, palavras, frases, mas também mistérios, personalizações, animismos. O regime da discursividade se fragmenta, perdendo seu primado [...] Luminosidade e sonoridade se confundem, gestos e sons retornam à sua implicação original [...] Na loucura as curvas sonoras se entrelaçam com os feixes luminosos numa indiscriminação [...] o colapso da invaginação diz respeito a um dos modos da irrupção histórica do Fora — o da loucura (Pelbart, 1989, p. 140-141).

Para terminar este texto e dar sequência à discussão que envolve as explicações sobre a loucura, vou retomar rapidamente uma questão crucial expressa por Pelbart (1989) na introdução de sua obra “A Clausura do Fora”, para, em seguida, analisar algumas reflexões deste autor acerca dos entendimentos da loucura na Grécia Antiga. Pelbart (1989) se debruça sobre a dicotomia que opõe as abordagens da loucura, que ora ganham leitura e sentido científico ou médico-psiquiátrico, ou é descrita filosoficamente, pelas artes, literárias e pictóricas. Sobre esta questão, Pelbart (1989, p. 13) expõe:

O crítico de arte e psiquiatra Jean Starobinski expressou a opinião de que existiriam hoje dois enfoques correntes, distintos e irreconciliáveis, sobre a loucura: o clínico e o cultural. De um lado estariam psiquiatras e terapeutas ocupados exclusivamente com o sofrimento psíquico; de outro, os estudiosos fascinados pela loucura, interessados tão-somente naqueles aspectos que confluem com nossa modernidade cultural, poética ou filosófica (Pelbart, 1989, p. 14).

Para esta questão explicitada por Pelbart (1989) a partir da reflexão do crítico citado, o próprio autor responde:

De nada adiantaria porém desafiar a hegemonia clínica consolidada, tentando resgatar por exemplo sua antítese cultural. Penso que faz parte das estratégias sociais e psiquiátricas reservar a seus opositores esse terreno baldio, gueto imaginário e mítico. Se quisermos fazer da loucura objeto de uma reflexão não-psiquiátrica sem transformá-la em “mera literatura”, será preciso recusar a polaridade da dicotomia mencionada por Starobinski (compreendendo sua origem, por exemplo, e desmontando a paranóia da razão que a sustenta), visto que ela fortalece o estatuto contemporâneo da loucura enquanto objeto exclusivo de um saber psiquiátrico (Pelbart, 1989, p. 14).

Para dialogar com esta abordagem filosófica sobre a loucura, seguirei com um texto pautado na profunda discussão empreendida por Pelbart (1989) em sua tese, acerca dos possíveis entendimentos sobre a loucura na Grécia Antiga.

## 2.2.

### ***Mania e Logos na Grécia Antiga: quando a desrazão não contradizia a razão***

Pelbart (1989) faz uma discussão para levantar aspectos relevantes às designações, simbolismos e entendimentos relacionados à loucura na Grécia Antiga, dialogando com autores como Giorgio Colli, Friedrich Nietzsche e Michel Foucault. Pelbart (1989) reviu as ideias de Platão e Sócrates sobre a loucura, e elas aparecem nas formas relacionadas às benesses ou à ira dos deuses. No mito que narra o delírio de efeito sangrento de Ajax, movido por seu ódio a Ulisses, os mortos e esquartejados foram os animais pertencentes a este último. Esta narrativa mostra uma forma de delírio onde a violência se apresenta no pensamento e na ação.

O objetivo deste item é colocar algumas questões levantadas por Pelbart (1989), já que sua dissertação acerca do tema é profunda e complexa, e, assim, não deixar uma lacuna relacionada à posição da loucura e do louco na Grécia Antiga. A seguir, há uma breve discussão indicativa do questionamento sobre a loucura naquele contexto, cujos conteúdos valorativos estão muito distantes das concepções atuais, ou, inimagináveis, segundo o referido autor e, ainda, conforme indica o título.

Na tecitura apresentada por Pelbart (1989), a loucura é vivenciada e poetizada através da mitologia, e, em diferentes aspectos, baseada na polaridade *mania e logos* (Pelbart, 1989, p.13). Os mitos gregos citados pelo autor

demonstram passagens onde a loucura aparece como sinalização dos deuses, podendo ser positiva ou negativa aos homens. Quando negativa, estava associada às situações de medo, incerteza, assombro e terror. Se positiva, apresentava-se em forma de inspiração ou profecia. Tanto em Sócrates quanto em Platão, cujo tema foi tratado de maneira cuidadosa e extensa, segundo Pelbart (1989), a loucura se apresentava com esta subdivisão.

Ao referir-se a Platão, Pelbart (1989) afirma que este não deve ser entendido somente em sua faceta lírica, nem tampouco ser considerado representante hegemônico dos pensamentos daquela ocasião, mas insiste em que, nas suas palavras, há representatividade dos significados e entendimentos acerca da loucura naquela civilização. Ainda segundo Pelbart (1989), Platão expressou “diversas modalidades da experiência grega com os insensatos”, além de conceber a loucura por ângulos diversos. Isto faz dele um sujeito que tinha a loucura como “legítima e vizinha da razão grega” (Pelbart, 1989, p. 25). Em meio a algumas formas de ver a loucura, Pelbart (1989) ressalta que Platão privilegiou os discursos sobre a “loucura boa”, que seria “o efeito de um favor divino” (Pelbart, 1989, p. 24).

Outra questão importante levantada por Pelbart (1989) se relaciona ao fato de Platão “associar a loucura (mania) à arte divinatória”. Na civilização grega antecessora à sua, havia duas palavras distintas para significar “delirante e divinatório”. À sua época, estas duas palavras ganharam significado idêntico e se referiam à loucura (Pelbart, 1989, p. 26). Como o ato divinatório era algo vindo de Deus, alcançado somente em estado de consciência relacionado ao sono ou à loucura, este tipo de pensamento seria, àquela altura, melhor que o do bom senso. Seria uma “dádiva divina”, por isso a conexão da loucura com a “arte divinatória” (Pelbart, 1989, p. 26).

A dimensão da verdade e do saber, embutida na loucura grega e exposta por Platão, é questionada por Pelbart (1989), ainda em se tratando da vertente que contempla a loucura em seu aspecto visionário. Para tanto, dialoga com Colli (1973 apud Pelbart, 1989), e disserta sobre a questão da razão e da desrazão na Grécia Antiga. Pelbart afirma que Colli (1973 apud Pelbart, 1989) faz reflexões sobre a edificação da filosofia como uma “ficção teórica”, que parte de ideias expressas por filósofos e depois se volta para o passado, sempre imbuída de nostalgia e de um “amor ao saber do passado” (Pelbart, 1989, p. 29). Na

concepção de Pelbart (1989, p, 29), “a maior sabedoria de Collifoi entender que a sabedoria nasceu do delírio”.

Pelbart (1989) explica que, para Colli (1973 apud Pelbart, 1989), a *mania grega* está localizada nos deuses Dionísio e Apolo. O Labirinto de Dédalo foi obra arquitetônica de Apolo, enquanto o Minotauro, que o habita, era a personificação de Dionísio. Ao Labirinto se associa a ideia de *logos*, e, portanto, da perda de si e do rumo, e mesmo da morte causada pelo encontro com o Minotauro no interior daquele espaço tortuoso. Assim, o “deslize da palavra, com suas características de ambiguidade, polivalência, ou tortuosidade, levam à perda do fio norteador de significados” (Pelbart, 1989, p. 30). A partir deste ponto de vista, aqueles que se embrenhavam no labirinto, “no emaranhado labiríntico de palavras”, estariam se entregando à desrazão, “para a qual o Minotauro seria a maior representação” (Pelbart, 1989, p. 30). Outra constatação importante levantada por Pelbart (1989) diz respeito à falta de oposição entre “o logos grego” e algo que fosse seu contrário. Ele afirma:

Não há contradição entre Labirinto e Minotauro, Apolo e Dionísio, palavra e desrazão, pensamento e excesso, sabedoria e delírio, logos e mania. O que não significa que entre eles haja o revés, simples identidade ou mesmo continuidade (Pelbart, 1989, p. 32).

A loucura, o delírio e a desrazão na Grécia Antiga são analisados assim pelo autor:

As hipóteses de Colli me servem no sentido muito preciso de: a) mostrar que a palavra delirante na Antiguidade Grega não pode ser relegada ao plano do não-ser; b) recolocar em xeque a evidência de que loucura e pensamento teriam sido sempre incompatíveis e excludentes; e, c) atentar para a dimensão de saber embutida na mania grega (Pelbart, 1989, p. 17).

Com este entendimento, Pelbart (1989, p. 32) acrescenta que, naquele lugar e momento civilizatório, o que havia entre “a razão e a desrazão seria uma passagem de vai e vem e não de exclusão”. A linguagem desarrazoada, ao contrário de conter significados que a desqualificassem, conforme já mencionado, dava nomes aos saberes, com “efeitos de verdade cuja densidade está perdida para nós” (Pelbart, 1989, p. 32).

A outra vertente para a “loucura sagrada”, elaborada por Platão, segundo Pelbart (1989), é a “telestática ou ritual”, relacionada a Dionísio, com a

valorização da embriaguez dos sentidos. Para Platão (Pelbart, 1989), a alegria e a liberdade eram dadas por Dionísio aos humanos e à natureza. A relação com os deuses também poderia se pautar na ira, e, se assim fosse, o antídoto seria se reconciliar com o mesmo. Os deuses poderiam ficar irados por uma “ofensa dirigida a eles, pela falta de cumprimento de uma promessa ou sacrifício” (Pelbart, 1989, p.34).

Em se tratando de Sócrates, Pelbart (1989, p. 23) o vê tratando a loucura como *mania*, sem reconhecê-la como mal. Elogiando-a, principalmente quando a colocou no patamar de “fonte dos maiores bens, se efeito de um favor divino” (Pelbart, 1989, p. 23). Sócrates dividiu a loucura em humana e divina. A face humana seria “produzida por doenças humanas” (Pelbart, 1989, p. 23), frutos do funcionamento do corpo e ocasionadoras dos desequilíbrios do espírito. Se divina, a loucura traduzia-se pelos estados mentais de “revolução” na maneira de olhar as coisas, “nos hábitos cotidianos” (Pelbart, 1989, p. 23). Sobre esta abordagem da loucura, Sócrates debruçou-se para categorizá-la em quatro tipos correspondentes às respectivas divindades: “Apolo e a loucura profética; Dionísio e a loucura ritual; a loucura poética relacionada às Musas; e Afrodite, que pelo erotismo abria as portas da filosofia” (Pelbart, 1989, p. 28).

Pelbart (1989) concorda com Foucault (apud Pelbart, 1989, p. 43) ao conceber que “uma desrazão não contraditória à razão é algo que nosso pensamento não está acostumado a conceber”. Assim, complementa Pelbart (1989), faz-se necessário imaginar um arranjo em que “o Desatino e o Diferente, em sua multiplicidade” não estivessem agrupados num mesmo território com cunho de hostilidade, mas estivessem engendrados numa relação onde o “sujeito e a razão” não se polarizassem em “contradição” (Pelbart, 1989, p.43).

Estas colocações do autor levam a pensar que não é possível fechar uma leitura da loucura na Grécia Antiga a partir do contexto atual, “como se não houvesse um tempo para intermediar algumas discontinuidades ou mesmo a falta de congruência e de conexão” (Pelbart, 1989, p. 44). Neste sentido, o referido autor afirma:

Por isso, a noção de doença mental na atualidade não pode ser comparada à mania dionisíaca, à loucura grega, e muito menos esta loucura pode ser analisada através das lentes psiquiátricas dos dias de hoje. O termo doença para a mente não era

utilizado entre os gregos antigos, e a palavra mental também não existia naquela Grécia (Pelbart, 1989. p.43).

As conclusões de Pelbart (1989) em relação à loucura e à Grécia Antiga indicam ainda que:

A Antiguidade Grega manteve uma proximidade de fato e uma distância de direito com a loucura, diferentemente da modernidade quando a identidade com o louco é de direito e a distância de fato, logo, a modernidade poderá pensar a loucura porque, ao subordiná-la antiteticamente à racionalidade, médica ou filosófica, terá consumado, no mesmo gesto, sua subjugação (Pelbart, 1989. p.43).

Fiquei imaginando em como seria pensar a racionalidade a partir da loucura. Mas em qual época e onde? E a loucura pensa? Com qual ou quais prisma(s)? Há algum?

Com um questionamento de Foucault, podemos pensar sobre a existência da loucura e, portanto, sobre a convivência com os loucos que, excetuando o período da “grande internação” (Foucault, 2010), acontece desde os gregos antigos. Este movimento de internação foi foco de estudo de Foucault (2010), que escrevendo “História da Loucura”, fez um desenho da vida da sociedade com a loucura/louco, privilegiando o Oeste Europeu e a Idade Média até a Modernidade. Fazendo referência à questão do tempo, o autor pergunta se, dentre os gregos antigos, não haveria “paranóicos, obsessivos, esquizofrênicos, maníacos-depressivos, semelhantes aos da atualidade” (Pelbart, 1989, p. 39).

### 2.3.

#### Uma história da loucura na Europa Ocidental por Foucault: a localização social do corpo do louco



**A loucura tem casa? Acrílica s/ canson - Cristina Loureiro - Março de 2016.**

Figura 4 - “A loucura tem casa?” \*

\* Esta pergunta quer refletir sobre o lugar da ocupação do corpo do louco na sociedade. Se nos hospícios, ou se na cidade, nas casas comuns, nas comunidades. Na pintura acima, é possível reconhecer a caricatura de uma casa com seu jardim, compondo uma imagem de um suposto modelo, ideal. Esta idealidade se contrapõe à loucura, e à sua desorganização e ilógica. Na imagem, há pessoas, peixes, flores, caminhos, uns números, um buraco de golfe e tantas outras figuras que o leitor encontrar. Todos os signos podem ser relativizados à loucura e ao louco, dicotomizando-os a uns pares opostos, ou contrapondo-os a um bom senso qualquer, uma razão plausível, a uma coerência ou à sua continuidade. A loucura desloca uns ideais de vida. As pessoas que entrevistei falaram muito sobre suas casas e sobre a importância da casa para o louco. A casa conjugada à família. A família relacionada ao acolhimento e ao cuidado. A loucura mexe com alguns ideais de casa, de família e de funcionamento familiar. A loucura também procura recantos, procura ninhos, procura solidões, e gentes. Disseram que os loucos são tranquilos e também agressivos. Falaram nos loucos de maneira receosa, mas também carinhosa. E muitas pessoas falaram que os loucos devem viver em sociedade, em casa, de preferência com a família e recebendo cuidados, e não mais nos hospícios.

Foucault (2010), em sua obra intitulada “História da Loucura”, faz perceber as mudanças ocorridas com relação aos discursos, às práticas e à jurisdição que envolvem a temática da loucura, e que se conectam com a questão do lugar do

louco na sociedade, tanto do ponto de vista do que é sustentado pelos conteúdos discursivos, quanto ao que se refere à ocupação espacial de seu corpo.

Na obra supracitada, o autor localiza a trajetória da loucura na Europa da Idade Média até a Modernidade, e sua descrição nos faz perceber a posição do louco no espaço físico e público, de convívio social, até seu recolhimento às instituições de internamento no século XVII. Esses sujeitos permaneceram nestas instituições até meados do século XX, quando começaram as primeiras movimentações de Reforma Psiquiátrica, na Europa e nos Estados Unidos. Antes disso, a intervenção de Philippe Pinel, na passagem dos séculos XVIII e XIX, foi favorável ao fim dos maus-tratos dispensados aos mesmos. Concomitante à internação em massa, desdobrou-se a constituição da jurisdição, que aconteceu desde finais do século XVII até o início do posterior, em torno da figura do louco, para respaldar sua condição social de exclusão (Foucault, 2010).

O internamento compulsório dos loucos se deu nas instituições que se destinaram para a exclusão da escória social, como os leprosos, os sujeitos portadores das doenças sexualmente transmissíveis, ou marcados por outras marginalidades à ordem hegemonicamente constituída. Quando os loucos foram alocados em locais específicos para os mesmos, como hospícios e manicômios judiciários, foram objetos de torturas, maus-tratos, abandono e morte. Mais tarde e ainda nestes locais, tornaram-se objetos e *locus* de tratamentos terapêuticos diversos até os medicamentosos, que permanecem na atualidade.

Os discursos, conforme Foucault (2005), contêm conhecimentos e relação com exercícios de poder, além de consagrarem verdades e todo o processo de suas formações. São concomitantes às práticas para as constituições das formas jurídicas e institucionais, servindo às suas viabilizações. A jurisdição efetivada sempre esteve relacionada à governamentalidade, mantendo estreita relação com a formação das instituições disciplinares (Foucault, 2013) que vêm acercando a loucura e os loucos até os dias atuais; considerando as mudanças ocorridas durante o longo percurso temporal, nas diversas sociedades ocidentais, inclusive no Brasil.

Os discursos produzidos em torno da loucura e dos loucos contribuíram e contribuem para a situação destes em dado contexto social, além de se constituírem como forças de forja do processo de subjetivação do próprio sujeito como louco (Foucault, 2010, 2013). Para trabalhar o objeto desta tese, chamo a

atenção para a possível articulação entre as atribuições dadas à loucura como componentes dos discursos que permeiam as representações sociais (Moscovici, 2013) e que se referem a esta temática e aos sujeitos que encarnam a loucura. Esta articulação me faz questionar o quanto as representações sociais da loucura concorrem, com suas ancoragens e objetivações, de maneira determinante, para a localização espacial e ideológica dos loucos nas sociedades. Foucault (2010) descreve esta localização no período da Idade Média até os Tempos Modernos numa cronologia que procurarei demonstrar inserindo um diálogo com Pelbart (1989).

Na segunda metade do século XV, a loucura foi localizada por Foucault (2010, p. 16), em sua proposta com relação à obra “História da Loucura”, como alvo temático em substituição ao tema da morte: “não como uma ruptura, mas sim numa virada no interior da mesma inquietude” em relação à existência humana. Sendo a morte um assunto cabal, ou melhor, um fato vital, podemos pensar na loucura como algo muito denso naquele contexto social, ou, como alerta o autor, a campeã no campo das aflições existenciais.

A lepra já havia chegado à Europa através das Cruzadas da alta Idade Média, e, com ela, a edificação de abrigos para apartar os doentes da sociedade. No século XVI, foram as doenças venéreas que se espalharam e atingiram um número enorme de pessoas, demandando a construção de mais estabelecimentos para abrigarem os infectados de maneira segregada, como os leprosos já o eram. Neste recolhimento, segundo Foucault (2010), existiam medo e reservas da parte dos leprosos quanto às doenças sexualmente transmissíveis, o que nos faz pensar no estigma (Goffman, 1988) entre os estigmatizados. O referido autor alerta que a concepção de necessidade de exclusão e tratamento por internamento fez da doença venérea um tipo de doença que requeria o isolamento. Segundo Foucault (2010, p. 8), um isolamento que se deu “em certa medida de seu contexto médico, e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão”. A loucura constava na “hierarquia dos vícios” (Foucault, 2010, p.29), figurando socialmente em oposição à prudência, numa época de franca dicotomia entre valores contrapostos, como a caridade em oposição à avareza por exemplo.

No final da Idade Média e até o século XVII, a lepra desapareceu da Europa Ocidental e as instituições erguidas para retirar os leprosos do convívio social foram sendo esvaziadas daqueles doentes. Sobre este vão, Foucault (2010, p. 03)

comenta que: “este vazio vai esperar e solicitar, através de estranhas encantações, uma nova encarnação do mal, um lugar esgar do medo, de mágicas renovadas, de purificação e exclusão”. Para o preenchimento deste espaço entraram os loucos, e junto com eles a escória social, num movimento denominado de “Grande Internação” por Foucault (2010, p. 04).

As artes: literária e pictórica, expoentes na passagem do século XV e tempos próximos, na Europa Ocidental, interessaram a Foucault (2010), para relativizar a loucura e os loucos às vistas daquela sociedade. O autor analisou os poemas de Sebastian Brant (1457-1521) e as pinturas de Albrecht Dürer (1471-1528), Hieronymus Bosch (1450 - 1516) e de Pieter Brueghel (1525/30-1569), dentre outros, relevando as características emblemáticas e os atributos relacionados à loucura naquele contexto social. Para o autor, a pintura do século XV expressou a loucura relacionada à sua trágica existência, demonstrada através de imagens visuais, cuja trama exhibe uma gama de “significados visíveis e secretos de imagem imediata e do estigma reservado que se desenvolvia no meio social” (Foucault, 2010, p. 22).

Dentre os pintores, Foucault (2010, p. 22) observa que na obra de Albrecht Dürer há conteúdos de “medo e de incerteza”, cujas imagens mostram enredos que evidenciam a preocupação com o fim do mundo, uma ameaça à ordem de Deus ou “o mundo mergulhado no furor universal. A vitória não cabe nem a Deus, nem ao diabo, mas à loucura”, conclui o autor sem citar uma pintura específica.

As figuras de Hieronymus Bosh aparecem abordando diretamente a loucura, a moral e o medo através de imagens “diabólicas e/ou insanas”, sendo uma de suas obras mais comentadas, a denominada “A Nave dos Loucos”<sup>14</sup>, ou “Nau dos Loucos”, pintada num suporte tríptico (Foucault, 2010, p. 22). Havia uma suposta busca por sanidade ou mesmo pela razão, na viagem desta nave, desta nau. A ideia sobre a loucura estava relacionada à viagem do louco que saía à deriva, nas águas incertas de rios e mares. Fico pensando no formato desta internação embarcada, num tipo de exclusão que em vez de guardar num local fixo e gradeado, como um hospício, era praticada pela soltura em espaço aberto e sem rumo certo, como a Nau dos Insanos. Ao mesmo tempo, acrescenta Foucault (2010), havia certa

---

<sup>14</sup> Hieronymus Bosch. A Nave dos Loucos. c. 1490-1500. Óleo sobre madeira, 58X33. Museu do Louvre, Paris, França.

curiosidade e até admiração pelo cunho aventureiro daquelas partidas, daquelas viagens.

Na pintura de Bosch em que a Nau dos Loucos é retratada por Foucault (2010), este destaca o tronco de árvore copada onde um dos tripulantes sobe em busca do fruto. Para o autor, este é o fruto proibido do Jardim do Éden, e se relaciona à loucura como um saber proibido, cuja “posse leva à expulsão do paraíso, local adequado somente para as pessoas sãs” (Foucault, 2010, p. 25).

A literatura de Sebastian Brant contém a obra “A Nau dos Insanos”, que é descrita e comentada por Foucault (2010) da seguinte maneira: “são cento e dezesseis dos seus cantos de poemas para traçar o retrato dos insanos, passageiros da Nau: são os avaros, os delatores, os bêbados, ou, os que se entregam à desordem e à devassidão” (Foucault, 2010, p. 25).

Em outra pintura de Bosch, denominada “As tentações de Santo Antão”<sup>15</sup>, o pintor mostra figuras assustadoras, como um animal enorme de presas e dedos nodosos, para simbolizar o perigo e o pavor, e ainda, lembrar da possível condenação da luxúria e dos prazeres ao inferno, local associado à própria loucura (Foucault, 2010, p. 20).

O pintor Pieter Brueghel demonstrou as características irracionais da área de um saber, e a loucura fascinante por causar medo e por ser um “saber difícil, fechado, exotérico”. Para Foucault (2010, p. 21), este pintor “zomba do inferno”, e eleva o denodo da loucura para os loucos, dizendo-a vazia de valores para os racionais.

O medo, a incerteza, a irracionalidade, o inferno e a curiosidade estão no rol de sentimentos, atributos, e de objetivação da loucura mostrados por Foucault (2010), em sua análise sobre as obras dos artistas citados. Estas associações e atribuições para com a loucura me fazem pensar nas qualidades das ancoragens (Moscovici, 2009), que atualmente se expressam nas representações sociais (Moscovici, 2009), permeando ou transitando nos discursos e/ou mostrando-se condensadas nos estratos, de Foucault (2009).

A “Nau dos Insanos” cantada em versos e pintada a óleo existiu, tanto no nível simbólico quanto nas práticas cotidianas ocorridas nas cidades. Os barcos, com os loucos em seus interiores, seguiam por rios e mares, sob a vigilância de

<sup>15</sup> Hieronymus Bosch. As tentações de Santo Antão. c. 1495-1500. Óleo sobre madeira, 131.5X119. Museu Nacional de Arte Antiga, Lisboa, Portugal.

algum marinheiro, que se responsabilizava por deixá-los em algum lugar distante do de sua partida. Nas cidades onde desembarcavam, os loucos eram escorraçados e obrigados a seguir a viagem sem paradeiro, ou eram recolhidos em “lugares de detenção reservados aos insanos”, conforme já abordado (Foucault, 2010, p. 10).

No nível simbólico, a partida dos loucos pelos rios e mares “fez a loucura ficar ligada à água por muito tempo para o homem europeu” (Foucault, 2010, p. 12), e relacionada ao universo onírico, pois a mesma água que levava o louco para longe, purificava-o. O embarque era sempre potencialmente o último, sendo o louco confiado à incerteza da sorte por ser lançado para local desconhecido. Ao desembarcar também o fazia advindo de local incerto, alimentando um ciclo que o tornava prisioneiro daquelas viagens.

No período entre os séculos XIV e XVII, a loucura foi tomando lugar daquilo que se configurou como a fraqueza humana. Ela foi contraposta e, ao mesmo tempo, fez par com a razão. Ambas fundamentando-se, afirmando-se e negando-se, concomitante e mutuamente. “A loucura estava no confronto entre a consciência crítica e a experiência trágica” (Foucault, 2010, p. 23). Antagonicamente, “a loucura tornara-se uma das próprias formas da razão”, ou, “só tinha valor no próprio campo da razão”, como uma de suas formas ou um de seus recursos, pois as formas da razão e as formas da loucura só podiam se destacar uma relativa à outra. “A loucura era, para a razão, sua força viva e secreta” (Foucault, 2010, p. 34).

A esta altura, a não razão se constituía numa espécie de ameaça aberta, cujos perigos podiam sempre comprometer as relações de subjetividade e da verdade. Durante o século XVI, a loucura esteve figurando entre as formas de sonho, de ilusão, sendo tema de recorrentes reflexões acerca de como saber-se louco ou não. Adentrando o século XVII, Descartes (apud Foucault, 2010) sinaliza o perigo da loucura, colocando-a como um estado em que o sujeito “seria colocado fora do domínio no qual detém seus direitos à verdade: domínio este que, para o pensamento clássico, é a própria razão” (Foucault, 2010, p. 46). Foucault (2010, p. 47) chama a atenção para o fato de que “Descartes não evita o perigo da loucura do mesmo modo como contorna a eventualidade do sonho ou do erro”. Para “Descartes, o perigo da loucura desaparece com o exercício da razão”. A desrazão é assim a armadilha que leva aos perigos da ilusão e do desatino; tem

assim a mesma medida do que o sujeito possa pensar ou ser (Foucault, 2010, p. 47).

Descartes (apud Foucault, 2010, p. 46) correlaciona ainda a razão à existência e à consciência do corpo físico, ou da “natureza corpórea e sua extensibilidade”. Nesta correlação, propõe uma verificação e assim se pergunta: “*quando creio ter um corpo, posso ter a certeza de possuir uma verdade mais sólida do que aquela que supõe ter um corpo de vidro?*” (Foucault, 2010, p. 46, grifo do autor). A reflexão cartesiana se estendeu à conclusão de que:

Há um desequilíbrio fundamental entre a loucura, de um lado, e o sonho e o erro, de outro, pois sonhos ou ilusões são superados na própria estrutura da verdade, mas a loucura é excluída pelo sujeito que duvida. Como logo será excluído o fato de que ele não pensa, de que ele não existe (Foucault, 2010, p. 46).

O político, filósofo e pedagogo francês Michel de Montaigne (1522 - 1592) foi citado por Foucault (2010) porque em seus ensaios analisou as instituições, as opiniões e os costumes de sua época, debruçando-se especialmente sobre os dogmas e a generalidade da vida humana como objeto de estudo. Montaigne (apud Foucault, 2010) fez, ainda, reflexões acerca da inserção social de sujeitos, principalmente se estes ocupassem cargos de poder, pois nestas situações se verificaria sua forma de lidar com os demais nestas circunstâncias. Montaigne, segundo Foucault (2010, p. 47), relativizou a razão e os limites prováveis de “a vontade de deus e do poder da mãe natureza”, e concluiu que a loucura seria admissível na medida em que se encaixasse com a “capacidade e suficiência” do sujeito que a comportasse (Foucault, 2010, p. 47).

É neste aspecto que o pensamento de Montaigne (apud Foucault, 2010) se encontra com o pensamento de Descartes, conforme análise de Foucault (2010), pois ambos dão à loucura uma dimensão existente em todos os humanos, sendo controlável para alguns, ou equalizável em seu volume e medida. A loucura seria, assim, proporcional à capacidade do sujeito em tê-la e contê-la. Descartes (apud Foucault, 2010) colocava a razão como delimitadora do espaço da loucura, pois a considerava idêntica à desrazão; Montaigne explorou a capacidade do sujeito de suportar os desatinos e assim lidar com a sua loucura (Foucault, 2010).

Foucault (2010, p. 48) adverte que, entre Montaigne e Descartes, algo se passou de maneira rápida e quase despercebida, contribuindo para o

desenvolvimento do mundo ocidental pelo progresso de um “racionalismo”. Neste movimento, “o desatino mergulhou em nosso solo a fim de nele se perder, sem dúvida, mas também de nele lançar raízes” (Foucault, 2010, p. 48). A partir de então, a loucura fora exilada e tomou-se por base que o homem poderia ser sempre louco, mas seu pensamento, como exercício de soberania de um sujeito, é que “deveria perceber o que fosse verdadeiro”, deixando de lado o que lhe parecesse “insensato”. Assim, “traçou-se uma linha divisória, que logo tornaria impossível a experiência, tão familiar à Renascença, de uma razão irrazoável, de um razoável desatino” (Foucault, 2010, p. 48).

O século XVII é marcado como o primeiro momento de recolhimento compulsório e em massa dos loucos às instituições de exclusão social. Para Foucault (2010, p. 48), “o internamento dos alienados foi a estrutura mais visível na experiência clássica da loucura”, movimento comparável ao recolhimento geral dos leprosos na Idade Média (Foucault, 2010, p. 48).

Os loucos foram acomodados dentro dos muros dos antigos leprosários, abrigos estes que eram mantidos por finanças públicas ou doações do Rei. As internações eram efetivadas pelo poder absoluto e régio através de cartas de mandato, ou seja, sem delimitação de critérios jurídicos para tanto. “A loucura era vista como fator de risco à sociedade”, sinal de “desorganização familiar, desordem social e perigo para o Estado” (Foucault, 2010, p. 80).

Mais tarde, outras instituições destinadas à exclusão social começaram a ser construídas na Europa, e ficando conhecidas como Casas de Correção, sendo a Alemanha o primeiro país a edificar uma instituição com este perfil. Depois foi a França, que durante o século XVIII viu as mesmas crescerem em número. Na Inglaterra, essas instituições foram denominadas Casas de Internação, e eram locais onde se abrigavam também os pobres, “para seu alívio”, e os vagabundos, “como punição” (Foucault, 2010, p. 54).

Na virada do século XVII para o XVIII, a loucura já pertencia ao campo do julgamento moral e merecedora dos justos castigos, sendo ela mesma uma penalização para aqueles que a vivenciavam. Este julgamento mais os aspectos de determinação econômica e política concorreram para o recolhimento de toda a escória social em espaços de exclusão. Esta prática foi respaldada por deliberações de instâncias de poder, pois esta exclusão se destinava aos que perturbavam a sua ordem, sem questionar as causas daquela situação e

necessidade de internação. As instituições com esta finalidade, alerta Foucault (2010), tinham como objetivo e função a contenção de fluxos sociais. Assim, os loucos se juntaram às prostitutas, aos vagabundos, às crianças órfãs, às mulheres viúvas, aos prisioneiros políticos (Foucault, 2010).

No século XVIII, a loucura estava relacionada às questões da sexualidade e seus desvios, assim como aos aspectos do amor - subdividido em sagrado e profano, mas associado aos valores morais para as condutas. O comportamento sexual era parâmetro para delinear o perfil daqueles que necessitavam da internação. Incluíam-se aí as mulheres libertinas ou prostitutas, aqueles que tinham desejos sexuais não convencionais (sodomia, por exemplo), mais os portadores de doenças venéreas. Também eram internados os indivíduos considerados “grandes mentirosos, pregadores de cartazes, espíritos inquietos, tristes ou ríspidos, ou mesmo aqueles que passavam dias e noites a atordoar os outros com suas canções e a proferir blasfêmias mais horríveis” (Foucault, 2010, p. 134). A loucura era sobretudo um desajuste moral, concebida como um “Mal” que fazia parte das “escolhas individuais e das más intenções” (Foucault, 2010, p. 137). Logo, o internamento tinha um sentido purificador de almas e corpos, mas também de castigo pela conduta não desejada. O aspecto purificador, bem como o de punição, como objetivo da exclusão, levam-me às associações com a Nau dos Loucos.

As características de comportamento dos sujeitos considerados loucos se sustentavam num desarranjo psicológico como incapacitante para a vida social. A loucura começou a ganhar tratamento e contorno jurídico, ou a constituição de jurisdição específica. O desajuste moral relacionado à loucura derivou em doença, atributo que se configurou e se estabilizou como tal e mais plenamente até a Idade Moderna (Foucault, 2010).

A esta configuração juntou-se a proeminência da figura do médico e seu poder determinante na decisão de decretar o internamento de um sujeito e de atribuir-lhe valores, numa escala específica para a avaliação de seu alienamento psicológico. A escala de debilidade mental classificava o sujeito como estúpido, imbecil, parvo ou idiota e o considerava culpado pela sua condição, uma vez que a razão antecedia à loucura, ou seja, esta poderia ser detida por aquela (Foucault, 2010).

Sendo assim, conclui Foucault (2010), foi no contexto da Revolução Francesa e da Declaração dos Direitos do Homem que “a loucura passou a ser individualizada” e os loucos foram enclausurados e acorrentados. Os outros indivíduos considerados errantes, imorais, libertinos ou que viviam desavenças familiares foram soltos neste mesmo movimento (Foucault, 2010, p. 156). O banimento social passou a cumprir a função médica para tratamento e proteção contra o contágio dos demais humanos, mas seguia assegurando as significações “políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais, que diziam respeito provavelmente a certas estruturas essenciais do mundo clássico em seu conjunto” (Foucault, 2010, p. 53).

Pelbart (1989) destaca a mudança da concepção de loucura no mesmo contexto citado acima, quando esta fora anexada à razão. A loucura do louco passou a ser a loucura do homem em geral, entendida como “involução” no âmbito pessoal ou explicada a partir da relação com o meio social como um dos “males da civilização” (Pelbart, 1989, p.45). As leituras de Pelbart (1989) acerca de Philippe Pinel, psiquiatra denominado por ele como o “primeiro clínico da loucura” (Pelbart, 1989, p.45), e sobre Georg Hegel, fizeram o referido autor dissertar sobre a loucura capturada pela razão a partir das perspectivas dos conhecimentos psiquiátricos e filosóficos, respectivamente (Hegel, 1978 apud Pelbart, 1989).

Hegel (1978 apud Pelbart, 1989) denominava a loucura como alienação mental, reafirmava a existência da razão e da loucura como seu contraponto. A loucura seria uma particularidade da consciência como um todo, ou, conforme palavras do autor: “de uma totalidade sistematizada”. Desta maneira, a loucura aparecia quando a ordem era subvertida, ou “quando a consciência perdia o controle sobre essa totalidade”. Nas palavras do autor: “quando um dos elementos particulares fugia à subordinação original. Segundo Pelbart (1989), Hegel (1978 apud Pelbart, 1989) considerava os sentimentos e as posturas de vaidade, orgulho, paixões e imaginações, esperanças, amor e ódio”, mas sobretudo as contradições entre o que era de ordem “particular ou universal” (Pelbart, 1989, p.60).

Foi no século XVIII que Philippe Pinel propôs uma nova forma de tratamento para os loucos. Com o fim dos maus-tratos e a liberação das correntes, transferiu-os para os manicômios somente para doentes mentais. Nestes manicômios, Pinel defendeu a reeducação dos alienados para a adequação das

condutas indesejáveis com disciplina médica, porém exercidas com firmeza e gentileza, o que guardaria a função essencialmente moral para com a loucura (Foucault, 2010). A escola alienista baseava-se na racionalidade científica e filosófica, além de apoiar-se na confiança da força institucional. O tratamento visava à remodelação dos internos que haviam sido libertos do acorrentamento e era viabilizado através de quatro técnicas:

O silêncio institucional (que esvaziasse por si só os delírios, tornando-os literalmente sem efeito), o julgamento perpétuo (a vigilância e a punição interiorizariam a culpa e a consciência da loucura), a ridicularização da loucura (que Foucault chamou de reconhecimento pelo espelho, em que se convocava a loucura de um para julgar absurda a do outro, e assim invalidar a ambas) e, finalmente, a autoridade do médico, peça-chave do dispositivo. O espaço asilar deveria ser uma cidade perfeita, transparente, racional e moral, em que a loucura pudesse ao mesmo tempo aparecer e ser abolida. Aparecer como uma verdade não só do louco, mas do homem, e ser superada pela força da racionalidade reinante na organização e no funcionamento do asilo (Pelbart, 1989. p.46).

Os alienistas trabalharam com a ideia da “cura da loucura”, entendendo a loucura como própria ao sujeito, ou como “subjetividade dilacerada, sofrida, conflito do homem consigo mesmo, ruptura interior” (Pelbart, 1989, p. 53). Este posicionamento demarca a loucura a partir do conflito entre “duas pessoas no seio da mesma individualidade” (Pelbart, 1989, p. 50). Tal entendimento será questionado e apresentado por Freud (apud Pelbart, 1989, p. 50) de maneira a abranger todos os homens, pois este autor “estendeu à estrutura psíquica dinâmica e conflituosa a todo ser humano, e não apenas aos loucos” (Pelbart, 1989, p. 50).

Jean Esquirol, psiquiatra francês e contemporâneo de Pinel, foi outro dos atuantes na reforma das instituições psiquiátricas na França daquela época. Pelbart (1989, p. 48) enfoca o entendimento deste com relação à loucura enquanto “perda de unidade do eu”, pensamento que corrobora a teoria da divisão interna do sujeito, concorrente a esta época na França. Em suas contribuições, Esquirol fundou o primeiro curso para tratamento das enfermidades mentais, lutou pela aprovação da primeira Lei de Alienados na França, em 1827, e criou uma casa de saúde para alienados (Facchinetti, 2008). Os aportes efetivados por Esquirol deixam perceber os acréscimos para com a institucionalização e a jurisdição relacionada à loucura e aos loucos naquele momento. Estas práticas influenciaram na criação do Hospício de Alienados Pedro II, no Brasil, em 1852, onde hoje se

localiza o Instituto de Psiquiatria da UFRJ, um dos campos da pesquisa que ora empreendo.

A análise de Pelbart (1989) relativa à experiência vivenciada por Pinel, corroborada por Esquirol e pensada por Hegel (1978 apud Pelbart, 1989), é que a loucura passou a ser localizada no interior do próprio homem. Isso favoreceu a possibilidade de tratamento e, por consequência, o “comércio terapêutico” (Pelbart, 1989, p. 53). O referido comércio favoreceu diretamente o início da medicalização da loucura, já entendida e denominada enquanto doença mental (Pelbart, 1989, p. 53). Este entendimento, conforme observa Pelbart (1989) analisando a obra de Foucault (2010), demonstra que a loucura “migrou de sua dimensão desarrazoada para a insensatez razoável” no período renascentista, num processo que se desdobrou até a Idade Clássica, momento em que “a desrazão se retira e se desfaz, enquanto a loucura tende a afirmar-se mais e mais como objeto de percepção excluído” (Foucault, 2010 apud Pelbart, 1989, p.56).

A esta altura faz-se importante colocar uma afirmativa importante de Pelbart (1989) sobre a lacuna temporal que guarda a distância entre a abordagem de Platão e a conceituação de Hegel acerca da loucura (Hegel, 1978 apud Pelbart, 1989). O que Pelbart (1989) ressalta é que, para Platão, a loucura se localizava para além da razão, como a *mania*, que por sua vez se estabelecia em espaço exterior ao *logos*. Ainda segundo Pelbart (1989), para Hegel (1978 apud Pelbart, 1989), a loucura morava no interior da razão, sendo submissa e concomitantemente contraditória a esta.

Outra questão levantada por Foucault, e de extrema importância para o entendimento dos deslocamentos sociais relacionados à loucura, diz respeito às práticas renovadas, marcantes nos séculos XVII e XVIII, através dos discursos e das institucionalizações sobre a internação. O conhecimento acerca da loucura deu-se primeiramente pela experiência social e depois pelo conhecimento científico. Este conhecimento foi constituído pelos saberes: médico, psiquiátrico e psicológico. A entrada de diversos atores institucionais, com diversidade de valores, mais os saberes relacionados às suas formações profissionais, confluíram na constituição de institucionalizações que reconfiguraram aspectos éticos e estabeleceram outras formas de experiência com a loucura e de interação social com os loucos (Foucault, 2010).

O século XVIII conviveu com a loucura e sua “identificação romanesca. As características próprias deste perfil foram exploradas e expostas por Cervantes” (Foucault, 2010, p. 37), com seus personagens que se contrapõem, simbolizando universos diferentes, embora pareçam caminhar pela mesma estrada. Sancho Pança tem os pés mais próximos do real, enquanto Dom Quixote transita pela esfera do imaginário. Esta novela realista e satírica problematiza o retorno do fidalgo ao mundo da razão e do bom senso. Neste contexto, a loucura era um tema recorrentemente debatido nas conversas e reflexões, principalmente por filósofos, e pelo olhar artístico, ou, segundo Foucault (2010, p. 37), por “Dom Quixote, O Governo de Sancho Pança, As loucuras de Cardênio, em Rei Lear, ou no teatro de Rotrou”. Na obra de Shakespeare e de Cervantes (Foucault, 2010, p. 39), a loucura teve sempre lugar central e extremo, pois para esta não havia recurso e só poderia ser desfeita, em última instância, pela própria morte, que mesmo assim não a sobrepujaria, visto que a morte não apagaria a história e a memória daquele que a viveu.

No final do século XVIII, a desrazão não ameaça da mesma forma como acontecia na Renascença, quando seu aparecimento significava uma perda incalculável, como foi também diferente do entendimento no Classicismo e sua catalogação instintiva e animal para a loucura. A percepção sobre a loucura deslocou-se para abranger causas na civilização e no progresso, com questões relacionadas “à exacerbação das paixões devido à distância do homem em relação à Natureza, e sobretudo resultado de um meio insalubre, que afasta o homem do que lhe é próprio alterando-lhe a sensibilidade” (Pelbart, 1989, p. 57).

A reorganização do sistema judiciário e penal também se dá neste momento histórico, em diferentes países da Europa. Houve uma redefinição do caráter do criminoso, relacionando seu ato ao rompimento do contrato social. A lei penal tem a função de reparação do mal ou de impedimento de que outros males semelhantes se manifestem contra o corpo social. Outra mudança esteve na desagregação da infração das leis naturais, religiosas e morais (Foucault, 2000). Embora o esquema disciplinar já existisse na estrutura social, foi, no final do século XVIII, que os poderes articulados socialmente deram início ao estabelecimento do que Foucault (2000) chamou de sociedade disciplinar.

É importante ressaltar que, neste momento histórico no Oeste Europeu, praticava-se o “Inquérito” (Foucault, 2013, p. 79), que ressurgiu no século XV,

depois de ter sido vivido na cultura grega. Quando o tema do “Inquérito” aparece no texto de Foucault (2013, p. 25) ao analisá-lo relativamente ao século V na Grécia Arcaica, com raízes na testemunha ocular, o *histor*, articula-se à possibilidade do povo exercer um poder, como dar testemunho e julgar, contra seus próprios senhores inclusive. Esta prerrogativa atendia a um princípio democrático prezado naquele contexto (Foucault, 2013). Ao ressurgir no século XV, mostrou-se com uma versão renovada, na qual foram inseridas as provas verbais. As provas poderiam ter cunho mágico-religioso, ou na forma de ordálios (Foucault, 2013). A prova verbal, no entanto, se constituía como um jogo de palavras, pois a verdade já não era tão importante quanto a formulação das maneiras de apresentá-las.

Neste jogo verbal, os menores, as mulheres e os padres podiam ser substituídos por outra pessoa com mais hábil na oratória. Tal representante oral veio a tornar-se na história do direito o advogado. Nas provas mágico-religiosas havia o juramento. Nas provas corporais, físicas, chamadas ordálios, a pessoa submetia-se a provas e estas estabeleciam o resultado do processo. No sistema da prova judiciária feudal trata-se não da pesquisa da verdade, mas estabelecer que o mais forte é quem tem razão (Foucault, 2013, p. 27).

A prática do “Inquérito” no século XVIII foi aliada das ordens filosóficas ou cientistas de modo geral em busca da explicação da verdade (Foucault, 2013). Como o conhecimento, para Foucault (2013), não é uma faculdade nem uma estrutura universal, mas é um resultado, um acontecimento, o efeito de um fenômeno e do caráter perspectivo e parcial do sujeito em relação estratégica a certa situação. O conhecimento é, ao mesmo tempo, generalizante e particular, constitui-se a partir de determinadas estruturas, assimila e articula coisas entre si, e busca esclarecer ou atingir a verdade. Foucault (2013) faz considerações fundamentais quanto às constituições de verdades.

A Verdade é questionada por Foucault (2013) como constructo oriundo de práticas de subjetivação e as formas jurídicas, entendidas como parte da relação entre o saber-poder institucional e o saber-poder individual. Esta concepção considera o sujeito como um sujeito de conhecimento. Ainda sobre a constituição das verdades, o autor afirma:

Alguns esboços desta história a partir das práticas judiciárias de onde nasceram os modelos de verdade que circulam ainda em nossa sociedade, se impõe ainda a ela e valem não somente no domínio da política, no domínio do comportamento cotidiano, mas até na ordem da ciência. Até na ciência encontramos modelos de verdade cuja formação releva das estruturas políticas que não se impõem do exterior ao sujeito de conhecimento mas que são, elas próprias, constitutivas do sujeito de conhecimento (Foucault, 2013, p. 27).

Na ocasião da 4ª Conferência, na qual se pronunciou sobre “as verdades e as formas jurídicas”, em 1973, na PUC-Rio, Foucault (2013) posicionou o “exame” como atividade-fim que cumpre papel semelhante ou se correlaciona com atributos afins, do que já fora praticado com o “Inquérito” nos períodos anteriores (Foucault, 2013, p. 36).

Ainda na virada do século XVIII para o seguinte, constituíram-se as prisões, com o objetivo explícito de punir os criminosos. A arquitetura de Bentham, denominada “Panóptico<sup>16</sup>” (Foucault, 2000, p. 80) é a materialização do ideal de controle, com menor custo aos cofres públicos e maior potencial dominador. A esta altura, conforme nos alerta Foucault (2000), a punição deixou de ser a maneira mais rentável de controle social, pois a vigília tinha maior potencial de domínio. Outras instituições foram se estabelecendo e são vigentes ao nosso cotidiano: as famílias, as escolas, as fábricas, os escritórios, hospitais etc.; que fazem os sujeitos passarem de um lugar fechado a outro, todos constituídos de regras: de comportamento, convivência e produtividade (Foucault, 2000).

O ideal disciplinar veio se viabilizando com conteúdos que primam pela padronização de atividades-fins e horários previstos; as atividades devem seguir um padrão preestabelecido para que atendam aos quesitos de bom desempenho, da rapidez e máxima eficiência na execução de tarefas. O ideal manicomial ganhou força e com isso as instituições físicas, com a finalidade da internação, expandiram-se em número até meados do século XX (Foucault, 2000).

As instituições criadas pelos alienistas se configuraram por traços perceptíveis ainda na atualidade, de acordo com o perfil das instituições

---

<sup>16</sup> Panóptico ou Pan-óptico é um termo utilizado para designar a idealização de uma edificação criada pelo filósofo e jurista inglês Jeremy Bentham em 1785, que permite a um único vigilante observar todos os prisioneiros, sem que estes possam saber se estão sendo ou não observados. Tem a vantagem de requerer menor número de vigilantes. O sistema pan-óptico teria, segundo Bentham, a vantagem de ser mais barato do que o adotado nas prisões de sua época, sendo aplicável não só às prisões, mas a qualquer outro tipo de estabelecimento baseado na disciplina e no controle.

disciplinares de Foucault (2000), as quais zelam pela dominação e pela docilidade dos corpos (Foucault, 2000). Pelbart (1989, p. 61) afirma que os alienistas “criaram a ciência e a dominação não só sobre o louco, mas sobre o homem. O que era objeto de conhecimento tomou forma de conhecimento próprio, pois o louco espelhou a humanidade e seus desejos primitivos” (Pelbart, 1989, p. 61).

A partir deste entendimento, a psiquiatria agiu para formatar cientificamente a aproximação do homem e sua alienação como “possibilidade de acesso à sua verdade e natureza”. Porém, esta configuração baseou-se “no Olhar, no Silêncio, na Autoridade e no Julgamento, para dominar a loucura do ponto de vista físico, moral e médico”, ou seja, o que Pelbart (1989) quer relevar é que isto “não significou uma relação original com a desrazão” (Pelbart, 1989, p. 61). O autor chama a atenção para o fato de que o alienismo atou o homem à sua própria loucura, mas de um modo diferente de como vinha fazendo. Esta nova conjugação representou e apostou numa outra configuração, na qual o aspecto do controle configurou-se “num novo modo de apropriação” (Pelbart, 1989, p. 61).

As práticas terapêuticas também se organizaram nesta época, visando ao tratamento da loucura. Algumas regras relativas ao internamento e ao tratamento foram mudadas, enquanto se organizaram outras práticas terapêuticas para a recuperação dos sujeitos. Os tratamentos seguiram com a mesma base moral do momento anterior, incluídas outras práticas, como as “duchas, a alternância dos banhos frios e quentes, as chicotadas, as sangrias, as máquinas giratórias, a camisa-de-força e as imobilizações durante as crises de agitação e violência. Este seria o início do tratamento dado à loucura até a Modernidade”, isolando-a das demais doenças também (Foucault, 2010, p. 62).

O século XIX chega apresentando a loucura como a verdade do homem vista sob o ângulo de seus afetos e seus desejos (Pelbart, 1989, p. 59). Neste contexto, a loucura é mostrada pelo homem com suas formas pecaminosas de exercício sexual, de transgressões religiosas; comportamentos inaceitáveis socialmente, candidatos à exclusão social. A loucura passa a ser passível de “condenação ética”, ela mostra a faceta humana que condiz com a irregularidade, mas, no entanto, deixa de ser da “alçada divina” ou com “raízes na natureza” (Pelbart, 1989, p. 61).

A loucura passa a ser “temporal, histórica e social”, em detrimento de ser “desrazão, afetiva, imaginária e atemporal”. Assim, passa a ser exibida atrás das

grades e dos muros manicomiais. Mas a desrazão reaparece, por exemplo, através da figura do Marquês de Sade em seus aspectos de discurso do desejo. O internamento clássico expôs o louco ao olhar menos escandalizado, menos fascinado, menos temeroso e mais penetrante. No século XX, “o medo passa para o lado do louco”. Sua existência passa a ser “medida, subdividida, classificada, vigiada, julgada, responsabilizada ou inocentada, corrigida e punida — numa palavra, não excluída, mas dominada” (Pelbart, 1989, p. 60-61).

É a psiquiatria que domina a área da identificação e análise da loucura na virada do século XIX, baseada nos seus conhecimentos, com o apoio do reconhecimento médico e objetivo. O avanço das teorias organicistas, principalmente por informações de descobertas da neurofisiologia e da neuroanatomia, durante o século XX, deu à doença mental uma explicação de causa orgânica, cuja configuração de saberes vem se articulando até os dias atuais.

A este século se associa um encontro entre diversas disciplinas com suas formas de análises originárias da sociologia, da psicologia, da criminologia, da psicopatologia, ou da psicanálise. Estas metodologias de investigação, mais o controle político social, coadunadas com a chegada do século XX, trouxeram o exame como uma mediação da relação social, ou como meio de estabilização da sociedade capitalista. Este procedimento, o exame, veio acoplar-se ao próprio desenvolvimento dos métodos, das reflexões sobre as teorias e sobre as atividades metodológicas (Foucault, 2013).

À psiquiatria juntaram-se outras disciplinas de áreas profissionais afins, desde o âmbito das matérias *psi* até a área da criminalística, por exemplo. É desta maneira que o exame, efetivado pelos profissionais destas áreas, passa a vigorar e a se constituir como forma de verificação e controle da loucura; além de integrar, fortemente, a estrutura do saber-poder, dos discursos de verdades e da jurisdição, que acercam o tratamento para com os loucos, determinando, portanto, seu lugar social (Foucault, 2010). A importância deste percurso está também na medida em que estas vivências ficaram registradas no imaginário social (Arruda, 2002) e, portanto, nas representações sociais que, por suas vias, vêm contendo e contando os conteúdos estratificados nas histórias sociais.

### 3

## Desinstitucionalização e reforma psiquiátrica brasileira: histórico e atualidades



Figura 5- “Pátio e Jardins do IPUB\*”: trânsitos internos e externos ao pátio” (Acrílica s/ canvas - 28 X 20 cm - interferência do Paint/Windows - Cristina Loureiro, maio de 2015).

\* Nos jardins do IPUB/UFRJ, as pessoas caminham e sentam-se, também. Há os que passam e os que ficam; os que podem ultrapassar os portões vigiados e os que têm de ficar pelos jardins e depois dormir numa das enfermarias. Por quantas noites e por quantos dias? Gente trabalhando, gente se tratando, passando e passando, de um lado para outro, em fluxos, em bandos ou sós. Com pressa, normal, sem ter para onde ir. Movimentos, inquietudes e quietude também. Digamos que plantas, pássaros, gritos, cantorias e desabaços compõem as *audibilidades* (Foucault, 2005). Os bancos coloridos de mosaico, que serpenteiam e abraçam aquele diverso e arbóreo pátio com jardins, conformam as *visibilidades* (Foucault, 2005) possíveis dentro daquele hospital psiquiátrico.

#### 3.1.

### Brasil modelo europeu: importantes marcos para o início das internações psiquiátricas e para o início da Reforma na década de 1970

As mudanças ocorridas na Europa Ocidental e nos Estados Unidos, notadamente durante o século XVIII e XIX, com relação aos discursos, às práticas e à jurisdição que envolvem a temática da loucura, conectam-se com a questão do

lugar social do louco, tanto no que diz respeito à ocupação física ou espacial do seu corpo quanto ao seu lugar ideológico, cultural ou afetivo (Foucault, 2010); e ainda relacionam-se aos atributos que engendram as representações sociais sobre a referida temática e os sujeitos que a encarnam.

No Brasil, os acontecimentos se deram de modo semelhante ao percurso europeu ocidental. Isto se deve aos profissionais, intelectuais e militantes brasileiros que buscaram referências naquelas experiências, ao mesmo tempo em que este intercâmbio também trouxe atores importantes daquele continente para interferirem na Reforma Psiquiátrica Brasileira (Machado et al, 1978). A seguir, exibirei breve histórico, privilegiando determinados acontecimentos, assim como os atores sociais envolvidos na cidade do Rio de Janeiro, *locus* desta pesquisa.

Os registros históricos brasileiros da lida com os loucos, no período dos séculos XIX e XX, são mostrados por diversos autores, dentre eles Ana Venancio (2008), Fernando Tenorio (2002), Marco Jorge (1997), Paulo Amarante (1994; 1995), Pedro Delgado (1992), Heitor Resende (1990) e Roberto Machado e outros (1978), dentre outros, nos quais me baseei para apontar a semelhança com o percurso estrangeiro, tanto no movimento de recolhimento dos loucos aos internatos quanto nos modos de tratamento e jurisdição, até as bases da reforma psiquiátrica.

A livre circulação dos loucos no Rio de Janeiro foi tolerada até 1830. De modo geral, eles eram encontrados nas ruas, nas casas de correções, assim como nos asilos de mendigos ou, ainda, nos porões das Santas Casas da Misericórdia. Esta situação era vivenciada principalmente em se tratando dos loucos das classes menos favorecidas, pois os descendentes das famílias ricas normalmente eram mantidos em aposentos fechados, longe dos olhares dos demais. O tratamento, no entanto, era raro e sem especificidade. Ainda no ano citado, uma comissão de médicos da recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (SMCRJ) realizou um diagnóstico da situação da loucura na cidade. Aqueles profissionais avaliaram que a situação dos loucos era crítica e inaceitável, tanto nas ruas quanto em seu isolamento nas celas da Santa Casa. Esta constatação levou-os a lançar “uma nova palavra de ordem: aos loucos, o hospício” (Machado et al, 1978, p. 376).

A Santa Casa coordenava, de maneira centralizadora, todas as obras de assistência, que abarcavam: os serviços hospitalares, a assistência aos presos

pobres, a coleta de doações de esmolas, a concessão de dotes às órfãs pobres, a criação de crianças abandonadas, os serviços funerários, bem como era a executora legal dos testamentos. Esta instituição desfrutava de grande prestígio social, poder econômico e político (Quiroga, 2008). O provedor da Santa Casa do Rio de Janeiro, José Clemente Pereira, deu todo apoio ao parecer dos médicos da Sociedade de Medicina, citada acima, já que a loucura passava a ser considerada e reconhecida como causadora de “desordem, perturbação da paz social, obstáculo ao crescimento econômico” (Machado et al, 1978, p. 427).

Neste contexto, o Hospício de Alienados Pedro II foi estabelecido no ano de 1852, em local onde se encontram, atualmente, o campus da Praia Vermelha da UFRJ e o IPUB, um dos campos desta pesquisa. Sua posição geográfica, nos limites da cidade, propiciou a realização do projeto de isolamento dos loucos. Machado e outros (1978, p. 439) afirma que “o isolamento da sociedade não visava a uma simples exclusão de suas fronteiras, mas à possibilidade de uma reinserção do alienado na sociedade depois de sua reabilitação através de um tratamento”. Ainda na (atual) cidade do Rio de Janeiro, no bairro de Botafogo, fora inaugurada a Casa de Saúde Dr. Eiras, em 1860, sendo a primeira instituição psiquiátrica privada do país. Esta clínica fora expandida em 1962, abrindo outra unidade na cidade de Paracambi, atual município do estado do Rio de Janeiro, na gestão da Saúde em âmbito ministerial pelo seu proprietário e então ministro, Leonel Miranda.

Estas instituições continham princípios pautados na teoria de Pinel e o tratamento de base moral para alienados, com vigia permanente efetivada pelos enfermeiros a partir do entendimento que o isolamento completo alimentaria a loucura. Porém, a expansão do número de leitos e de hospitais psiquiátricos no Brasil, conveniados com o governo federal, a chamada indústria da loucura, fez nosso país alcançar o expressivo número de 100 mil leitos psiquiátricos.

A segregação, o confinamento e a tutela eram as orientações institucionais para o abrigamento dos loucos, ameaçadores da ordem social (Delgado, 1992; Machado et al, 1978). Desta maneira, deu-se o movimento de remoção dos loucos do meio social. Outra justificativa para aquela remoção era a de que a Santa Casa não era local próprio, além do que se fazia muito dispendioso para pacientes cujo mal era a loucura (Jorge, 1997).

O ensino da medicina fora reformado e a psiquiatria se constituiu como campo desta disciplina, com a criação da Cátedra Psiquiátrica, no Rio de Janeiro e na Bahia, através do Decreto nº 7.247, de abril de 1879. Durante a década de 1880, o entendimento médico criticava o hospício, através de relatórios e artigos da área, por não prestar atendimento aos loucos, somente refugio e exclusão (Jorge, 1997).

No ano de 1890, o Hospício Pedro II passou a se chamar Hospício Nacional de Alienados, foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia e começou a ser administrado pelo governo federal, compondo o campo das instâncias de controle do Ministério da Justiça e Negócios Interiores (Rezende, 1987 apud Jorge, 1997). Nesta mesma ocasião, foi instituída a Assistência Médico-Legal aos Alienados e a construção de duas Colônias para Alienados, na atual Ilha do Governador (RJ/RJ), como extensões do Hospício Nacional (Jorge, 1997). Desta forma, a loucura foi sendo retirada da alçada do discurso religioso para a do médico; com seu entendimento e sua definição baseados no estatuto de louco, como doente e incapaz, constituindo-se como sujeito a ser tratado e protegido (Machado et al, 1978).

O recolhimento em massa, denominado por Foucault (2010) de “Grande Enclausuramento”, é comentado por Machado e outros (1978, p. 64):

O Grande Enclausuramento é, portanto, um fenômeno eminentemente moral, um instrumento de poder político que, laicizando a moral e realizando-a em sua administração, não apenas exclui da sociedade aqueles que escapam às suas regras, mas de modo mais fundamental, cria, produz uma população homogênea, de características específicas, como resultado dos próprios critérios que institui e exerce.

Este movimento de recolhimento dos loucos se ampliou com velocidade nos anos seguintes, através das construções das colônias para insanos e outros hospitais psiquiátricos. Segundo Jorge (1997), a partir dos anos 1890, houve mudanças na organização política e jurídica das instituições de cunho psiquiátrico já existentes, com novas denominações, trocas de administradores, nomeações de autoridades e cargos. Da mesma maneira, houve mudança nos posicionamentos daquelas instituições em relação aos poderes estatais para a coordenação das práticas relacionadas aos loucos (Jorge, 1997).

Nesta movimentação, o louco começou a ser afastado do meio social e urbano, demarcando seu espaço no interior dos hospitais psiquiátricos e nas colônias para insanos e doentes mentais. Esta situação perdurou até os anos 1970, quando houve iniciativas para deflagrar a Reforma Psiquiátrica no Brasil (Jorge, 1997).

As Colônias abrigavam pacientes do sexo masculino e tinham por finalidade o esvaziamento do Hospício Nacional. Ofereciam maior espaço físico interno para a internação/habitação, além de tratamento onde era fundamental a utilização da via do trabalho agropecuário ou artesanal, em locais sempre distantes do centro urbano e social (Jorge, 1997).

Por volta de 1902, foi composta uma comissão de médicos que sugeriu outras mudanças para a melhoria do Hospício Nacional e das Colônias, utilizando-se dos conhecimentos dos modelos dos hospícios europeus. Houve novas nomeações para cargos de diretoria; deram sequência à criação de outras Colônias, inclusive a Colônia para Alienadas, para onde foram transferidas as doentes que superlotavam o Hospício Nacional (Jorge, 1997). Esta Colônia fora inaugurada em 1911 no bairro carioca do Engenho de Dentro, instituição que mais tarde passou a se chamar Centro Psiquiátrico Pedro II, atualmente Instituto Municipal Nise da Silveira (Cardoso, 1929 apud Jorge, 1997). Em 1903, foi promulgada a Lei Federal de Assistência aos Alienados, nº 1.132, que reorganizou a assistência aos mesmos.

A esta altura, a loucura já estava denominada e categorizada como doença que precisava ser tratada. O tratamento para os doentes mentais se dava somente no interior das instituições, por isso o ambulatório criado na Colônia situada no Engenho de Dentro passou a atender a população externa, sendo enaltecido em sua importância, tanto por ser inovador na forma de tratar e prevenir a doença mental quanto por ter sua instalação efetivada ante alguns outros serviços do mesmo tipo na Europa, se bem que posterior ao americano-do-norte Clifford Beers. Este seria, portanto, o primeiro projeto da América Latina envolvendo atendimento de segmento da sociedade no interior dos hospícios em “serviço aberto”, com assistência ambulatorial, com projeto de “aconselhamento genético”, para a prevenção dos distúrbios mentais (Cardoso, 1929 apud Jorge, 1997, p. 39).

O serviço de Assistência Familiar foi constituído em 1921, em Jacarepaguá, na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, pelo Dr. Juliano Moreira, nas

adjacências da Colônia, a partir da construção de onze pequenas casas, para serem habitadas por enfermeiras e seus familiares. A intenção era de formar uma “grande vila”, de constituição hétero-familiar, local de passagem das alienadas, entre a internação e a sociedade. As enfermeiras deveriam receber duas ou mais doentes mentais como suas pensionistas e cuidar das mesmas, e estas deveriam ajudá-las nos serviços domésticos, aproveitando da convivência em âmbito familiar (Cardoso, 1929 apud Jorge, 1997, p. 41). É importante deixar registrado que esta experiência também se deu bem antes da que Jodelet (2005) vivenciou e descreveu a partir de sua pesquisa na França dos anos 1970.

Em termos legislativos e executivos, foram importantes a promulgação da Lei nº 24.559, que dispunha sobre a Assistência e Proteção à Pessoa e aos Bens dos Psicopatas, no ano de 1934, e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição ao Departamento Nacional de Saúde do então Ministério da Educação e Saúde em 1937. Esta mudança visou à melhora da execução das políticas de saúde pública no país. Assim, o Departamento Nacional de Saúde (DNS) passou a integrar o órgão relativo à assistência aos psicopatas além de mais quatro divisões: a Divisão de Saúde Pública, a Divisão de Assistência Hospitalar, a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância e a Divisão de Assistência a Psicopatas. Esta última seria a responsável por produzir um estudo em âmbito nacional sobre a assistência psiquiátrica, e o fez ainda naquele mesmo ano (Venancio, 2008).

Os registros médicos, os documentos do Ministério da Educação e Saúde, a legislação, os artigos e as notícias em periódicos dos anos 1940 e início dos anos 1950 demarcam este período como o inicial à assistência psiquiátrica no Brasil e sua articulação com uma Política de Saúde. Além disso, faz perceber como esta Política esteve sob a organização estatal, com diretrizes modernizadoras para a implantação de uma “vida social” intrainstitucional, embora ainda permanecesse a ordem de isolamento aos doentes mentais (Venancio, 2008, p. 47).

O período citado revelou, ainda, um movimento centralizador no campo político e na implantação das ações efetivas, pois buscava-se a afirmação dos poderes estatais integrando as três esferas: federal, estadual e municipal. Os Estados Unidos da América do Norte foram precursores e financiadores de eventos internacionais para divulgar diretrizes para a efetivação das políticas e ações na saúde pública, cuja base estava no modelo de “centralização normativa e

descentralização executiva” (Fonseca et al, 2005, p. 05 apud Venancio, 2008, p. 03). O objetivo deste modelo de política e poder era controlar a atuação nos municípios, que deveriam dar satisfação aos estados e estes, ao governo federal.

O Departamento Nacional de Saúde fora reformado, em 1941, por Barros Barreto, através do Decreto-Lei nº3.171, para dar origem à segmentação das ações de acordo com a categorização das doenças. Para dar cabo desta nova função e estratégia, o referido departamento passa a ser composto pelos seguintes órgãos: Serviço Nacional de Lepra, Serviço Nacional de Malária, Serviço Nacional de Peste, Serviço Nacional de Tuberculose, Serviço Nacional de Febre Amarela e o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), o qual reunia a Divisão de Assistência a Psicopatas (DAP) e o Serviço de Assistência a Psicopatas (SAP). Esta reforma fortaleceu a assistência psiquiátrica em âmbito nacional, com a ampliação do número de colônias, durante as décadas de 1940 e 1950, com estas instituições ocupando imensas áreas territoriais, afastadas dos centros urbanos e formadas por grandes pavilhões (Venancio, 2008).

Na década de 1960, houve outras mudanças relacionadas às instituições psiquiátricas, com novas renomeações das mesmas, realocações e construção de hospitais de grande porte. Ao final desta década, o Serviço Nacional de Doenças Mentais, órgão do governo federal, era integrado por quatro unidades: o Centro Psiquiátrico Pedro II (antigo Centro Psiquiátrico Nacional e atual instituto Municipal Nise da Silveira), o Hospital Philippe Pinel, a Colônia Juliano Moreira (atual instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira) e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho (atualmente Instituto de Perícias Heitor Carrilho), todos no município do Rio de Janeiro (Medeiros, 1977apud Jorge, 1997) e que se mantêm até os dias atuais, dentre outros.

Foi nesta década que o golpe militar e o regime ditatorial foram implantados. Este período pode ser considerado como um marco divisório entre uma assistência psiquiátrica destinada ao doente mental indigente e uma fase onde esta cobertura se estendeu à massa de trabalhadores e seus dependentes. Os governos militares consolidaram as internações psiquiátricas articulando a concretização da internação asilar e a privatização da assistência. Assim, os hospitais públicos seguiram destinados ao atendimento aos indivíduos sem vínculos previdenciários, enquanto as instituições privadas atendiam aos pacientes com cobertura através dos convênios com o setor público (Tenório, 2002).

Tenorio (2002) chama a atenção, ainda, para o fato de que o direcionamento do financiamento público para a esfera privada durante o regime militar pôde ser percebido claramente entre os anos de 1965 e 1970, quando a população internada em hospitais públicos permaneceu inalterada, enquanto a clientela das instituições privadas aumentou de 14 mil para 30 mil. (Tenório, 2002, p. 34).

Nos anos 1970, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada aproximadamente vinte anos após os movimentos afins no continente europeu e nos Estados Unidos, é promovida por novos discursos acerca da doença mental, com tônica na temática da humanização e nos direitos dos usuários, além de reivindicações em torno das questões relacionadas à salubridade nas instituições e às condições de trabalho para os profissionais da área de atuação (Amarante, 1995).

Em 1978, formou-se o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que, aliado a determinadas forças político-partidárias (em oposição à ditadura militar) e ao Movimento de Reforma Sanitária, promoveu uma reordenação no atendimento nos hospitais psiquiátricos. Esta movimentação forçou algumas criações e outras destituições de instituições estatais, inclusive a previdenciária, dentre outras mudanças, significando ganhos decorrentes das lutas sociais. Concomitante às transformações citadas, este Movimento (MTSM) deflagrou o combate à mercantilização da loucura, que ficou patente com a expansão do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e, logo a seguir, com as clínicas conveniadas a este para a internação dos loucos (Gomes, 2004).

Ainda em abril de 1978, o tratamento dado aos internos e as precárias condições de trabalho no Centro Psiquiátrico Pedro II resultaram na greve dos profissionais daquela instituição, gerando imensa repercussão de cunho negativo na imprensa. Esse episódio deflagrou a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), contribuindo para tornar pública a discussão sobre a reforma psiquiátrica (Heidrich, 2007). Ao final desta década, eram fortes os discursos com a crítica ao saber médico-psiquiátrico hegemônico e ao modelo hospitalocêntrico (Amarante, 1995) como requisição para o tratamento aos doentes mentais, ou seja, a reivindicação era de tratamento à saúde mental fora dos muros hospitalares (Pitta, 2011).

Antes de dar sequência à cronologia relacionada à década de 1980, às mudanças e às conquistas pertinentes àquela ocasião, optei por fazer uma discussão específica sobre a desinstitucionalização como um processo, gradativo, com passos importantes e outros determinantes, inclusive para o Brasil.

### **3.2.**

#### **O processo de desinstitucionalização: Ocidente da Europa, EUA e Brasil**

O entendimento sobre a desinstitucionalização, enquanto termo ou conceito, mas sobretudo como um processo, que acompanha os pensamentos e as ações que movem a Reforma Psiquiátrica, será localizado na Europa Ocidental (Inglaterra e França) e nos Estados Unidos, para depois ser mais especificado no Brasil. Este processo teve início naquelas regiões na década de 1950, e seus movimentos inspiraram, com referenciais teóricos e experiências concretas, as mudanças brasileiras a partir da década de 1970.

Dentre os autores pesquisados, ressaltamos as análises de Amarante (1994, 2007) e Vasconcelos (2008), dentre outros, para contextualizar e entender que este conceito está relacionado a determinadas medidas, geradas pelo processo de mudanças relativas a vários aspectos; são eles: a internação compulsória das pessoas com transtornos mentais, a precariedade das condições deste abrigo, os maus-tratos sofridos por estas pessoas, o tratamento médico-psiquiátrico dispensados às mesmas e os locais disponibilizados para a realização do tratamento. É importante ressaltar que houve variação cronológica nos questionamentos que fizeram avançar as medidas de maneiras diversas em diferentes países; e mais, é adequado que se dê ênfase à figura de Pinel como importante ator no movimento inicial de humanização no trato dos indivíduos internados.

Este psiquiatra francês foi fundamental para a história da psiquiatria moderna e à constituição da psiquiatria no Brasil. Considerado como “peça-chave da primeira revolução psiquiátrica e, da configuração da loucura em doença mental” (Facchinetti, 2008, p.502), elaborou a pioneira classificação e proposta de tratamento psiquiátrico para esta doença. Sua iniciativa fundou uma nova tradição para a investigação das práticas psiquiátricas, marcada pela articulação entre o

saber e a técnica. Sua ideologia esteve em consonância com as mudanças ocorridas na virada do século XIX para o XX, sendo a Revolução Francesa e a Industrial dois importantes eventos que se conjecturaram às outras mudanças contextuais. O lema: liberdade, fraternidade e igualdade, embaixador da Revolução Francesa, fora estendido aos hospícios (Facchinetti, 2008), refletindo-se na maneira como os loucos passaram a ser tratados. O tratamento posto por Pinel e os seus desdobramentos incluíram a soberania médica e o uso precípuo da medicação, pressupostos questionados mais tarde, e até os dias atuais, pelos profissionais e intelectuais atuantes na área da Saúde Mental.

Em meados do século XX, em contexto do final da Segunda Guerra e com a necessária reorganização econômica, política e social europeia (Birmam & Costa, 1994), os hospitais psiquiátricos passaram a ser de responsabilidade administrativa dos Estados sob os aspectos jurídico, administrativo e financeiro. Além disso, foram questionados quanto ao seu caráter terapêutico, uma vez que passaram a ser considerados lugares de destruição das integridades físicas e mentais das pessoas que lá habitavam. Foram estes questionamentos que acarretaram as ações iniciais de mudanças nos interiores daqueles hospitais e propiciaram o início da saída daqueles habitantes para residirem e serem tratados fora daquelas instituições. Este movimento de saída das pessoas internadas é que foi e é denominado de desinstitucionalização, que se deu com diferentes nuances nos continentes e países citados acima, incluindo o Brasil.

Os principais Movimentos de desinstitucionalização analisados por Amarante (2007) e Vasconcelos (2008) são: o Movimento da Psiquiatria Preventiva nos EUA, a Psiquiatria Democrática Italiana, que coexistiram como iniciativas de desmanicomização e desinstitucionalização respectivamente e as iniciativas das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos), além da Psicoterapia Institucional e da Psiquiatria de Setor (França). Incluem-se ainda nos Movimentos citados, os segmentos de profissionais com práticas de postura nos moldes da Antipsiquiatria, que se traduz até a atualidade na forma mais radical de negação do manicômio e da psiquiatria enquanto instituição médica para tratamento da loucura.

A prática da desinstitucionalização no âmbito da Psiquiatria Preventiva Americana (EUA), também chamada de Comunitária, gerada na década de 1960, com Gerald Caplan, trouxe a mudança do objeto da doença mental para a saúde

mental. De certa maneira, foi um movimento que se desdobrou frente às necessidades demonstradas num censo realizado em 1955, onde se constatou a existência de cinquenta mil pessoas internadas em hospitais psiquiátricos em péssimas condições de assistência e saneamento.

Para Amarante (2007), o processo citado acima se constituiu num conjunto de medidas para a desospitalização do indivíduo com transtornos mentais, diminuindo o tempo de internação e evitando o reingresso nas instituições psiquiátricas. As alternativas apresentadas ao tratamento hospitalocêntrico se deram através da construção de lares abrigados, de hospitais-dia e hospitais-noite, de enfermarias e leitos em hospitais-gerais, além dos Centros de Saúde Mental. Na análise do autor, estes dispositivos tornaram-se centros de encaminhamento para as internações psiquiátricas, pois enquanto esta demanda aumentava, diminuía desproporcionalmente as ações preventivas.

Outro censo, realizado em 1963, motivou o presidente Kennedy a lançar um documento determinando a criação do Centro de Saúde Mental Comunitária para cada cinquenta mil habitantes. Tratava-se da implantação do Plano Nacional de Saúde Mental, cujos princípios e objetivos eram a redução de gastos através de dispositivos para prevenir e tratar a doença (Amarante, 2007).

Entre as inovações deste plano político, estavam o caráter preventivo, o trabalho em equipe multidisciplinar e a intersectorialidade, com a integração e a articulação com outros setores da sociedade. A fonte teórica para esta movimentação era o preventismo de Caplan, que afirmava ser necessário prevenir a doença para evitar seu agravamento e os males sociais derivados da mesma (Amarante, 2007).

Amarante (1994, p.37) considera que “o preventismo americano produziu um imaginário de salvação de problemas sobre as precariedades da assistência psiquiátrica, mas também dos problemas americanos em geral”. Desta forma, a doença ganhou significado de distúrbio, desvio, marginalidade, e sua suposta erradicação poderia prevenir os males da sociedade. Para pôr este projeto em ação, era preciso encontrar os suspeitos da doença. Estes sujeitos/suspeitos eram procurados dentre a população, através da distribuição de questionários com perguntas de respostas simples (sim ou não) e assim identificar os candidatos ao tratamento (Amarante, 1994).

Amarante (2007, p. 53) afirma que os pressupostos de Caplan baseavam-se no “Modelo da História da Doença”, que implicava na associação entre o agente da doença e o hospedeiro patogênico, considerando um ambiente com determinadas características. Depois disso, a ação deveria ser a de modificar o hospedeiro ou manipular o ambiente a partir de três níveis de prevenção. O primeiro, chamado de prevenção primária, consistia na prevenção e na promoção da saúde mental, considerada a maior inovação na psiquiatria preventiva, por propor e proporcionar tratamento adequado, de forma rápida e eficiente, evitando o seu agravamento. A prevenção secundária visava diagnosticar precocemente as enfermidades para tratá-la, enquanto a prevenção terciária procurava estratégias de tratamento e reabilitação psicossocial para os casos em que a doença já havia se instalado.

Amarante (2007) sustenta que o preventismo foi um novo projeto de medicalização de ordem social, ou seja, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de formas e princípios sociais. Este plano acarretou, ainda, a noção de desinstitucionalização com o sentido de desospitalização, e, embora tenha incentivado o aumento de demanda nos serviços ambulatoriais, não efetivou a transferência dos egressos asilares para os serviços intermediários. Mesmo assim, avalia o autor, o preventismo serviu de inspiração para várias experiências de desinstitucionalização, tornando-se diretriz das iniciativas em outros países, inclusive no Brasil, porém adverte que “para alguns autores, a Psiquiatria Preventiva representou um novo projeto de medicalização da ordem social, isto é, uma nova expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais” (Amarante, 2007, p. 51).

Para Vasconcelos (2008), a desinstitucionalização, enquanto conceito, foi bandeira do Movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana, cujo precursor e grande destaque foi Franco Basaglia. Quando Basaglia assumiu a direção do hospital psiquiátrico em Gorizia, no norte da Itália no início dos anos 1960, deparou-se com o quantitativo de quinhentos leitos ocupados, em condições que ele classificou como miseráveis. Acompanhado de Antonio Slavich e outros jovens psiquiatras, providenciou as mudanças que julgou necessárias para transformar aquela instituição num espaço humanizado de cura, que valorizasse a liberdade e as necessidades humanas (Basaglia, 1991).

Os referenciais teóricos iniciais de Basaglia (1991) e seu grupo estavam pautados em Tosqueles (instituidor da Psicoterapia Institucional) e Jones (formulador das Comunidades Terapêuticas), além das obras de Michel Foucault e Erving Goffman (Amarante, 2007, p. 56). Este trabalho deu início ao “período da negação da psiquiatria enquanto ideologia”, experiência que deu origem ao livro “A instituição Negada” (Amarante, 2007, p. 56).

Amarante (2007) analisa que o trabalho em Gorizia concentrava três grandes linhas de intervenção. Uma delas dizia respeito à origem e ao pertencimento de classe dos internos; a segunda se referia à pretensão de neutralidade e à produção da verdade das crenças; enquanto a última tinha relação com a função social de tutela e controle social da psiquiatria, do manicômio e do técnico na constituição da hegemonia institucional.

Basaglia esteve nos Estados Unidos e, na volta desta viagem, em 1970, levou outras reflexões na sequência de questionamentos acerca da função do manicômio. Na ocasião, foi nomeado diretor do Hospital Provincial de Trieste, também na Itália. Basaglia promoveu o desmonte do mesmo e construiu um complexo de assistência psiquiátrica. Este complexo compreendia uma rede territorial de atendimento, composta por serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (Amarante, 2007).

Nesta empreitada, os pacientes passaram a ser tratados num hospital setorizado de acordo com os bairros de sua procedência. Foi construída uma visão de atendimento continuado e integral, feito por uma equipe constituída para tanto, no qual, dentre as ações, estavam a valorização da relação equipe-paciente com o objetivo da melhoria da qualidade de vida e o incentivo à autonomia daquelas pessoas (Amarante, 2007).

Amarante (2007, p.57) comenta sobre os espaços e atividades constituintes desta proposta e ação:

As assembléias, os clubes de internos, a mobilização dos atores sociais, dentre os quais, pacientes, familiares, técnicos, etc., não serviriam a outro fim que não o de construir as bases, as possibilidades, o entendimento de que seria possível superar a instituição da clausura.

Os Centros Territoriais de Tratamento tinham autonomia para indicar a internação nos casos extremos, ou seja, nos momentos em que não era possível tratar do indivíduo naqueles locais. Este trabalho foi fundamental para transformar a maneira como se lidava com a doença mental, reconstruindo o lugar social da loucura. Partiram do “conceito de tomada de responsabilidade” e da “integralidade das questões relativas ao cuidado no campo da saúde mental de cada território” (Amarante, 2007, p. 58).

Para Basaglia (1991), a Comunidade terapêutica e a Psicoterapia Institucional não eram a finalidade última do trabalho, mas o desmonte gradativo dos manicômios com a criação de espaços de tratamento diferentes dos desenhados para os hospitais psiquiátricos. A experiência de Basaglia em Trieste foi descrita assim por Amarante (2007, p.56):

A mais rica e original experiência de transformação radical da psiquiatria contemporânea que inspira muitas experiências por todo o mundo, e que mais tarde fora implantada na cidade de Santos no Brasil, na virada dos anos 80 para 90, tornando-se um eixo fundamental no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Os desdobramentos deste trabalho fortaleceram a construção da noção de território e construíram o conjunto de referências subjetivas, sociais e políticas que formaram o cotidiano de vida e a inserção dos sujeitos no meio social. No ano de 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da Assistência em Saúde Mental. Em 1976, o hospital psiquiátrico de Trieste foi fechado oficialmente e a Assistência em Saúde Mental passou a ser exercida em sua totalidade na rede territorial montada por Basaglia. Como consequência das ações e dos debates iniciados por Franco Basaglia, no ano de 1978, foi aprovada na Itália a chamada “Lei 180”, ou “Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana”, também conhecida popularmente como “Lei Basaglia” (Amarante, 1996, p. 31).

Após aprovação desta Lei e a extinção dos manicômios, passou-se para a fase da instituição inventada que inseriam os novos serviços e as novas estratégias, com objetivos, atores e técnicas de renovação e criatividade. Esta movimentação como um todo ficou conhecida como desinstitucionalização (Amarante, 1996).

Após o falecimento de Basaglia, em 1980, seu trabalho teve continuidade, principalmente por Franco Rotelli e outros (1990), que destacou outras questões importantes, dentre elas a psiquiatria como a principal responsável pela separação do objeto doença da existência integral do sujeito e do contexto social no qual ele vive. Amarante (2007, p. 59) afirma que “é sobre esta separação artificial que se constituiu o conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos (precisamente a instituição), todos referidos à doença”, pois o que queria Rotelli e outros (1990) era apontar para a perspectiva da nova prática, para alterar a organização social do modelo assistencial com o objetivo de alcançar, também, as mudanças nas concepções sociais.

Na Inglaterra, o processo de desinstitucionalização se deu através da Comunidade Terapêutica, criada em 1946 por T. H. Main, sendo que sua consagração veio mais tarde, em 1959, com Maxwell Jones. Amarante (1996) define este modelo como um processo de reformas institucionais predominantemente restritas ao espaço hospitalar e marcado por medidas administrativas e técnicas que enfatizaram aspectos democráticos, participativos e coletivos.

Maxwell Jones foi o principal ator deste processo, mas não agiu sozinho na organização de grupos operativos (de discussão e de atividades) que objetivavam desenvolver o sujeito a partir das terapias oferecidas. A concepção de comunidade sustentava as ações para desarticular a estrutura hospitalar, considerada segregadora e provocadora da cronicidade das doenças, enquanto fomentava a aprendizagem cotidiana através das experiências fora do espaço hospitalar (Amarante, 1996).

As diretrizes apontadas para o desempenho deste projeto giravam em torno da liberdade de comunicação, da análise da instituição, de reuniões diárias com pacientes e técnicos com a presença da comunidade, cujas decisões, inclusive administrativas dos serviços, primavam pela destituição das relações de autoridade tradicionais. Além disso, foi fortalecida a criação de um ambiente de tolerância e de atividades coletivas, como festas, bailes e passeios (Amarante, 1996).

As críticas a este modelo referem-se ao fato de que suas bases e seus operadores não questionavam o espaço de desenvolvimento das práticas psiquiátricas, pois o próprio conceito de doença mental e a relação entre doença

mental e sociedade não estavam em pauta. Mesmo assim, este movimento representou a real humanização dos hospitais psiquiátricos e constituiu a base da proposta da desinstitucionalização italiana (Amarante, 1996).

A Psiquiatria de Setor, na França dos anos de 1945, representou um movimento de contestação da psiquiatria asilar, anterior a psicoterapia institucional. Este movimento teve inspiração nas “ideias de Bonnafé” e um grupo de psiquiatras progressistas que reivindicaram transformações nos manicômios (Amarante, 1996, p. 67).

Amarante (1995) afirma que os franceses constataram a formatação alienante da estrutura dominante dos hospitais psiquiátricos. Por isso, buscaram outros lugares para o tratamento e a cura dos doentes mentais, deixando o viés principal no tratamento hospitalar, mas valorizando a parte do atendimento setorial.

As cidades francesas foram divididas em áreas geográficas e cada uma delas foi contemplada com sua equipe técnica responsável para o atendimento psiquiátrico para toda a população local. O hospital também foi dividido por setores e a equipe atuante era a mesma que atendia a comunidade. O objetivo principal era tratar as doenças mentais, mas a prevenção e a pós-cura eram valorizadas com atividades de reabilitação e reinserção social. Na década de 1960, a Psiquiatria de Setor foi incorporada à política oficial francesa de Assistência Psiquiátrica (Amarante, 1996).

A Psiquiatria de Setor não extinguiu o hospital psiquiátrico, pois este fazia parte do circuito de atendimento à Saúde Mental e também não operava nenhum tipo de transformação na forma da sociedade entender e tratar a psiquiatria e a loucura (Amarante, 1996).

A Antipsiquiatria foi um movimento arregimentado por um grupo de psiquiatras ingleses na década de 1950 e começo dos anos 1960. Desenvolveu-se em meios “*underground* da contracultura, como foi o psicodelismo, o misticismo, o pacifismo, e o movimento hippie” (Amarante, 1996, p. 82). Representou a primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, no sentido de desautorizá-lo a considerar a esquizofrenia uma doença; ou seja, rompeu no plano teórico com o modelo assistencial vigente e destituiu o valor do saber médico da explicação e tratamento das doenças mentais (Amarante, 1996).

A Antipsiquiatria não previa tratamento no sentido estrito, mas abordagens para auxiliar e acompanhar o louco em seu processo. O discurso do louco era valorizado como denunciador de uma desordem existente no núcleo familiar. A loucura e o louco não eram objetos tratáveis e curáveis, pois a loucura era entendida como um fato social e a família, uma categoria central para a sua compreensão (Amarante, 1996).

Embora o modelo de ação fosse embasado no mesmo pensamento da Comunidade Terapêutica, o acompanhamento acontecia nas instituições abertas, não asilares. Amarante (1996) afirma que, para a Antipsiquiatria, o hospital psiquiátrico reproduzia a estrutura social e, por isso, as características patogênicas da própria família. Esse movimento trouxe importantes contribuições para a ampliação do entendimento da questão da desconstrução ao conceito de desinstitucionalização.

No Brasil, o processo de desinstitucionalização, desde as primeiras iniciativas até os dias atuais, tem influência das experiências descritas acima e podem ser verificadas na literatura dos autores brasileiros e nas práticas institucionais vigentes, incluindo os dois campos desta pesquisa, que serão abordados oportunamente. A seguir, passo às considerações de Fuzetti e Capocci (2003) e de Hirdes (2009) com pesquisas em território brasileiro sobre o referido conceito e o debate acerca do processo de desinstitucionalização. Em seguida, apresento alguns aspectos levantados por Bezerra Junior (2007), Amarante (1995) e Venturini (2016), em suas importantes contribuições às experiências de desinstitucionalização, inclusive no Brasil.

O artigo veiculado por Fuzetti e Capocci (2003) foi produto de levantamento e leitura de publicações em sites acadêmicos, tendo como data base os anos 1990 e 2002 no Brasil, a partir das palavras-chave: Desinstitucionalização e Reforma Psiquiátrica. Para referenciar este levantamento, as autoras incluíram a leitura das abordagens de autores como: “Franco Rotelli; Amarante (1994; 1995), Bezerra Jr. e Birman (1994), Capocci (2002)” (Fuzetti & Capocci, 2003, p. 37) analisando as diferentes concepções para o processo de desinstitucionalização utilizadas pelos autores brasileiros. Os resultados geraram três categorias de análise: “desinstitucionalização como substituição, desinstitucionalização como humanização da assistência e desinstitucionalização como desconstrução” (Fuzetti & Capocci, 2003, p. 38).

A desinstitucionalização como substituição diz respeito ao desmonte do Manicômio ou Hospital Psiquiátrico tradicional e sua substituição por serviços de cunho terapêutico, disponibilizados na comunidade. A desinstitucionalização, como face da humanização da assistência, aponta para a importância deste tipo de conduta e tratamento no atendimento intra e extra-hospitalar, indicando formas de terapia além do tratamento medicamentoso. A desinstitucionalização como desconstrução é compreendida como um processo complexo que envolve a desconstrução de um paradigma e o resgate dos saberes, que implicam numa complexidade que envolvem a loucura, a doença e o sofrimento, abrindo espaço para novas perspectivas para o tratamento fora dos hospitais psiquiátricos (Fuzetti & Capocci, 2003).

A desinstitucionalização do ponto de vista de Fuzetti e Capocci (2003, p.37) é compreendida, portanto, como um processo que abrange a “substituição”, a “humanização da assistência” e a desconstrução do manicômio, respectivamente. E este, enquanto espaço físico e lugar essencial da loucura, para buscar a residência e o tratamento do indivíduo com transtorno mental no espaço social, em comunidade.

Hirdes (2009), ao proceder à sua análise, assinala dois aspectos relacionados à desinstitucionalização. O primeiro a caracteriza como uma desconstrução ou como crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria. Depois, a coloca como uma busca por transformações qualitativas no modelo de saúde e não meramente de reorganização administrativa. Para a autora, a desinstitucionalização reside na ruptura do pensamento da causalidade linear que interpreta o objeto a partir dos binômios: “doença-cura, problema-solução, para a reconstrução do objeto enquanto sujeito histórico”. Desta maneira, a autora aponta para a necessidade dos serviços de saúde mental se inserirem de forma competente na complexa tarefa de intervir na “existência – sofrimento, remetendo ao processo da constante reconstrução deste sujeito” (Hirdes, 2009, p. 302).

Para Hirdes (2009), desinstitucionalizar significa, ainda, deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito ou território, e assim buscar o contato efetivo com o paciente na sua existência enquanto sujeito. Desta forma, inverte-se o paradigma asilar, onde o sujeito deixa de ser a especificidade individual e alcança um conjunto de vínculos e de relações compartilhadas. Este compartilhamento, para a referida autora, se estende principalmente na articulação

da Rede de Atenção Psicossocial com o Programa Saúde da Família (PSF), que ultrapassa a questão do treinamento das equipes deste Programa para o atendimento e para os procedimentos adequados à saúde mental. Além disso, requer uma construção recíproca e responsável da teoria, da prática e de uma ética, mediante o estabelecimento de um acordo político, onde o Estado deve estar comprometido com as transformações nas ações de Atenção à Saúde de modo global, atentando para que estas ações ultrapassem as fórmulas do modelo biomédico, centrado na doença, para buscar uma abordagem que articule tratamento, reabilitação psicossocial, clínica ampliada e projetos terapêuticos individualizados.

Outro ponto levantado por Hirdes (2009) diz respeito aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que neste contexto deverão se constituir como lugares de passagem. Caso contrário, há uma tendência destes dispositivos formarem outro contexto de institucionalização. Para que isto não ocorra, reafirma a autora, torna-se crucial a instrumentalização dos trabalhadores de Saúde e de Saúde Mental, a sensibilização e o empenho dos gestores de Saúde e a permanente preocupação com a qualidade dos serviços oferecidos pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pois os projetos de Reforma são heterogêneos e as práticas são executadas conforme a concepção teórica dos trabalhadores da Saúde e da Saúde Mental (Hirdes, 2009).

Para integralizar esta discussão, passo às ponderações de Bezerra Junior (2007) pela consonância com as questões socioculturais apontadas por Amarante (1995), que diz respeito à temática ora abordada, mas também à articulação ao objeto central desta pesquisa. A consideração que proponho a seguir quer ressaltar a relevância da esfera sociocultural para o processo de desinstitucionalização em suas diversas e entrelaçadas instâncias e significados na movimentação social, conforme elaborado pelas autoras acima, entendendo a centralidade nuclear deste processo à Reforma Psiquiátrica.

Neste sentido, Bezerra Junior (2007) discute os desafios que se impõem em nosso país, chamando atenção para a necessidade de termos reflexão crítica e criatividade na condução de estratégias para a efetivação da desinstitucionalização. O autor reafirma a importância da consideração das diferenças regionais e dos contextos socioculturais, dadas a imensidão do território nacional e as variações específicas que se apresentam entre os pequenos

municípios dos interiores e os bairros metropolitanos das grandes cidades. Conjugada a esta atenção estratégica, ele aponta a necessidade do investimento contínuo na manutenção e desenvolvimento de programas e incremento dos dispositivos formadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com destaque para os CAPS e os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Outra questão discutida pelo autor faz referência aos profissionais e equipes atuantes na área da Saúde Mental, ressaltando a diferença importante entre os profissionais envolvidos com as primeiras movimentações da Reforma e os que atuam na atualidade, quando percebe certo esmaecimento na luta pela desinstitucionalização. Bezerra Junior (2007, p.246) afirma que a “hegemonia crescente do discurso técnico” torna complexa a formação desses profissionais, pois apesar desta formação teórica e técnica ser necessária, torna-se premente a “vocação crítica e criativa, de modo a atender aos desafios que um processo de transformação contínuo, como a Reforma, impõe de modo constante”.

Esta postura torna-se importante, segundo o autor, para que os desafios cotidianos da prática sejam enfrentados e deem continuidade ao combate aos “insidiosos ‘manicômios mentais’, muito resistentes à mudança justamente por não serem objetivos” e sim enraizados em “padrões cognitivos e pautas afetivas profundamente internalizadas” (Bezerra Junior, 2007, p.246). Ainda sobre a atuação profissional e as estratégias de ação, o autor adverte:

As formas de organização das equipes, a transformação dos papéis destinados aos técnicos, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, o entrelaçamento entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito, todos esses são temas cruciais para a formação de profissionais capazes de levar adiante o processo de transformação defendido pelo ideário reformista (Bezerra Junior, 2007, p.246).

Bezerra Junior (2007, p.249) cita Emmanuel Lévinas na discussão sobre a importância do entendimento das concepções que orbitam em torno do que seja a desinstitucionalização, considerando ser um termo que se presta a mais de uma interpretação, a saber: desospitalização, desassistência ou desconstrução. Os referidos autores concordam que a desconstrução é a concepção que mais se aproxima do ideário da Reforma, porque implica na transformação da cultura manicomial e dos pressupostos que imprimem à loucura a marca do racionalismo

para a definição do sujeito. Isto inclui a “abordagem tecnocientífica para lidar com o sofrimento”, que acaba desaguando na exclusão social, demarcadora do estigma da diferença com cunho negativo.

Assim, concluem ainda que à ideia de desconstrução associa-se a concepção da alteridade na perspectiva da aceitação, da tolerância e do respeito à diferença, como base ao projeto reformista e, portanto, de ampliação no campo da cidadania. Bezerra Junior (2007) ressalta o entendimento da alteridade, comentando as ideias de Lévinas (2005 apud Bezerra Junior, 2007):

A alteridade é pensada de forma radical, como diferença inassimilável e irreduzível. O Outro – figura multiforme desta alteridade – não é um pólo em relação ao qual o eu possa entrar em sintonia, num movimento de aproximação que reduziria a assimetria inicial. O Outro, para Lévinas, é o radical e essencialmente diferente, o desconhecido, o estranho, o estrangeiro, o inimigo, o não-representável, o que não sou, não experimento, não imagino. O Outro é a exterioridade radical, irreduzível e inabsorvível, mas que – por sua própria exterioridade – se revela como fundamental para a própria constituição e sustentação da experiência do mim-mesmo. A relação com o Outro, neste sentido, é fundante e conclama o mim-mesmo à responsabilidade por tudo aquilo que, não sendo idêntico a ele, o constitui e sustenta (Bezerra Junior, 2007, p.249-250).

Neste sentido, o desafio do processo de desinstitucionalização, segundo Bezerra Junior (2007, p. 246), é “compreender o sofrimento psíquico ou a loucura de maneira que a existência humana em sua plenitude ultrapasse os entendimentos teóricos pautados em modelos preconcebidos das dimensões médicas e psicológicas, mas principalmente psiquiátrica”. As iniciativas e ações de caráter social são ressaltadas como fundamentais ao processo de desinstitucionalização e de aceitação da alteridade, sobretudo quando esta instância envolve experiências com a loucura (Bezerra Junior, 2007).

A sensibilidade social para esta temática tem sido buscada através de ações que mobilizam a desconstrução de estigmas e estereótipos relacionados à doença e ao doente mental, numa tentativa de reconstruir um olhar compreensivo e solidário para com as diferenças subjetivas, cultivando o respeito, a tolerância e a inclusão social. Assim, as iniciativas organizadas por dispositivos assistenciais e segmentos da sociedade civil, como o grupo "Cancioneiros do IPUB", ou o bloco carnavalesco "Tá pirando, pirado, pirou", têm função importantíssima. Este grupo foi fundado em 2004 com a colaboração entre quatro instituições: o Instituto

Franco Basaglia, o IPUB/UFRJ, o Instituto Phillippe Pinel e a Associação de Moradores da Urca.

Os filmes: “Bicho de Sete Cabeças” (2001), produção de Laiz Bodanski, ou “Estamira” (2004), produzido por Marcos Prado, e ainda as matérias jornalísticas sobre a transformação nos manicômios (como o de Barbacena), personagens nas telenovelas, como em “Caminho das Índias”, exibida pela Rede Globo em 2009, são exemplos de como as mídias e as vias da arte podem ser atores fundamentais no processo de sustentação social do ideário da Reforma, e portanto para a desinstitucionalização.

Bezerra Junior (2007) faz uma discussão a partir das premissas éticas existentes na proposta de desinstitucionalização como uma ideia de desconstrução ideológica cultural, onde inclui a importância do Movimento Antimanicomial e sua atuação contra a exclusão e a favor da tolerância e do respeito pela diferença. O autor comenta “a desinstitucionalização tem um alcance que ultrapassa os limites das práticas de saúde e atinge o imaginário social e as formas culturalmente validadas de compreensão da loucura” (Bezerra Junior, 2007, p.243).

Paulo Amarante, em seu posicionamento por ocasião do lançamento do livro: *A Linha Curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização*, de Ernesto Venturini, lançado em 2016 pela Editora da Fiocruz, retomou a discussão acerca da desinstitucionalização apresentada pelo autor. Venturini é psiquiatra, colaborador de Franco Basaglia, tendo contribuído ativamente para a reforma psiquiátrica na Itália; fez-se presente também na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Além destas importantes inserções, compôs parcerias de trabalho com Amarante na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/RJ) e foi colaborador em cursos de especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial no Brasil.

O referido livro retoma a importância do tema da desinstitucionalização, destacando a existência de seus significados que carregam ambiguidade, porque se este termo pode referir-se ao movimento de desospitalização, pode dizer respeito também a um processo de mudança radical do paradigma da psiquiatria e do tratamento oferecido por esta disciplina médica. Assim, se entendida como um amplo processo, a desinstitucionalização não se refere somente à superação da estrutura física dos hospitais psiquiátricos, mas significa um trabalho para romper com as estruturas segregadoras que persistem na sociedade. Para tanto, deve haver

o empenho e o compromisso dos profissionais trabalhadores, dos gestores públicos, dos políticos e, sobretudo, dos cidadãos (Venturini, 2016).

Neste sentido, Venturini insiste que:

Dar alta aos pacientes de prolongado internamento em hospitais psiquiátricos, inseri-los no território, reduzir o número de vagas em leitos hospitalares e converter recursos hospitalares em serviços comunitários é um processo ainda em vias de realização na maior parte dos países europeus e americanos. E quando isso ocorre, é frequentemente mal feito e realizado de forma apenas parcial (Venturini, 2016).

O autor ainda ressalta a importância dos profissionais de saúde mental, relevando o cansaço enfrentado pelos mesmos diante das dificuldades rotineiras nos serviços públicos. Enfatiza que esta situação se deve aos grandes cortes no orçamento para a área, promovidos pelos governos de cunho neoliberal, o que gera as dificuldades no processo de desinstitucionalização (Venturini, 2016).

Neste contexto, considera o autor, o paciente é, muitas vezes, acerbado como objeto de intervenção médica psiquiátrica que se repete desde o nascimento desta disciplina. Venturini (2016) chama a atenção para o fato de que o paciente é uma pessoa e que assim deve ser tratado, por isso a necessidade da manutenção da crítica ao poder institucional destas disciplinas e dos profissionais que a desenvolvem. Depois, acrescenta que o espaço de tratamento, de terapia ou de encontro entre as pessoas deve ser constituído em conjunto, pois é neste espaço que vai se dar o trabalho de desinstitucionalização, que pode se efetivar em qualquer lugar físico. Assim, argumenta que “minha experiência ensina que o espaço pode ser um agente propulsor para a desinstitucionalização, assim como o tempo da terapia, quando se respeita o tempo interior da pessoa. (Venturini, 2016, p.45).

As reflexões deste autor têm conexões com sua experiência no processo de desinstitucionalização italiana ou da psiquiatria democrática. Elas refletem o contato com Franco Basaglia, cuja característica fundamental está na radicalidade da passagem, do sentido de perceber-se para transforma-se e realizar-se, numa prática que prima pelos direitos e pela singularidade, para que a vivência da cidadania almejada ganhe espaço real (Venturini, 2016).

No Brasil, a década de 1980 marca mudanças fundamentais no cenário político, com ganhos para a cidadania, inclusive para as pessoas com transtornos

mentais. A Constituição Federal garantiu direitos a serem contemplados pelo Estado em relação aos cidadãos que permitiu desdobramentos favoráveis, através de portarias e leis sequenciais à sua promulgação, à efetivação ou viabilização ao processo de desinstitucionalização (Brasil, 1988).

### 3.3.

#### **Brasil nas décadas de 1980 e 1990: a constituição dos direitos sociais dos loucos**

A década de 1980, no Brasil, foi marcada pelos movimentos de redemocratização, do fim do bipartidarismo político, da liberdade de imprensa e a retomada da autonomia e do desempenho dos sindicatos de trabalhadores. Este contexto desdobrou-se na afirmação da cidadania através da aprovação da Constituição Federal Brasileira e do Sistema Único de Saúde, legislações que constituíram o louco como cidadão e, portanto, um indivíduo com direitos. Esta configuração concorreu para a viabilização e a criação de espaços de moradia fora dos hospitais psiquiátricos, através, principalmente, dos Serviços Residenciais Terapêuticos<sup>17</sup> e da instalação de dispositivos para o atendimento e tratamento extra-hospitalar da saúde mental (ampliada posteriormente, e atualmente denominada Rede de Atenção Psicossocial - RAPS<sup>18</sup>) (Gomes, 2004). Cabe ressaltar que, segundo Barros, Henriques e Mendonça (2001), entre os anos de 1986 e 1989, houve profunda crise e instabilidade macroeconômica em nosso país, fazendo com que a Política Pública de Saúde se mantivesse em níveis de precariedade e ineficiência, sem alteração do quadro sanitário vigente nas décadas anteriores.

Em 1986, efetivou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a participação de entidades representativas da sociedade civil. Segundo Gomes (2004, p. 83), “o Movimento de Reforma Sanitária foi o grande responsável pelo conteúdo abordado nesta Conferência”, cuja prioridade foi colocar em pauta “a

---

<sup>17</sup> Serviço Residencial Terapêutico: Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090\\_23\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html)>. Acesso em: out. 2010.

<sup>18</sup> Rede de Atenção Psicossocial - RAPS: Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php?conteudo=rede\\_psicossocial](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial)>. Acesso em: out. 2010.

universalização do acesso à saúde enquanto um direito social através da ação do Estado e a reestruturação do sistema de saúde através de uma política descentralizada”. Outra questão fundamental dizia respeito à participação popular no processo decisório mediante a implantação dos Conselhos de Saúde<sup>19</sup> (Gomes, 2004).

Nesta Conferência, uma comissão foi formada com o objetivo de organizar um novo atendimento psiquiátrico que garantisse a habitação das pessoas com transtornos mentais fora dos hospitais psiquiátricos como direito do cidadão. Para tanto, propuseram a descentralização da assistência naquelas instituições, que passaria a ser feita nos postos de saúde e ambulatórios especializados, efetivada por equipe multiprofissional. Articulada a esta proposta estava a importância da atenção psicossocial a ser realizada pelos CAPS e os atendimentos de emergência psiquiátrica a serem atendidos pelos hospitais-gerais (Santos, 1992).

Ainda segundo Gomes (2004), o ano de 1987 foi importante pela criação do SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde – um dos avanços conseguidos naquela Conferência. Outro ganho importante foi a deliberação para que fossem realizadas conferências a partir de áreas temáticas da saúde. A área da Saúde Mental sofreu grandes pressões por parte de segmentos estatais, dificultando a organização da sua Conferência Nacional. No entanto, e mesmo com objetivos opostos aos da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) / Ministério da Saúde, o MTSM organizou uma conferência no Rio de Janeiro, incentivando organização similar nos outros estados brasileiros. Assim, ao final de 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta Conferência aconteceu com a participação dos trabalhadores em Saúde Mental e da sociedade civil, “elaborando estratégias de combate a psiquiatrização do social e de democratização das instituições de saúde” (Gomes, 2004, p. 92).

No ano de 1987, aconteceu também o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru, em São Paulo, onde foram discutidos temas que abordaram a própria organização do Movimento, “a questão do corporativismo, a questão do contingente não universitário, as alianças, as táticas e as estratégias”. O referido Congresso contou com a participação de

---

<sup>19</sup> Os Conselhos de Saúde no Brasil são órgãos em âmbito nacional, estadual e municipal para que a sociedade possa intervir nas ações do SUS, fazendo valer seus interesses. Estes são como colegiados, isto é, devem funcionar e tomar decisões regularmente, acompanhando, controlando e fiscalizando a política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamentos em seu rumo.

familiares e de usuários e, neste contexto, foi lançado o lema “*Por Uma Sociedade Sem Manicômios*”, “com orientações teóricas de Franco Basaglia e Franco Rotelli, precursores da proposta de desinstitucionalização italiana” (Gomes, 2004, p. 82).

Foi nesse contexto social, e em busca de maior democratização, que “o MTSM se dissolveu enquanto colegiado de técnicos atuantes na Saúde Mental, e se reconstruiu enquanto Movimento Social”, como um novo ator questionador do saber hegemônico do médico psiquiatra e do modelo hospitalocêntrico, cujos objetivos estavam em torno da transformação total do modelo de atenção ao indivíduo com transtornos mentais (Amarante, 1997, p. 43).

Em 1989, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado foi apresentado ao Congresso Nacional. Nele, constava a proposta da extinção dos manicômios e institucionalização da assistência psiquiátrica comunitária no Brasil. Neste ano também, a Casa de Saúde Anchieta, uma instituição psiquiátrica de âmbito privado, sofreu intervenção devido às denúncias sobre maus-tratos aos internos, sendo fechada pela prefeitura de Santos (Lougou, 2006). Esta iniciativa, por parte da prefeitura de Santos/SP, contribuiu para que o atendimento psiquiátrico naquela cidade fosse municipalizado e para que os serviços substitutivos ao hospital começassem a ser instituídos em outros estados brasileiros, com o objetivo de atender as pessoas com transtornos psiquiátricos sem recorrer à internação (Delgado et al, 2007).

O percurso da reforma psiquiátrica não avançou sem dificuldades nas décadas de 1980 e 1990, pois os gestores das instituições privadas de psiquiatria seguiram pressionando politicamente o Governo Federal para que os convênios existentes com os hospitais e as clínicas, altamente rentáveis aos mesmos, fossem mantidos (Jorge, 1997).

Ao mesmo tempo, o ato da assinatura da Declaração de Caracas, em 1990, fez o Governo Federal comprometer-se em assegurar os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e organizar os serviços comunitários de saúde mental. Nesta década de 1990, houve ainda o compromisso assumido pelo Brasil com a Organização Mundial de Saúde (OMS) com relação às melhorias no atendimento em Saúde, considerando inclusive a relação existente entre saúde e doença a partir de fatores históricos e sociais, incluindo as relações entre os indivíduos e as condições de trabalho e de habitação (Paim, 2009).

Ainda na década de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, demarcando a intenção de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde, pois tornou obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. Além disso, criou condições para a reorganização do curso de internações psiquiátricas e determinou o termo *usuário* para todos os cidadãos que se utilizassem dos serviços públicos (Paim, 2009).

Nos anos seguintes, foram criadas outras normas e diretrizes para definirem novos procedimentos em Saúde Mental no âmbito do SUS. Foram elas: a Portaria 189/1991 do Ministério da Saúde<sup>20</sup>, que reorientou o financiamento para a área da Saúde Mental, e a Portaria 224/1992 do mesmo Ministério<sup>21</sup>, que regulamentou a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial<sup>22</sup> (Paim, 2009).

Estes avanços foram importantes, principalmente do ponto de vista legal, para a efetivação do desmonte dos manicômios e para que a viabilização do tratamento nas comunidades fosse construído e constituído em espaços de atenção extra-hospitalares. Estes espaços se concretizaram basicamente nestes dispositivos: NAPs (Núcleo de Atenção Psicossocial), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial, Portaria 336/2002), CAD (Centro de Atenção Diária), CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde Mental), Hospitais-Dia, Oficinas Terapêuticas, Clubes de Convivências, Cooperativas de Trabalho e Serviços Residenciais Terapêuticos (Gomes, 2004).

Em janeiro de 1992, foi idealizado, sem ter sido concretizado, um Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), que seria uma ação governamental estratégica para a desativação maciça de leitos psiquiátricos. Este Programa objetivava o retorno dos pacientes internados para as casas de suas famílias de origem ou, na impossibilidade destas, para outras famílias que os acolhessem, que para tanto receberiam o valor mensal de um salário mínimo (Lougou, 2006).

---

<sup>20</sup> A Portaria 189/1991 do Ministério da Saúde instituiu os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no plano nacional, custeados por verbas públicas.

<sup>21</sup> A Portaria 224/1992 aperfeiçoou a regulamentação dos NAPS e dos CAPS, além de tipificar as unidades de atenção da Rede de Atenção Psicossocial como um todo. Esta Portaria divide o atendimento em dois grandes grupos de atendimento em saúde mental: o hospitalar e o ambulatorial.

<sup>22</sup> Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: dez. 2010.

Em seguida, em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em Brasília, “impulsionada pelo tema: Reestruturação da Assistência Psiquiátrica: Modelo Assistencial e Direito à Cidadania. Nesta, foram incorporados os Princípios da Reforma Sanitária e do movimento de desinstitucionalização”; ou seja, esta Conferência foi fundamental para a inclusão das necessidades específicas dos indivíduos com transtornos mentais na Política Nacional de Saúde a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Gomes, 2004, p.84).

Neste período, já estava funcionando um total de 208 NAPS e CAPS em todo o país. Segundo levantamento realizado por Gomes (2004, p. 92), em 1992, também foram “implantados 29 hospitais-dia públicos, 11 contratados e oito universitários; 46 NAPS/ CAPS públicos e 11 contratados; 595 leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos, 691 em hospitais gerais contratados e 434 em hospitais universitários”, além do “fechamento de 17.575 leitos psiquiátricos” por não terem condições de dar atendimento nos moldes requeridos pela Reforma Psiquiátrica e nem pelos princípios do SUS.

Fagnani (2011) faz considerações acerca desta ocasião, ressaltando o retrocesso representado pelo governo de Fernando Collor e suas propostas e ações de cunho abertamente neoliberal como contrário aos avanços já alcançados. Segundo Fagnani (2011), aquele presidente intencionava participar da revisão constitucional nacional, prevista para 1993, com objetivo de implementar itens da agenda de interesses do ideal citado, mas foi obstruído pelo *impeachment*.

O I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial foi realizado em 1993, quando o movimento ganhou unidade e força, levantando a questão da necessidade de haver intervenção no âmbito cultural para abranger a sociedade civil como um todo e dar visibilidade às questões específicas relacionadas à saúde mental. Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência de Saúde, estabeleceu critérios para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos já existentes com a atenção voltada para a humanização dos serviços e garantia dos direitos sociais aos sujeitos internados naqueles estabelecimentos.

A Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental também fora estabelecida em 1993, no 3º Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, período em que se seguem os Encontros de Associações de Usuários e Familiares em prol da

melhoria das condições de tratamento em Saúde Mental. Desta movimentação social, outros avanços foram experimentados.

No Rio de Janeiro, no ano de 1995, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS) assumiu a gestão do SUS na cidade. Em 1997, a referida Secretaria tornou público o projeto que baseava a reestruturação da assistência em saúde mental no município: “o controle da rede hospitalar existente, a reorganização e qualificação da rede ambulatorial e, principalmente, o programa de implantação de uma rede de Caps regionalizada” (Tenorio, 2002, p. 46).

Neste mesmo ano, e com o apoio do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) e da Escola Nacional de Saúde Pública, a SMS realizou o primeiro Censo da População de Internos nos Hospitais Psiquiátricos da cidade com o objetivo de iniciar um controle sobre a assistência psiquiátrica hospitalar, inclusive e principalmente a rede particular conveniada, numa perspectiva de projetar a construção da rede de atendimento extra-hospitalar. Nesta contagem, foi elaborado um perfil socioeconômico de todos os pacientes internados a partir da data referencial de 24/10/1995, que somaram 3.235 (três mil, duzentos e trinta e cinco) pessoas (Tenorio, 2002). Com relação ao referido censo, Tenorio (2002, p. 49) escreveu:

O censo abrangeu dados socioeconômicos (como situação laborativa, situação conjugal, fonte de renda, condições de moradia etc.); dados clínicos (diagnóstico atual, outros diagnósticos encontrados no prontuário, medicação de que faz uso, número de internações etc.); e, dados que dizem respeito à qualidade do cuidado oferecido (como a distância entre a última prescrição medicamentosa e o dia de referência do censo, ou a participação do paciente em tratamentos não psiquiátricos stricto sensu, como terapia ocupacional, serviço social, atendimento em psicologia, fisioterapia, entre outros) (para uma exposição mais completa sobre o censo, ver Tenorio, 1996; Fagundes et al, 1997).

A situação encontrada pelos pesquisadores formou um quadro alarmante, que envolvia as clínicas “Amendoeiras, Monte Alegre, Doutor Eiras e Humaitá” (Tenorio, 2002, p. 48). Esta última, a Casa de Saúde Humaitá, era de propriedade do mesmo dono da Clínica Santa Genoveva, o empresário Eduardo Spíndola. Mais tarde, em 1998, a Clínica Santa Genoveva, que atendia ao público da terceira idade, foi flagrada com péssimas condições de funcionamento ocasionando a morte das pessoas ali internadas. Ainda em 1996, após o referido recenseamento, o Jornal do Brasil publicou, aos cinco dias do mês de agosto, uma matéria que

denunciava a violência nas clínicas psiquiátricas do Rio e o descaso para com os pacientes nelas internados.

Os registros do censo e a divulgação dos seus resultados pelo Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro e pela imprensa mostraram “o horror das clínicas de internação”. “Esses relatórios acabaram por produzir um fato político importante para a história recente da assistência psiquiátrica” (Tenorio, 2002, p. 48).

Na avaliação de Tenorio (2002, p. 48), esta discussão sobre a (des)assistência psiquiátrica no Rio de Janeiro foi destaque nas mídias durante algum tempo, mas o suficiente para problematizar a questão dos gastos públicos com as privatizações, questionando os interesses e acordos políticos que davam suporte ao sistema, que faziam com que os donos daqueles hospitais fossem “a terceira maior fonte de recursos de financiamento das campanhas eleitorais, depois dos bancos e das empreiteiras”.

Ainda, segundo o referido autor, os desdobramentos deste censo e denúncia na mídia foram os seguintes: a “Clínica Monte Alegre foi fechada, e as clínicas Casa de Saúde Doutor Eiras (Botafogo) e Casa de Saúde Humaitá” deixaram de receber pacientes do SUS (Tenorio, 2002, p. 49). Os resultados da pesquisa mostraram, ainda, alguns dados importantíssimos para a desfiguração da necessária internação por justificativas relacionadas à falta de familiares. No texto de Tenorio (2002, p. 49), lê-se:

Quanto aos aspectos quantitativos, os gestores da saúde mental no município destacam que os dados relativos à situação social, familiar e previdenciária contradizem a ideia de que a clientela internada não dispõe de laços familiares e possibilidade de suporte social (informação importante para qualquer plano de diminuir a hospitalização): pesquisa em prontuários constatou que 63% dos pacientes internados recebiam visitas durante a internação; indagados, 70% disseram que contam com seus familiares; finalmente, embora 47% não disponham de qualquer vínculo previdenciário, 37% percebem renda própria e 29,6% contam com suporte financeiro da família.

O estudo também levantou dados em relação à assistência psicossocial destinada aos internados e, segundo Tenorio (2002, p. 50), verificou que:

Havia alta taxa de reinternações, e uma constatação chocante: embora 99% das instituições estejam credenciadas no SUS como dispondendo de psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, clínicos e/ou fisioterapeutas, 61% dos pacientes internados não recebem outro tipo de atendimento que não a consulta psiquiátrica *stricto sensu*. Com vistas à reestruturação da rede, são mais

importantes as indicações de que em geral não há tratamento ambulatorial subsequente, e que 56% dos pacientes internados na ocasião do censo faziam da internação o seu único tratamento. Simplesmente, não seguem tratamento quando saem de internação. Em resumo, o censo deu números à insuficiência do sistema hospital ambulatorio para o atendimento continuado à clientela psiquiátrica grave e forneceu um mapa das necessidades da rede, fundamentando, enfim, a reestruturação da assistência no Rio de Janeiro.

Nas conclusões de Tenorio (2002), estão as constatações de que a implantação dos CAPS deveu-se a esta movimentação: pesquisa/censo e denúncia midiática; e, ainda, que as atenções se voltaram para a necessidade de que a estrutura da assistência prestada por aqueles dispositivos deveriam compreender condições de atendimento que inexistiam nos ambulatórios, ou seja, que fosse privilegiado o tratamento integral, diário, regionalizado e comunitário. Neste sentido, era pressuposto que os CAPS garantissem a continuidade dos vínculos sociais dos usuários, e que deveriam oferecer “possibilidades expressivas, relacionais, de atividades e de convivência diversificadas; e incorporarem à ação terapêutica iniciativas de ajuda concreta à existência global do paciente, antes tidas como “extra-clínicas” (Tenorio, 2002, p. 50).

A importância capital desta reconfiguração esteve centrada na diferença das possibilidades oferecidas pelos CAPS em relação aos NAPS, pois, segundo Tenorio (2002), a inauguração do primeiro CAPS da rede municipal no Rio de Janeiro aconteceu em 1996, sem que houvesse ainda, diferentemente da situação nacional, os leitos de permanência e nem atendimento 24 horas. Na sequência, foram inaugurados outros CAPS e criados os serviços de Atenção Diária em duas grandes instituições psiquiátricas, municipalizadas em 2000, o Instituto Philippe Pinel e o Centro Psiquiátrico Pedro II (atualmente denominado: Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira) (Tenorio, 2002).

### 3.4.

#### Atualidades e avaliações da Reforma Psiquiátrica Brasileira por importantes atores da Luta Antimanicomial: o sujeito no centro do tratamento e a tolerância para conviver

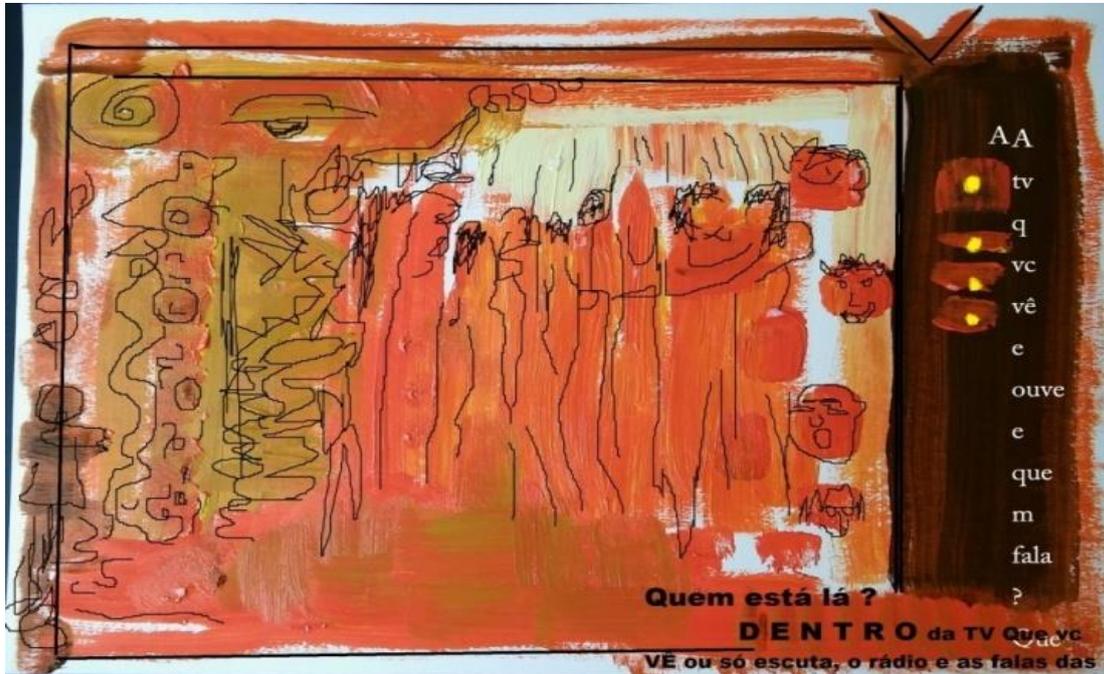


Figura 6 - “O que você ouve e vê na TV que te vê” \* (Acrílica s/ canvas - 28 X 20 cm - interferência do paint/windows - Cristina Loureiro - Maio de 2015).

\* Esta imagem quer fazer associações entre ideias que se entrecruzam, mas que podem abordar a loucura por pontos em comum. Uma delas diz respeito à própria mídia televisiva, como importante via para possibilitar mudanças nas representações sociais sobre a loucura, além de se articular com a questão das atualidades de que trata este subitem. Outra ideia que esta imagem sugere diz respeito aos delírios, bastante comuns entre os sujeitos psicóticos, que descrevem experiências associadas aos televisores, seja comunicando-se através deles, seja sendo observado pelos que estão nos seus interiores, dentre tantas outras sensações. Esta imagem mostra pessoas em recintos diversos, onde há vozes, movimentos e possibilidades de rostos, máscaras e impressões, símbolos que podem se conectar à loucura e seus infinitos movimentos e constituições de realidades.

Este texto objetiva expor a avaliação acerca da Reforma Psiquiátrica a partir de aspectos levantados por autores/atores importantes à Luta Antimanicomial, na forma escrita ou oral. Em termos literários, serão principalmente os autores: Ana Pitta (2011), Eduardo Vasconcelos (2010), Lígia Lüchmann e Jefferson Rodrigues (2007) e Benilton Bezerra Junior (2007) para ajudarem a elaborar importantes pontos avaliativos. Em termos orais, as avaliações foram feitas em dois momentos. No primeiro, aconteceu pelo documento “Stultifera Navis - Hotel da Loucura”, veiculado pelo canal Futura através do *Youtube*, onde se expressou Paulo Amarante, ainda na categoria citada acima, em diálogo com um ator não

grato à mesma Luta, o psiquiatra Valencius Duarte, e a Secretária Municipal do Rio de Janeiro naquela ocasião, a psicóloga Rita Silvério, cujas citações serão referenciais ao "Jornal Futura, 2016". O segundo ocorreu no evento Roda de Conversa, realizado no Instituto Pinel, com Dr. Pedro Gabriel Delgado e o Dr. Paulo Delgado, que serão citados por seus nomes e o ano de 2016.

O Movimento da Luta Antimanicomial<sup>23</sup> é importante ator social, fundador da luta que até hoje se empreende em prol da desinstitucionalização, em seu sentido mais amplo, que abrange a desospitalização, a reinserção social e o desmonte dos manicômios: físico e mental. Este Movimento foi analisado em sua atuação por Vasconcelos (2010), que avaliou a fragilidade contextual como ponto de dificuldade ao avanço da Reforma, principalmente após a sua fragmentação<sup>24</sup> enquanto unidade de Movimento. O autor adverte ainda que a baixa participação popular nos fóruns de discussões e decisões acerca dos interesses coletivos também tem se mostrado como fator obstaculizante ao avanço da Reforma. Vasconcelos (2010) reforça a importância desta participação para a construção das políticas de Saúde Mental numa perspectiva democrática.

Sobre o tema da participação e organização popular, Vasconcelos (2010) faz algumas observações que se estendem desde a questão identitária no interior do Movimento até a questão da participação efetiva das Associações nos Fóruns decisivos e sua representatividade. Com relação à identidade, o autor afirma que a existência, por exemplo, de grupos de usuários querendo constituir movimento próprio, sem a participação de familiares ou profissionais, para que sua luta seja genuína e atenda diretamente aos seus interesses.

Este autor pesquisou as Associações de Usuários e Familiares existentes no Brasil e destacou alguns aspectos que a seu ver são preocupantes, pois mostram dificuldades do ponto de vista da efetivação da democracia no interior das mesmas e na relação destas com os Fóruns decisivos. Foram apontadas pelo autor: as diferenças em termos dos recursos financeiros, com algumas associações demonstrando muitas restrições a este respeito, o que dificulta o comparecimento,

---

<sup>23</sup> Luta Antimanicomial: Movimento Social a favor da Reforma Psiquiátrica, com formação em 1978, cujo I Encontro ocorreu em 1987, na cidade de Bauru, São Paulo, e reuniu mais de 350 trabalhadores na área de Saúde Mental (CRUZ, 2012; LOUGON, 2006; LOBOSQUE, 2001).

<sup>24</sup> O atual Movimento de Luta Antimanicomial subdividiu-se em dois grupos: o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), composto em 1993, e a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), grupo dissidente desde 2003 (CRUZ, 2012; VASCONCELOS, 2010; LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

inclusive, nos fóruns participativos; algumas dificuldades do ponto de vista intelectual, mas também de interesses e de poder entre os diferentes segmentos que compõem o Movimento da Luta Antimanicomial. Estas são restrições impeditivas à participação e controle por parte da sociedade nos canais legais de participação popular, numa época em que esta participação deveria ser mais crescente. Aliado a estas questões existe ainda o aumento do número de adeptos da reforma do Estado, caracterizada por medidas de privatização, terceirização e redução dos direitos sociais, ou seja, do ideal de Estado Mínimo (Vasconcelos, 2010).

Ainda sobre as associações, Vasconcelos (2010) observou outro ponto crítico, que diz respeito às suas lideranças. Na grande maioria das vezes, seus representantes/líderes têm agido com autonomia em relação às mesmas, distanciando-se da prática diária e da rotina daquelas. Sobre a participação dos usuários, sinaliza que há um custo emocional para aqueles e que, às vezes, se mostram excessivos. Isto se deve ao esforço, normalmente exigido e experimentado pelos engajamentos políticos, e às vivências dos desafios que se apresentam nestes meios, representados pelos conflitos, competições, aparelhamentos e cooptações. Em certas fases da vivência de alguns usuários, estes conflitos acabam se tornando incompatíveis com os limites existenciais e psíquicos dos indivíduos com transtornos mentais e seus familiares.

Lüchmann e Rodrigues (2007, p. 405) avaliam que o Movimento vem “ampliando fronteiras e limites da política e recriando o conceito de cidadania”, e que este, desde muito cedo, buscou relações em rede com outros movimentos sociais e grupos afins, além de ter procurado manter o discurso e a prática plurais. A autora sinaliza a complexificação das relações internas ao Movimento, cujo desdobramento levou à subdivisão do mesmo em dois segmentos, conforme já exposto.

Sobre esta mudança no interior do Movimento, atualmente denominado MLA, Lüchmann e Rodrigues (2007, p. 405) afirmam que: “a complexidade das ações coletivas segue à risca a complexificação das relações sociais como um todo”. Além disso, vê perspectiva para a continuidade da força do mesmo através “da integração das perspectivas de organização e luta sem dicotomizar a inserção institucional com a mobilização social”. Lüchmann e Rodrigues acrescentam ser

“preciso que se encontre uma forma organizativa que contemple uma ação mais conjunta e socialmente articulada”.

A subdivisão do Movimento da Luta Antimanicomial teve como ponto máximo de tensão o V Encontro Nacional do MNLA, em 2003, quando questões em torno da organização e de objetividade diferenciaram grupos de lideranças, causaram rupturas e desmembramentos, que se definiram mais tarde em duas plenárias nacionais. No final deste mesmo ano, através do documento enviado ao Conselho Nacional de Saúde, intitulado: Fundação da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), ficou registrada a instituição deste Movimento, cujo primeiro encontro realizou-se em dezembro de 2004, no Ceará (CE).

Assim, o MLA, historicamente constituído pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978, também enfrenta desafios na “relação de articulação entre os diferentes atores, interesses e identidades”, basicamente a partir dos três segmentos majoritários em sua composição: usuários, familiares e profissionais, no sentido de “confluir para a constituição de um campo ético comum, com reflexões acerca do reconhecimento da pluralidade e das diferenças” (Lüchmann & Rodrigues, 2007, p. 405).

Pitta (2011), no artigo em que se propõe a discutir a situação da Reforma Psiquiátrica dez anos após a promulgação da Lei 10.216/2001<sup>25</sup>, também chama a atenção para a fragmentação do MLA, ou do Movimento da Reforma Psiquiátrica, em grupos que se confrontam, fragilizando ou enfraquecendo a luta e a potência do mesmo. Avalia que este importante Movimento, que tanto contribuiu para a Luta Antimanicomial, fundamental em nosso país, com tantos avanços e conquistas, tem como ponto positivo a ampliação de suas possibilidades para a efetivação de ações a partir da ocupação de cargos públicos por seus integrantes, atores e militantes.

Antes de passar à análise de Pitta (2011) sobre a fragmentação do MLA, é importante demarcar que a promulgação da Lei 10.216/200 foi fundamental às pessoas com transtornos mentais, e marcou mais uma vitória desta Luta. Assim, os temas levantados na 11ª Conferência Nacional da Saúde e as questões que

---

<sup>25</sup> A temática em causa foi tema da Revista Ciência e Saúde Coletiva, da ABRASCO, lançada no Seminário Reforma Psiquiátrica Brasileira: 10 anos da Lei 10.216, em novembro de 2011 no IPUB/UFRRJ, evento promovido por esta instituição e a Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, e que contou com a presença de alguns de seus autores.

envolviam a operacionalização desta legislação foram debatidos na III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Dentre as questões que se faziam prementes, estavam: o financiamento, a supervisão e a fiscalização sobre as ações na Saúde Mental; a criação e o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial e a formação de recursos humanos adequados às novas estruturas da Atenção Psicossocial.

A fragmentação do Movimento é vista pela autora como derivação das demandas geradas em desdobramento das conquistas dele próprio, em face, inclusive, às negativas, obstáculos ou lentidões impostos, tanto pelos governos quanto pela sociedade. Por outro lado, Pitta (2011) adverte que a Marcha dos Usuários em Saúde Mental, ocorrida em Brasília em 2010, fomentou a IV Conferência de Saúde Mental - Intersetorial, no final daquele mesmo ano, o que a seu ver sinalizou uma possibilidade de um resgate à democracia participativa há muito não vista.

Esta Conferência demarcou um avanço radical em relação às anteriores, pois o Movimento, as demandas e as discussões haviam se tornado mais complexos, havia outras dimensões que se entrecruzavam na Atenção Psicossocial. A pluralidade das necessidades em Saúde Mental exigia a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado, questões que se tornavam desafiadoras ao processo de desinstitucionalização.

Pitta (2011, p. 4588) conclui que um dos maiores desafios da Reforma atualmente está relacionado à “desinstitucionalização responsável”, conceito que envolve a atuação de um grupo de profissionais de diversas áreas, descentralizando a figura do psiquiatra. Lembra que, nos caminhos percorridos pela Reforma, as temáticas vêm girando em torno do tratamento em si, da medicalização e da importância da interdisciplinaridade, sendo este último aspecto fundamental, devendo ser desenvolvido e incrementado. A autora adverte que este pensamento, que eleva a importância da multidisciplinaridade, foi defendido por Luiz Cerqueira<sup>26</sup>, psiquiatra, professor de psiquiatria e coordenador nacional de

---

<sup>26</sup> Luiz Cerqueira dá nome a alguns centros de tratamento em Saúde Mental no país, inclusive ao Hospital-Dia em funcionamento no IPUB/UFRJ.

saúde mental em 1973, com sua preocupação em que o tratamento fosse abraçado e conduzido por uma equipe multiprofissional.

Outra questão levantada por Pitta (2011) diz respeito à própria sociedade, que a seu ver ainda apresenta alguns “nichos conservadores”, compostos por políticos, gestores, agentes da mídia e mesmo nos meios acadêmicos, locais privilegiados de manutenção de uma hegemonia e/ou de um discurso saudoso dos leitos psiquiátricos, da defesa da exclusão da loucura e, mais atualmente, dos usuários de drogas, mais especificamente dos viciados em *crack*. No entanto, há, em contrapartida, a ação do próprio MLA, onde é “uníssona a voz dos usuários e trabalhadores em Saúde Mental, à aclamação pela liberdade terapêutica”. A autora concorda, afirmando que a situação atual dos indivíduos com transtornos mentais tratados em comunidade é infinitamente superior aos que continuam em internação compulsória, ou, conforme a mesma: “em regime de privação de liberdade” (Pitta, 2011, p. 4580-4581).

Sobre a articulação entre os diversos atores que se envolvem na Luta Antimanicomial, Pitta (2011, p.4588) se posiciona ressaltando a estreita articulação entre essa participação e o avanço da Reforma afirmando que:

O futuro da Reforma Psiquiátrica Brasileira está na esperança que os usuários, familiares, trabalhadores - esses novos protagonistas que amadurecem e se renovam a cada dia - encontrem modos mais sensíveis de reduzir os danos causados pelas nossas instituições e nossas escolhas insensatas.

Bezerra Junior (2007) chama a atenção para a questão do valor da formação profissional, dos recursos humanos para a Saúde Mental. Sobre este aspecto, ressalta como preocupante a presença de jovens estudantes que, por não terem vivenciado os períodos iniciais da Reforma e sua força de reconstrução social acerca da loucura e seu tratamento, parecem ter perdido um tanto daquela força, fundamental à mesma. Para o autor, este aspecto se mostra como um obstáculo a ser superado. Porém, sinaliza que o lado positivo deste fato é a perspectiva de criação de novas possibilidades de formações das equipes multiprofissionais, com a transformação dos papéis destinados aos técnicos, e o investimento no trabalho intersetorial.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são dispositivos de suma importância para a Reforma e o processo de desinstitucionalização, por isso foram

mote para a elaboração de um vídeo documentário exibido pelo Jornal Futura através do Canal Futura, veiculado pelo *Youtube*<sup>27</sup>. O Documentário “Stultifera Navis - Hotel da Loucura<sup>28</sup>” foi produzido no início do ano de 2016 e apresentado em abril do mesmo ano, contendo as observações de Paulo Amarante<sup>29</sup>, Valencius Duarte e Rita Silvério, conforme já exposto. A seguir, apresento um breve resumo dos principais pontos abordados na reportagem.

Paulo Amarante apresenta seus pontos de vista, lembrando a intervenção de Pinel e a base moral do tratamento proposto por aquele, que aboliu a prática das sangrias e purgações para dar lugar à terapia de tratamento moral. Pioneiro na psiquiatria, partiu do modelo da escola normal e objetivou a correção dos desmandos e dos desregramentos. Seu sistema pedagógico institucional incluiu elementos disciplinadores, que também originaram as prisões, os conventos e as casas reformatórias. O entrevistado lembrou também que Pinel acreditava que as pessoas com transtornos mentais estavam doentes por tensões sociais e psicológicas. Amarante comentou este pensamento de Pinel e retomou a importante questão da alteridade e da aceitação das diferenças que se realçam nas relações sociais reafirmando:

É preciso transformar as relações da sociedade com a loucura, com a diversidade, com a diferença, com a alteridade. Essa ideia de que o que é desconhecido é perigoso, tem que ser afastado, tem que ser excluído, precisa mudar. Temos sim que reconfigurar essas relações e criar outras possibilidades. Então, as pessoas que são diferentes, que são diversas, e, no fundo no fundo, a gente tem uma frase, que dentro do Movimento Anti Manicomial começou a ser usada, inclusive no Fórum Gaúcho de Saúde Mental, e que é uma frase da música do Caetano: “de perto ninguém é normal” (Vaca Profana - Caetano Veloso apud Jornal Futura, 2016).

Embora o compositor da música, Caetano Veloso, citada por Amarante, não estivesse se referindo à loucura, mas sim ao descumprimento de regras morais e

<sup>27</sup>Disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=k-xKz2Z9h08>>. Acesso em: maio 2016.

<sup>28</sup> O Documentário Stultifera Navis - Hotel da Loucura - foi produzido no Rio de Janeiro, dirigido por Dudu Mafra e veiculado pelo Jornal Futura através do Canal Youtube em 04/04/16. Tratou da questão das residências terapêuticas no tratamento psiquiátrico a partir de entrevistas com Paulo Amarante, Valencius Duarte Filho - coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde desde janeiro deste ano e Rita Silvério - superintendente de Saúde Mental da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (JORNAL FUTURA, 2016).

<sup>29</sup> Paulo Amarante: coordenador do Grupo de Trabalho em Saúde Mental da ABRASCO do qual é vice-presidente, membro da Diretoria Nacional do CEBES e editor da Revista Saúde em Debate. Professor e pesquisador titular e coordenador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

religiosas, podemos conectar a frase citada por Amarante à sequência que compõe o refrão da música com a temática da loucura e do louco, por estes constarem no rol de anormalidades. E se continuarmos com a íntegra do refrão haverá ainda mais desdobramentos, pois a música em questão diz assim:

Mas eu também sei ser careta  
De perto, ninguém é normal  
Às vezes, segue em linha reta  
A vida, que é meu bem, meu mal  
(Vaca Profana - Caetano Veloso apud Jornal Futura, 2016)

Ser careta é ser normal e significa agir de acordo com as normas estabelecidas socialmente, ou seja, andar em linha reta. Numa visão generalizada da nossa sociedade, e que aparece expressa pelas representações sociais — como será mostrado no item que exibirá os resultados desta pesquisa — os loucos não costumam estar nesta lista dos normais ou dos que andam em linha reta. Isto se deve à sua comum instabilidade de atitudes e de comportamento. Os loucos costumam ser associados aos rompantes, à quebra de regras e de protocolos. Assim, na frase citada por Amarante, e constante na música acima aludida, é questionado se há alguém que, “de perto”, seja normal; ou seja, que no dia a dia e na intimidade esteja sempre em linha reta, equilibrado, ou se desvia-se também em relação às regras e aos modelos preestabelecidos. O entendimento da importância da exaltação da diversidade, mostrada neste trecho da entrevista por Amarante, adverte que a inclusão das diferenças implica na própria inclusão, uma vez que não há aquele que esteja sempre, ou cem por cento, dentro dos parâmetros estabelecidos socialmente.

Por isso, Amarante alerta para a importância de um modelo assistencial que busque, com urgência, o fechamento dos manicômios — grande espaço de exclusão, violência, morte e “desistorização das pessoas —, para que se busque uma saída na construção de outras relações”, onde a inclusão social seja extensiva aos espaços coletivos de convivência familiar e meio social. Neste sentido, o entrevistado afirma:

Os locais de tratamento aberto devem ser também de sociabilidade, de vida, de reinvenção da vida, de contrato social. Para isso são necessários outros recursos que não só o remédio e não só a terapia, mas com a estimulação da integração social e familiar (Jornal Futura, 2016).

Neste sentido, Amarante destaca ainda a utilização plena dos recursos comunitários: “Senai, Sebrae, Sesc, Senes (Secretaria Nacional de Economia Solidária)”; além da "necessidade da criação e do uso dos espaços de lazer, de esportes, como políticas efetivas", mas afirma reconhecer as "dificuldades reais para estas ações no Brasil"(Jornal Futura, 2016).

Seguindo as intenções do roteiro de entrevista e objetivos do documentário, Amarante toca no assunto específico das Residências Terapêuticas (SRTs), dispositivos fundamentais à reinserção social dos egressos de longas internações e também para as pessoas cujas “famílias não as aceitam mais, ou que não têm família e para as pessoas que não aceitam ficar com a família” (Jornal Futura, 2016). Na sequência da avaliação feita por Amarante sobre estes dispositivos, ele levantou um aspecto também abordado por Pedro Delgado e Paulo Delgado (2016) na Roda de Conversa citada anteriormente, sobre a inadequação da denominação destas instituições, porque: “as residências não são serviços e não são terapêuticos, são locais de moradia”.

Sobre a questão da existência de familiares e da possibilidade de convivência familiar na mesma casa, há discussões cotidianas que perpassam a rotina das equipes profissionais, assistentes dos pacientes internados no IPUB, mas também nos outros hospitais psiquiátricos, que procuram relativizar e respeitar limites das pessoas envolvidas. Neste ponto, comungo com o pensamento que democratiza e inclui de fato os loucos no rol dos “normais”, porque qualquer pessoa, independente de ter transtornos mentais e/ou de fazer tratamento psiquiátrico, pode não querer ou não ter condições, seja de que ordem for, de habitar a mesma casa que outras pessoas. Esta é uma questão que costuma ser encaminhada junto ao paciente na ocasião de sua alta hospitalar, seja esta com qualquer tempo de permanência no hospital.

O entrevistado ainda reforça a necessidade de avanços na construção de mais dispositivos de Atenção Psicossocial para a ampliação das ações da Reforma. Lembra que nos “movimentos iniciais desta havia mais de cem mil leitos, dos quais ainda há vinte e cinco mil em atividade, que devem ser extintos, por representarem um modelo arcaico que deve ser superado”. Em relação aos CAPS, contou os “dois mil e duzentos dispositivos atuais”, chamando atenção para a “necessidade de ampliação para mais de dez mil”, ressaltando sua

importância pela possibilidade de “atender as pessoas no território, perto de suas casas, no regime aberto e de modo mais personalizado”.

Outra questão abordada por Amarante está relacionada à medicalização ou à patologização da loucura, admitindo que há um limite que está para ser extrapolado na nossa sociedade. Ele justificou tal afirmativa dizendo: “é preciso transformar o que é da ordem da doença para a ordem do social. Por exemplo, o desemprego é da ordem do social”. Amarante clama pela distinção e pela despatologização de sentimentos que considera como naturais à vida, como a tristeza desencadeada por um luto, por exemplo. O entrevistado diz: “temos que perceber a questão social. Assim como é o corpo ou o luto, que são naturais à vida do humano, devem ser respeitados como tal e não patologizados de imediato”, porque: “a ciência se organizou em função da patologia que produz as formas de saúde e de doença”. E complementa: “o Ministério da Saúde lida mais com a doença do que se preocupa em produzir saúde”.

O psiquiatra Valencius Duarte Filho foi nomeado em dezembro de 2015 para o cargo de coordenador Nacional de Saúde Mental pelo então ministro da Saúde Marcelo Castro. Esta nomeação gerou protestos por todo o país e a ocupação das áreas externas daquele Ministério pelos integrantes da Luta Antimanicomial. A indignação e a asseveração foram provocadas pelo fato deste médico ter ocupado o cargo de diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras, no período de 1993 a 1998. Como diretor daquela instituição, localizada em Paracambi, no Rio de Janeiro, conviveu com o título de diretor da “casa dos horrores” devido às péssimas condições de abrigo e tipo de tratamento dispensado aos pacientes. Em decorrência de sua má administração e descompromisso para com os cuidados com aquelas pessoas, foi acusado de violação dos direitos humanos. As motivações desta acusação se pautaram na escassez de alimentos para os pacientes internados, na aplicação indiscriminada de eletroconvulsoterapia, dentre outros aspectos avaliados como desumanos. Após a pressão continuada do Movimento de Luta Antimanicomial, o Dr. Valencius foi destituído do cargo da Coordenação Nacional no início do mês de setembro de 2016.

Na entrevista concedida ao Canal Futura, tratada neste texto, o referido psiquiatra fez sua avaliação procurando minimizar ou mesmo anular as acusações por ele sofridas. Afirmou que, tanto na ocasião em que era diretor da Dr. Eiras quanto no cargo da Coordenação Nacional, buscou, respectivamente, participar de

discussões e ações que desdobraram no fechamento daquela Casa de Saúde em 2012 e ampliação do número dos Serviços de Atenção Psicossocial, além de incrementar o Programa de Volta para Casa.

O referido médico argumentou, ainda, que é favorável ao investimento na ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Afirmou que, em 2005, o investimento nacional já foi, na sua maior parte, destinado à rede, sendo menor para os hospitais psiquiátricos. Explicitou que, em termos percentuais, nos dias de hoje, 80% do orçamento da Saúde Mental no Brasil é gasto com a rede extra-hospitalar e 20% com a rede hospitalar, pois a perspectiva e a prioridade da Coordenação Nacional é de fechar os leitos asilares.

Valencius (Jornal Futura, 2016) afirmou ainda que, a seu ver, os CAPS são os ordenadores da RAPS, funcionando como polos centrais, para que os demais dispositivos de Atenção tenham suas atividades direcionadas para aqueles, mesmo reconhecendo as críticas à sua capilaridade nas cidades brasileiras. Avaliou que a Região Norte do Brasil é a mais deficiente em termos de abrangência destes serviços. Disse que isto acontece devido às questões demográficas e de distribuição das pessoas, mas considera importante a avaliação da OMS, que aponta o Brasil como modelo de avanço nesta área.

A psicóloga e superintendente de Saúde Mental da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro naquela ocasião, Rita Silvério, começou fazendo ponderações acerca do tempo de internação psiquiátrica: “hoje determinada por Lei como longa a que tem um tempo médio de 2 anos” (Jornal Futura, 2016). Sobre esta questão, Rita avalia “este período como um tempo excessivo”, reconhecendo “a existência de clientela com dez, vinte e até com cinquenta anos de internação” (Jornal Futura, 2016). Depois, referiu-se à internação necessária nos momentos de crise, defendendo que na saída destas das instituições, “há de se ter espaços de tratamento fora dos hospitais psiquiátricos, com atividades e moradia separados” (Jornal Futura, 2016); ou seja, apontou a importância das “pessoas terem sua moradia e desenvolverem atividades sociais em espaços públicos e não ficarem restritas às casas”, mesmo que estas já sejam fora dos hospitais (Jornal Futura, 2016).

Neste sentido, afirmou ainda a primazia do “atendimento individual e personalizado, obedecendo-se à vontade das pessoas em participar daquilo que lhes interessarem”, respeitando-se também “o tempo, a periodicidade e as

escolhas, por entendimento precípua dos direitos das mesmas” (Jornal Futura, 2016).

Ao final da apresentação das entrevistas, um texto foi colocado como encerramento e mensagem final. O referido diz assim: “a luta mais atual de quem defende a reforma é a redução do uso de medicações e de categorização de doenças mentais” (Jornal Futura, 2016).

A Roda de Conversa aconteceu no Instituto Philippe Pinel em junho de 2016 e teve a Lei 10.216/2001<sup>30</sup> como tema de debate pelos 15 anos completos de sua vigência. Em comemoração a este marco, o Centro de Estudos do Instituto Municipal Philippe Pinel promoveu o evento nas instalações do referido Instituto, tendo como convidados e mediadores o Dr. Pedro Gabriel Delgado e o Dr. Paulo Delgado. Meu comparecimento ao evento se deu por duplo interesse, tanto pelo comprometimento com a Luta Antimanicomial quanto pela temática e sua transversalidade ao objeto de pesquisa aqui relatada. Os conteúdos das avaliações dos conferencistas serão expostos na sequência de seus pronunciamentos e aparecerão no texto entre aspas. O evento foi gravado por um dos participantes, foi copiado e transcrito por mim para utilizar fragmentos dos relatos dos conferencistas na composição deste texto, que aparecerão aspeados. Os conteúdos são de extrema importância, tanto pela temática que abordam quanto pelo momento político atual que atravessamos em nosso país. As incertezas e a falta de incremento aos direitos sociais adquiridos apontam sérias ameaças de suas extinções ou nos cortes de recursos, prejudiciais e inviabilizadores de ações que sigam favorecendo a Reforma Psiquiátrica.

Pedro Gabriel Delgado, médico psiquiatra, professor do IPUB/UFRJ, já ocupou o cargo de coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, sendo importante ator na constituição da Luta Antimanicomial no Brasil desde seus primórdios, hoje com reconhecimento internacional. Participou de maneira direta e íntegra na formulação, tramitação e promulgação da referida Lei. O deputado federal Paulo Delgado é irmão de Pedro. Foi autor tanto do Projeto de Lei quanto de seu depósito e entrada no Congresso

---

<sup>30</sup> Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 - Ministério da Saúde Brasil: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Nacional em 1978, motivo este que levou a Lei 10.216 de 2001a ser conhecida como Lei Paulo Delgado.

Pedro Gabriel iniciou sua avaliação apontando o impacto gerado pela Lei na Saúde, na Saúde Mental e nos outros campos das políticas sociais no Brasil. Afirmou que a legislação significou um ponto de mutação ou, como dito pelo próprio, uma “virada” para a Saúde Mental pública. Além disso, a Lei favoreceu a recriação e a ampliação de rede de serviços e assim “a incorporação de novos profissionais e em grande número pelo Sistema Único de Saúde (SUS), número este somente menor do que o absorvido pelo Programa Saúde da Família”. “É uma Lei que tem reconhecimento por parte da população e por outros campos das áreas públicas brasileiras”, além do “balanço positivo por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS)” e de outros “órgãos internacionais em reunião no Chile” como uma “Lei que produziu efeitos e que aumentou os serviços e as entradas para o atendimento à população” (Delgado, 2016).

Em relação ao crescimento da rede de serviços, citou os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), “que nos primórdios da reforma eram em número irrisório e que atualmente somam mais de setecentas unidades no Brasil” (Delgado, 2016).

Com relação aos CAPS, afirmou que no momento “somam duas mil e trezentas unidades no país, sendo a interiorização uma característica importante. Os mapas da Saúde Mental mostram que a expansão dos dispositivos dirigiu-se para os grotões, pros sertões”. “Hoje em dia há dispositivos em áreas que há pouco tempo atrás eram desprovidas de atendimento à saúde mental” [...] “as pessoas tinham que viajar até oito horas, muitas das vezes em carros estatais, das prefeituras, para serem atendidas em outros municípios” (Delgado, 2016). A exemplo, citou um CAPS III implantado no sertão, no interior do estado da Paraíba, numa cidade chamada Souza. “Esta expansão modificou a vida dos usuários e de seus familiares porque hoje têm atendimento em serviços próximos às suas residências”. Além disso, Pedro Delgado mencionou que alguns estudantes, com os quais teve contato naquela região, “estavam se especializando para retornarem ao sertão, o que antes era impensável devido à falta de oportunidade profissional existente naqueles locais” (Delgado, 2016).

O conferencista citou também as cidades de “Juiz de Fora e Barbacena, em Minas Gerais; Camaragibe, em Pernambuco; Franco da Rocha e Sorocaba, em

São Paulo, como “locais marcadamente manicomial”, com alta concentração de leitos psiquiátricos, que depois de passarem por “cuidadoso, sistemático e correto processo de desinstitucionalização, enfrentam problemas normais da Rede de Atenção Psicossocial” (Delgado, 2016).

Nas cidades grandes, como o Rio de Janeiro, os problemas são diferentes das cidades interiores, pois há outros desafios próprios das metrópoles. “A precarização do trabalho, a terceirização e as dificuldades de gestão são fatores que influenciam direta e negativamente no exercício profissional. Tais elementos, somados à precariedade característica da vida urbana são concorrentes e transversais aos desafios impostos. “A saúde mental é sensível à vulnerabilidade social, aos problemas da desigualdade social e à violência”, e tem a “situação agravada atualmente pelas crises política e econômica do país, cabendo à Rede de Atendimento à Saúde Mental o enfrentamento destas outras fronteiras” (Delgado, 2016).

Neste sentido, Pedro Gabriel salienta que, mais do que acabar com os manicômios, é preciso que se “incremente os dispositivos de tratamento, que a internação, quando necessária, seja mais humanizada, mais dinâmica”. Assim, assinala que “o desafio passa a ser do território e não mais centralizado na desinstitucionalização ou na instituição tradicional”. Para complementar este aspecto abordado citou os ingleses, adjetivando-os de “sábios e práticos” em sua experiência de avaliar a atuação dos dispositivos/rede territoriais pelas demandas de internação advindas das regiões: “se há muitas internações partindo de um mesmo território significa que aquela rede está precária em sua atuação ou não está funcionando” (Delgado, 2016).

Na avaliação de Pedro Gabriel, “os serviços da Saúde Mental têm de se reorganizar, pois ainda existem vinte e seis mil leitos psiquiátricos para serem destituídos no país”. Além disso, “há índices de fragilidade da rede, como por exemplo a internação de adolescentes”. Ele considerou que “o local onde acontece a internação faz toda diferença para a pessoa, por causa dos modelos, dos tipos de internação”. “A internação no equipamento territorial é diferente da reclusão no hospício” (Delgado, 2016). “A diferença se faz sobre a vida da pessoa, durante e posteriormente à internação”. “A lei virou a página do modelo tradicional, mas outras questões permanecem”. “Há desafios específicos nos territórios

relacionados à desinstitucionalização e devem ser trabalhados naquelas localidades” (Delgado, 2016).

Voltando à avaliação dos desdobramentos relacionados especificamente à Lei, Pedro Gabriel expôs que esta é “o resultado do profundo debate, em ambiente de mudança, em jogo desde os anos 1990”, mas que se deve também “ao empenho do então deputado Paulo Delgado”, na estrutura parlamentar brasileira, “que trabalhou na sua tramitação durante doze anos, acompanhando e discutindo mudanças sem permitir que a Lei perdesse seu rumo, sem que fosse desfigurada” (Delgado, 2016).

Pedro Gabriel concluiu que sua avaliação para estes quinze anos de normatização é “extremamente positiva”, que “outras mudanças são possíveis devido ao marco normativo e institucional e que a sustentabilidade da Rede vai depender muito da nossa sabedoria, criatividade, ação política e da resistência diante do que o cenário político coloca”. No cômputo geral, “a ameaça ao SUS é um contexto que vulnerabiliza os avanços alcançados”, pois “não existe reforma psiquiátrica sem o SUS”. A Lei enfrenta hoje questões de “continuidade, de sustentabilidade, de crise do Estado de Bem-estar Social e se houver retrocesso, a Lei corre risco”. “A sustentabilidade da Lei vai depender dos desdobramentos políticos e da força de resistência dos sujeitos envolvidos na Luta Antimanicomial” (Delgado, 2016).

A intervenção de Paulo Delgado começou ressaltando a importância dos avanços proporcionados pela Lei, como a “desinstitucionalização, mas sobretudo a reestruturação dos serviços de atendimento à saúde mental”. Avalia que as mudanças foram muito marcantes em “São Paulo, em Santos, e em Minas Gerais”, afirmando que “a comemoração do dia 18 de Maio em Minas é, atualmente, a mais forte em nosso país”. “Este dia tornou-se referência internacional, com a OMS reconhecendo a Lei brasileira como modelo internacional” por seus “dois pilares muito fortes: a centralidade no paciente e o financiamento pelo SUS” (Delgado, 2016).

O palestrante citou o psiquiatra e autor Franco Rotelli, com quem tem proximidade e mantém discussões acerca desta temática, afirmando que: “aquele italiano avaliou que o Brasil avançou mais que a Argentina” e que a “Lei brasileira é mais universalizante e que é muito bom que seja o serviço público a direcionar onde o usuário deve ser atendido”. Depois, Paulo Delgado citou

Foucault para falar sobre os CAPS, chamando atenção para as questões relacionadas ao “poder dos profissionais nestes dispositivos sobre os pacientes”. Disse que “os CAPS não costumam ter este perfil, embora tenha conhecido dispositivos que se manicomizaram e depois os profissionais reverteram àquela lógica” (Delgado, 2016).

“A Lei tem vinte e sete anos de existência, sendo doze de tramitação e quinze em vigência, tem atualmente mais tempo em vigor do que esteve no Congresso Nacional”. Concorde com Pedro ao avaliar sua “importância devido ser centrada no cuidado dos usuários”. Além disso, afirma que a lei “aumentou o grau de civilidade da psiquiatria”; e que “o avanço da medicina e da psiquiatria no Brasil ajudou para que se desse o modo de tratamento aberto”. E ainda mencionou que “a abertura de cabeça da psiquiatria brasileira aconteceu a partir desta Lei” (Delgado, 2016).

Paulo Delgado ressaltou a importância dos CAPS para o funcionamento da Rede de Atenção. Lembrou que foi “Domingos Savio do Nascimento, médico e psiquiatra social pela Fundação Oswaldo Cruz, atuante no Hospital Pinel” (atual Instituto Philippe Pinel) “quem criou a Portaria que financiou os CAPS antes da Lei existir [...] Ele foi o pai dos CAPS”. Com a legislação em vigência, os CAPS foram incorporados. Da mesma maneira, Paulo Delgado citou e elogiou a presença de Pedro Gabriel no Ministério da Saúde “na Coordenação da Saúde Mental como essencial à oportunização e universalização da Lei” (Delgado, 2016).

O conferencista ainda citou “Pinel, com seu tratamento moral e a busca no resto da razão da pessoa em sofrimento mental”. A seu ver, “a razão não pode ser mais o centro da atenção, mas sim o cuidado. O cuidado como adjetivo, substantivo ou como interjeição [...] O zelo pelo paciente é essencial” (Delgado, 2016). Daí, o seu apelo para que os profissionais selecionados para atuarem na área da Saúde Mental tenham vocação para tanto. Para esta verificação sugeriu que no processo seletivo deveria haver entrevistas para questionar os porquês da escolha pela área.

Esta prerrogativa é importante, segundo Paulo Delgado, porque “o cuidado indica a advertência para um perigo, para descer uma escada, atravessar uma rua”; logo, “deveria haver mais restrições para a ocupação de determinados cargos”, porque “para trabalhar na Saúde Mental, este requisito é fundamental”. “Cuidado

é atenção, é tomar conta, é acolher. O cuidado é o princípio que norteia a Lei”. “Eu queria que tivesse entrevista para os candidatos, nos concursos, para trabalhar na Saúde Mental”. “A ideia centrada no cuidado, na atenção, está na Lei. A doença mental não é contagiosa e dispensa o isolamento” (Delgado, 2016).

Paulo Delgado segue seu raciocínio: “no senso comum, a doença mental ou as pessoas com transtornos mentais são chamadas de esquisitas”, por isso a importância de “convencer a sociedade de que as pessoas que sofrem não precisam ser isoladas [...] porque há necessidade de contar com a concorrência do senso comum do que é a doença mental. Todo mundo tem uma opinião pessoal sobre o que é a doença mental e está relacionado ao jeito da pessoa”. Em seguida o palestrante discorreu sobre a palavra ou termo esquisito para designar os loucos e dizer que “esta ideia pode levar a uma certa facilidade de plantar um diagnóstico nos outros, tanto em adulto por adulto quanto para crianças e entre crianças. Na escola isso pode ser um inferno”. E assim concluiu que neste sentido é “preciso capturar as pessoas porque elas se partem, se perdem” (Delgado, 2016).

Paulo Delgado alertou que estes são formatos ou padrões de violência que se dão nas relações sociais” e a Reforma tem o papel de alertar sobre as origens da violência, as origens da injustiça”. “É preciso ganhar da intransigência, é preciso ouvir o outro, a dor do outro, porque água com açúcar dada com amor faz mais efeito que remédio dado com indiferença”.

Afirmou, ainda, que os “caminhos de sabedoria podem ser alcançados por reflexão e por conhecimento, mas também por imitação a partir de bons modelos”. “A experiência é muito bom caminho e se combinada com a sábia imitação e com a reflexão pode fazer um ótimo profissional”. “Os profissionais atentos e que buscam se formar dessa maneira, que Basaglia chamava de relíquias” são “os novos psiquiatras, os novos psicólogos, os novos assistentes sociais, novos enfermeiros, novos professores, etc” (Delgado, 2016).

Para concluir, Paulo Delgado disse que “a Reforma tem cunho missionário, porque também é gostar de gente difícil, é descobrir o que há de bom nas pessoas”. “Há necessidade de mudança de paradigma por parte dos profissionais, para passarem de recolhedores de problemas para acolhedores de pessoas” [...] “As mudanças que já se fizeram neste sentido irritou a psiquiatria tradicional brasileira, os laboratórios e o sistema político conservador, que quer se apropriar da medicina por razões não médicas, assim com a psiquiatria pode se apropriar do

paciente por razão não médica”. Ao final, o palestrante afirmou que “para os profissionais da área da Saúde Mental é premente o pensamento de que nós ficamos muito melhores quando ficamos amigos dos nossos pacientes!” (Delgado, 2016).

Para deixar registradas as principais ideias apresentadas pelos pesquisadores, estudiosos e conferencistas, todos atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, acerca da questão da desinstitucionalização e da Reforma psiquiátrica Brasileira, elaborei este texto com os principais aspectos levantados pelos mesmos. Considerando que os relatos e dissertações estiveram quase sempre na mesma direção, ressaltai aqueles em que há maior concordância relacionada aos avanços, aos desafios ou aos caminhos a serem tomados para que a Reforma se solidifique de maneira cada vez mais integral em nosso país.

Para começar, essa integralidade da Reforma está correlacionada ao processo de desinstitucionalização, que pode ser observado e entendido a partir de alguns significados, mas que deve suas bases e importância ao desmonte físico e ideológico dos manicômios, ao aumento e incremento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e sua articulação com os outros serviços assistenciais à Saúde e ao bem-estar da população. Para tanto, é necessário que haja compromisso e empenho político e material do Estado e dos gestores públicos, assim como de todo o corpo de profissionais da área.

Com relação ao empenho do Estado e ao investimento nas áreas da Saúde Mental, é notória a crise pela qual se passa, estreitamente provocada pelas relações na esfera política de poder, com consequências na economia e, portanto, nos investimentos aos projetos relacionados à assistência pública e gratuita, que baseia-se nos direitos sociais brasileiros. A precarização e a terceirização do trabalho e as dificuldades de gestão, provocadas pela crise atual, também são fatores que merecem atenção redobrada e efetivas ações para que não se desestabilize ainda mais o exercício profissional, tão caro a esta área de atuação.

Esta crise tem causado retrocessos na manutenção do SUS em suas prerrogativas mais básicas: a Universalidade, a Equidade e a Integralidade, com ameaça de perder inclusive esta cobertura prevista pela Constituição Federal. Relacionada a estas prerrogativas está a articulação da Rede de Atenção Psicossocial com o Programa Saúde da Família (PSF) e demais dispositivos e serviços de atendimento à população, como importante estrutura para a garantia

do funcionamento de uma rede capaz de dar suporte e efetivar os objetivos da Saúde Pública Brasileira.

A humanização também foi apontada como requisito básico para a melhoria do atendimento à Saúde Mental. Este aspecto humanitário seria a proposta para a garantia de uma internação psiquiátrica menos invasiva e traumática, sendo esta indicada somente em momentos de crise aguda. As internações, quando necessárias, deveriam ser prioritariamente nos dispositivos existentes no próprio território, como nos CAPS III. Este requisito também foi aclamado para o tratamento ambulatorial, com a devida preocupação da disponibilização de atenção individual e personalizada das terapias, respeitando-se o tempo e as escolhas individuais dos sujeitos envolvidos.

O deslocamento do foco da doença para a saúde e do paciente enquanto doente para o entendimento do mesmo enquanto sujeito histórico, constituinte e participante de uma comunidade também devem estar na mira dos profissionais da Saúde Mental. Desta forma, a atenção dos profissionais e dispositivos locais, territoriais, estaria voltada à comunidade para que o tratamento se dê de maneira mais abrangente e envolvente para todos os habitantes. Esta ação teria ainda o objetivo de buscar a promoção da inserção social do louco, a tolerância para a convivência com as diferenças e o posicionamento mais humano e cidadão para com a população.

Foi apontada ainda a necessidade da revisão dos valores psiquiátricos conservadores e que guardam as premissas de seus tempos iniciais, com a proeminência da figura do médico como condutor e detentor do saber para a maior valorização do trabalho interdisciplinar e intersetorial, com novas formações nas equipes assistentes que comportem mudanças nos papéis e organizações de poder; para as formações continuadas dos profissionais e articulação entre aspectos clínicos; para o entendimento do adoecimento relacionado à vida e ao contexto social, resgatando o sujeito enquanto ser produtor e produto do meio em que vive.

Os CAPS foram demarcados como dispositivos altamente capazes e importantes para o tratamento à Saúde Mental, sendo ainda referenciais à Rede como um todo por sua possibilidade de centralização das questões territoriais. No entanto, é necessário que estes dispositivos constituam-se como lugares de passagem e onde a atenção às questões institucionais devam ser altamente observáveis e questionadas para que se diminuam ao máximo as tendências

institucionalizantes nocivas a todo o processo de desinstitucionalização e Reforma.

As estratégias para a efetivação da desinstitucionalização também foram ressaltadas, chamando-se a atenção para as diferenças regionais e contextuais tão diversas em nosso país. Deve ser considerada, portanto, a necessidade de desenvolvimento de programas específicos com o aumento substancial do número de dispositivos formadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com destaque para os CAPS e os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Assim, a proposta mais abrangente para dar continuidade ao processo de desinstitucionalização baseia-se na ideia de desconstrução ideológica cultural dos manicômios, na desobstrução dos estigmas e dos estereótipos relacionados à loucura e aos loucos para buscar posturas e compreensão mais solidárias para com as alteridades, tendo ainda como perspectiva o convencimento da sociedade de que as pessoas que sofrem de transtornos mentais não precisam ser isoladas do convívio social. A importância do Movimento de Luta Antimanicomial foi ressaltada por vários dos atores na discussão que apresento, ressaltando sua fundamental possibilidade de atuação contra a exclusão em ações coletivas e continuadas para atingir o imaginário social nos rumos das mudanças em relação à desinstitucionalização e à convivência com os loucos na sociedade.

A Lei 10.216 está sendo considerada importantíssima para que o cuidado para com os usuários dos serviços de atendimento à Saúde Mental seja assegurado no cerne do tratamento dos mesmos e estes como sujeitos componentes da comunidade da qual fazem parte. Este entendimento e ação atendem aos requisitos básicos da cidadania contemplada pela Constituição Federal, que devem seguir sendo atendidos para que a Reforma continue a desdobrar-se de maneira que a desinstitucionalização se efetive tanto do ponto de vista imaterial quanto nas suas edificações.

Para complementar, reapresento o pequeno texto que já fora veiculado pelos organizadores do 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, ocorrido em São Paulo, em maio de 2016, e que representa e descreve tão bem as apostas e os principais focos daquele encontro:

A reforma psiquiátrica e o movimento pela Saúde Mental implicam em mudança de foco da doença mental para o sofrimento e o bem-estar das pessoas acometidas de transtornos psíquicos, seus familiares e seus entornos comunitários; da crença

fatalista na incurabilidade, na periculosidade e na improdutividade das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais e toxicomanias, para o investimento na sua recuperação e reinserção social e o abandono da inevitável institucionalização, para o cuidado no contexto de uma rede de serviços substitutivos ao modo asilar. A Reforma Psiquiátrica é um movimento social amplo, complexo, intersetorial, plural e precisamos efetivá-la mais que nunca! (Congresso Brasileiro de Saúde Mental, 2016)

Os eixos temáticos discutidos naquele Congresso foram distribuídos em dez itens em seu relatório final. Optei por concluir este subitem listando estes eixos a partir da discriminação dos Anais do evento, por representarem um fruto de um encontro fundamental à Luta Antimanicomial, pois reúne atores dos diversos segmentos que constituem, mantêm e dão movimento à Reforma. Estes segmentos são compostos por usuários, seus familiares e/ou rede social; por profissionais das áreas afins; por representantes políticos das três esferas dos poderes governamentais, incluindo os Conselhos de Saúde e representantes sociais, através de Associações que se formaram ao longo do tempo. Os dez eixos foram:

A Política de Saúde Mental na atual conjuntura em relação às prerrogativas da Reforma Psiquiátrica; a satisfatoriedade do funcionamento dos Serviços de Atenção Psicossocial; a relação entre os profissionais da saúde, a indústria farmacêutica e a indústria hospitalar, considerando a questão da (des)medicalização na vida cotidiana e o papel dos tratamentos invasivos, como o eletrochoque; a institucionalização, a desinstitucionalização e a transinstitucionalização nas ações dos dispositivos de Atenção à Saúde Mental; o papel do judiciário no âmbito da saúde mental, os direitos humanos e à defesa da cidadania, mais a questão das internações compulsórias inclusive no sistema prisional; a Política Nacional sobre o uso abusivo do álcool e de outras drogas, abrangendo as questões da legalização, da discriminação, das abordagens terapêuticas, do uso terapêutico da maconha e da ayuasca, e as ações de redução de danos e das Comunidades terapêuticas; populações excluídas, vulneráveis e invisíveis: população de rua, quilombolas, deficientes físicos e intelectuais, idosos, indígenas. A questão da identidade e questões de gênero; o trabalho e a inserção social, incluindo os aspectos e as iniciativas para geração de renda, cooperativismo, modos de produção e inserção no mercado de trabalho; a infância e a adolescência, a educação escolar e a saúde mental das crianças e dos jovens. As relações familiares, os jogos eletrônicos e as construções sociais para os processos de viver; e, por fim, as questões relacionadas ao lazer, à cultura, ao meio ambiente, à mobilidade urbana, às artes, e a interface com a saúde mental (Congresso Brasileiro de Saúde Mental, 2016).

Para finalizar este capítulo e adentrar o próximo, proponho que projetemos o pensamento para as ideias que circundaram a loucura e louco até o momento, principalmente na Europa Ocidental e no Brasil. Com isso teremos acesso às ideias que vêm circulando acerca deste tema e sujeito. As ideias ganham as falas e

se espalham socialmente, compondo uma comunicação coletiva, social, e assim arranjam também as representações sociais relacionadas aos objetos comuns. No próximo capítulo, abordarei a Teoria das Representações Sociais, objetivando a compreensão da mesma e sua articulação com o objeto estudado.

## 4

### Teoria das representações sociais: conceitos, pesquisas e articulações teóricas

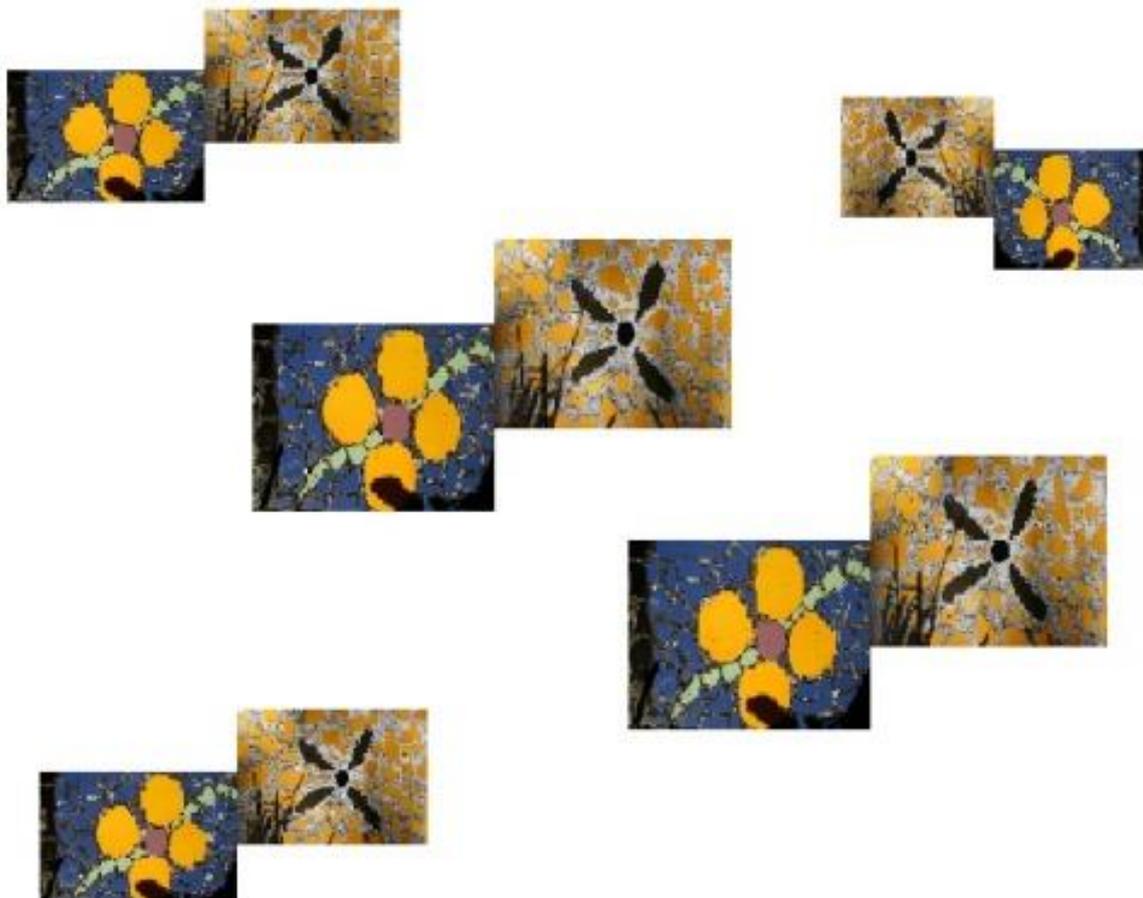


Figura 7 -“Representações sociais: palavras, imagens, sons e ideias em mosaicos” (Interferência do paint/windows sobre fotografia da pesquisadora - Cristina Loureiro - março/abril de 2016).

#### 4.1.

#### A teoria das representações sociais

Conforme já enunciado, a Teoria das Representações Sociais (TRS) (Moscovici, 2013) embasa teoricamente o desenvolvimento desta pesquisa para objetivar reflexões acerca das representações da loucura e do louco, destacando a importância destas para a (re)inserção social do mesmo, conforme análises de Amarante (1995) e Arruda (2002).

O envolvimento com o objeto da pesquisa me fez perceber, com outra atenção, o quanto as palavras loucura e louco são utilizadas no nosso dia a dia, em situações diversas e com significados distintos. Tratar das representações sociais da loucura requer, portanto, que fique claro que não se refere aqui aos usos cujos significados remetam à leviandade, à brincadeira, à situação ou pessoas incomuns, coisas e acontecimentos inusitados, ousados ou cômicos. A loucura que localiza este objeto é a que se refere ao transtorno mental, à doença mental, na qual o sofrimento psíquico se destaca e onde o tratamento psiquiátrico se aplica. A loucura com a qual estou trabalhando é, portanto, a que é tema da Reforma Psiquiátrica, que se efetiva na Europa Ocidental e Estados Unidos, desde meados do século XX, e no Brasil, desde a década de 1970.

A Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 2013) é utilizada como dispositivo para diálogo e análise de como as mesmas são expressadas por aqueles que têm relação de proximidade com pessoas com transtornos mentais, sendo estes usuários dos serviços de atendimento à Saúde Mental, em dois campos já descritos na introdução.

Elaborada nos anos 1960, a TRS foi apresentada por Serge Moscovici, seu criador, via estudo sobre a representação social da psicanálise. Neste trabalho, buscou evidenciar os processos sociais pelos quais a novidade e a mudança, como a conservação e a preservação, tornavam-se parte da vida social. Ele estava interessado na transformação do senso comum. O referido autor afirma que “a representação social constitui uma das vias de apreensão do mundo concreto, em seus alicerces e em suas consequências” (Moscovici, 2013, p. 44). As representações permitem a transformação de um conhecimento indireto em conhecimento direto, viabilizando a apropriação do universo exterior por parte dos sujeitos. São conhecimentos desenvolvidos pelos grupos e pelas sociedades que se cristalizaram ao longo do tempo, e se constituem na construção social da realidade.

As representações sociais determinam os comportamentos e definem, simultaneamente, a natureza dos estímulos que nos cercam e nos provocam, além do significado das respostas a serem dadas no dia a dia. As representações são uma modalidade de conhecimento que têm por funções a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos. Elas “possuem uma função constitutiva da realidade, da única realidade que conhecemos por experiência e na

qual a maioria das pessoas se movimenta”, e ainda, “é alternativamente, o sinal e a reprodução de um objeto socialmente valorizado” (Moscovici, 1978, p. 26-27 apud Aragão & Arruda, 2013).

Segundo Sá (1996, p.19), a TRS de Moscovici aconteceu como um marco de “renovação temática, teórica e metodológica da psicologia social. O campo começou a receber mais atenção na Europa somente a partir dos anos 70”. Durante os anos 1980, enfrentou oposições acadêmicas ainda no continente europeu e na sua transposição para o Brasil. Ainda, segundo Sá (1996), o início dos anos 1990 foi marcado pela “dissipação das restrições críticas, ao mesmo tempo em que se verificou uma significativa intensificação dos esforços de elaboração teórica e de aperfeiçoamento metodológico”. Em suma, a TRS proposta por Moscovici passou a ser considerada uma “grande teoria das representações sociais”, ou seja, uma concepção condutora à produção de pesquisas, mas que deve ser observada em suas especificidades contextuais, e “completada por descrições detalhadas de processos que sejam compatíveis com a teoria geral” (Doise, 1993, p.161 apud SÁ, 1996, p.19).

Atualmente, a TRS segue sendo muito utilizada na Europa e nas Américas por profissionais de diferentes áreas, como saúde, educação, educação física, dentre outras. Teóricos como Denise Jodelet (2005), Willem Doise (1992 apud Chamon, 2007) e Jean-Claude Abric (2000) desenvolveram a teoria em diferentes vertentes ou aspectos conceituais. Outros, como Mary Jane Spink (1993), Angela Arruda (2002), Pedrinho Guareschi e Sandra Jovchelovith (2013), Celso Sá (1995) e Sandra Jovchelovitch (2004) também contribuíram para a sua expansão.

A TRS vem se constituindo como “um referencial teórico e metodológico vivo, em constante produção no Brasil”, afirmam Martins, Carvalho e Antunes-Rocha (2014, p.112), após pesquisa que tratou do levantamento da utilização deste referencial em diversas áreas de conhecimento “para a compreensão de fenômenos de ordens distintas [...]revelando o seu caráter interdisciplinar e sua apropriação” (Martins, Carvalho, Antunes-Rocha, 2014, p. 113). Esta afirmativa está baseada no estudo que envolveu “172 grupos de pesquisa que estudavam a TRS” no Brasil naquele ano de 2014, apontando inclusive que a maior utilização dessereferencial se encontra no Sudeste do país (Martins, Carvalho, Antunes-Rocha, 2014, p. 104).

O avanço do criador da TRS (Moscovici, 2013) em relação às representações coletivas de Durkheim consiste na afirmação da importância do meio social em movimento e na interação entre os sujeitos que as compõem. Arruda (2002, p. 354) analisa o questionamento e o rompimento de Moscovici em relação a Durkheim, principalmente quanto à “criatividade do sujeito cognoscente”. Desta forma, indica que Moscovici se interessou pelo uso que os homens fazem do conhecimento no cotidiano e, portanto, pela sua participação na produção das representações sociais, superando o que aquele sociólogo denominava “representações coletivas” sob uma perspectiva positivista.

Arruda (2002) ainda avalia que a TRS promove uma comunicação como via de mão dupla, pois aproxima conceitos que a psicologia clássica opôs. Colocando-se desta maneira, vigora entre os posicionamentos científicos que integram o movimento de crítica paradigmática nos diversos campos de conhecimento que se avoluma desde a década de 1950. Sua proposta de renovação do conhecimento, segundo o próprio Moscovici (2013), é a consideração da representação social como um processo que torna o conceito e sua percepção intercambiáveis, engendrando-se reciprocamente. Segundo Arruda (2002), esta concepção rompe com as bases do pensamento de Durkheim (1953/1974 apud Arruda, 2002), cuja visão se centrava na coerção da sociedade sobre os indivíduos e na função normativa das representações coletivas. Para Moscovici (2013), as relações entre sociedade e cultura são interdependentes e contraditórias, e não estáticas, como defendia Durkheim.

Jovchelovitch (2004, p. 22) postula um sistema triangular para a composição das representações sociais onde a relação sujeito-objeto-sujeito media a constituição das mesmas e dá sentido aos objetos, sendo o meio social propiciador do conhecimento sobre eles. Esta postura não privilegia o sujeito individual, o coletivo e nem o objeto, mas o espaço que se constitui entre os mesmos, considerando a estruturação do “objeto-mundo” através da ação comunicativa entre sujeitos e objetos.

Moscovici (2013) alerta sobre a dinamicidade na qual se encontra o objeto e sua estreita articulação com os sujeitos que o definem, onde as determinações dependem inclusive da forma da aproximação entre os mesmos. Assim se dá o entrelaçamento entre o objeto representado e o sujeito que o representa, constituindo um conhecimento elaborado, um saber organizado e legitimado

socialmente, que concorre com a história e com as práticas cotidianas acerca daquele. Nesta relação, o autor ressalta um foco privilegiado para a comunicação e suas transversalidades, além da criatividade dos sujeitos envolvidos.

As representações sociais orientam assim os entendimentos, os conhecimentos, as justificativas, as ações e a elaboração dos papéis sociais, embora os sujeitos sejam ativos diante destas construções e atendimentos as regras determinadas socialmente. Elas descrevem, explicam e classificam objetos; e os sujeitos, escolhem, combinam e reinventam as imagens, carregadas de representações, quando recorrem a estas para compreenderem as situações que os tocam, que despertam interesses e influenciam nas suas atitudes e emissão de opiniões, embora as mesmas se constituam de maneira mais complexa do que simples opiniões, mitos ou pareceres (Moscovici, 2013 apud Cruz, 2013).

As variações dos objetos em suas constituições e denominações em diferentes contextos são inerentes às representações. Estas revelam uma interpretação da realidade, uma sinalização de sentido. Sua existência depende da construção coletiva e ininterrupta, que segue dando estruturas para as formações identitárias (individuais e coletivas), podendo indicar também as condições sociais dos atores que as reproduzem e as transformam (Guareschi & Jovchelovith, 2013).

Os sujeitos representam objetos construídos socialmente, e só o fazem por viverem em sociedade e por desenvolverem mecanismos cognitivos e afetivos próprios a essa forma de conhecimento (Moscovici, 2013). Arruda (2002) aponta a questão do afeto e de sua qualidade como propulsores da cognição e da ação, o que incide diretamente sobre a formação da representação, pois atravessa o sujeito individual e o meio social, ou ainda, conforme nos alertam as autoras a seguir:

O vetor do afeto se manifesta como uma fagulha que dá origem ou põe em movimento a representação, pois provoca o pensamento. Mas também incide direcionando o contorno que a representação pode assumir, presidindo seleções, recortes e recriações do objeto (Aragão & Arruda, 2013, p. 89).

Logo, o afeto é entendido como base das ligas relacionais dos movimentos de mudanças e é pregnante às comunicações, atravessando, portanto, as representações sociais expressadas pelos sujeitos no meio social como um todo. Esta questão fica clara na opinião de Jodelet (2009) quando explicita as três

esferas da construção em que se estruturam as mesmas: a subjetiva, a intersubjetiva e a trans-subjetiva.

A esfera subjetiva refere-se aos processos cognitivos/afetivos, que para a autora se dão de maneira engendrada e pelos quais os sujeitos constroem suas representações, incluindo “projeções fantasmáticas, investimentos pulsionais, identitários e motivações” (Jodelet, 2009, p. 27). Os afetos “são o estopim do movimento [...] constitutivos da representação”, componentes da dinâmica e mediação relacional coletiva (Arruda, 2011, p. 342 apud Cruz, 2013). Eles estão nos motes e funcionam para sanar a necessidade da diminuição da tensão e desconforto causados pelo estranho ou na valorização ou anseio do sentimento de aceitação por um grupo com vistas ao bem-estar.

A TRS é constituída a partir do que é compartilhado no senso comum, e este saber compõe o que se chama de teoria leiga. É elaborada por sujeitos que não podem se diferenciar totalmente dos objetos que representam, pois ao mesmo tempo em que os constituem, constituem-se no passado, presente e futuro, como linhas que dão pistas sobre a modelação, a articulação e sua inserção no dia a dia, sobretudo para com as novidades ou os novos objetos que se apresentam e/ou que se constroem (Moscovici, 2013).

Os novos objetos modificam a ordem estabelecida e requerem novos significados e explicações que orientem a comunicação e os comportamentos. Desta maneira, os homens vêm reconstruindo um mundo e uma realidade que se apresentam em constante mudança em sua multiplicidade e imprevisibilidade, o que lhes confere um caráter plural e em constante transformação (Jovchelovitch, 2008 apud Cruz, 2013, p. 31).

As representações sociais disponibilizam explicações de vários objetos, que podem ser acontecimentos materiais, psíquicos ou sociais. Este conhecimento se difere do científico pelo fato deste obedecer a regras metodológicas e à certificação nos meios acadêmicos.

Os saberes do senso comum podem ser atravessados pelos saberes de natureza científica, religiosa, entre outros. São veiculados nas conversas informais e nos meios de comunicação, canais por onde também transitam os conhecimentos cientificamente reificados. Desta maneira, ancoram-se e objetivam-se conforme a cultura que os traduzem e que os localizam socialmente. São passados de geração em geração, apoiando-se em tradições, em crenças e em experiências vividas ou

contadas. Embora suas justificativas possam conter saberes científicos ou de outra natureza, não garantem coesão ou coerência nas afirmativas que disseminam (Moscovici, 2013).

Moscovici (2001) faz a distinção entre os sistemas de pensamento quando forma duas classes diferentes de universos: universos consensuais e universos reificados. Os primeiros expressam as ideias relacionadas ao senso comum ou à teoria leiga. Aqui, os indivíduos elaboram a realidade que vivenciam, explicam os acontecimentos e suas justificativas. Nos universos reificados, manifestam os saberes e conhecimentos científicos, com objetividade e rigor lógico e metodológico, conforme já mencionado. A inter-relação entre ambos acontece no cotidiano e varia conforme os contextos sociais e os posicionamentos individuais e grupais no meio social como um todo.

Moscovici (2001, p.17) chama a atenção para o fato de que “a representação social toma o lugar da ciência e, por outro, a constitui (ou reconstitui) a partir das relações sociais envolvidas”. Assim, a ciência passa a fazer parte da crença dos indivíduos, tornando-se elemento da própria cultura e o conhecimento científico é transformado em conhecimento comum.

Os potenciais na transmissão de informações, na interpretação dialógica dos objetos durante a interação, na negociação das significações sociais durante as comunicações interpessoais são componentes que Jodelet (2009, p. 29) nomeou como uma segunda esfera dentre as três que classificou: a esfera intersubjetiva. Assim, as representações sociais são sempre criadas na ação comunicativa “ao tornarem-se interiorizadas, e para que sejam interiorizadas penetram no mundo da conversação”, existindo nos diálogos durante tempos.

Fragmentos de diálogo, leituras descontínuas ou expressões ouvidas em qualquer lugar podem retornar à mente dos interlocutores, misturando-se às suas impressões já existentes. A partir daí, podem aparecer lembranças que favorecem outras conexões para se ligarem às novidades e darem continuidade aos saberes sobre os objetos dos quais tratam. Desta maneira, podem confirmar ainda os hábitos do grupo no qual há inserção dos sujeitos envolvidos. A conversa coletiva ganha corpo e a moldagem vai se fazendo cada vez mais consistente e precisa nas expressões, “com os sujeitos equipados e equipando-se dos discursos que os permitem serem incluídos nas rodas de conversas” (Moscovici, 2001, p. 53).

Há variações nas representações sociais nos diferentes grupos, assim como há diferenças nos entendimentos proferidos pelos mesmos em relação aos objetos, principalmente, ou mais especificamente, em relação aos que lhes dizem respeito mais diretamente ou que lhes interessam. Assim, há também a criação de um repertório comum e de uma lógica partilhada que possibilite que as pessoas harmonizem suas falas e atitudes com as do seu grupo, para que a comunicação seja favorecida.

No entanto, é preciso apreciar o dissenso convivente com o consenso dentro dos grupos, pois ao mesmo tempo em que as pessoas precisam acomodar suas falas, falar uma mesma língua e edificar identidades num determinado grupo, precisam se inserir em outros tantos, ajustando-se multiplamente e de acordo com as necessidades de suas histórias de vida peculiares (Cruz, 2013). Desta maneira, é possível que estas adaptações forjem representações com diferentes facetas em grupos diversos, levadas pelos sujeitos e suas possibilidades de entendimentos e inserções sociais.

A terceira esfera categorizada por Jodelet (2009) diz respeito à trans-subjetividade, que ultrapassa e perpassa as esferas subjetiva e intersubjetiva. Ela abarca as bases e contextos comuns a uma coletividade e oferece critérios de interpretação do mundo. É um conceito amplo, que “remete às condições materiais de vida, às relações de poder existentes, aos sistemas de normas e valores vigentes, aos meios de comunicação de massa, aos funcionamentos institucionais etc.” (Cruz, 2013, p. 34).

A esfera social mais ampla e trans-subjetiva, portanto, é muito ativa nos processos de ancoragem e de objetivação através dos quais as representações sociais se estabelecem e são identificadas. Jodelet (2005) e Doise (1992 apud Chamon, 2007), entre outros, trabalharam no desenvolvimento do entendimento destes dois processos postulados por Moscovici (2013).

O processo de ancoragem acontece como um enraizamento ou, como o nome diz, tem relação com um movimento de ancoramento de uma ideia ou sentido em outra/o já existente. Isto acontece para integrar cognitivamente um objeto representado num sistema de pensamento que já vigora. Dessa forma, os novos objetos de conhecimento são colocados numa rede de categorias familiares com o objetivo de familiarizá-los. A classificação nesta rede acontece a partir das representações partilhadas coletivamente (Moscovici, 2013).

A ancoragem refere-se aos significados que precedem uma representação e que lhe dão sentido prévio, servindo de base para que outros sentidos sejam fixados. Ela acontece dando certa continuidade para a explicação que a representação contém, por aproximação, por analogia, mas sem guardar a coerência da lógica usada do conhecimento científico. Neste processo, um objeto é classificado de acordo com as categorias disponíveis, considerando os recortes e os ajustamentos numa perspectiva de adequação do sentido.

Este processo acontece quando uma novidade aparece em meio social e precisa ser familiarizada, entendida, digerida pelas pessoas, grupos, sociedades. As representações sociais são ancoradas umas nas outras, pois partem daquilo que está familiarizado para absorver o que chega de novo.

Doise (1992 apud Chamon, 2007) propõe uma análise da ancoragem das representações sociais a partir de uma classificação em três modalidades. A primeira relaciona-se aos valores sociais de modo geral ou às crenças vigentes numa sociedade, aproximando-se do âmbito psicológico dos sujeitos; a segunda inscreve-se nos conteúdos psicossociológicos e se desdobra nas relações sociais vividas pelos sujeitos no desenvolvimento dos papéis próprios aos meios em que se inserem; a terceira, no âmbito sociológico, diz respeito ao nível mais amplo de modalidade das relações sociais, ou seja, refere-se à maneira como os grupos interagem na apropriação do objeto.

A visão de Doise (1992 apud Chamon, 2007) pode ser refletida na análise proposta por Jodelet (2009), que afirma que é nas ligas relacionais que as representações são expressas pelos sujeitos e isso proporciona as mudanças pelas quais este meio passa. A proximidade entre o pensamento de ambos diz respeito às três esferas de constituição das representações sociais, que se dividem no âmbito mais próximo ao do próprio sujeito ao meio no qual vive e comunica-se à situação cultural, mais ampla, com sua gama valorativa imposta pela sociedade.

A objetivação relaciona-se com a necessidade de tornar os objetos sociais concretos e naturalizados (Moscovici, 2013). Numa primeira fase da objetivação, acontecem a seleção e a descontextualização de um objeto de sua função ou enfoque original para significar algo. Isso se dá a partir de critérios culturais e afetivos. Na segunda fase, são feitas as escolhas, com os recortes e esquematizações. Na terceira fase da objetivação, o objeto passa a ser visto como dado de realidade, no sentido da naturalização do mesmo. Os símbolos utilizados

podem ter relações que envolvam os sentidos olfativos, táteis, gustativos, auditivos ou visuais. Dois bons exemplos ligados à linguagem visual são: a pomba branca, significante da paz; e a rosa, flor relacionada ao amor. Pesquisas sobre representações sociais da loucura mostram que ela é comumente compreendida como uma doença dos nervos, fisicamente localizada na cabeça. Assim, apontar para a cabeça com o dedo em movimento giratório é um ato sinalizador da loucura.

Desta forma, a objetivação é o processo que torna concreto o que é abstrato, que materializa a palavra, que transforma um conceito ou ideia perceptíveis, tornando-os intercambiáveis. O objeto e seu conceito podem ser percebidos por uma imagem que os simplifiquem ou traduzam em contexto social específico, podendo ganhar significado independentemente da origem de qualquer uma das partes envolvidas na associação. Assim, a imagem torna-se o objeto e favorece a comunicação imediata em seu meio social (Moscovici, 2013).

A objetivação é, portanto, o que Moscovici (2013, p. 54) denomina de “face figurativa”, ou seja, é o momento em que o abstrato se faz concreto, cristalizando as ideias e tornando-as objetivas aos sentidos dos sujeitos e à comunicação social. Jodelet (apud SÁ, 1995) é citada para sistematizar o mecanismo de objetivação em três fases distintas, a saber: seleção ou contextualização, criação do esquema figurativo e naturalização. Neste momento, os indivíduos se apropriam do conhecimento, a partir de critérios culturais, das experiências e dos conhecimentos que o grupo possui na construção seletiva da realidade, considerando ainda a acessibilidade às informações e à compreensão das mesmas por parte dos sujeitos. Num segundo momento, formam um esquema figurativo, que converte o conceito em uma imagem, que pode ser encadeada a palavras. Após, acontece a naturalização desse modelo, tornando o abstrato em concreto, palpável e até mesmo estável, até que uma, sempre possível, mudança ocorra.

Os dois processos, ancoragem e objetivação, são complementares e concomitantes, dando sentido e realidade aos objetos tratados socialmente. Conforme nos alerta Moscovici (2013), é um processo que se desenvolve em um duplo mecanismo, de natureza psicológica e social, e tem por finalidade destacar uma figura e carregá-la de sentido para que os objetos de interesse social sejam inscritos no universo coletivo. Assim, é dado nome àquilo que não estava nomeado, possibilitando a sedimentação de um registro simbólico. Neste

processo, o juízo de valores sociais adiciona o desconhecido à realidade reconhecida, possibilitando a classificação e categorização dos objetos e suas significações, num campo em que “o antigo e o atual são confrontados” (Jovchelovitch, 2013, p. 41).

Logo, conclui-se que as representações são criadas e referenciadas pelo meio no qual se cristalizaram, ao mesmo tempo em que também o influencia, porque passa a fazer parte dos conteúdos que interpretam a realidade ou a visão do mundo daqueles que o habitam. Conforme Jodelet (1992 apud SÁ, 1995), pode-se afirmar que o grupo exprime sua identidade a partir do sentido que ele dá à representação. E são essas significações que intervêm nas relações simbólicas existentes no grupo social que representa o objeto.

Moscovici (1978 apud Sá; Arruda, 2000) desdobra os conceitos da psicologia que abordam o indivíduo para alcançar o pensamento comum ou o conhecimento gerado, e que permeia o dia a dia das pessoas em sociedade. O autor mostra que esse conhecimento social se transforma em representação e esta representação influencia o social. Logo, considera importante a formação de grupos nas sociedades, a ocupação de um *locus* social por estes e sua função de buscar garantir o atendimento de seus interesses, incluindo a manutenção destes lugares sociais (embora a mudança possa sempre ocorrer, inclusive pela ação dos grupos minoritários, quando não possuem seus interesses atendidos).

Sua funcionalidade serve tanto para a avaliação da situação quanto para a ação em relação à mesma. Este movimento, como um todo, predispõe a comportamentos esperados ou previstos, dentro dos padrões e características a eles atribuídos. Paredes (2006, p. 385) cita Jodelet (2005) para afirmar a influência deste movimento na relação da pessoa com o objeto da sua ação:

A maior parcela da humanidade vive de acordo com noções oriundas das experiências do cotidiano, das conversas entretidas em seus grupos de pertença, do saber que escorre pelos meios de comunicação.

Spink (1993) ressalta a importância da circulação pública dos saberes produzidos cientificamente para que a representação se forme socialmente, seja através das mídias existentes ou entre populares. Os conteúdos destes saberes são confrontados com os interesses dos diversos grupos existentes, seus hábitos e,

portanto, na própria interação social, formando pressões próprias e lutas para a manutenção das identidades coletivas.

Spink (1993) atribui três funções às representações sociais enquanto forma de conhecimento prático: social, afetiva e cognitiva. Esta última tem o potencial de oportunizar a familiarização com a novidade, de inserir o novo, o estranho e torná-lo aceitável, já que comumente algo novo soa como ameaçador. Na perspectiva de Moscovici (1978 apud Spink, 1993), este potencial se materializa na ancoragem do desconhecido às representações já existentes. E, conforme explicitado acima, este movimento de inserção é permeado pela objetivação, que acaba por dar forma para que os conteúdos se materializem e tornem naturais determinadas imagens e valores.

A função afetiva refere-se à proteção e legitimação de identidades, incluindo a elaboração coletiva de estratégias neste sentido. Está diretamente relacionada à “dinâmica da interação social”. A função social, segundo a autora, localiza-se na orientação de condutas e de comunicações na sociedade como um todo (Spink, 1993, p.302).

Spink (1993, p. 305) recorta ainda a questão da existência “concomitante de conteúdos mais estáveis e outros mais dinâmicos”, ou mais sujeitos às mudanças. As representações sociais equivalem tanto à “expressão de permanências culturais como são *locus* da multiplicidade, da diversidade e da contradição”. Elas reproduzem o novo, mas também aquilo que permanece no tecido constituído historicamente pela humanidade e que circula socialmente, como as músicas, os mitos, os contos, os provérbios, a iconografia ou a literatura (Geertz, 1978 apud Spink, 1993).

Abric (2000) contribuiu com a TRS verificando quatro funções das representações sociais. A primeira delas, denominada função de saber, viabiliza a comunicação, definindo referências para a troca social, a difusão e a transmissão do conhecimento a partir de referenciais valorativos e comuns, inclusive do ponto de vista cognitivo; diz respeito ao senso comum propriamente dito e ao saber prático acerca das coisas cotidianas das vidas das pessoas.

A função identitária corresponde à manutenção da integralidade e das características específicas do grupo, inserindo pessoas nos grupos e estes na sociedade, classificando-as e localizando-as no campo societário. Esta função, ao

mesmo tempo em que socializa as pessoas, também as controla, de acordo com normas e valores historicamente determinados.

A função de orientação define as práticas e os comportamentos a serem desempenhados, configurando inclusive as relações sociais que se estabelecem. Vala (1993 apud Maciel et al, 2011) interpõe nesta função a questão da importância da representação social, tanto para dar parâmetros à forma como a pessoa interpreta uma situação e procura respostas para o entendimento do acontecido, como para sua ação. Concomitantemente a esta postura, e diante da mesma função, espera determinados resultados, podendo esta expectativa conduzir ao entendimento daquilo mesmo que reservam as representações sociais.

Esta função está amparada pela premissa de Moscovici (1978 apud Maciel et al, 2011) postulante de que a representação social compõe a formação das condutas, ou seja, ela prepara para as ações; por um lado, por referenciar os comportamentos, e, por outro, por buscar reconstruir ou manter os elementos constituintes de certas imagens sociais, condizentes às representações existentes.

A função justificatória de Abric (2000) constitui a garantia da validade ou da legitimidade das ações, abrindo um código de condutas e comportamentos para explicá-las. Ela dá margens à diferenciação e discriminação sociais, como a criação de estereótipos e o distanciamento entre determinados grupos.

Como o objeto desta pesquisa toca na questão da discriminação social e das diferenciações entre grupos, bem como busca conhecer as representações sociais que orientam o entendimento acerca da loucura e, portanto, do lugar a ser ocupado pelo louco na sociedade, termino estas reflexões com as proposições de Arruda (2000, p.245), que faz considerações relevantes sobre as representações e a sua importância na perspectiva da mudança de mentalidades e do imaginário social.

A autora entende o imaginário “enquanto um condensado de ideias-imagens que se projetam sobre o futuro”, conectado à “memória/projeto”. Desta maneira, ressalta a temporalidade e a contextualização dos sujeitos como fundamentais às suas mentalidades e às representações sociais, que sustentam ou dão sentido às rotinas, aos desejos, às expectativas, indicam direções a serem seguidas, remetem às nostalgias e impulsionam as ações. Assim, é necessário que se delimite uma linha histórica e que se contextualize as representações sociais, localizando os sujeitos ou atores envolvidos, pois “as representações mergulham no contexto

imediate da inserção dos sujeitos, sua experiência, mas também na sua bagagem e no seu projeto” (Arruda, 2000, p.245).

A autora chama a atenção para a questão da criação do objeto social, na medida em que este é também parte do sujeito. Ela adverte para o engendramento dos dois no processo de construção da realidade, como fora anunciado no início deste texto. Este objeto me interessa quando menciono as modificações das mentalidades e sensibilidades, dos parâmetros do pensar, porque ele nos indica, desses dois lados do nosso existir, o de dentro e o de fora, o objetivo e o subjetivo, o social e o individual, que devem ser considerados neste processo de mudança. Se os sujeitos são criativos no movimento de mudar, é preciso saber se os objetos de mudança têm possibilidades de inovação, pois, qualquer mudança implica em novas elaborações de velhos objetos, requerendo, de alguma forma, a acomodação no que se encontra preexistente.

Entendo esta fundamentação proposta para as representações sociais como meio de perceber a mentalidade de sujeitos ou grupos e a possibilidade de mudança nestes níveis e, portanto, das representações sociais. É uma reflexão que se articula com esta pesquisa, uma vez que as representações sobre a loucura e o louco estão situadas nas falas dos entrevistados no momento das entrevistas, carregando aspectos das representações já ancoradas e projeções para o futuro, na contrapartida das experiências de proximidade com o louco e com a loucura. As expectativas da Reforma Psiquiátrica, no que dizem respeito à re/inserção dos loucos na sociedade, comungam a aceitabilidade do mesmo em meio social comum, o que andam ao par e passo com o que dizem as representações sociais acerca dos mesmos.

#### **4.2. Denise Jodelet e a pesquisa na França**

A narrativa de Denise Jodelet, com a publicação intitulada “Loucuras e Representações Sociais” (2005), é importante para esta pesquisa devido ao seu objeto de estudo e interesse em ter a questão da loucura e suas representações sociais como foco.

Além disso, Denise Jodelet é grande estudiosa e explanadora de peso das representações sociais, com suas reflexões e contribuições efetivas no desenvolvimento da TRS. A obra citada é prefaciada pelo próprio Moscovici, que fez importantes observações quanto ao empenho da referida autora. A apresentação foi elaborada por Sandra Jovchelovitch (2004), grande estudiosa desta teoria.

Nesta obra, Jodelet (2005) descreve e analisa a vida numa Colônia Familiar denominada Ainay-le-Château, lugarejo situado nas proximidades de Paris, na década de 1970. Trata-se de um processo de desinstitucionalização a partir da instalação hétero-familiar de doentes mentais, advindos do hospital psiquiátrico local, nas casas dos habitantes daquela cidade. Naquela ocasião, havia mais de mil pacientes distribuídos em cerca de quinhentos lares, que os assumiam para uma vida familiar com o aparato hospitalar, servindo-lhes de apoio administrativo e terapêutico. Estes lares foram chamados, pela autora, de casas hospedeiras, assim como os doentes mentais foram denominados hóspedes ou pensionistas.

No livro, que se divide basicamente em três partes, a autora primeiramente faz a apresentação e caracteriza a comunidade. Em seguida, aponta as barreiras que se ergueram à integração daqueles doentes aos grupos familiares e à comunidade como um todo, ressaltando o sentimento de medo como base para um fechamento ou bloqueio naquelas relações. A dificuldade das pessoas em tratar do assunto da doença e fazer referência aos doentes como tais marca a dissertação da terceira parte do livro. A autora relata o embaraço, a reticência, a hesitação, as recusas, os mutismos, as fugas e as divagações diante dos diálogos e das perguntas sobre o tema tratado (Jodelet, 2005).

Ao final, Jodelet (2005) trata dos temas relacionados aos tabus, especificando-os no tocante às relações mais próximas com os doentes, como nos envolvimento afetivos, nas alianças de cumplicidade, de casamento ou de relações sexuais, por causa das ideias ligadas aos contágios: orgânicos e psíquicos, aspectos que justificavam as representações que contribuíam para o distanciamento entre todos os sujeitos envolvidos naquela pesquisa.

A pesquisa objetivou apreender o engendramento dos processos cognitivos e expressivos das representações sociais compartilhadas por aquela comunidade sobre o objeto doença mental e seu empenho nas esferas afetivas e identitárias. A autora tratou as representações como forma de pensamento social, cuja origem,

maneiras e funções estavam relacionadas com os processos que afetavam a vida e a comunicação sociais locais (Jodelet, 2005).

Ressaltando a propriedade e competência do método utilizado por Jodelet (2005), Moscovici (2005, p.13) faz importante reflexão sobre a interseção das subjetividades e a face coletiva das representações. O autor afirma que esta pode ser alcançada quando o pesquisador atua “acolhendo com confiança o pensamento de dentro de cada um, a consciência e a fala sociais, e com certa suspeição, o real, o pensamento de fora, de todos”. Com esta observação, o autor destaca a distância existente entre os mundos privados, o círculo das subjetividades e a intersubjetividade. Para Moscovici, este espaço entre as instâncias citadas é fundamental para causar uma inquietação no pesquisador, desafiando-o a saber quem lhe fala, ou “até que ponto ele pode ouvir um nós sob um eu, ou um eu através do nós de coletividade”.

Esta reflexão ou entendimento de Moscovici (2005) sobre as subjetividades e a separação entre aquilo que se apresenta como individual e/ou coletivo faz pensar sobre as prerrogativas colocadas por Deleuze (1988) e Foucault (1984) em relação ao tema das subjetividades e do processo de subjetivação. Para estes últimos, a subjetividade é composta por dobras e não guarda particularidades em seu interior, pois o que se encontra na parte de dentro é só a parte de fora que se vergou num movimento de continuidade e pertencimento ao mesmo plano de forças existente.

Moscovici (2005, p. 12) observou e elogiou ainda a novidade na forma da narrativa de Jodelet (2005), descrevendo a mesma da seguinte maneira:

Desenrolou-se numa tapeçaria complexa e rica com as representações sociais que vivem entre nós, com uma vida singularmente intensa e contínua. Isso mostra seu valor às ciências humanas pois se os fenômenos de representação pertencem à psicologia social, mas também dizem respeito à sociologia e à antropologia [...] através deles é possível uma nova abordagem dos fatos de cultura e de sociedade que se procura.

Paredes (2006) declarou sua admiração pela astúcia e competência de Jodelet (2005) para discorrer profundamente sobre as questões da alteridade, do interdito e das práticas baseadas em crenças e heranças culturais relacionadas aos doentes mentais da Colônia Familiar de Ainay-le-Château. A referida autora avaliou que a metodologia quantitativa utilizada por Jodelet fez-se esteira certa

para abranger o número de famílias acolhedoras; porém, foi o método qualitativo que possibilitou a riqueza da coleta e da expressão dos dados explorados de forma abundante e detalhada pela autora.

Nesta via qualitativa, ainda segundo Paredes (2006), Jodelet (2005) foi profunda na análise das relações estabelecidas entre os doentes mentais e os hospedeiros, mostrando as diversas práticas, bem como os espaços disponibilizados para aqueles nas casas e nas vidas de quem os acolhia, além de suas inserções na própria comunidade e ainda naquela região. Para Paredes (2006), de maneira arguta e penetrante, a autora percebeu as distintas posturas, rotinas e representações sociais, e as desvelou com minúcias, embora nem sempre tenha tido as portas abertas para sua pesquisa.

A paisagem daquele lugarejo foi descrita por Jodelet (2005) como um contexto que mostrava o ideal da vida livre e familiar, com os benefícios da moradia no campo e longe da excitação dos centros urbanos, além da inserção no meio, na vida e nas atividades locais, como constituintes da originalidade na ruptura com a vida asilar dos doentes mentais. Os pensionistas eram alocados nas casas hospedeiras e ficavam ligados e dependentes daquelas famílias e do hospital. O hospital lhes era referencial tanto do ponto de vista administrativo quanto terapêutico, cujo tratamento se apoiava e se fazia em bases morais, visando à readaptação social daqueles.

No entanto, o que Jodelet (2005) percebeu foi que a abertura dos hospitais psiquiátricos e a saída dos doentes para a sociedade se deu de maneira abrupta, e que as transformações na prática institucional e o trabalho comunitário para tanto foram insuficientes. Embora tenham contribuído para a inserção do doente no meio social, não houve a devida preocupação com as representações sociais que se tinham do mesmo, constitutivas do seu *status* social e, portanto, de suas posições e características de alteridade. Nas reflexões da autora, este tipo de movimentação social costuma trazer à tona questões que causam desconforto e/ou confronto entre grupos; são todas as movimentações que aproximam diferentes pessoas e/ou grupos em seus aspectos raciais, étnicos ou de naturalidade, por exemplo, que costumam produzir mudanças e necessidade de reajustes. Sobre a situação daquela Colônia, Jodelet menciona o fato de que os doentes não carregavam estes tipos de diferenças citadas acima, o que poderia ou deveria dar-lhes vantagens na inserção

comunitária; porém, naquele contexto a diferenciação estigmatizada estava localizada na loucura.

Jodelet (2005) ressalta que as representações sociais criam e expressam determinadas barreiras muito poderosas na formação de ideias acerca dos indivíduos e situações sociais. A autora questiona se essas barreiras podem ser derrubadas por um ato político, como um decreto por exemplo, como o que tornou possível as iniciativas em Ainay-le-Château com a abertura dos portões do hospital. Jovchelovitch (2004, p. 08-09) também faz considerações acerca desta característica das representações sociais, parafraseando Jodelet, ao afirmar que:

Os efeitos simbólicos, como os provocados por representações sociais da loucura, são tão reais quanto efeitos materiais [...] porque o registro simbólico expressa não apenas saber sobre o real mas também sobre as identidades, as tradições e as culturas, que dão forma a um modo de vida (Jovchelovitch, 2004, p.9).

A reflexão sobre a força das representações sociais, se comparadas aos atos políticos e, portanto, à jurisdição, capaz de formatar decretos por exemplo, conforme mencionado por Jodelet, pode ser relativizada aos pensamentos de Foucault (2010) relacionados a esta instância, já que a jurisdição fora amplamente trabalhada por este em sua contribuição na questão da localização social do louco. Segundo o autor, a jurisdição acompanhou e/ou pautou a história da loucura na Europa Ocidental, sendo que, nas colocações do mesmo, esta instância foi usada ou contribuiu para que os loucos fossem recolhidos às internações. No Brasil, a movimentação para a desinstitucionalização se deu a partir da mobilização política popular organizada e tomou forma jurídica. Esta forma vem baseando os avanços obtidos e tem se constituído como via de direitos para as pessoas com transtornos mentais, mas também não tem garantido, *per se*, que a inserção social seja ampliada. A convivência com os loucos, segundo Amarante (2007), pode ser viabilizada através do trabalho ante a sociedade, no sentido de promover relações entre os cidadãos com maior nível de tolerância com as diferenças.

A importância da política de saúde mental para este tipo de inserção social, como aquela ocorrida na Colônia da França, também foi alvo de crítica de Sandra Jovchelovitch (2004). Esta autora concordou com Jodelet e observou que aquela experiência mostrou falha na implementação de comunidade terapêutica. Em sua opinião, faltou “uma consideração mais sólida e um conhecimento mais detalhado

sobre a natureza da doença mental crônica” a ser trabalhada entre os profissionais e a comunidade receptora dos “loucos” (Jovchelovitch, 2005).

Moscovici (2005, p. 14-34) avaliou que as mudanças nas políticas regentes da psiquiatria, naquela ocasião, viabilizaram a abertura das portas do hospital psiquiátrico, resultando numa revolução repentina nos hábitos sociais vividos ao longo do tempo naquela localidade. Os doentes mentais, até então relegados às margens da coletividade, voltaram à sua convivência; porém, conforme a interessante observação deste autor, isto aconteceu de maneira questionável, porque os doentes foram “acolhidos mas isolados, e isolados mas acolhidos”.

A movimentação social e o posicionamento alcançado ou designado aos doentes naquela região implicaram numa classificação dos mesmos a partir e perante aquela comunidade. Uma das classificações era feita por uma triagem para a efetivação da hospedagem, cujo critério se referia ao grau de comprometimento da doença. Procurava-se combinar o tipo de doente com quem o hospedaria, e, após os primeiros tempos, aquele já podia ser incluído nas categorias de “bons ou maus pensionistas”. Havia uma “testagem” e uma revista de rotina, onde os enfermeiros verificavam a “aptidão do doente para a submissão ou para a docilidade”. Nesta rotina, havia duas atividades previstas: “os doentes eram obrigados a se despir diante dos enfermeiros para experimentar roupas e apresentarem seus objetos de uso pessoal” (Jodelet, 2005, p. 137).

Moscovici (apud Jodelet, 2005) comentou sobre as classificações dos indivíduos nas sociedades e afirmou que, com o tempo, passa a haver uma coincidência entre a classificação e a aparência daqueles. Esta premissa é fundamental, pois funciona na composição das representações sociais que vão dando forma e lugar social aos classificados, ao mesmo tempo em que se reverberam no reforço das representações.

A classificação dos doentes no meio social descrito por Jodelet (2005, p. 132) também estava patente na denominação “par bipolar” pela autora, e funcionava como um princípio divisor, sugestivo de categorização. Esta polarização denominativa que diferenciava os doentes dos demais habitantes era conhecida como “não civis e civis” ou “malucos e civis”. Através desta denominação, a identidade se localizava e se fixava no pertencimento num grupo ou noutro. Sobre as classificações que normalmente ocorrem nos grupos e sociedades, a autora afirma que:

Cada coletividade humana tem um gênero de tipologia para categorizar os seus membros, de acordo com a idade, o sexo, as diversas profissões. Para isso ela seleciona alguns critérios, muitas vezes puramente externos, no repertório da biologia, da técnica ou mesmo a partir de outros grupos (Jodelet, 2005, p. 23).

Ao trabalhar a questão da tolerância, tão cara na aceitação das diferenças pessoais e/ou grupais em todo meio social, Jodelet e suas reflexões podem ser articuladas com o que Amarante (2007) afirma como base principal à reinserção social e convivência com os loucos.

Em sua experiência na Colônia Familiar da França, Jodelet (2005) observou que, naquelas relações sociais, havia duas maneiras da alteridade estar colocada em seu lugar da diferença. Uma delas era diminuindo o contato com o outro, com o doente, deixando-o num vácuo do não ser, como numa forma vazia. A segunda maneira estava associada aos comportamentos a partir do “autoritarismo ou das atitudes sociais de tolerância ou intolerância”. Tanto uma quanto a outra forma fizeram a autora pensar na negatividade daquela alteridade, no que objetivamente se escondia naquelas relações e no que de fato “se fazia com aquelas vidas” (Jodelet, 2005, p. 126).

Jodelet (2005) percebeu e afirmou que a tolerância daquele meio favoreceu a baixa da guarda contra o perigo iminente que o louco representava. As publicações em torno do movimento de abertura dos hospitais psiquiátricos, “pela imprensa, por pesquisas, por testemunhos espontâneos” (Jodelet, 2005, p.118) foram pouco a pouco moldando a ideia de que o aprisionamento dos doentes mentais era uma “conduta primitiva da sociedade” para aqueles. Nesta difusão, a pessoa e os estudos de Foucault (1961 apud Jodelet, 2005) foram ressaltados, pois denunciavam aquelas práticas, associando-as a outros interesses que não os da proteção social. A “dignidade humana” também era uma justificativa de profissionais e especialistas da área da Saúde Mental, naquela ocasião, para a inserção social dos loucos. Nas palavras de Jodelet (2005, p. 118), este mote estava pautado no seguinte pensamento: “a doença mental só assume o seu pleno significado no contexto que a cerca [...] e a tolerância para lidar com ela” é a chave para a reinserção social (Jodelet, 2005, p.118).

O termo tolerância apareceu no século XVI, em virtude das guerras religiosas, com o apelo para que as diferentes crenças e visões de mundo fossem passíveis de convivência sem o enfrentamento violento para a aniquilação das

outras partes que não comungassem do mesmo credo. A moral seria o campo provedouro deste termo e apelo, atestando duas faces para seu êxito (Jodelet, 2005). A primeira baseava-se no “amor”, embora a relação com os loucos não fosse tão propícia ao mesmo porque “dos loucos não se pede e nem se obtém amor [...] mas há a positividade do esforço, da compreensão, do respeito ou da simpatia na ausência de empatia”. A segunda face relacionava-se à “coexistência pacífica [...] inclusive como forma vazia de uma abstenção, aceitando o outro como ele é e não pelo que é”, mas, sobretudo, sem agir com violência (Jodelet, 2005, p. 119-120).

Ainda na discussão sobre a tolerância para a viabilização da reinserção social dos loucos naquela Colônia, a autora acrescentou outros fatores que a seu ver se agregaram para a aceitação daquela alteridade; são eles: o tempo, o hábito e o interesse financeiro. Quanto ao tempo, a autora colocou:

A ação do tempo opera através de toda uma transformação psicológica da comunidade, que ao final tem a incongruidade apagada, o mal-estar desvanecido ou mascarado. O que foi acrescentado a partir do exterior se torna parte dessa comunidade. É a transformação favorecida pela familiarização (Jodelet, 2005, p.90).

E o tempo promoveu o hábito. O hábito foi alegado por muitos habitantes com quem Jodelet conversou como explicação para aquela convivência, para aquela experiência, para aquela aceitação: “o hábito do lugar”. Os moradores diziam: “estamos tão acostumados, não viveríamos sem eles”. Na análise da autora, fica claro que a “noção de hábito era usada como fachada de um fato coletivo que não se questionava mais”. Esse hábito estava enraizado nos costumes e na aparência de normalidade, pois, segundo a autora, com o tempo, o “hábito toma forma de intoxicação” (Jodelet, 2005).

O “hábito ou a tradição” são comumente colocados por antropólogos, quando analisam respostas dos informantes para dar “a razão inconsciente ou implícita de certas práticas coletivas” (Lèvi-Strauss, 1958 apud Jodelet, 2005, p.93). Para os sociólogos, o hábito precede o “processo da institucionalização”, atua na economia do esforço adaptativo, alivia as tensões para a fusão de rotinas e facilita as ações necessárias para as inclusões (Berger; Luckman, 1966 apud Jodelet, 2005, p. 93).

Moscovici (1976 apud Jodelet, 2005) contribuiu com esta discussão, apontando para o processo mental e o universo cognitivo, formadores das representações sociais, como coadjuvantes na familiarização do estranho e acomodação da nova informação a partir dos modelos já constituídos. Este processo geralmente contribui para a harmonização entre os indivíduos de um mesmo grupo social.

A mudança no modo de pensar sobre os doentes mentais daquela comunidade e as ideias acerca da loucura que os remetiam ao medo e a outras dificuldades, segundo Jodelet (2005, p. 112), deram lugar às mais “acolhedoras e surpreendentes” atitudes de respeito. Esta afirmativa é concebida pela autora mesmo diante de sua crítica à forma como a desinstitucionalização fora iniciada, de maneira repentina e sem preparo da população; e ainda considerando as reticências relacionadas à inserção dos doentes na comunidade. Além dos aspectos citados acima: o apelo da tolerância, a familiarização propiciada pelo tempo e pelo hábito, contando também com a interdependência entre estes, foram traços que se entrecruzaram naquele movimento de desinstitucionalização.

Jodelet afirma que “a proximidade do contato com a loucura modificou a apreensão global da doença” (Jodelet, 2005, p. 110). Ao destacar fragmentos de relatos dos entrevistados, a autora chama a atenção para relativização questionada por um daqueles habitantes: “até que ponto alguém tem que ir para ser considerado louco?” (Jodelet, 2005, p. 110). Segundo Jodelet, esta pergunta demonstrou “o rebaixamento das fronteiras da normalidade” (Jodelet, 2005, p. 111), questionando a própria loucura; e, ainda, fez com que as pessoas percebessem que os loucos também poderiam ser considerados pessoas “calmas e pessoas de bem”, e que “os esquizofrênicos, quando não estão em crise, são pessoas normais” (Jodelet, 2005, p. 113). Desta maneira, as pessoas da Colônia puderam perceber outros aspectos relacionados ao louco e à loucura, inclusive como algo novo à sua experiência de vida.

O interesse financeiro também foi um fator favorável à aceitação social dos loucos naquele meio comunitário, pois sua inserção fez grande volume na vida econômica daquele lugar. Os doentes se tornaram agentes de consumo e espantaram o desemprego implantado naquele vilarejo, pois exortaram o perigo do êxodo rural em massa. Sua circulação movimentou uma “indústria na região: a de

cuidadores de doentes em domicílio, de hospedeiros e de enfermeiros” (Jodelet, 2005, p. 75).

Após a Segunda Guerra, esse contingente populacional dobrou e as condições sociais estavam piores para todos. Os pensionistas formaram um importante grupo consumidor de produtos, fortalecendo concomitantemente o comércio local e sua própria autonomia e liberdade de compra. Esta situação ocasionou uma marca coletiva de prosperidade, contribuindo para a mudança positiva da imagem e, portanto, da identidade dos doentes naquela Colônia. Esta mudança, explica a autora, concorreu definitivamente para o mal-estar em relação aos doentes equiparar-se ao interesse em alojá-los.

Jodelet revela que este “duplo mecanismo da instituição social: o do mal-estar e o do interesse econômico” colocou em jogo a identidade e a imagem do grupo, impôs as finalidades do hospital. Tais relações “transformaram os parceiros da interação entre sociedade e loucura”. Além disso, ressalta a autora, este mecanismo proporcionou “em sua forma ingênua e até erudita, uma forma privilegiada de oposição entre dois termos ligados a universos heterogêneos, mas estreitamente associados: o perigo e a tolerância” (Jodelet, 2005, p. 117).

Com relação à inserção que fora viabilizada, com todos os aspectos já descritos, pode-se destacar a questão da categorização utilizada para a locação dos pensionistas nas casas hospedeiras. Moscovici (2005) chama a atenção para a rotulação, efetivada a partir dos sintomas descritos, classificatórios e denominados pela doutrina médica. Na experiência de Jodelet (2005), a disciplina médica deu bases para que as famílias acolhedoras se preparassem para seguir alguns princípios de rotina e higiene na lida com seus hóspedes. A esta conduta e o que isto significou na vida daquelas pessoas, com destaque para a figura do paciente, Moscovici (2005) chamou de “vida pública e doméstica regulada”, ressaltando alguns aspectos relacionados a esta: a importância do respeito e do cumprimento das “normas vigentes”, a questão da base do pensamento articulado ao “tratamento moral”, o ideal sendo viabilizado pela iniciativa de inserir os doentes na sociedade através “da vida ao ar livre e familiar”. Tais ações foram via para sua aceitação no meio social (Moscovici, 2005).

Moscovici (2005) faz reflexões sobre a idealização do familiar como de distante realização, pois na prática, as ações estiveram “sob um verniz mais refinado... do mesmo modo que teorias econômicas sofisticadas se traduzem, na

prática, por fórmulas desgastadas como apertem os cintos” (Moscovici, 2005, p. 15). O autor expõe sua percepção das representações sociais acerca dos doentes mentais, expressas pelas exigências a serem atendidas pela higiene pessoal dos mesmos, devendo obedecer às conformidades sociais. Sobre isso, o autor escreve:

Que o doente é sujo e que a doença mental também se acompanha de dejetos, de ausência de controle de esfíncteres, de violência e de incapacidade de respeitar as normas vigentes. E como seria possível aceitar sem reticências esses seres estranhos, que escapam à compreensão e cujos comportamentos não seguem os mesmos ritmos, não tem a mesma previsibilidade?

Para a garantia da continuidade do tratamento, com a função da mediação relacional entre os doentes e os hospedeiros, e com grande importância social, havia os enfermeiros, que visitavam sistematicamente aquelas casas. Estes profissionais foram considerados por Jodelet como “um dos mecanismos capitais dessas instituições [...] pois controlavam os hospedeiros, vigiavam os doentes, e presidiam as relações destes com o resto da população assumindo a tripla função: médica, moral e social” (Jodelet, 2005, p. 138).

A discussão que envolve as relações naquela Colônia, com a interferência do hospital e das figuras profissionais, levou Moscovici a observar que Jodelet pôde demonstrar que o olhar dos “hospedeiros” sobre os “pensionistas” acabava se “assemelhando ao do enfermeiro e o do médico sobre os doentes, a partir de representações e categorias morais baseadas na doutrina médica” (Jodelet, 2005, p. 31).

Uma vez alocados na hospedaria, os doentes deveriam obedecer às regras locais, quanto ao ritmo familiar e em relação aos horários das refeições, de saída ou de entrada na casa e de ingestão de medicação. O uso regular desta era obrigatório. A possível contribuição na prestação de serviços domésticos de manutenção e limpeza era muito bem vista. Com relação à controversa relação de aceitação e afastamento dentro da mesma casa, das regras de convivência e sua obediência por parte dos pensionistas, Jodelet observou:

A regra do afastamento, ao mesmo tempo que dava corpo, com suas barreiras concretas ou simbólicas, à diferenciação do rótulo não civil, garantia a exterioridade do doente na estreiteza de uma coexistência forçada, e impunha os limites da integração permitida pelo bom cumprimento do papel do pensionista (Jodelet, 2005, p. 162).

Nas casas hospedeiras, a disposição dos quartos dos pensionistas foi assunto de relevância para Jodelet (2005). As posições e as características dos mesmos refletiam as maneiras pelas quais se organizavam as coexistências com as famílias que os recebiam. Assim, era muito comum um cômodo localizado em uma pequena edificação no mesmo terreno do imóvel ou numa dependência situada no jardim ou no pátio da casa. Essas posições efetivavam a separação entre os habitantes das casas.

Jodelet (2005) notou que muitos hospedeiros preferiam este tipo de acomodação distante da casa ou dentro da mesma, mas sempre separada por uma parede. Quando o cômodo estava na mesma edificação, normalmente havia uma janela entre aquele e o restante da casa, que servia para a comunicação e para a caracterização da habitação em comum. Esta delimitação dos espaços caracterizava a preservação e a defesa territorial contra a ameaça latente da loucura e objetivava uma coexistência com menor possibilidade de experiências que envolvessem discussões ou mesmo agressões.

Em se tratando da cidade, a autora observou que os doentes andavam quase livremente pelos locais, que usavam roupas comuns e frequentavam os cafés; porém, havia lugares em que eles não podiam entrar. Ao participarem das festas da cidade, os doentes ficavam misturados aos demais habitantes, “nos desfiles, eles também podiam carregar as tochas”, mas nos bailes só podiam olhar, não dançar. No cinema, havia uma área reservada para eles. Na igreja, eles estavam livres para sentarem-se onde quisessem, desde que não nos lugares destinados a determinadas famílias, mas podiam se aproximar do altar (Jodelet, 2005, p. 134).

Outra questão abordada por Jodelet (2005, p. 136) diz respeito às relações intergrupais, às linhas divisórias entre a identidade daquela comunidade e as regiões vizinhas e/ou aos seus visitantes, pois havia um mal-estar instalado, devido ao fato de a mesma ser a cidade onde viviam e se conviviam com os doentes mentais. Esta posição se configurava como uma ameaça aos “de fora”, contribuía para a estigmatização dos habitantes e exigia “o controle dos territórios” diante de certos conflitos sociais ou comportamentos coletivos.

Para lidar com esta situação, o arranjo social tratou de operar na cena pública, uma vez que “a fachada social é o lugar onde se representa, de modo manifesto, algo da identidade de um grupo”. Se a presença maciça da população de doentes se impunha, era preciso delimitar espaços de convivência para

resguardar as identidades. A camuflagem do elemento causador dessa marcação ou a negação do doente e o seu isolamento revelaram a “importância da proteção do corpo social para a cobertura da imagem e, portanto, da identidade do grupo comunitário” (Jodelet, 2005, p. 121).

Naquele contexto, convinha o controle social, modelando a carreira dos pensionistas na Colônia para governar as relações mantidas com eles. Eram relações de distanciamento com as demarcações das diferenças que os afastavam e que os privava de alguns direitos em relação aos demais. O tratamento diferencial para com os doentes colocava-os sempre na posição não prioritária, nos atendimentos em locais públicos, por exemplo, fixando seu lugar na comunidade. O reconhecimento dos mesmos “se dava não pelas roupas, mas pelo olhar, pela aparência e pelo comportamento, assegurando sua alteridade em relação à comunidade local” (Jodelet, 2005, p. 134).

Os pensionistas traziam sempre consigo o seu “potencial de delinquência”, pois eram oriundos do hospital psiquiátrico, instituição capaz de “deteriorar o indivíduo, tirando-lhe todo o sentido de responsabilidade e de ação”. Os hospícios eram “considerados como instituições repressoras: com atribuições de caráter penal e/ou função policial”. Além disso, “os enfermeiros eram vistos como representantes da manutenção da ordem, e o pavilhão hospitalar era assemelhado a uma prisão”. Logo, as casas hospedeiras estavam marcadas negativamente sob duplo ponto de vista: mantinham indivíduos advindos daquela instituição psiquiátrica, com todos aqueles atributos negativos, e, conseqüentemente, seriam assemelhadas a ela (Jodelet, 2005, p. 133).

Um *status* diferente poderia ser atribuído aos doentes que trabalhavam prestando algum tipo de serviço em casa ou comunitário. Estes eram mais valorizados, ganhavam um “lugar social”, e ainda, “no plano simbólico, o trabalho garantia a perenidade da aceitação de uma diferença” (Jodelet, 2005, p. 142). O quadro descrito pela autora relacionado a este assunto mostrou que naquela comunidade “57% não tinham nenhuma atividade; 16% uma atividade rara; 17% prestavam serviços domésticos; 18% trabalhavam com relativa frequência e 9% o faziam de modo constante” (Jodelet, 2005, p. 145).

Outra questão de suma importância apontada por Jodelet (2005, p. 171) e que toca na temática de gênero, ficou revelada na confirmação do papel premente das mulheres à frente da função hospedeira. Isso acontecia mesmo se houvesse um

ou mais homens em casa. Acoplada a esta ideia, a autora verificou que “de alguma maneira as hospedeiras eram figuras centrais no controle dos pensionistas, pois eram também responsáveis pela estabilidade do lar”.

O controle dos pensionistas estava, portanto, diretamente relacionado ao esforço das hospedeiras perante a personalidade dos hóspedes. Aquelas mulheres relataram ser “preciso adaptar-se a eles, fazer sacrifício para suportá-los”. E ainda, que havia a necessidade de conhecê-los e a seus hábitos. Numa perspectiva de cuidado e de humanidade, sabiam que poderiam hospedar um “maluco bom”, passível de convivência, tanto quanto aqueles “pacientes com caráter duro, medroso, temerário ou desaforado” (Jodelet, 2005, p. 166).

A adaptação entre hospedeira e pensionista se dava pela prática reconhecida como educação dos pensionistas, que, segundo a pesquisadora, se dava num processo de aprendizagem, onde aquela poderia recorrer às punições ou às recompensas para adequar o pensionista ao seu ritmo. O incentivo pela via da recompensa foi classificado por Jodelet como “sedução” ou “adulação”, cujo objetivo era de reforçar o perfil positivo do pensionista (Jodelet, 2005, p. 172). Assim, esta pedagogia foi definida pela autora como repressora dos maus comportamentos ou incitadora dos aspectos positivos mostrados pelos pensionistas.

A herança familiar, citada como modelo para a recepção e o tratamento dos pensionistas, também foi levantada por Jodelet. Os modos específicos foram passando por gerações, como hábitos herdados, como segmento de um “código profissional e de um verdadeiro saber-viver”. Para as mulheres que se lançavam a ser hospedeiras, “havia sempre a experiência dos mais antigos no ramo para aconselharem-se” (Jodelet, 2005, p. 159).

A temática da herança familiar e/ou social se encontra com o âmago das representações sociais na sua função de ancoragem e, portanto, na objetivação e na geração das imagens que formam as categorizações dos sujeitos e suas classificações nos meios sociais. Sendo assim, as heranças se relacionam às representações e estas à construção da realidade cotidiana, com as condutas e comunicações que se desenvolvem num meio social, incidindo também sobre a vida e a expressão dos grupos nos seios dos quais elas são elaboradas. Esta reflexão compõe-se ainda com outra afirmativa de Jodelet (2005, p. 367) “a maior parcela da humanidade vive de acordo com noções oriundas das experiências do

cotidiano, das conversas entretidas em seus grupos de pertença, do saber que escorre pelos meios de comunicação”.

Apesar de Jodelet e Jovchelovitch analisarem o aspecto político daquela desinstitucionalização e de sua viabilização junto aos moradores locais como faltoso do ponto de vista do preparo dos mesmos para a recepção dos doentes naquela comunidade, Jodelet viu um contraponto importante naquela movimentação. Para a autora, em sua experiência naquela comunidade, o fato de o saber médico ou científico não ter fornecido profundos argumentos ao público favoreceu um “pensamento social sem aquela contaminação”. Esta constatação levou-a a concluir também que “aquele contato alargou o limite do que podia ser entendido como loucura” (Jodelet, 2005, p. 131). Este fato a fez dar maior importância para sua pesquisa porque pôde abordar aquelas representações sobre a doença e o doente mental como:

Produção, expressão e instrumento de um grupo na sua relação com a alteridade [...] pois as representações da loucura ajudaram a compreender a construção da alteridade do doente mental, e reciprocamente, o exame de uma situação concreta de contato com os loucos esclareceram a maneira pela qual se formaram e funcionavam essas representações (Jodelet, 2005, p. 42).

A sistematização e a análise dos dados levou Jodelet (2005, p. 334) à classificação das representações sociais da doença mental associada ao plano físico e relacionada ao “cérebro e aos nervos” com suas disfunções, como: “cérebro vazio, parado, encolhido” ou ainda com referência aos doentes como: aqueles que tinham “problemas de nervos” ou que “caíram nos nervos”. A doença também foi localizada no sangue dos indivíduos, com a explicação de que os mesmos tinham o “sangue mau ou desandado”.

Em suas conclusões, a autora aponta que as relações naquela coletividade estavam atravessadas por todos os aspectos já explicitados e que se desdobravam na separação dos doentes na ocupação de espaços, tanto dentro das casas hospedeiras quanto nos ambientes de circulação pública; mas o que ficou claro e fortemente demarcado nas ponderações de Jodelet é que “o medo estava no núcleo das relações entre pessoas doentes mentais e normais”, assim como o fato de que “as barreiras interpostas à integração social estava no fechamento provocado por este medo” (Jodelet, 2005, p.95). A autora adverte “o constrangimento, o medo ou o mal-estar não estavam ausentes; mas eles não deveriam se manifestar. Apesar de

tudo, a população nunca afastava totalmente da consciência a ameaça surda e próxima da loucura” (Jodelet, 2005, p.95).

A dificuldade em acessar as pessoas da Colônia para conversar sobre o assunto doença e doentes mentais também foi mostrada pela pesquisadora. As pessoas se posicionavam de maneira reticente, com posturas que indicavam embaraço e/ou fuga para com o assunto abordado. Quando houve diálogo, a loucura esteve descrita como doença que oferecia risco de contágio orgânico ou psíquico, e por isso os doentes deveriam ser evitados nas relações de maior proximidade, evidenciando-se as falas com conteúdos interditos relacionados ao casamento, ao sexo ou qualquer aliança afetiva com os mesmos (Jodelet, 2005).

Jodelet (2005) concluiu que o tratamento dado aos pensionistas ou à sua inserção na hospedaria não cumpria com o objetivo moral da inserção familiar com a finalidade de readaptação social. O pensionista ocupava lugar periférico em relação à família hospedeira, que emprestava um cômodo na casa sem incluí-lo como membro da mesma, mas mantendo distâncias delimitadas nas relações e no próprio espaço físico. Da mesma forma, o mesmo acontecia em relação à comunidade, que o aceitava sob certas condições, mesmo tendo contrapontos que os desfavorecia em relação aos visitantes e às outras comunidades por exemplo. No entanto, foi visto que os habitantes e as hospedeiras, de modo geral, valorizavam os ganhos financeiros. Eles habituaram-se aos hóspedes com o tempo, mesmo sendo tal aceitação parcial, carregada de controvérsias e delimitações territoriais. Como as representações sociais não haviam sido trabalhadas com antecedência naquela inserção, as relações estavam sendo reconstruídas entre a tolerância, o hábito e os interesses.

#### **4.3.**

#### **Pesquisas em representações sociais sobre a loucura no Brasil na década de 2000**

Dentre as publicações brasileiras acessadas neste percurso de estudo, e que acercam as representações sociais da loucura e do louco, selecionei as que mais se articulavam ao objeto desta pesquisa, e efetivadas a partir do ano 2000, por ser um período que se aproxima desta realização. O resultado deste recorte abrangeu pesquisas realizadas nas regiões Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste do Brasil.

As representações sociais estudadas por tais pesquisas envolvem também os temas da Reforma Psiquiátrica e das instituições psiquiátricas, e contaram com participações de profissionais, usuários (e os familiares destes) dos serviços de saúde mental, entre outros atores.

No estado da Paraíba, pesquisas em instituições de saúde mental envolveram profissionais, usuários e seus familiares a respeito de questões que debateram a exclusão/inclusão do doente mental/louco, a importância dos hospitais psiquiátricos e as práticas no contexto da Reforma Psiquiátrica (Maciel, 2007; Maciel et al, 2008; Maciel et al, 2009; Maciel et al, 2011).

Maciel (2007), em sua tese, trabalhou a partir da comparação de três pesquisas realizadas na cidade de João Pessoa, na Paraíba, para compreender as representações sociais sobre a Reforma Psiquiátrica, a doença mental e seu tratamento; partiu dos significados atribuídos pelos diversos atores envolvidos e de suas práticas para compreender como estavam constituídos estes objetos sociais pelos mesmos.

Quanto aos 120 estudantes universitários pesquisados (alunos de medicina, serviço social, psicologia e enfermagem), Maciel (2007, p. 98) verificou a “visão negativa do louco e do hospital psiquiátrico”, noção que integralizou as suas conclusões relativas às três pesquisas:

Ainda se encontram presentes noções de periculosidade, pouco valor e ineficiência em relação aos doentes mentais, existindo uma atmosfera social generalizada e notadamente insatisfatória em relação à questão da loucura/doença mental, que necessita de intervenções sociais maiores na tentativa de modificar essas representações e a exclusão social, facilitando assim a inclusão daqueles na sociedade (Maciel, 2007, p. 119).

Com relação aos familiares, notou que a hospitalização e a medicação foram avaliadas positivamente, com a concepção de que os hospitais eram locais que ofereciam bom atendimento por “acolherem e protegerem o paciente”. Na relação entre a família e o paciente, observou que aquela “não se sente preparada para acolher seu familiar doente sem recorrer à hospitalização” e que suas “representações são basicamente negativas acerca da doença mental”. Os familiares enfocaram o “relacionamento familiar com prejuízo pelo medo e pela falta de confiança no usuário”, por perceberem a “loucura/doença mental como um fator de sobrecarga, de tristeza e de sofrimento” (Maciel, 2007, p. 95).

Dentre os profissionais, observou a ênfase que deram ao apoio familiar para o tratamento do “louco/doente mental” ou à família como o fator mais importante; mostrou que aqueles profissionais se “apropriaram do novo modelo de atendimento da saúde mental, proposto pela reforma psiquiátrica, para dar maior valor à família e menor à hospitalização”, porém, com a manutenção de uma “visão positiva em relação aos hospitais psiquiátricos” (Maciel, 2007, p. 86).

Os artigos que se originam, a partir da tese de Maciel (2007), deram-se com o seguinte público: 24 familiares mais 25 profissionais (sendo cinco de cada área: psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem) inseridos em dois hospitais psiquiátricos (um público e outro particular) (Maciel et al, 2008); e 60 familiares de usuários atendidos em dois hospitais psiquiátricos e em um CAPS (Maciel et al, 2009; Maciel et al, 2011).

Maciel e outros (2008) visaram conhecer as representações sociais dos profissionais da saúde mental e dos familiares de usuários de uma instituição psiquiátrica pública, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba. Analisaram os conteúdos de 24 entrevistas semiestruturadas com familiares e 25 com profissionais, dentre eles uma enfermeira-chefe, além de psiquiatras, psicólogos, técnicos de enfermagem e assistentes sociais. O conteúdo das entrevistas abrangeu a doença mental e a Reforma Psiquiátrica.

Os autores ressaltaram que os resultados mostraram que “ainda há um predomínio de visões pejorativas e estereotipadas acerca do doente mental”, vendo o doente como um ser “sem razão ou sem juízo, ou como uma criança que precisa ser cuidada e protegida”. Por outro lado, o “hospital psiquiátrico era visto positivamente, enquanto a reforma psiquiátrica foi representada como algo negativo, por temerem pelo fato do doente ficar livre para afligir a população e os familiares” (Maciel et al, 2008, p.115).

Maciel e outros (2009) trabalharam sobre as representações sociais acerca da Reforma Psiquiátrica, entendendo-a como um processo em construção, que vem ocorrendo de forma diferenciada em outros países e continentes. Apontaram, também, as suas particularidades relacionadas às condições econômicas, históricas, políticas e culturais, que a caracterizavam também nas diferentes regiões do Brasil. Segundo os autores, a Reforma é prática social construída coletivamente, sendo composta por profissionais, familiares, usuários e pela sociedade em geral, num processo contínuo e desafiante.

O artigo apresentado pelos autores visou analisar os significados atribuídos por familiares de doentes mentais à inclusão social dos mesmos no atual contexto da reforma psiquiátrica. A pesquisa foi realizada em João Pessoa, na Paraíba, com 60 familiares de usuários de um hospital psiquiátrico e de uma unidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Para a coleta de dados, utilizaram o Teste de Associação Livre de Palavras, analisado posteriormente pelo *software* Tri-Deux-Mots, com os seguintes estímulos: “família, família do doente mental e inclusão social” (Maciel et al, 2009, p. 441). Os resultados revelaram que “a família do doente mental considera possuir atribuições como preconceito, sobrecarga, tristeza e sofrimento”. Estes resultados levaram à conclusão de que este perfil acaba sendo “um sério empecilho para a inclusão sociofamiliar” do doente mental, “dificultando assim a aceitação da reforma psiquiátrica e de seus pressupostos” pelos familiares (Maciel et al, 2009, p. 437).

Maciel e outros (2011, p.193) analisaram como os “familiares de doentes mentais representam o louco, a doença mental e os hospitais psiquiátricos”. A pesquisa foi realizada em uma instituição psiquiátrica particular e em uma instituição pública (CAPS), ambas situadas na cidade de João Pessoa, na Paraíba. Participaram da pesquisa 30 familiares de cada instituição. Utilizaram o Teste de Associação Livre de palavras, com os seguintes estímulos: “doente mental, louco e hospital psiquiátrico”. Os resultados também foram analisados através do programa Tri-Deux-Mots. Os dados mostraram que os termos “doença mental” e “louco” ainda são associados a “representações negativas, sendo a doença considerada como diferente das demais doenças, predominando uma visão de medo e de rechaço”. Além disso, a “doença mental encontra-se associada a uma dimensão negativa e estranha, que ameaça e desestabiliza”. Em função destes pensamentos, os autores concluíram que a exclusão social do louco, concretizada pela sua internação em um hospital psiquiátrico, é o resultado de uma “percepção social difusa que associa a loucura ao lado negativo da razão”, dificultando as relações familiares e, portanto, sociais.

Nas conclusões das quatro pesquisas citadas, há representações sociais basicamente negativas acerca da doença mental, mas também um enfoque nos relacionamentos familiares prejudicados pelo medo e pela falta de confiança nos usuários. Os familiares percebem a loucura/doença mental “como um fator de sobrecarga, tristeza e sofrimento” para a família (Maciel et al, 2011, p.195). Os

autores delinearum um contexto onde havia o predomínio de visões pejorativas e estereotipadas acerca do louco, com tendência à percepção deste como um ser sem razão, sem juízo, ou como uma criança que precisa ser cuidada e protegida. O hospital psiquiátrico foi avaliado positivamente pelos entrevistados. A Reforma Psiquiátrica foi representada como algo negativo, pois estava associada ao temor da perda do suporte hospitalar para dar atendimento aos doentes.

Na Bahia, Cetolin (2011) trabalhou com as representações sociais da loucura com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento (HCT), onde percebeu que a questão do tempo de trabalho naquela instituição influenciou na estrutura representacional, concluindo que há dificuldades para que estes acreditem no êxito da Reforma e na desinstitucionalização dos loucos infratores ali internados.

A partir de roteiro de entrevista aberto, a autora questionou os profissionais daquele hospital sobre suas “impressões, dificuldades, crenças e práticas de trabalho”. Neste questionamento, abordou as “novas formas de pensar a loucura enquanto doença ou fenômeno, os avanços da psiquiatria e das ciências jurídicas ocorridas especialmente neste último século”. Outra fonte de coleta de dados deu-se a partir da observação do cotidiano, que revelou “os aspectos representacionais ali presentes” (Cetolin, 2011, p. 134).

Os participantes “explicitaram de forma bastante contundente a representação sobre a complexidade do fenômeno da loucura”, bem como a “dificuldade em manejar seu trabalho/prática profissional em relação à loucura dentro do manicômio judiciário”. Fora percebido ainda que, nos profissionais, as representações expressadas estavam ancoradas na ideia de loucura a partir de seu lugar de atuação dentro do ambiente institucional. Neste espaço, foram ressaltadas “as vivências, e as experiências particulares e compartilhadas pelos colegas”, envolvendo a agressividade de alguns custodiados. Os entrevistados “foram unânimes em expor que existem diferenças entre os pacientes psiquiátricos judiciários e os pacientes psiquiátricos comuns”, desdobrando dessa forma o preconceito em torno dos loucos e da loucura (Cetolin, 2011, p. 137).

A autora observou também que o “fator tempo de vínculo empregatício entre os participantes da pesquisa naquela instituição influenciou na estrutura das representações de uma forma instigante”. Aqueles que completaram a formação profissional há mais tempo e eram mais antigos na casa mostraram-se “mais

rígidos quanto às proposições apregoadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica”, questionando a loucura enquanto uma doença tratável a ponto de tornar possível a reinserção social daqueles loucos (Cetolin, 2011, p. 139).

Neste sentido, a pesquisadora ressalta que as “objetivações e ancoragens encontravam-se presentes no processo de (re)formulação constante das representações sociais da loucura” naquela instituição. Isto era ocasionado pela dinâmica presente no encontro entre o universo científico/instrumentalizado, constituído pelo corpo de saberes de cada categoria profissional e o universo consensual, cotidiano. O Movimento da Reforma Psiquiátrica e as novas diretrizes de atendimento e entendimento do fenômeno da loucura estavam direcionados em duas vertentes: por um lado, ocasionavam a propagação das novas prerrogativas e saberes em direção aos profissionais mais antigos; por outro lado, aqueles que chegavam com estas diretrizes incorporadas mais recentemente eram influenciados por aqueles que ali já estavam há mais tempo (Cetolin, 2011, p. 141).

Outra afirmação importante da autora diz respeito às representações sociais do louco e ao exercício de sua cidadania na perspectiva colocada por aqueles profissionais. Neste sentido, ela afirma: “se o pensamento de que o louco é imprevisível e o tratamento apropriado é exclusivamente medicamentoso, for o guia do profissional, mais dificuldade terá de percebê-lo enquanto sujeito de direitos” (Cetolin, 2011, p. 141).

Assim, conclui que “os profissionais têm ciência de suas próprias barreiras simbólicas e materiais quanto à possibilidade do convívio em sociedade do louco infrator”. Isto acontece devido à complexidade de fatores que permeiam a representação social do que é a loucura no manicômio judiciário. Dentre os profissionais, há também os que apontam para um “norte menos promissor, e apesar de apoiarem a desinstitucionalização, não acreditam que ela possa efetivamente ocorrer” e “dar certo, seja pela falta de preparo da sociedade, seja pela descrença de que o lugar dos loucos infratores seria fora dos muros do HCT” (Cetolin, 2011, p. 149).

Mostazo e Kirschbaum (2003) buscaram as representações sociais acerca do tratamento psiquiátrico, concluindo que este estava associado à medicação e à figura do médico como mediador central de todo o processo. Para tanto,

efetivaram onze entrevistas com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS/Estação), em Campinas, São Paulo.

Os temas definidos a partir da análise dos dados coletados possibilitaram a estruturação de três categorias. Na primeira delas, obtiveram a seguinte resposta-padrão: “tratar é ser medicado”. Nesta ideia, o remédio constou como sinônimo de tratamento psiquiátrico, mas os diferentes profissionais e suas participações no tratamento também foram apontados como importantes. A segunda categoria constituiu-se em “tratar é ser cuidado/(des)cuidado”, onde os temas abordados foram: “o cuidado no tratamento psiquiátrico, a violência e a instituição fechada”. Nesta categoria, mais uma vez, os profissionais apareceram como atores fundamentais. Na terceira categoria, estava a ideia central de que “tratar é estar em atividade”. Esta classe foi constituída a partir dos temas: “o tratamento e a atividade ocupacional, o tratamento psiquiátrico e o trabalho” (Mostazo & Kirschbaum, 2003, p. 37).

As autoras concluíram que as representações sociais sobre o tratamento psiquiátrico estavam fortemente ligadas ao uso do medicamento e ao médico como figura central e precursor do tratamento, com os outros profissionais como coadjuvantes, mas importantes também. A medicação foi mencionada como fundamental para o controle comportamental e favorecedora, portanto, do convívio familiar e social. O trabalho ou atividade ocupacional foram mencionados como necessários à questão ocupacional ou terapêutica, mais do que como via de obtenção de fonte de rendimentos (Mostazo & Kirschbaum, 2003, p. 38).

Peres e outros (2012) pesquisaram junto às crianças estudantes do nível fundamental de uma escola pública na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, sobre as representações sociais do louco e da loucura. Justificaram a importância da transformação do imaginário social para a Reforma Psiquiátrica, observando que as ideias ainda perpassavam os aspectos da agressividade e da exclusão do louco do meio social.

A pesquisa, com método “qualitativo e exploratório”, abordou 25 crianças, com idades entre 10 e 12 anos, e utilizou a técnica de análise de conteúdo. Os resultados e discussões demonstraram que, para essas crianças, “a pessoa com transtorno mental é representada como perigosa, doente, alienada e que deve ser excluída da sociedade”. Além disso, aquelas crianças “demonstraram escárnio e

indiferença em relação a essas pessoas”. Os pesquisadores concluíram que “as pesquisas e a educação permanente com os professores pode incluir temas sobre a loucura e a saúde mental como um tema transversal desde o ensino fundamental” (Peres et al, 2012, p. 98-102).

Moraes e Oltramari (2005) apresentaram um artigo no Fórum Catarinense sobre Formação em Psicologia, realizado na cidade de Lages, também em Santa Catarina, onde demonstraram os resultados da pesquisa que investigou a relação entre o Hospital Psiquiátrico (Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina) e sua comunidade. Os autores buscaram as representações sociais acerca da instituição citada e sobre a loucura, a partir dos sujeitos que vivem próximos daquele local. Para tanto, utilizaram uma amostra aleatória de dez moradoras, que foram submetidas a uma entrevista estruturada, e posterior análise de conteúdo.

Ao entrevistar as moradoras das redondezas daquela instituição, verificaram que o fato de a circulação dos loucos ser rotineira naquela comunidade fazia com que o medo não estivesse no centro daquela relação. As entrevistas evidenciaram uma representação social do “hospital como um lugar de tratamento, onde muitos sofredores psíquicos ficam internados devido ao descaso de seus familiares”. Com relação às explicações sobre o que seja loucura, observaram duas vertentes: uma caracterizada pela “compreensão biológica do fenômeno, com afirmativas de que a pessoa já nasce doida”; e a outra, a partir de relatos ligados às causas místicas, por exemplo, “a consequência de macumba que fazem ou pela vontade de Deus” (Moraes & oltramari, 2005, p. 13).

No Distrito Federal, Pacheco (2011) investigou a relação entre as representações sociais da loucura e as práticas sociais dirigidas aos sujeitos em processo de desinstitucionalização em duas instituições naquela localidade. A pesquisa baseou-se em entrevistas com profissionais, usuários e seus familiares de ambos os locais. A autora concluiu que havia a manutenção da lógica manicomial e a diferenciação estereotipada entre loucos e não loucos, além da tensão entre o tradicional e o novo em termos das prerrogativas da Reforma por parte dos profissionais.

Pacheco (2011, p. 316) descreveu seu objetivo geral como sendo o de “investigar a relação entre representações sociais da loucura e práticas sociais dirigidas a sujeitos em processo de desinstitucionalização”. A pesquisa se deu em duas instituições ou, conforme a autora, “em dois contextos resultantes de uma

tentativa de implementação” da Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal, em Brasília. Para tanto, foram entrevistados profissionais, familiares e usuários, em dois campos: a enfermaria do Instituto de Saúde Mental (ISM) e o Programa Vida em Casa (PVC), localizados naquela cidade.

A autora esclarece que estes “dois contextos se instalaram após o fechamento de um hospital psiquiátrico do Distrito Federal os quais se desenvolveram com características distintas”. Na enfermaria citada, a autora entrevistou oito técnicos de enfermagem e deparou-se “com a manutenção do manicômio representada pela lógica hospitalar”, onde ficaram visíveis “os processos de construção de alteridade entre loucos e não loucos” (Pacheco, 2011, p. 319). No PVC, onde a pesquisadora esteve inserida para observação por um ano, fazendo revisão de documentação, percebeu a “tensão entre o tradicional e o novo por parte dos profissionais”. Esta percepção deu-se tanto nas práticas quanto nas representações sociais daqueles profissionais, pois havia uma intercessão de incertezas, uma vez que “seus objetos de intervenção também estavam em estado de transformação”. Outro ponto abordado naquelas conclusões diz respeito à importância do exercício profissional multidisciplinar, chamando atenção para o fato de que “a transversalidade de saberes é mais apropriada para que o suporte aos usuários e familiares/rede social seja mais abrangente frente à complexidade contextual que sempre se apresenta” (Pacheco, 2011, p. 321-322). Ao final, a autora aponta que “o modelo psicossocial é uma construção coletiva, sem respostas prontas, com desejos e práticas a serem experimentados” (Pacheco, 2011, p. 329).

Partindo dos resultados apresentados por estas pesquisas, pode-se perceber que as representações sociais ainda estão localizando o louco como um ser passível de preconceitos. Representacionalmente, a doença mental não se categoriza dentre as demais doenças, pois se associa a um tipo de estranheza. As representações expressadas por crianças na pesquisa de Peres e outros (2012) mostram que os loucos foram identificados por elas como pessoas perigosas, doentes e alienadas, devendo, portanto, ser excluídas da sociedade. Além disso, as expressões continham traços de deboche e de indiferença para com os mesmos. É interessante ressaltar que são crianças nascidas no início da década de 2000, quando a Reforma Psiquiátrica já fazia 30 anos e a Lei 10.216/2001 fora efetivada com a criação e o desenvolvimento de serviços de atendimento à saúde mental

alternativos aos hospitais psiquiátricos, que se desdobrou na efetivação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em 2011.

Nesta direção, os autores mostram a necessidade da inclusão destas discussões em outros âmbitos sociais e, mais especificamente, na esfera educacional, com a reciclagem dos professores, inclusive. Esta proposta aponta a necessidade de se começar pelo ensino fundamental, devendo estender-se ao ensino médio e às universidades. A ideia é que a questão da loucura e convivência com as pessoas com transtornos mentais seja incluída como tema transversal na educação como um todo, abrangendo a questão do respeito às diferenças e à tolerância. Os objetivos são a transformação das representações sociais acerca dos temas citados e a busca pela alteração do imaginário social (Peres et al, 2012; Arruda, 2002), favorecendo assim a ampliação do direito do exercício de cidadania das pessoas com transtornos mentais e a convivência social com as mesmas (Cetolin, 2011).

#### **4.4.**

#### **Diálogo entre a pesquisa de Denise Jodelet, as pesquisas sobre representações sociais da loucura no Brasil e Erving Goffman**

Neste texto, proponho uma breve discussão entre alguns pontos abordados pelas pesquisas anteriormente apresentadas acerca das representações sociais sobre a loucura, ou seja, a pesquisa de Denise Jodelet e as pesquisas brasileiras, e ressaltar reflexões de Erving Goffman (1988, 1999, 2001) a partir de sua experiência nos Estados Unidos, na década de 1950, quando elaborou conceitos fundamentais que serão expostos na sequência.

Goffman, como é de amplo conhecimento no meio acadêmico, foi membro do Laboratório de Estudos Sócio-Ambientais do Instituto Nacional de Saúde em Bethesda, Maryland/EUA, entre os anos de 1954 e 1957, quando desenvolveu estudos sobre o comportamento em enfermarias nos Institutos Nacionais dos Centros Clínicos de Saúde. No período de 1955 a 1956, efetuou um trabalho de campo no Hospital St. Elizabeths, instituição federal localizada em Washington, com cerca de 7.000 internos. Esta incursão objetivou conhecer o mundo social do interno no hospital para doentes mentais a partir do método etnográfico e da análise sociológica da estrutura do eu. Os resultados desse estudo desdobraram-se

na formulação dos conceitos de “instituição total”, “vida íntima da instituição” e “carreira moral”, dentre outros, fundamentais às reflexões para temáticas afins (Goffman, 2001).

Goffman será chamado neste diálogo a partir das seguintes obras: “A representação do eu na vida cotidiana” (1999), “Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada” (1988) e “Manicômios, prisões e conventos” (2001). Nestes textos, o autor ressalta a importância da interação e o desempenho dos papéis sociais na teatralidade das relações humanas. Além disso, expõe aspectos sobre a formação de identidades e os fatores que a cercam, mais o processo de estigmatização, que ocasiona a desestruturação das mesmas.

Outra temática abordada diz respeito às regras sociais e às normas institucionais, que referenciam a posição do indivíduo em relação às situações vivenciadas e ao desvio de conduta. Na obra baseada em sua estada num hospital psiquiátrico nos Estados Unidos por um ano, Goffman (2001) cunha o conceito de instituição total, com sua função máxima de exclusão social. Nesta experiência, o autor esmiúça aspectos da relação entre dirigentes e internados e explicita os desdobramentos ou efeitos da internação sobre a carreira moral destes, salientando que o percurso pelo qual os internados passam leva ao estado denominado por ele de mortificação do eu.

Goffman (1999) ressaltou a importância da interação entre os indivíduos e estabeleceu no conceito de *self* um conteúdo do resultado de um processo social sem limitá-lo a uma dimensão psicológica localizada e fixada no interior do indivíduo. Dessa forma, o *self* não se estabelece como uma propriedade da pessoa, mas reside no padrão de controle social que é exercido pela pessoa e por aqueles que a cercam. Esta análise trouxe o *self* para o centro da ordem interacional, sem referenciar a totalidade do indivíduo, mas sim a uma de suas dimensões, tal como o *status* social, que é exercido em momento específico ou contextual.

A perspectiva interacionista também sedimentou a conceituação de “estigma”, que o autor atualizou desdobrando estudos da Psicologia Social. Ao considerar a relação do estigma com o “desvio social” e suas estreitas ligações com a “informação social” e “a percepção dos indivíduos sobre si mesmos”, o autor propôs a percepção da estigmatização com base nas relações sociais (Goffman, 1988, p. 9). Assim, é no âmbito das interações sociais que acontecem as discriminações em torno dos indivíduos, que podem ser causadas pelas marcas

físicas e/ou morais carregadas pelos mesmos e definidas como negativas em relação ao sistema em que interagem. O estigma é um sinal que afasta os indivíduos da baliza da normalidade preestabelecida socialmente para a interação social.

As normas sociais sugerem, portanto, a percepção que os indivíduos ou grupos têm de si mesmos e dos demais, relativizando concomitantemente as afirmações das identidades. É no contexto social que aparecem as divergências entre aquilo que a sociedade espera do indivíduo, imagem que compõe sua identidade virtual e a identidade real social, aquela baseada nos atributos que a pessoa realmente possui e exhibe nas interações sociais (Goffman, 1988).

As identidades individuais são sempre marcadas pelo peso da diferença e as marcas negativas são vinculadas ao desvio, consistindo em signos de estigmatização. O estigmatizado terá esta marca mais saliente do que outras características pessoais, mesmo que estas sejam consideradas positivas socialmente. Há tendência de ocupar um lugar de inferioridade na comunidade/sociedade em que vive, podendo representar perigo a estas e à identidade e/ou estabilidade das mesmas (Goffman, 1988).

Desta forma, o estigma acontece como uma forma de classificação social, pela qual um indivíduo se identifica, identifica outrem e é identificado pelos outros, segundo certos atributos, basicamente considerados positivos ou negativos. Aqueles indivíduos que atendem aos atributos reconhecidos socialmente como positivos constituem a categoria dos normais. Os demais compõem a categoria dos estigmatizados. Esta categorização está fundamentada em normas sociais e engendra a constituição das identidades pessoais e grupais, podendo deteriorá-las por meio da ação social (Goffman, 1988).

O estigma, segundo Goffman (1988, p. 10), tem sua concepção desde a Antiguidade Clássica, quando o termo designava algo extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem o representasse. A apresentação de sinais corporais por um indivíduo, por exemplo, indicava que as pessoas normais deveriam manter-se à distância do mesmo ou, conforme mostrou o autor, “os homens que traziam essas marcas, geralmente escravos, criminosos ou traidores, deveriam ser evitados no espaço público”.

Na Era Cristã, havia basicamente duas maneiras de determinação do estigma, segundo o autor citado. Uma delas derivava da interpretação religiosa,

onde o estigma estava articulado à graça divina. A outra pautava-se na versão patológica, anormal, onde se incluíam as marcas físicas (como as cicatrizes ou as deficiências, visíveis aos olhos e imediatamente localizáveis) e as anormalidades localizadas na dimensão moral e acessíveis nas relações sociais. Neste conjunto estão: os indivíduos com doença mental, os alcoólatras, os criminosos, as prostitutas e os homossexuais. Além destes, estavam ainda os indivíduos pertencentes a determinados grupos tribais de raça, cor, nação ou religião (Goffman, 1988, p. 12). Se forem demarcadas as devidas diferenças de contexto social e histórico, mais as nuances valorativas, o segmento citado acima ainda é alvo da categorização de transgressores da normalidade no Brasil atual.

O aspecto inovador acerca do processo de estigmatização apontado por Goffman (1988) diz respeito ao entendimento da sua categorização binária entre normais e estigmatizados, porém relevando-a à perspectiva das situações sociais relativizadas às linguagens e não a um rol específico e estático de atributos. Neste processo, há ainda a classificação dos estigmatizados em duas categorias: a dos desacreditados e a dos desacreditáveis. Os primeiros são os que não podem esconder sua condição de estigmatizados em qualquer contexto em que se insiram, como os aleijados, por exemplo, ou alguém que já carregue um estigma reconhecido num determinado meio, como um alcoólatra em família, no grupo com o qual divide o espaço de moradia. Os desacreditáveis são os que não possuem os atributos dos “normais” e ainda congregam aspectos que podem constar no rol dos desacreditados. Apresentando algum aspecto em seu comportamento que possibilite uma experiência que não atenda satisfatoriamente às regras vigentes, eles se inclinam para aquele grupo.

O estigma impregna a normalidade da carreira moral dos indivíduos, sua identidade pessoal e social com atributos depreciativos e excludentes. Segundo Goffman (1988, p. 149), o estigma faz os indivíduos estabelecerem uma relação impessoal com o outro, pois o indivíduo passa a constar como uma representação circunstancial com certas características típicas da classe do estigma, ou seja, sustenta as determinações e as marcas internas que sinalizam um desvio. Desta maneira, localiza-se fora do padrão determinado socialmente como normal e assume a posição de “nocivo” ou de “incapaz” (Goffman, 1988, p. 149). Neste contexto, os estigmatizados são indivíduos ameaçadores ou considerados como

“engajados numa espécie de negação coletiva da ordem social” (Goffman, 1988, p. 149).

Outro ponto importante descrito pelo autor diz respeito a uma das fases do processo de estigmatização, onde “a pessoa estigmatizada aprende e incorpora o ponto de vista dos normais”. Este aspecto faz com que as relações mistas entre normais e estigmatizados aconteçam de maneira desagradável para ambos os lados, pois tendem a agir de forma a demarcar os espaços da hegemonia de uma normalidade (Goffman, 1988, p. 141). Neste processo, há o que o autor chama de “mudança na concepção do seu eu”, num “processo de ajustamento pessoal” (Goffman, 1988, p. 154), que obedece a fases, possui variações, e é afetado por vários elementos. O produto comum neste caminho é a mudança da identidade para a semelhança da imagem existente na carreira moral das pessoas que possuem um mesmo estigma, por exemplo, “como os divorciados ou os doentes mentais” (Goffman, 1988, p.32).

Na obra intitulada “Manicômios, Prisões e Conventos”, pode-se encontrar o aprofundamento do pensamento de Goffman (2001) a partir de sua pesquisa acerca da vivência e dos comportamentos dos indivíduos nas instituições fechadas – ou, como as denominou mais tarde, nas Instituições Totais. Na experiência, o autor fez reflexões e ponderações detalhadas acerca do que denominou de “o mundo do internado”, considerando seu percurso desde antes da entrada para a instituição, suas relações internas com a “equipe dirigente” e os afetamentos desta passagem na sua carreira moral (Goffman, 2001, p. 43).

A análise sobre o hospital psiquiátrico levou o autor a cunhar o conceito de Instituição Total e revelou as características comuns nas suas estruturas, funções e modos operacionais, encontrados também em outras instituições que envolvem as exclusões e as clausuras, além da influência invasiva na (de)formação da identidade do indivíduo e na sua carreira moral. A partir desta constatação, as Instituições Totais foram divididas em cinco grupos (Goffman, 2001).

Num primeiro grupo, estão as instituições criadas para abrigar pessoas inofensivas e incapazes de cuidarem de si mesmas, como “velhos, cegos, órfãos ou indigentes” (Goffman, 2001, p. 16). No segundo grupo, estão as que asilam pessoas que também são incapazes de cuidarem de si mesmas, mas que oferecem riscos à sociedade, como “os sanatórios para tuberculosos”, os “leprosários”, dentre outros hospitais para doenças infectocontagiosas e “os hospitais para

doentes mentais” (Goffman, 2001, p. 16). O terceiro grupo é composto por “instituições organizadas para proteger a sociedade contra perigos intencionais de indivíduos nocivos: penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra, campos de concentração” (Goffman, 2001, p. 17). O quarto grupo agrega instituições que se destinam a organizar “metas de trabalhos com tarefas bem específicas: quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho, colônias temáticas” (Goffman, 2001, p. 17). O quinto grupo congrega estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo, considerando seu potencial na função instrutiva de religiosos: os “mosteiros, as abadias, os conventos, entre outros claustros” (Goffman, 2001, p. 17).

Ao adentrar nestas instituições na condição de internado, o indivíduo inicia um processo denominado por Goffman (2001, p. 21) de “mortificação do eu”, que acontece a partir da barreira estabelecida entre o mundo de dentro da instituição e a vida social. Este processo passa pelo cerceamento de espaços físicos e temporais de privacidade e ritmo de vida cotidiana, mais a privação da conservação e utilização de bens e/ou objetos pessoais relacionados à sua identidade, como as roupas. Na imposição de vivenciar aquela experiência, o internado passa a obedecer a normas rígidas de funcionamento, que incluem locais e horários específicos para todas as atividades e práticas diárias, como o acender ou apagar luzes, dormir e alimentar-se.

Tratando agora especificamente dos manicômios e hospitais psiquiátricos, bem como da internação nestas instituições, por serem obviamente próximas ao meu objeto de estudo, pode-se perceber como Goffman (2001) analisou a polarização entre os internados e os dirigentes em suas funções e identidades institucionais. As adequações às regras impostas estavam para os primeiros, assim como a sistematização e cobrança do cumprimento das mesmas estavam para os outros. Com estas posições, os dirigentes se estabeleciam de forma hierarquicamente superior aos internados, com destaque para a liberdade de saírem da instituição.

O autor observou que, na internação, os ajustamentos às normas estabelecidas nem sempre aconteciam da mesma maneira para todos os indivíduos, pois estes podiam alinhar-se a elas ou burlá-las. Estes posicionamentos estavam relacionados ao alcance da ocupação de lugares privilegiados ou de satisfação de desejos materiais ou imateriais dos mesmos. O

bom cumprimento das normas estabelecidas ou a cooperação nas atividades institucionais sugeriam um caminho, aprovado pelos dirigentes, diferente da desobediência à organização suposta e cobrada por eles. Goffman (2001) salientou que as noções de privilégios nestas instituições, diferentemente do padrão da vida civil, não eram consideradas como favores e sim como a via para a ausência da privação.

Segundo o referido autor, em sua estada no hospital psiquiátrico nos EUA, as interações entre os dois grupos distintos — dirigentes e internados — davam-se basicamente de duas maneiras: amistosas ou de cunho pessoal e, portanto ilícitas ou solidárias, embasadas na referência institucional. Este tipo de relação era cultivada como benéfica à cooperatividade dos internos em relação às exigências institucionais e “poderiam ajudá-los a reaprender a conviver socialmente” (Goffman, 2001, p. 47). Ademais, propiciavam a redução de diferenças e incrementavam positivamente a comunicação e a interação grupal (Goffman, 2001, p. 47).

Denise Jodelet (2005) esteve presente e observou as relações sociais em seu campo de pesquisa, uma Colônia familiar na França, por longo tempo, período no qual conversou com e/ou entrevistou os moradores locais, especialmente os hospedeiros dos doentes mentais advindos do hospital psiquiátrico daquela localidade. Uma das questões levantadas pela autora diz respeito à distância hierárquica entre dirigentes e internados, como dois grupos distintos, cuja relação é transpassada pela diferença negativa e onde os dirigentes têm posição superior aos internados, incluindo a questão da manutenção das regras estabelecidas pela instituição a cargo dos mesmos.

Jodelet (2005, p. 34), em Ainay-le-Château, afirma que naquele contexto os enfermeiros eram percebidos como representantes institucionais para a manutenção da ordem hospitalar por pelo menos dois motivos. Um deles dizia respeito à semelhança entre os pavilhões onde trabalhavam e os das penitenciárias, o que os associava à figura policialesca. Depois, mesmo fora daquele ambiente, ou na comunidade, onde os doentes eram alocados nas casas hospedeiras, os enfermeiros efetivavam sua função mediadora entre os hospedeiros, os doentes e a população local. Esta posição também foi comparada à dos policiais, pois os mesmos faziam o controle daquelas inserções e vigiavam os doentes com triplo atributo: “médico, moral e social” (Jodelet, 2005, p. 138).

Sobre esta questão, Moscovici (2005 apud Jodelet, 2005, p. 31) manifestou-se, chamando atenção para o próprio hospedeiro, que também tendia a olhar para o pensionista de maneira diferenciada, à semelhança de como o faziam o médico ou o enfermeiro, mas sendo que dando ênfase à questão moral, em detrimento do destaque à doutrina médica, característica dos profissionais. Dentre as pesquisas brasileiras sobre esta temática, Pacheco (2011, p. 319), que trabalhou sobre as representações sociais da loucura e as práticas sociais dirigidas aos sujeitos em processo de desinstitucionalização, também observou a posição dos profissionais das enfermarias em relação aos internados. Neste campo, encontrou respostas dos técnicos de enfermagem reforçando a lógica manicomial, onde estes se colocavam e se mantinham destacadamente como mantenedores da ordem hospitalar.

Outra questão apontada por esta autora que também se refere à discriminação negativa para com as pessoas com transtornos mentais estava na denominação “loucos e não loucos” (Pacheco, 2011, p. 32), em cujo significado encontra-se a distância moral e social das pessoas internadas em relação aos demais. Jodelet (2005) também averiguou que a discriminação entre os habitantes da Colônia que não eram advindos do hospital psiquiátrico e os doentes mentais saídos daquela instituição podia ser observada na denominação utilizada para diferenciá-los: “civis e os não civis” ou “civis e malucos” (Pacheco, 2011).

Voltando às relações distanciadas ou hierárquicas entre dirigentes e internados, destaco também as conclusões de Cetolin (2011). Em entrevistas com os profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) na Bahia, estes confirmaram a “diferença entre os pacientes psiquiátricos judiciários e os pacientes psiquiátricos comuns” (Cetolin, 2011, p. 137). Esta afirmativa articula-se, segundo a autora, às dificuldades relacionadas ao fato da prática daqueles profissionais se dar no ambiente citado (onde tanto a agressividade é mais contundente por parte dos internos com também há a característica prisional, que carrega representações sociais negativas). Para a autora, esses são profissionais que não apostam no convívio social daqueles internos, desacreditando, inclusive, na Reforma Psiquiátrica para aquele público. Desta maneira, não acredita na desinstitucionalização dos mesmos, seja pelo “despreparo da sociedade, seja pela descrença de que o lugar dos loucos infratores seria fora dos muros do HCT” (Cetolin, 2011, p. 149).

Na dissertação de Goffman (2001) sobre as relações estabelecidas entre os dirigentes e os internados, o autor demonstrou ainda dois modos básicos para esta interação: as amistosas e as solidárias. Na experiência de Jodelet (2005), a adaptação entre a hospedeira e o pensionista se dava numa relação de aprendizagem, com conteúdos de recompensas ou punições por parte daquela, objetivando a adequação do pensionista a seu ritmo. Quando este incentivo se dava pela recompensa, Jodelet (2005, p. 172) classificou como “sedutora” ou “aduladora”, cuja via pode ser comparada com a forma "amistosa" apontada por Goffman (2001). A prática predominantemente repressora dos maus comportamentos ou delatora dos aspectos negativos, mostrados pelos pensionistas, era reconhecida como educadora, que também pode ser relativizada ao comportamento opressor dos dirigentes institucionais, segundo análise de Goffman (2001), numa atitude de obrigar o cumprimento das regras locais.

Com relação à obediência às regras preestabelecidas, o que aconteceu em Ainay-le-Château é que os pensionistas saíram do hospital psiquiátrico para as casas das famílias hospedeiras e assim trocaram um conjunto de regras por outro. Nas casas onde eram inseridos, deveriam continuar a seguir as normas estabelecidas pelo hospital para aquela estada, além das próprias regras da casa hospedeira. Estas regras visavam ao cumprimento dos horários de saídas e chegadas ao local, de ingestão de medicação e de alimentação, dentre outras relativas à sua estada no local e à sua condição de hóspede. A presença do enfermeiro, conforme já exposto, como agente representante da instituição, regulador das regras de comportamento, habitação e convivência, era como que uma garantia do bom cumprimento das mesmas (Jodelet, 2005).

Segundo as ponderações de Goffman (2001), as regras institucionais e as rotinas diárias estabelecem um conjunto de prescrições e proibições que, se bem aceitas, permitem prêmios e privilégios ou, se desobedecidas, geram o castigo ou levam à suspensão temporária ou permanente dos privilégios. O autor salienta que as noções de privilégios na Instituição Total não são como as que costumamos vivenciar no cotidiano da vida civil fora daqueles espaços, como na obtenção de vantagens, mas representam a possibilidade da ausência de alguma privação. Estes contextos forçam à adaptação, e mesmo que haja resistência por parte de alguém, nas mais variadas formas, há, na mesma medida ou em medida superior, uma

pressão institucional para que se cumpram as regras e para que haja a adaptação e a obediência.

Esses mecanismos de adaptação forçada geram o que o autor chama de “mortificação do eu” (Goffman, 2001, p. 21), pois neste jogo a identidade e os contornos dos desejos dos sujeitos são anulados pelas regras impostas pela instituição. Esta reorganização pessoal gera a sensação de fracasso e um sentimento de perda em relação ao tempo de internação, acompanhado da angústia diante da ideia de retorno à sociedade externa. Essa angústia decorre do “status proativo” (o internado se vê diante de uma nova posição social que é diversa da anterior que, por sua vez, não será a mesma quando sair do hospital) e do “desculturamento” (o internado se vê diante da impossibilidade de adquirir os hábitos atuais que a sociedade passará a exigir) (Goffman, 2001, p. 21).

A saída do hospital em Ainay-le-Château, conforme colocado por Jodelet (2005) e reiterado por Jovchelovitch (2004), deu-se de maneira repentina e com pouco preparo social para a recepção dos doentes mentais naquela Colônia. O que a pesquisadora percebeu foram as duas formas básicas de diferenciar aquela alteridade no meio em que se inseria, ou, conforme já dito, uma delas era através do pouco contato, e a outra se dava a partir do autoritarismo nas atitudes para com os doentes. A partir deste comportamento é que Jodelet chamou a atenção para o aspecto da tolerância. A referida autora não se propôs a escrever sobre como os doentes se sentiam diante daquela situação, mas deixou claro que este tipo de acolhimento não se constituiu num entrosamento familiar como fora objetivado por aquela movimentação. Diante destas constatações, e considerando ainda as pesquisas brasileiras de Maciel e outros (2011) e Pacheco (2011), cujos resultados mostraram as dificuldades de aceitação do louco na família e na comunidade, é possível pensar sobre como se sentiam ou se sentem as pessoas com transtornos mentais após longo período de internação psiquiátrica, ao serem deslocadas para um meio social, qual seja, em processo de desinstitucionalização.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira ou o processo de desinstitucionalização no Brasil, que já está em movimento desde a década de 1970, encontra representações sociais favoráveis e desfavoráveis em relação tanto à própria Reforma quanto à loucura e ao louco — é o que mostram os resultados dos pesquisadores constantes no percurso da pesquisa aqui apresentada, com destaque para Pacheco (2011) e Cetolin (2011), que descreveram obstáculos envolvendo

estas práticas, mas também os avanços alcançados. Paulo Amarante (Jornal Futura, 2016) e os irmãos Pedro Delgado e Paulo Delgado, na Roda de Conversa realizada no Instituto Philippe Pinel, em 2016 (Delgado, 2016), também o fazem de maneira muito clara, avaliando positivamente o movimento que busca desinstitucionalizar os loucos em nosso país, considerando inclusive as diferenças regionais.

A desinstitucionalização refere-se ao hospital psiquiátrico e sua carga negativa como instituição que guarda os loucos da convivência social. Os pesquisadores brasileiros Maciel (2007), Maciel e outros (2008) e Moraes e Oltramari (2005) fazem alusão àquela instituição desta maneira, embora haja também e controversamente uma visão positiva, no que se refere ao hospital como local seguro e acolhedor, tanto para os pacientes em crise, quanto para seus familiares que a ele recorrem naquelas situações.

Segundo Jodelet (2005), na Colônia em que esteve inserida, o hospital psiquiátrico era concebido como uma instituição de cunho negativo, que contribuía para a degeneração dos indivíduos que lá estivessem internados, inclusive por lhes roubarem as atribuições de responsabilidades próprias à vida dos sujeitos. Além disso, era uma instituição com espaço físico idêntico às instituições prisionais, o que aumentava a aversão às suas propriedades e funções.

Goffman (2001) ressaltou o aspecto estigmatizado daquele tipo de instituição: o hospício, que reclusa indivíduos e os estigmatizava igualmente de maneira negativa, matizando suas identidades e carreiras morais perante a sociedade. Esta demarcação, estendida às pessoas oriundas de internações em hospitais psiquiátricos, é formadora das representações sociais acerca das mesmas e daquelas instituições.

As representações sociais obtidas por Jodelet (2005) expressaram que os doentes mentais eram pessoas que deveriam ser mantidas afastadas das demais, com delimitações de espaços específicos para suas ocupações. Isto foi observado e revelado na comunidade como um todo e no interior das casas hospedeiras, conforme já demonstrado. O medo estava no âmago das relações interacionais entre hospedeiros e pensionistas, pois havia a expectativa do perigo iminente de agressões da parte destes. Além disso, a doença mental era considerada a partir de possível potencial contagioso, devendo ser evitados contatos mais próximos, principalmente os de envolvimento sexual ou mesmo afetivo.

Dentre as pesquisas brasileiras, Maciel (2007) e Peres e outros (2012) também tiveram como resultados as representações sociais que colocaram os loucos como pessoas que deveriam ser afastadas do meio social, sendo internadas nos hospitais psiquiátricos. Estes foram considerados como seres sem razão, imprevisíveis e ameaçadores, ou seja, significativos de negatividade, com conteúdos simbólicos aproximados da tristeza, da dor e do sofrimento.

Neste diálogo entre Goffman, Jodelet e os pesquisadores brasileiros, pode-se observar que a questão do estigma é muito relevante no que tange às representações sociais dos loucos. O estigma enquanto marca, que macula aqueles que têm o sinal da loucura, que estiveram ou estão internados em hospitais psiquiátricos. O estigma que interage nas relações familiares e sociais, que se sobrepõe ao próprio indivíduo e que, conforme Goffman (1988), aparece na frente de outras características ou mesmo marcas, positivas, que o mesmo possa carregar, conforme mencionado na introdução da tese.

Outro traço importante, relacionado ao estigma e salientado por Goffman (1988), diz respeito ao fato de o estigmatizado também reproduzir ideias estruturantes dos ditos normais, deixando à mostra os limites da normalidade, ponto em que se articula a questão da tolerância e da inserção social (Jodelet, 2005). A referida autora e os autores brasileiros identificaram o hospital psiquiátrico como um local seguro para os momentos dos surtos, momentos em que, com muita frequência, as pessoas podem ter comportamentos violentos, gerando medo nos demais à sua volta.

Os resultados das pesquisas às quais me referi neste capítulo 4, bem como seu embasamento teórico, relacionado às representações sociais, serão rearticulados no capítulo 6, junto aos resultados produzidos pelo processo acompanhado por mim. A seguir, serão expostas as considerações que acercaram os caminhos metodológicos e as justificativas para a escolha da perspectiva com abordagem processual, a Cartografia.

## 5

### **Percurso metodológico e analítico: um exercício de abordagem cartográfica e a análise de conteúdo relacionada ao corpus da pesquisa e às representações sociais**

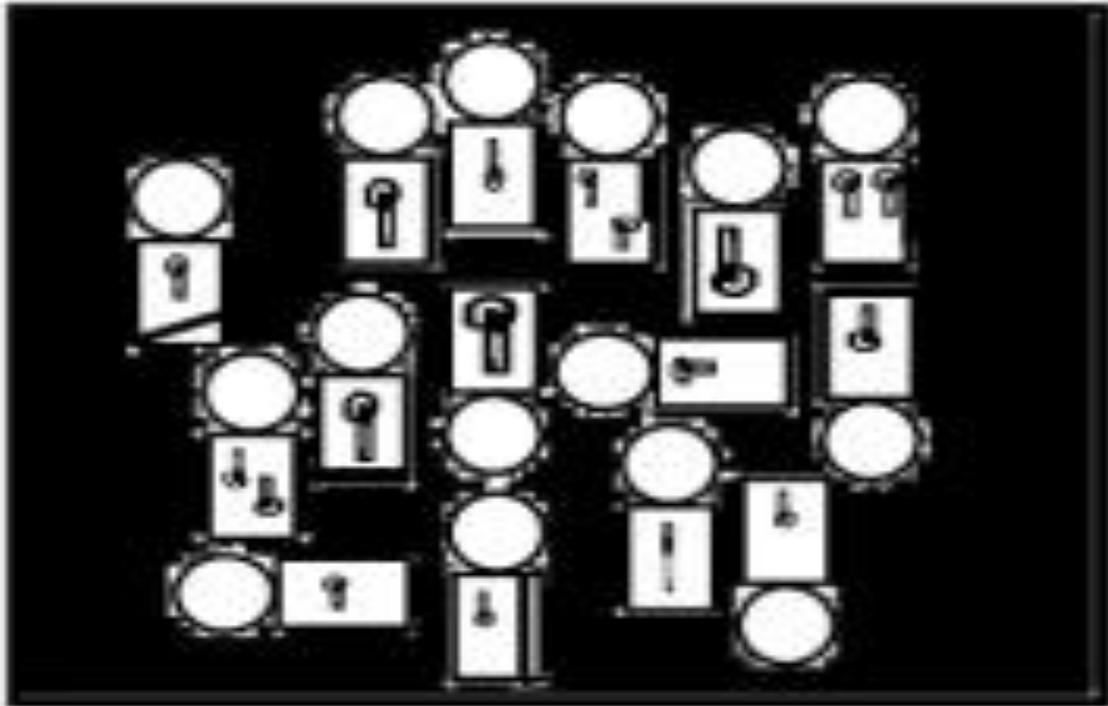


Figura 8 - “Corpos cabeças retângulos círculos chaves fechaduras chaves. O que faz sentido?” (Interferência paint/windows - Cristina Loureiro - outubro de 2014).

As descobertas proporcionadas pelo encontro com a pesquisa foram agenciadas pelas possibilidades propostas pela inserção cartográfica como pesquisadora. A imagem acima, que se mostra configurada pela associação entre figuras e palavras, fazendo um jogo básico entre as fechaduras e as chaves, principalmente, está relacionada às aberturas cartográficas, às descobertas, às associações mais lógicas com margens ou referências, e a outras de significado não tão óbvio ou mesmo incoerente, como acontece com a loucura, e a esta como tema a ser expresso por representações sociais.

No jogo que aparece como disporitor da imagem, há intenção de demonstrar uma multiplicidade de formas em que os conteúdos podem se constituir, além da pluralidade com relação aos movimentos de alcance aos mesmos conteúdos, e principalmente as vias que interligam estes acessos. Qual chave abre qual

fechadura? Há fechaduras que emprestam chaves? E estas chaves seriam como respostas esperadas? Respostas que se anunciam de antemão? Ou como colocou Aragão (2008, p. 82):

Para sair das grandes linhas da representação [...] Me lembra uma música cantada por Marisa Monte em que ela oferece soluções simples para questões do cotidiano, mas que não são necessariamente óbvias: para saber a resposta, vide o verso (Reis, 1991). A questão é que não estamos atrás de respostas, mas do verso.

As perguntas de uma pesquisa são fundamentais, bem como as respostas, mas a ligação entre elas também, ou seja, estas são questões que dão suporte a um método. Neste sentido, são discutidas por Romagnoli (2009), que expõe a Cartografia como metodologia de pesquisa que se opõe ao conhecimento que se reconhece como generalizante, verdadeiro e simplificado. Assim, não almeja a “previsibilidade a partir de um espaço inteligível de certezas”, conforme citação em que a autora se embasa em Edgar Morin (Romagnoli, 2009, p.168), um pensador profundo sobre as questões metodológicas e seus embasamentos filosóficos, para articular seu pensamento ao que sustenta a Cartografia como via de construção do conhecimento que se atualiza a todo momento.

Nesta linha de pensamento faço menção ainda às possíveis posições admitidas por pesquisadores em relação às pesquisas e, concorrentemente, ao objeto acercado, adentrado, estudado, descoberto, aberto, projetado e revisitado, no desenvolvimento do processo. Um objeto sobre o qual também se vai dissertar, que será exposto segundo a abordagem possível, construída e viabilizada justamente na relação do pesquisador com a pesquisa, no seu envolvimento com o objeto. Diante do exposto, pergunto: quando nos relacionamos com o objeto, estamos acessando *estratos de saber* mencionados por Foucault (2005)?

A questão da alteridade também está intimamente relacionada a este jogo de imagens e palavras associadas ao objeto desta pesquisa, mostrado pela imagem 8, se percebermos o conjunto de retângulos e círculos como sujeitos e subjetividades, não necessariamente nesta ordem de reciprocidade entre figuras e símbolos. O olhar cartográfico pressupõe a observação e a expressão de circunstâncias relacionadas aos sujeitos envolvidos na pesquisa e às atividades a ela concernentes, além de favorecer a percepção das interseções que o próprio objeto faz atravessar no dia a dia do pesquisador. Nesta pesquisa, as palavras

loucura, louco/a, maluco/a, doido/a, principalmente, mas também outras com significados afins, soavam específicas em qualquer lugar em que eu estivesse e as ouvisse; acendiam um alerta qualquer, momentaneamente, ou formavam um *link* com algum pensamento exposto na tese. A escrita cartográfica também privilegia a alteridade, buscando a exposição de uma polifonia de vozes, ou seja, prima pela expressão de uma pluralidade constituída pelos atores da pesquisa, principalmente pelos entrevistados.

O capítulo anterior trouxe aspectos conceituais da TRS, mostrou resultados de outras experiências com representações sociais e loucura e a articulação entre estas experiências. Este capítulo acerca questões relativas à Cartografia e sua conceituação, para evidenciar o percurso metodológico proposto, empenhado e acompanhado por mim, seguidas pelo debate levantado por Aragão e Arruda (2013) para levantar questões que estão imbricadas com uma possível conversa entre a TRS e a Cartografia. Este empreendimento das autoras me inspirou ainda a fazer um exercício com a Cartografia a partir de três das entrevistas realizadas, que apresento em texto após os resultados da Análise de Conteúdo. Esclareço, também, saber que esta discussão é recém-iniciada, segundo as próprias autoras, por isso me propus a experimentar ter a Cartografia como ferramenta de relação com a pesquisa/processo e lançar mão dos passos metodológicos orientados por Bardin (2011) para analisar os conteúdos dos relatos contidos nas entrevistas.

Depois desta introdução à questão metodológica, apresentarei os aspectos objetivos e numéricos com relação à realização das entrevistas e à minha inserção nos dois campos de pesquisa, para depois demonstrar como se configurou o perfil dos entrevistados e dos usuários, que contará com determinados gráficos que escolhi para dar visibilidade aos dados produzidos. A conceituação da análise de conteúdo, os passos metodológicos e os resultados serão apresentados no próximo capítulo, assim como o exercício de cartografia a partir de três entrevistas.

No Projeto de Pesquisa<sup>31</sup> submetido à apreciação da Plataforma Brasil, consta a meta de realização de 36 entrevistas, sendo 24 no IPUB e 12 no CAPS. No IPUB, as entrevistas se dariam com a seguinte distribuição: seis na enfermaria masculina, seis na enfermaria feminina e 12 no ambulatório. No entanto, ao final

---

<sup>31</sup>Projeto de pesquisa aprovado pela Plataforma Brasil através do CAAE: 49242615.3.0000.5263. Esclareço que o referido Projeto fora encaminhado à Plataforma Brasil depois de aprovado pela Câmara de Ética em Pesquisa da PUC-Rio, conforme apêndice 1 – Roteiro de Entrevista.

do prazo previsto pelo cronograma da pesquisa para o término das entrevistas, ficaram faltando sete entrevistas, uma na enfermaria feminina do IPUB e seis no CAPS, fato que será comentado oportunamente. Sendo assim, foram 23 entrevistas realizadas no IPUB/UFRJ mais seis entrevistas no CAPS, totalizando 29 entrevistas, que constam como fonte interlocutora dos dados desta pesquisa. Este aspecto, conforme já comentado, chama a atenção pela representatividade do CAPS ser tão desvantajosa em relação à do IPUB na quantidade de narrativas.

As entrevistas realizadas no IPUB, tanto nas enfermarias quanto no ambulatório, mas também as relativas ao CAPS, aconteceram em salas previamente preparadas para esta atividade. Houve duas exceções relacionadas ao CAPS, cujas entrevistas foram realizadas nas casas das pessoas. As entrevistas, de 50 minutos em média cada uma, foram gravadas e transcritas na íntegra. Os dados provenientes daqueles relatos formaram o material com o qual se deu o tratamento para a análise de conteúdo. O roteiro de entrevista foi semiestruturado e as perguntas foram feitas sequencialmente, conforme mostra o formulário (em Apêndice 1).

É importante esclarecer que quando houve resposta que, ao abordar a questão solicitada, também abrangeu as perguntas subsequentes, respondendo às indagações que ainda viriam na sequência de perguntas, estas foram citadas para que a pessoa soubesse que havia aquela pergunta formulada, mas o entrevistado não teve que responder novamente sobre o que já havia abordado espontaneamente. Este e outros aspectos foram observados por mim durante e após a entrevista piloto e as duas primeiras entrevistas que efetivei. Outros ajustes feitos no roteiro a partir da terceira entrevista foram: a inserção das perguntas sobre a religião e o bairro de moradia, itens que acabaram não merecendo destaque nos resultados, e a pergunta: o que você ouve os outros falarem sobre a loucura? E sobre o louco? Estas pequenas mudanças objetivaram melhor adequação ao objeto pesquisado.

Minha inserção no espaço das enfermarias se deu no dia 29 de janeiro de 2016 e durou até meados de abril deste mesmo ano, com um total de 48 horas de disponibilização para a pesquisa. A esta altura, faltavam duas entrevistas na enfermaria feminina, o que me fez voltar a buscar entrevistas naquele setor no mês de junho, quando efetivei mais uma entrevista. No ambulatório, me inseri no final de abril até o final do mês de junho, por 30 horas. Assim, foram 78 horas no

campo IPUB. No dia 30 de junho de 2016, fui a primeira vez no campo CAPS Maria do Socorro Santos e somando as oito visitas aquele campo, estive por aproximadamente 30 horas naquele dispositivo. Na última semana de setembro, encerrei as atividades de inserção nos campos e efetivação de entrevistas com o total de 108 horas na função de pesquisadora nos dois campos. O encerramento se deu por limites no cumprimento do cronograma da pesquisa, articulado aos prazos acadêmicos para a apresentação.

Para completar esta pequena introdução, é importante deixar registrado que, na medida em que as entrevistas previstas não puderam ser totalmente efetivadas, houve perda de material de pesquisa. Isto aconteceu devido a dois fatores ou agentes limitadores. Um está relacionado ao fato de muitas pessoas não terem se disponibilizado para conceder a entrevista, sob alegação de falta de tempo para tanto. O outro foi o atraso provocado pela necessidade de trocar de campo de pesquisa, o que reduziu a possibilidade de maior permanência no CAPS. Como resultado, temos uma disparidade importante entre o número de entrevistas realizadas naquele dispositivo (6), e as realizadas no IPUB/UFRJ (23), o que pode ter favorecido a falta de visibilidade de diferenças marcantes entre os dois espaços institucionais.

Estas limitações serão abordadas com maior detalhamento dos fatos ocorridos nos subitens relativos às instituições envolvidas na pesquisa enquanto campo. Avalio que o material que recolhi nos campos esteja demonstrando conteúdos importantes e densos acerca das representações sociais da loucura e do lugar social do louco, porém, não desprezo os conteúdos das sete entrevistas que não se realizaram, pois com certeza contribuiriam para o enriquecimento do material desta pesquisa.

## 5.1. Cartografia



Figura 9 - “Um objeto concomitantemente fixo e móvel da cartografia” \*  
(Fotografia de objeto luminoso - Cristina Loureiro - fevereiro de 2014).

\* As linhas formadoras de subjetividades, de campos de forças: mobilidades, direções diversas, determinantes, determinadas, formações, subjetivações. Esta imagem foi associada por mim à ideia do objeto do ponto de vista cartográfico, onde o mesmo se encontra em posição fixa e móvel ao mesmo tempo, um quase movimento, ou uma vibração em seu lugar.

A intenção deste texto é colocar aspectos da Cartografia, apreendidos e considerados por mim para este exercício de abordagem cartográfica. A Cartografia foi tomada como suporte para atravessar os mares e as marés da pesquisa, ou seja, para acompanhar os fluxos de pensamentos constituintes do objeto, tendo atenção na minha inserção e nos afetamentos relacionados aos outros atores da pesquisa, aos campos, aos textos teóricos e às exigências acadêmicas e científicas.

A Cartografia orientou meu olhar para a busca de aspectos que estivessem fora do campo daquilo que eu imaginava previsível, do ponto de vista da minha

construção do objeto. Além disso, abriu a possibilidade de elaboração e efetivação de um exercício de observação e escrita, viabilizando a expressão de pensamentos que se conectaram ao objeto durante todo o percurso da pesquisa, cedendo espaço para outros encontros, não esperados mas emergentes no processo. A proposta cartográfica se afirma sobre a existência das reentrâncias, dos pequenos recortes e das curvas que guardam conteúdos, afins ou contraditórios, e que se relacionam ao mapeamento sobre um objeto de pesquisa, e ainda, que estes conteúdos se relacionam com o pesquisador, que efetiva o mapeamento e que os mostra na escrita, sobre o percurso, a experiência e os resultados.

Esta perspectiva metodológica esteve presente no trajeto que percorri para a elaboração desta tese, inclusive para a efetivação das entrevistas. Atentei para que nas entrevistas houvesse um encontro, houvesse um tom de conversa sobre o tema proposto, mas sem esquecer de que havia um roteiro com perguntas, logo, havia um direcionamento naquela conversa. Os relatos das entrevistas, a análise dos mesmos e as anotações do diário de campo foram organizados, articulados, categorizados e comentados por mim, buscando um entendimento sobre a abordagem cartográfica, inclusive, ou seja, com questionamentos, com dúvidas.

Com estes pensamentos e procurando posicionar-me como cartógrafa, vim rejuntando conexões, querendo conhecer este modo de pesquisar, de acompanhar um processo, conduzindo-o, criando-o e recriando, ao mesmo tempo em que atentava para as aberturas de espaços para os inesperados, que surgiram, com suas próprias formas e conteúdos.

A Cartografia é uma metodologia de pesquisa proposta por Gilles Deleuze e Félix Guattari, sendo constituída por ampla obra literária, principalmente nos temas contemplados nos volumes de “Mil Platôs”. É sustentada por premissas que se articulam com intimidade aos pensamentos de Foucault, explicitados na literatura produzida pelo mesmo, motivo para eu seguir dialogando com os autores envolvidos nas distintas facetas do aporte teórico por mim alcançado. A maneira como Foucault (Deleuze, 1988) descreveu o mundo e seu funcionamento, baseado em fluxos de forças, individuais e coletivas, e que foi abordada no capítulo 2, fazem da Cartografia uma metodologia que conversa de maneira muito próxima com outros conteúdos teóricos que dão suporte à tese.

Em meu diário de campo há uma anotação que diz que, naquele dia, se eu fosse tentar descritores para buscar inspiração e dissertar brevemente sobre a

Cartografia, eu escolheria as palavras: pesquisador, objeto, subjetividades, afetamentos, sujeitos, atores da pesquisa, polifonia de vozes, pluralidade. Mas ainda teria de adicionar: atenções diversas e privilegiadas. Pensei ser um bom mote para apresentar ideias sobre a Cartografia.

A palavra pesquisador me veio à mente pelo fato de a Cartografia ter e/ou dar uma atenção especialmente centrada nesta figura, enquanto sujeito que acompanha a pesquisa como um processo, mas também por dar importância àquilo que se constitui a partir dos afetamentos sentidos e mencionados pelo cartógrafo, assim como dá destaque para seu envolvimento, intrínseco e inseparável com o objeto que constitui, e vice-versa. Um objeto repleto de seu pesquisador.

Ao mesmo tempo em que este pesquisador precisa focar sua atenção para tudo o que se aproxima dos conteúdos mais densos relacionados ao objeto de interesse, deve abri-la, para que novos elementos possam ser agregados ao mesmo. Ou conforme explica Romagnoli (2009, n/p), que o objeto que orienta o processo cartográfico, constitui-se através de “um foco concomitantemente fixo e móvel”, ou seja, ao mesmo tempo em que este foco se detém com atenção privilegiada ao tema escolhido, abre-se para algo novo, “algo significativo e que coexista com o foco principal, instalando-se ao processo como um todo” (Romagnoli, 2009, n/p).

É na parte móvel do objeto de pesquisa que as aberturas se apresentam para “os agenciamentos, para os novos conhecimentos, ou, para uma criação” (Romagnoli, 2009, n/p). A Cartografia é como um dispositivo no encontro do pesquisador com seu objeto, sua pesquisa, cujas forças presentes neste encontro farão com que ambos se diferenciem daquilo que eram antes do agenciamento (Romagnoli, 2009, n/p).

A Cartografia preza pelo novo, por aquilo que está por vir, pelas novas conexões. A busca pelos aspectos que se conectam ao objeto sem que estivessem previstos é uma aposta da Cartografia. Numa atenção que deve ser centrada, focada e desfocada, mas também aberta, dispersa por algo que surge e/ou que quebra um determinado ritmo, como mostrará mais adiante, o texto que acompanha a Figura 9, cujo conteúdo narra um acontecimento no pátio do IPUB e presenciado por mim. Este relato é proveniente do diário de campo e conta um episódio onde um grande silêncio é rompido por um grito feroz e longo, por uma

voz alta e muito agressiva que bradava ódio, quebrando uma possível estabilidade no ambiente. Mas este exemplo que dei, esta associação, seria uma representação social da loucura expressada por mim? Ligada com rompimentos, violência e imprevisibilidade? Mas também com paz?

Para me aproximar do entendimento sobre a Cartografia, estendi a leitura para as produções de seus pensadores/teóricos/pesquisadores como: Aragão e Arruda (2013), Simone Paulon e Roberta Romagnoli (2010), Roberta Romagnoli (2009), Cristal Aragão (2008), Virgínia Kastrup (2007) e Suely Rolnik (1989). Situada teoricamente no âmbito das ciências sociais, a Cartografia é identificada como uma metodologia de pesquisa qualitativa para abordagem de subjetividades, considerando-as como constituições em movimentos constantes. Este entendimento, conforme nos alerta Romagnoli (2009), compõe a mesma perspectiva que concebe a realidade como “um processo de construção da história da realidade”, o que implica em teoria e prática em relação concomitante e ininterrupta (Romagnoli, 2009, p. 168).

A autora admite que a Cartografia é uma “estratégia metodológica para os processos de pesquisa-intervenção”, devido a perspectiva da transformação decorrente do próprio processo de pesquisar (Romagnoli, 2009, p. 168). Esta metodologia deve ser pensada como um sistema complexo e heterogêneo, constituído pelos sujeitos e pelas relações que eles estabelecem. Estas relações denunciam a exterioridade de forças existentes e incidentes, concomitantemente, sobre e entre o pesquisador, o campo e os outros atores envolvidos (Romagnoli, 2009). Neste sentido, completa a referida autora, o cartógrafo deve voltar sua atenção para as produções, para as repetições e para as criações, além, é claro, de perceber aquilo que o afeta, e incluir ao produto da pesquisa.

A intenção, atuação e afetamento do cartógrafo em relação à pesquisa e ao objeto é considerada desde os momentos de seus pensamentos (Kastrup, 2007), passando pelas proposições e ações, movendo-se na direção escolhida para demonstrar o caminho percorrido, até o produto final e seus desdobramentos na realidade, inclusive na avaliação do estudo realizado pelos participantes da pesquisa (Kastrup, 2007). Aproveito para esclarecer que a participação na avaliação desta pesquisa não foi efetivada junto aos participantes, deixando incompleta a polifonia de vozes. Este tipo de avaliação não foi realizado por

inviabilidade por parte dos entrevistados e demais agentes, institucionais, da pesquisa, justificando não ter tempo para participarem de tal atividade.

A relação pesquisador/pesquisa, segundo a postura cartográfica é convidativa ao pesquisador para relatar sua experiência ao acompanhar o processo. Esta metodologia pede que o pesquisador aborde o objeto mais uma vez. O objeto constituído, os encontros agenciados, as descobertas, os erros, até os resultados, considerando que a publicação de seus dados fecha um ciclo de interlocução com determinada pesquisa. Ainda sobre o posicionamento do cartógrafo e sua relação com a pesquisa, Kastrup (2007, p. 38) nos alerta, “é na implicação do pesquisador com seu campo de pesquisa que se encontra um dos mais valiosos dispositivos para seu trabalho porque a subjetividade é suscetível aos afetos e às sensações que irrompem aos sentidos durante os agenciamentos”.

Para Romagnoli (2009), cartografar é *mergulhar nos afetos* que permeiam os contextos e as relações que se pretende conhecer; significa inserir-se no campo, comprometido com a elaboração de um traçado particular daquilo que se constitui como objeto da pesquisa. Para esta autora, a produção do conhecimento é reconhecida pela Cartografia como produto concomitantemente individual e coletivo, daí a importância dos afetamentos.

Rolnik (1989) se posiciona com relação à faceta processual do conhecimento como inseparável do próprio movimento da vida e dos afetos que o acompanham. Desta maneira, o conhecimento é gerado ou emergente a partir do plano de forças que compõem a realidade, ora operando em prol daquilo já estabelecido, ora operando a favor de agenciamentos produtivos, de acontecimentos que trazem o novo, sempre de maneira processual e singular (Paulon & Romagnoli, 2010).

Busquei posicionar-me atentando para as colocações de Aragão e Arruda (2013), pois minha experiência também envolveu aproximações com a TRS e a Cartografia num mesmo processo. Conforme dito, busquei nas cartografias um instrumental de inserção nos campos, de relação com as entrevistas e com os entrevistados, mas também como conexão com o objeto e sua constituição. Na tentativa de contribuir com as abordagens cartográficas, procurei reproduzir alguns pontos levantados pelas autoras para a discussão que envolve a conexão possível entre a Cartografia e a TRS, conforme disposto a seguir.

## 5.2.

### **Acompanhando dois processos: o diálogo entre a Cartografia e a TRS e o desenvolvimento da pesquisa empreendida**

A Cartografia como ferramenta para “pensar as nuances da representação”, foi apresentada em texto por Aragão e Arruda (2013, p. 83) viabilizando uma conversa entre a Cartografia de Deleuze e Guattari, e a Teoria das Representações Sociais de Moscovici. O contato que tive com a conexão entre as duas teorias foi iniciado pela leitura do texto de Aragão (2008) ao apresentar sua dissertação para obtenção do título de Mestra pelo Instituto de Psicologia da UFRJ. Depois, pela leitura do artigo publicado em 2013, por esta autora em parceria com a professora Angela Arruda, onde abordaram discussões das representações sociais do Brasil (Aragão & Arruda, 2013).

Esta iniciativa foi declarada pelas referidas autoras como uma “proposta ainda não realizada por trabalhos finalizados conhecidos por nós”, que seria o de produzir o diálogo entre “duas ferramentas a serem conjugadas” (Aragão & Arruda, 2013, p. 95). As autoras citadas reconheceram que o movimento de reflexões constantes apontou trajetórias não lineares para a empreitada de canalizar a conversação. A não linearidade é pressuposta pelos movimentos de forças (Deleuze, 1988), e este aspecto me fez pensar no método usado pelas autoras para aproximar as duas disciplinas, processo este cujo desafio foi, ou é:

Trazer a discussão no âmbito teórico e experiencial de objetos complexos como a teoria das representações sociais e as cartografias de Deleuze e Guattari. Neste desafio, paradas, retornos, experimentações e reformulações, foram muitas vezes necessárias, uma vez que atestamos não ser possível seguir um caminho linear para explicar a proposta (Aragão & Arruda, 2013, p. 84).

O caminho desconhecido e as discussões entre conceitos estruturantes das duas “perspectivas que discursam em distintas áreas de conhecimento e reflexões” (Aragão & Arruda, 2013, p.95) fizeram as autoras interceptarem alguns aspectos relacionados às duas teorias/abordagens conceituais para estabelecerem pontos de conexão e de questionamentos na via conectiva entre ambas.

Na análise das autoras, há, nas “Cartografias de Deleuze e Guattari” (apud Aragão & Arruda, 2013, p. 95), a “intenção de questionar filosoficamente a compreensão do mundo que nos é colocado por determinadas formas de vê-lo e de

estarmos nele”. Os pensamentos escritos por Deleuze e Guattari na obra “Mil Platôs”, por exemplo, do ponto de vista de Aragão e Arruda (2013, p. 95), estão:

Centrados na edificação das bases de uma filosofia que pensa teoricamente conceitos. Supõe assim uma forma de compreender o mundo, uma política cognitiva que interfere diretamente nos movimentos da vida, nas posturas teóricas, na construção de novas oposições.

Com relação à TRS, sua função e os conceitos que a embasa, e ainda nas diferenças em relação à Cartografia, as autoras afirmam:

A TRS é mais restrita, diz respeito a um campo de conhecimento: busca um tipo específico de objeto de estudo, preocupada com a construção social do conhecimento no cotidiano. Sua abertura está na interface de outros campos de conhecimento, teorias que possam dar subsídios para delinear novos caminhos. Estas diferenças são muito significativas e exigem a ligação de cosmologias distantes (Aragão & Arruda, 2013, p. 95).

Durante a busca pela conexão entre as duas perspectivas, uma questão fundamental foi levantada pelas autoras, e diz respeito à questão do entendimento sobre o significado de subjetividade e de sujeito, para a Cartografia e à TRS, respectivamente; porque, para a Cartografia só há subjetividades, enquanto a TRS “não abre mão do sujeito” (Aragão & Arruda, 2013, p.96).

Os filósofos teóricos da Cartografia concebem que o termo ou conceito de sujeito é, em si, “mais um dos pontos de subjetivação, que nos fixam, que nos colam a uma realidade dominante, que implica em fixidez de posições e normatizações de ideias e comportamentos” (Deleuze & Guattari, 1995 apud Aragão & Arruda, 2013, p. 96). Neste sentido, o termo sujeito, conforme estes teóricos, carrega característica que remete ao “individual, a um isolamento, a uma separatividade em relação a um coletivo” (Aragão & Arruda, 2013, p. 96), posição antagônica à noção de subjetividade preconizada pelos mesmos.

Ao substituírem o termo sujeito por subjetividade, os autores da Cartografia estavam pensando na constituição desta a partir das linhas de forças, “que se expressam em choques e interpenetrações”, provocando mudanças ininterruptas (Aragão & Arruda, 2013, p. 96). Para a TRS de Moscovici (2013), dentre outros autores que vêm desenvolvendo a referida teoria, conforme já dito, o sujeito é

entendido como “um terminal, uma ponta que, em comunicação com as demais em seu meio, dá vida às representações” (Aragão & Arruda, 2013, p. 96).

A diferença entre individualidade e singularidade foi colocada por Guattari (2000, apud Aragão & Arruda, 2013) na década de 1980, em visita ao Brasil para Encontro com pensadores brasileiros. Para ele, a ideia de indivíduo “bloqueia o potencial criativo do próprio e suas possibilidades de novos agenciamentos” (Aragão & Arruda, 2013, p. 110). Associada a esta ideia, e neste mesmo discurso, a singularidade é reconhecida como aquela que, ao “expressar um movimento oposto à fixidez” (Aragão & Arruda, 2013, p. 110), acaba operando no sentido de um resgate a um significado ou uma “reapropriação dos componentes da subjetividade” (Aragão & Arruda, 2013, p. 110), ou seja, as autoras consideram que há uma conclusão de que esta noção rejeita a ideia da repetição massiva, do comportamento ditado ou premeditado, formado pela TRSe criticado pelos criadores da Cartografia.

As mesmas autoras, porém, advertem que um olhar mais cuidadoso para estas questões pode refazer a percepção e aliviar o “peso do estatuto de sujeito” e à sua suposta “fixidez e normatividade”, atribuídos à TRS (Aragão & Arruda, 2013, p. 97). Neste sentido, apostam nas brechas abertas pela criatividade, que se constituem em “saídas individuais à malha fina de aprisionamentos em modelos cognitivos de apreensão e comportamentos” (Aragão & Arruda, 2013, p. 95), e escrevem:

A ideia da criatividade do sujeito, que opera sobre o mundo e o transforma; que cria mundos e realidades, embora sempre relacionada de alguma maneira às condições de produções sociais e outros conhecimentos, se aproxima do pensamento de Deleuze e Guattari (Aragão & Arruda, 2013, p. 97).

A TRS tem no sujeito as aberturas para as mudanças e as novas possibilidades ou aos “conhecimentos, aos novos acessos e portanto às criatividade” (Aragão & Arruda, 2013, p. 97). Além disso, esta teoria também se “posiciona contra a separação explícita entre o mundo interno e externo aos sujeitos” (Aragão & Arruda, 2013, p. 97). Ambos os aspectos mostram-se como possibilidades de encontro entre as bases da Cartografia e da TRS.

A ideia de estabilidade que está contida nas representações sociais é sugerida pela existência de “um sistema de valores e práticas que permitem ao

grupo conferir uma classificação e conseqüentemente orientar-se no meio social, dominando-o” (Moscovici, 1978 apud Aragão & Arruda, 2013, p. 109). Para Aragão e Arruda (2013, p. 95), há uma base nesta “estabilidade”, um requisito às representações, tendo em vista sua função de acomodação para o que aparece como novidade. Neste sentido, as autoras, reconheceram a sua “função prática”, de “guia de comportamento” (Moscovici, 1978 apud Aragão & Arruda, 2013, p. 97), mas também observaram a singularidade que existe na apropriação e uso destes guias pelos sujeitos.

Ainda buscando frestas para questionar estes posicionamentos, filosóficos e teóricos, as autoras argumentaram, através de outras coordenadas de Moscovici (1978 apud Aragão & Arruda, 2013), que para este, sua teoria estava aberta à “heterogeneidade e para as mudanças” (Aragão & Arruda, 2013, p. 97). Além disso, o mesmo autor ressalta o “conflito” como meio emergente das representações, garantindo-lhes não só a função de viabilizar a estabilidade, citada há pouco, mas também de possibilitar os movimentos necessários às mudanças nos meios sociais, cujas bases se estabelecem nos conflitos; ou conforme as autoras explicam nos dois trechos a seguir: “há potencialidade nas representações em integrarem às diferenças dado seu nascedouro: o conflito”; e, “as representações sociais emergem do conflito, quando espaços ou divisões aparecem”(Aragão & Arruda, 2013, p. 109). Esta maneira de entendimento mostra atributos que abrem espaços nas concepções da TRS acerca das mudanças e dos movimentos ininterruptos, aspecto que se aproxima das compreensões que embasam a Cartografia.

Com este entendimento, as autoras ressaltam as possibilidades levantadas pela TRS para mostrar “as manifestações singulares, que contêm os desvios e os resvalos próprios a esta categoria e que tanto se diferenciam quanto recriam as realidades expressadas pelas figuras como parte da representação” (Aragão & Arruda, 2013, p. 110). Por conseguinte, afirmam que “a representação social não é homogênea, que existe apropriação, criação do sujeito sobre os conteúdos; que são as singularidades produzidas no coletivo mencionadas acima” (Aragão & Arruda, 2013, p. 110). Para concluir, as autoras contemplam o que já estivera “previsto pelo próprio Moscovici ao iniciar a fiação desta teoria”(1961 apud Aragão & Arruda, 2013, p. 110), que as interfaces com outras teorias seriam bem-vindas e que a TRS já seria uma teoria em construção; ou, nas palavras das mesmas:

“embora as representações sociais se viabilizem pela busca da estabilidade do movimento, Moscovici (2013) nos convence de sua posição favorável às reformulações em sua teoria” (Aragão & Arruda, 2013, p. 109).

Outras premissas que demonstram a flexibilização mostrada pela compreensão da TRS dizem respeito à constituição do objeto, sua relação com o sujeito e sua conexão com o meio social. Para Moscovici (1978, p. 48 apud Aragão & Arruda, 2013, p. 85), conforme salientado por Aragão e Arruda (2013) e recortado por mim: “representar é reapresentar o objeto”. Com este entendimento, Moscovici (1978, p. 42 apud Aragão & Arruda, 2013, p. 86) afirma ainda que “o pensamento só pode surgir a partir da relação de interação: a vida social é condição de todo o pensamento organizado”; ou ainda, e também nas palavras de Moscovici (1978 apud Aragão & Arruda, 2013, p. 84):

O objeto está inscrito em um contexto dinâmico e ativo, pois é parcialmente conhecido pela pessoa ou a coletividade como um prolongamento de seu comportamento e só existe para eles em função dos meios e métodos que permitem conhecê-lo (Moscovici, 1978 apud Aragão & Arruda, 2013, p. 84).

A TRS tem objeto definido junto ao conhecimento que é produzido socialmente, através da comunicação, das trocas, que inclui qualquer nível de saber e justificativas, que se articulam e dão sentido à vida, ao mundo e aos sujeitos (Aragão & Arruda, 2013). Esta comunicação acontece na via das “intensidades dos afetos” e com atenção ou com “a sensibilidade no uso do corpo vibrátil como um sentido cuidadoso para aquilo que não aparece de imediato ou tão facilmente” (Aragão & Arruda, 2013, p. 90), mas que se mostra na atenção mais miúda, nos caminhos das sensações. Este posicionamento faz o pesquisador questionar sua inserção no campo, faz “colocar em jogo sua identidade, tornando o outro presença viva e capaz de construir novos territórios” (Aragão & Arruda, 2013, p. 90).

Dar importância ao “processo e não só a finalidade” (Rolnik, 2007) é um caminho proposto pela Cartografia, cujos dados são “produzidos pelas etapas da pesquisa com a participação intrínseca do pesquisador e dos participantes da pesquisa” (Aragão & Arruda, 2013, p. 94). Esta característica metodológica destaca as relações entre os sujeitos, ou conforme Aragão e Arruda (2013, p. 94), diz respeito “ao sujeito singular que os filósofos questionam em relação à

separatividade do meio, do todo social”. Para Deleuze, Guattari e também Foucault, conforme demonstrado em seu Diagrama no capítulo 2, não existe um sujeito em separado, com conteúdos próprios, mas as subjetividades como bojos de forças em relação direta e ritmada com as forças do Fora. Desta maneira, as subjetividades existem sem que nada de seu interior seja propriamente seu ou objeto de sua criação, mas sim da recriação, do curvamento em relação às forças existentes e movedoras do mundo, e que tornam as subjetividades eternamente variantes (Deleuze, 1988).

Este caminho reflexivo sobre a possibilidade dialógica entre a TRS e a Cartografia tem sido importante para o acompanhamento do processo da pesquisa aqui reportada. Da mesma maneira que busquei dar traços cartográficos às entrevistas, procurei seguir a metodologia que coleta dados, conforme as orientações de Bardin (2011). Assim, organizei e separei as categorias de análise e distribuí as unidades de registro, numa perspectiva de demonstrar os resultados daquilo que foi verbalizado nas entrevistas. Este procedimento não impediu que eu estivesse atenta às variações das expressões, aos conteúdos não expressos oralmente, mas que se mostraram em gestos, em olhares. Conforme orientações cartográficas, procurei atentar para a reconstituição daquelas realidades, acompanhando os processos de pensamentos sobre a temática que estávamos abordando: a loucura e o lugar social do louco (Kastrup & Passos, 2013). Segundo Rolnik (2007, p. 66 apud Aragão & Arruda, 2013, p. 110), o cartógrafo em atividade deve “mergulhar na geografia dos afetos e ao mesmo tempo inventar pontes para fazer sua travessia: pontes de linguagem”.

As Cartografias, segundo Aragão e Arruda (2013, p. 111): “São passagem para as subversões de representação, acentuando a visibilidade de seu movimento, num agenciamento que investe o coração da representação - pois mantém seus conteúdos - mas os manipula, deixando transparecer novas posições”.

As autoras declararam também que “são os movimentos que podem vir a balançar as estruturas das representações, mostrar nuances que também compõem a representação, e num passo além, lançar a semente da mudança” (Aragão & Arruda, 2013, p. 112).

Pensar na TRS e na Cartografia ao mesmo tempo, segundo Aragão e Arruda (2013, p. 113) "aumentou a potência de movimento existente na primeira, não

necessariamente por foco”, mas pelo que “já estava (virtualmente) dado de antemão”.

Quando as autoras Aragão e Arruda (2013, p. 95) intitularam o texto que faz dialogar a Cartografia com a TRS de “Cartografias do Brasil: convites para pensar as nuances da representação”, conforme dito no início deste texto, me pus a pensar também no que é perceptível num nível menos geral, menos global, e ao mesmo tempo menos individual e menos hermético, e chamou-me a atenção para o trânsito ou o fluxo de forças, para os campos de forças, que estão num plano singular com limites porosos, que faz e sofre entremeios. Pensar nas nuances das representações sociais pode ser buscar desenhar, também, aquilo que se apresenta nas imediações dos poros, onde conversam superfícies, na passagem do próprio poro com seus conteúdos e as variações todas possíveis; ou seria este poro um “gargalo” do Diagrama de Foucault? (Deleuze, 1988, p. 83).

### 5.3.

#### O trabalho de campo e a produção de dados: um mapeamento do campo em dois campos

##### Sobre o IPUB / UFRJ



Figura 10 - IPUB/UFRJ - Botafogo - RJ - 2016.  
Fonte: arquivo pessoal da autora.

Estas imagens fotográficas foram feitas por mim objetivando mostrar o quão agradável é aquele espaço ao qual me referi na introdução da tese, o pátio do IPUB com jardins e mosaicos. Para contrastar com a aparência bucólica que esta imagem demonstra, descrevo, abaixo, uma cena que assisti ao adentrar por aquele pátio numa inserção pesquisadora, ocorrida neste mesmo espaço, e mencionada por mim anteriormente, como relacionada à Figura 9.

Com isso, quero evidenciar as forças das tensões que também circulavam por ali, disputando com outras mais amenas e até as muito amigáveis, desmistificando o interior dos hospitais psiquiátricos como perigosos, ou como locais onde as pessoas estão "brigando, ou se batendo", conforme relato que será apresentado nas considerações finais, repetindo as palavras de Mario, um usuário do IPUB/UFRJ.

No relato do diário de campo, consta o ocorrido, que foi logo pela manhã quando eu chegava no campo, e ladeava os jardins, e o espaço estava silencioso e calmo. À minha frente, apareceu um agrupamento de três mulheres andando. Uma delas estava de uniforme de usuária internada, as outras duas trajavam roupas comuns e uma destas tinha o braço numa tipóia. Num movimento rápido, a mulher que não tinha o braço contido puxou a do membro machucado afastando-a da usuária internada, e gritou com esta, um grito que rasgou a atmosfera. Em tom de muita raiva ela dizia: “se ela mexer de novo com você, se ela se aproximar de você, eu quebro ela!”. Ela falava, se afastava e olhava para traz, falando para a usuária de uniforme. E repetia: “está ouvindo? Eu quebro ela! Quebro e ela não levanta mais!”. Repetiu esta frase três vezes e sua voz rouca e furiosa despediu o silêncio local. Ela continuou andando ao lado da outra, machucada, e ainda movendo-a pelo braço. Depois parou de falar alto. A usuária de uniforme, envolvida na situação, pareceu não perceber ou pelo menos não deu atenção à gritaria e ameaça dirigidas a ela, porque no mesmo passo em que ela andava seguiu, e logo se virou para outras pessoas que estavam sentadas mais adiante e puxou assunto com as mesmas.

O IPUB/UFRJ tem em suas instalações um grande pátio, do lado de fora das enfermarias, e que também é uma grande área de circulação de usuários, de profissionais e de visitantes, conforme já dito. Este espaço guarda um grande jardim ao centro, com um banco contínuo de cimento e mosaico à sua volta e o contém circular. Estes bancos se estendem aos espaços vizinhos, contornando

outros pequenos canteiros de plantas e árvores, alcançando inclusive as imediações da cantina. Este pátio dá acesso, ainda, ao portão de entrada e saída do hospital e adentra a instituição, distribuindo fluxos para os diversos setores. Há setores administrativos e assistenciais, compostos em sete edificações, sendo uma central de grande porte, com dois andares e as demais de médio e pequeno porte. O prédio central acomoda o gabinete-diretor e suas adjacências, além da secretaria acadêmica —por tratar-se de um hospital com ações assistenciais e acadêmicas— salas de pesquisas, um auditório, duas enfermarias, salas de coordenação de equipes profissionais e prestação de serviços assistenciais, sala do Serviço Social que assiste às enfermarias, além de um refeitório, da rouparia, do laboratório e de salas de atendimentos e procedimentos médicos.

Este espaço chamado de pátio tem importante função interacional entre os atores que circulam por ali. No tocante às pessoas com quem eu intencionava conversar e entrevistar, o pátio foi um local para encontrá-las, conforme já dito, pois ao visitarem um usuário internado, elas quase sempre permeavam aquele espaço acompanhadas deste.

Minha entrada em campo de pesquisa se deu primeiro nos espaços do IPUB/UFRJ. Isto se deveu a duas questões que se engendraram. O Comitê de Ética do IPUB deu parecer favorável ao projeto e a autorização para o início da pesquisa em dezembro de 2015, enquanto minha entrada no CAPS teve de aguardar por resolução de pendências relativas aquele espaço institucional com desdobramentos a serem resolvidos junto à Plataforma Brasil, que só se resolveu em maio de 2016, demora que será explicada na apresentação do campo CAPS.

No IPUB optei por me inserir como pesquisadora no setor das enfermarias e, depois, no ambulatório. Durante a idealização e organização do cronograma, eu havia pensado em me inserir em um campo de cada vez, objetivando o favorecimento da percepção de contrastes e similitudes entre eles. Devido à demora para a entrada no CAPS, este dispositivo ficou por último. As enfermarias eram setores nos quais eu estava acostumada a circular, havia uma proximidade com aquele espaço que me fez pensar na facilitação que este fato poderia promover, no sentido da aproximação com as pessoas para apresentar a pesquisa e solicitar entrevista. O que aconteceu foi que, nesta primeira inserção nas enfermarias, saí deste campo/setor tendo efetivado somente quatro entrevistas.

Mais tarde, mais uma pessoa concedeu a entrevista na enfermaria feminina, totalizando as cinco naquele setor.

Com relação às entrevistas e à entrada em campo, penso ser importante esclarecer que, em alguns momentos, me senti incomodada por pedir às pessoas para ouvirem sobre a pesquisa e ainda responderem a uma entrevista, conversarem sobre a loucura e outros temas afins, atividade que lhes tomaria ao menos uma hora. Este sentimento se manteve devido às observações feitas pelas pessoas quanto ao tempo de demora, e às recusas com justificativa de falta de tempo, conforme já exposto.

O tempo de pesquisa nas enfermarias do IPUB foi utilizado nas atividades de circulação e observação no pátio interno às mesmas e observação no pátio da instituição, onde estão os jardins e os bancos de mosaico. No espaço ambulatorial, me inseri na sala de espera, observando a movimentação daquele local. Em ambos os locais, estive atenta principalmente para a verificação da existência de alguém dentro dos critérios estabelecidos para ser entrevistado. Os critérios, conforme já esclarecido na introdução, estabeleceram uma relação de proximidade a priori, definida pela ocupação das pessoas no espaço nas duas instituições e sua vinculação com o usuário; porém, a qualidade desta relação só foi delineada na própria entrevista, quando esta se efetivou, conforme mostrarão os dados no capítulo 5.

Nestas atividades pesquisadoras no IPUB, senti o favorecimento de estar em ambiente e local conhecidos, além de ter livre circulação pelos espaços institucionais; mas ao mesmo tempo mais trabalhoso, pela ausência da estranheza para delimitar contornos, ou para descobrir *fiões soltos* (Aragão & Arruda, 2013). Este aspecto pode ter sido limitador para o foco de atenção/observação, que poderia ter se beneficiado daquilo que não era familiar. Outro aspecto limitador se articulou ao fato de eu ter sido identificada/reconhecida como profissional do IPUB. Nas vezes em que isso aconteceu, tratei de esclarecer bem a proposta da pesquisa, desvinculando-a dos desdobramentos institucionais relativos à assistência aos usuários naquele hospital, para depois iniciar a entrevista.

Na ocasião da minha inserção no ambulatório do IPUB, o prédio em que o mesmo se situa estava em obras. Isso fez com que o referido setor estivesse funcionando, provisoriamente, no segundo andar do Hospital-Dia do IPUB, em cuja edificação há uma varanda que contorna toda a extensão da fachada e fica em

frente aos jardins daquele hospital. Aquela varanda foi preenchida com fileiras de cadeiras e serviu de sala de espera para os usuários do atendimento ambulatorial e seus acompanhantes. O local estava sempre movimentado, como de costume, mas não ouvi reclamações de desconforto por este motivo.

As duas últimas entrevistas foram feitas no prédio do ambulatório, com as obras terminadas. Minha inserção no ambulatório se deu pela permanência naquelas salas de espera, perguntando aos acompanhantes se poderiam participar da pesquisa. Como a maioria das pessoas só vai ao ambulatório uma vez por mês, ficava inviável remarcar um encontro, ou seja, as entrevistas foram realizadas antes ou depois das consultas com os psiquiatras. Este fator também contribuiu para o desconforto que expus em relação a ocupar o tempo das pessoas. As justificativas para não ter tempo para dar entrevista giraram em torno de questões relacionadas a outros compromissos e moradias em locais distantes, pensando na condução, cheia, desconfortável e demorada.

Naquela varanda, estivemos, eu e os demais atores institucionais, em dias muito quentes, com o sol acertando em cheio aquele segundo andar e queimando quem por ali estivesse. Assim como houve um dia em que uma chuva muito espessa e prolongada molhou muito aquele pátio todo, os jardins e a varanda. Foi mais de uma hora de chuva. As folhas ficaram todas rebaixadas pelo peso da água. As árvores também se abaixaram um pouco. A umidade tomou conta daquele lugar. As poças apareceram, o pátio ficou vazio de gente e aquela sala de espera também, pois, somado ao temporal, estava o horário de final de tarde e de encerramento das atividades daquele setor.

Com a obra do prédio do ambulatório encerrada, as salas, de espera e de consultas, organizaram-se como antes, em ambiente mais limpo, renovado. Todas as entrevistas previstas para o ambulatório foram realizadas enquanto eu ainda aguardava condições para a inserção no CPAS. No próximo subitem, há um pequeno histórico que justifica a demora para a entrada naquele dispositivo.

## Sobre o CAPS Maria do Socorro Santos



Figura 11 - CAPS Maria do Socorro Santos- Rocinha – RJ.  
Fonte: arquivo pessoal da autora.

\* Fotografia, da pesquisadora, do entorno da edificação que contém a sede do CAPS, e que integra um complexo que agrega a Clínica da Família e a Unidade de Pronto Atendimento daquela região. O mapa fotografado faz parte dos comunicados do mural do saguão daquele prédio e localiza os sub-bairros atendidos por aquele dispositivo no bairro da Rocinha.

O entorno e parte da fachada do CAPS foram fotografados por mim, assim como os jardins do IPUB, para ilustrar algumas visibilidades sobre os campos da pesquisa. Após a escolha que fiz, entre as poucas fotos que compõem este tipo de material visual, para as duas montagens apresentadas, percebi que minhas composições talvez estivessem tendenciosas.

Observei que as fotos relacionadas ao IPUB mostram uma parte pequena da edificação, destacando as folhagens, as cores dos azulejos e os bancos. É como se fossem detalhes daquele campo, mas ao mesmo tempo uma marca na pesquisa, ou desta pesquisa. O CAPS também aparece representado com pequena área da sua edificação aparente enquanto privilegio a vista do seu entorno, que se apresentou cheia de cores, mostradas por pequenos fragmentos quadrados, como mosaicos, incrustados nas grandes pedras e atuantes naquela zona florestal do maciço da Tijuca. Parece que o IPUB foi retratado para dentro e por dentro, o CAPS para fora e por fora. O IPUB por bancos, o CAPS por ruas e grandes espaços. E é, na

composição que exhibe o CAPS, que há a fotografia de um mapa. Um mapa caracterizador das cartografias, um instrumento de demarcação de territórios, de direções. Este demonstrativo de espaços territoriais me fez pensar na localização espacial do louco, residindo em comunidades, nas cidades, e alcançando cada vez mais os espaços públicos das cidades.

Antes de dissertar sobre o CAPS Maria do Socorro Santos, é necessário fazer o esclarecimento sobre esta inserção e a demora para sua efetivação. Na idealização da pesquisa, optei inicialmente pelo CAPS da UERJ, objetivando um diálogo com um dispositivo de outra Área Programática de Assistência à Saúde no município do Rio de Janeiro, no caso a A.P. 2.2, que abrange bairros da zona norte; diferente da Área do IPUB, A.P. 2.1, situada na zona sul. Além disso, aquele CAPS está submetido à Saúde gerenciada pelo Estado do Rio de Janeiro, e não pela Prefeitura; tem vínculos estreitos e relação de suporte e supervisão com professores da Faculdade de Serviço Social daquela universidade; fatos e questões que foram avaliados por mim como possíveis agentes de diferenciação, podendo afetar no diálogo pretendido.

Depois que a pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e publicada no site da Plataforma Brasil, no final de 2015, conforme já dito, entrei em contato novamente com a diretora do CAPS UERJ, a assistente social Neilanza Coe, para agendarmos minha entrada em campo. Este contato fora acordado quando lhe apresentei o projeto de pesquisa, ou seja, ela aguardava meu contato após a aprovação pela Plataforma Brasil.

Na ocasião, esta diretora me orientou a retornar em março de 2016, justificando ser um momento mais oportuno para aquela instituição, baseada em dois motivos. Um estava relacionado ao período de férias de muitos profissionais e/ou troca de turmas de profissionais residentes e estagiários. O outro motivo, articulado a este, dizia respeito à baixa frequência de familiares, no período que se estende do final do ano ao início do outro, nas reuniões semanais que ocorriam naquele dispositivo, e minha inserção ali se daria principalmente, e a princípio, ou conforme conversado com Neilanza, nestas reuniões. Ao procurá-la, em março, ficou confirmada a impossibilidade de entrada naquele momento também. Desta vez, era a grandiosa crise financeira e política do governo do Estado do Rio, que àquela altura despontava, conjugando um movimento de greve geral de servidores do Estado, logo, daquela universidade e portanto daquele CAPS.

A partir daí, vislumbrei a possibilidade de o CAPS Maria do Socorro Santos ser incluído como campo, em substituição ao CAPS UERJ. Esta foi a demora mencionada por mim anteriormente, porque devido a estes acontecimentos e mais o tempo necessário aos novos contatos e tramitação de solicitação desta substituição na Plataforma Brasil, minha entrada no campo CAPS Maria do Socorro Santos se efetivou somente em julho de 2016, embora a liberação para esta entrada tenha ocorrido em meados do mês de junho.

Antes de submeter esta substituição na Plataforma Brasil, conversei por e-mail e por telefone com a diretora daquele CAPS Fabiana Lustosa, que deu sinal verde para a pesquisa após a liberação pelo Comitê de Ética via Plataforma Brasil. Quando houve esta aprovação, apresentei-me no CAPS Maria do Socorro Santos e fui recebida pelo enfermeiro e coordenador técnico daquele CAPS, Felipe Abdias, a pedido de Fabiana.

Eram duas horas da tarde de uma quarta-feira quando cheguei à sala de Felipe. Apresentamo-nos e falamos rapidamente sobre nossas experiências profissionais e vinculações nos dois espaços que estavam se configurando como campos e pesquisa. Depois, apresentei o projeto, com destaque para o cronograma, o TCLE, o roteiro de entrevista e a forma ou via de abordagem aos possíveis participantes da pesquisa. O referido coordenador sugeriu que as pessoas fossem apresentadas a mim pelas duas assistentes sociais atuantes naquele dispositivo. Ele teria uma reunião de equipe onde exporia o assunto e faria a mesma sugestão para viabilizar as entrevistas, por isso me pediu que eu aguardasse o contato, a ser feito provavelmente por elas, para organizarmos os agendamentos.

Ao sairmos da sala onde Felipe me recepcionou, caminhamos pelo espaço ocupado por aquele CAPS. Observei que as salas, destinadas às oficinas terapêuticas e de demais atendimentos profissionais, estavam habitadas pelos profissionais e pelos usuários. Muitos sorriram ao me cumprimentar. Havia uma oficina de música acontecendo naquela hora e a sala estava cheia de pessoas e instrumentos. E, enquanto ele me mostrava o restante do espaço, já ouvíamos fragmentos de músicas. Ainda me foram mostrados o refeitório e as acomodações para os profissionais/plantonistas.

Por se tratar de um CAPS III, o dispositivo contava com leitos de acolhimento noturno, ali distribuídos em três quartos individuais, cada um deles

contendo uma cama, uma poltrona e um lavabo. Havia duas pessoas alojadas e os quartos estavam habitados e ajeitados a seus modos. Comentamos sobre a importância desta privacidade de ocupar um quarto em momentos delicados como costumam ser os de crise, ou seja, os momentos em que os usuários do CAPS precisam ser acolhidos para dormir no local, inclusive. O banheiro, que estava sendo utilizado para os banhos dos usuários acolhidos, era coletivo e foi o único espaço que não estava em boas condições de manutenção e aparência.

Passados quinze dias desta ida ao CAPS, recebi um telefonema da assistente social daquele dispositivo, Nuzia Rosa, que me passou uma lista de doze pessoas referenciais dos usuários assistidos pela sua equipe de atuação naquele serviço. Deste total, só consegui contatar com oito pessoas, e destas, duas pessoas se dispuseram a conceder a entrevista. As outras quatro entrevistas foram agenciadas pela profissional citada acima, que me acompanhou, inclusive, até a casa de duas destas pessoas, onde eu realizei as entrevistas. As demais entrevistas foram realizadas nas salas componentes do CAPS, que ao todo somaram as seis naquele dispositivo, conforme já dito. As outras quatro entrevistas também foram agenciadas pela Nuzia no próprio CAPS e eram pessoas que estavam no local para algum atendimento e me foram encaminhadas enquanto eu estava no campo.

O CAPS Maria do Socorro Santos ocupava uma grande área do segundo andar do complexo predial onde também funcionam outros serviços públicos municipais, conforme descrito acima, junto à figura 11. As instalações que sediam o CAPS são relativamente novas, contêm equipamentos de informática, mobiliários diversos e materiais de utilidade terapêutica e uso profissional.

Aquele espaço era novo para mim. Aquela edificação era uma novidade. A paisagem também, aqueles arredores e a viagem para ir até o endereço daquele CAPS. Eu já havia ido à Rocinha algumas vezes em função de atividade profissional relacionada ao IPUB, mas não tinha adentrado tanto aquele bairro. Eu não conhecia aquele lugar, tão cheio de pessoas nas ruas, com variados tipos de comércio e movimento ininterrupto de veículos. São motos, carros, ônibus e caminhões, que só são parados pelos engarrafamentos e semáforos, se não, eles seguem sem parar. Quem já esteve por lá deve ter percebido o tráfego intenso que há na Rocinha. Deve ter visto também as manobras feitas pelos veículos grandes, que envolvem cumplicidade com o motorista que vem na direção contrária, porque ambos se deslocam na contramão para fazerem as curvas da Estrada da

Gávea sem se chocarem de frente. Um dos motoristas para e deixa espaço para o outro avançar na contramão. Assim, sobem e descem aquela estrada tortuosíssima, com veículos diversificados que também passam correndo bastante.

Mas, dentro do CAPS, avistei pessoas conhecidas, a começar por Nuzia Rosa, assistente social com quem trabalho no IPUB. Esta profissional já havia sido contatada por mim para referenciar o CAPS em que eu pretendia fazer inserção pesquisadora. Também encontrei com cinco usuários que já haviam sido internados no IPUB e que ainda têm vínculo com aquele hospital, inclusive, mesmo que seja referencial para internação do mesmo em caso de necessidade. Além destes, reconheci uma enfermeira que também trabalhava na enfermaria masculina do IPUB.

A mudança imprevista de campo de pesquisa trouxe tensão pela questão que envolvia o tempo gasto para tanto, resultando na demora para minha entrada no CAPS, aspecto que considero prejudicial à pesquisa na medida em que faltaram seis entrevistas, de acordo com o projeto, e que talvez pudessem ter sido cumpridas com mais tempo de inserção no campo. Depois que esta questão se resolveu, avancei com as entrevistas à medida que elas foram sendo oportunizadas.

Estas experiências foram especialmente ricas. Tivemos que nos deslocar do CAPS para as residências das pessoas e assim conhecê-las e realizar as entrevistas. A sensação de estar atrapalhando a rotina das pessoas ainda me mobilizava bastante devido à questão do tempo, já exposta. Como aconteceu no IPUB, percebi que a disponibilização, muitas vezes, partiu do interesse inicial movido pelo pensamento de que se tratava de alguma melhoria em relação ao tratamento do usuário. No entanto, houve também os que estavam querendo contribuir e ao mesmo tempo contar suas histórias, desabafar um pouco, falar da sobrecarga da vida quando a solicitação de atenção e cuidados era muito grande por parte do usuário. Nas casas das pessoas a sensação de estar incomodando foi um pouco maior, mas logo se dissolveu pela gentileza com que fui tratada pelas duas entrevistadas.

Aqui cabe uma reflexão que envolve os dois campos, para entendê-los a partir de três espaços: as enfermarias, o ambulatório no IPUB e o CAPS. Pensando nas possíveis similitudes e diferenças entre estes três locais de tratamento à loucura e, portanto, de acessibilidade para os loucos, procurei o que

se destacava em cada um deles e que poderia se relacionar diretamente com a questão da indicação da moradia para os loucos, considerando os dois lugares básicos já mencionados.

Ao analisar as entrevistas, localizando-as em seus respectivos espaços institucionais, não observei contrastes significativos entre os dois campos, ou entre os três espaços de inserção, para as respostas relacionadas às questões centrais. No entanto, penso ser importante questionar a disparidade no quantitativo de entrevistas realizadas dentro e fora do espaço hospitalar, pois foram somente seis entrevistas no CAPS, enquanto 23 se efetivaram no IPUB.

No entanto, além da entrevistada número um, uma senhora de 62 anos, mãe de usuária internada há seis anos na enfermaria feminina, que afirmou categoricamente sua posição favorável à internação de todas as pessoas com transtornos mentais, retirando-as do convívio e moradia no meio social, houve mais dos conteúdos relacionados a esta favorabilidade, que não foram elencados enquanto tal porque, na hora de responder sobre o local de moradia, os entrevistados não apontaram diretamente o hospital psiquiátrico. Estes dois entrevistados estavam na enfermaria feminina e no CAPS, ou seja, saiu da enfermaria feminina a pequena maioria de opiniões tendenciosas às internações compulsórias, mas a outra opinião nesta direção surgiu no CAPS.

A seguir, apresentarei o perfil dos participantes da pesquisa: dos entrevistados e dos usuários referenciais à relação de proximidade.

#### **5.4. Perfil dos participantes da pesquisa**

##### **Perfil dos entrevistados: formando a relação de proximidade**

Para desenhar este perfil, lancei mão de gráficos que podem ajudar na visualização de como se quantificaram os dados fornecidos pelos entrevistados, com informações sobre si e sobre os usuários com os quais têm relação de proximidade. É necessário lembrar a observação feita na introdução da tese quanto à referência aos sujeitos da pesquisa, no masculino e no singular ou plural, para simplificar a escrita. Os quantitativos estão representados por numerais

simples e não em percentuais devido ao universo das entrevistas ser pequeno, contendo apenas 29 encontros.

As informações demonstradas nesta seção carregam um grau maior de objetividade formando os dados que darão a conhecer quantas mulheres e quantos homens foram entrevistados por mim, e também suas idades, além do tipo de relação de proximidade que estabeleciam com os usuários; e, ainda, se os entrevistados eram os cuidadores dos usuários e que tipo de vínculos os uniam, se eram familiares, elos de amizade, ou ações de solidariedade. Houve três entrevistados, sendo duas mulheres e um homem, que se colocaram à disposição para responder pelos três usuários das enfermarias (dois homens e uma mulher). Penso ser interessante e positivo fazer os recortes destas situações devido à temática da solidariedade e o respeito pelas pessoas com transtornos mentais que as envolve.

Numa das situações, uma mulher de 58 anos, casada e do lar, estava visitando um rapaz de 35 anos, solteiro, internado naquele hospital havia quatro meses, pois a mãe do usuário havia morrido há 10 dias e, antes disso, ficara internada por seis meses. A entrevistada era amiga da falecida há anos e conhecia o rapaz da casa dele. A mãe, antes de morrer, pediu à amiga que cuidasse do seu filho. Esta entrevistada revelou também ter um filho com transtornos mentais, com 38 anos de idade, e disse que isso a tornara mais sensível à orfandade do usuário.

Na outra situação de solidariedade, outra mulher, de 46 anos estava visitando uma mulher de 50 anos internada no IPUB há uma semana. A usuária foi recolhida das ruas próximas à casa da entrevistada. Esta afirmou que ficou comovida ao ver uma mulher na rua sozinha, com aspecto de drogada ou bêbada. Esta entrevistada disse, ainda, que é zeladora de uma casa religiosa de matriz afro-brasileira, e que isto também foi significativo para a iniciativa de levar aquela mulher para casa e tentar achar a família da mesma. Desde este dia, a usuária já estava residindo em sua casa há dois anos e tinha contato frequente com os dois filhos adultos.

A terceira pessoa entrevistada que se baseou neste tipo de relação, solidária, um homem de 48 anos, estava visitando um usuário internado, de 35 anos, de quem se disse amigo há cinco anos, aproximadamente. Disse que ele e o usuário se conheceram na igreja evangélica e que ele se dispôs a ajudá-lo nos momentos

de crise, pois o mesmo estava distanciado das relações familiares. Na narrativa que desenhou sua relação de proximidade com o usuário, este entrevistado também estava ressentido com o pastor da igreja que ambos frequentavam, pois aquele líder havia dito que ele e outros fiéis iriam colaborar com a atenção àquele usuário. Pareceu-me que havia ali um elo amigável, de apoio, entre o entrevistado e o usuário, mas também algum tipo de dever relacionado aos dogmas religiosos.

Com relação ao perfil dos usuários, citarei dados da mesma natureza dos que divulgarei sobre os entrevistados, mas com o acréscimo de outros aspectos que importam à pesquisa. A escolha para a divulgação de um determinado conjunto de dados sobre os entrevistados e sobre os usuários se deu da seguinte maneira: as informações sobre os entrevistados estão privilegiando os contornos das relações de proximidade, com ênfase para a configuração dos cuidados nas mesmas.

Os dados relativos aos usuários mostram um perfil mais completo que o dos entrevistados. Este conjunto de dados foi escolhido para possibilitar a visualização de informações acerca daqueles, como o quantitativo de mulheres e de homens usuários daqueles serviços de saúde mental, que estavam sendo referenciais à pesquisa, bem como suas idades, estados civis, escolaridades e as ocupações na ocasião das entrevistas. Há também informações sobre os rendimentos dos mesmos, tais como fonte e valor, além do número de internações e tipos de tratamentos acessados. Todos os aspectos citados através dos dados se entrecruzam caracterizando aquela configuração, gerada por aquele momento da pesquisa.

Para apresentar os 29 entrevistados, optei por iniciar demonstrando suas idades para, em seguida, engendrará-los nas suas relações de proximidade com os usuários, referenciais para a escolha daqueles. As pessoas entrevistadas estavam, na sua maioria, com mais de 41 anos de idade, somando 24 ao todo. As outras cinco tinham menos de 40 anos.

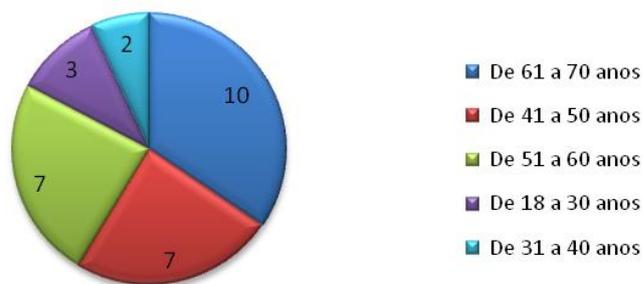


Gráfico 1- Distribuição dos entrevistados por idade (N = 29).  
Fonte: própria autoria.

O gráfico 2, abaixo, mostra a distribuição dos entrevistados pela sua função diante do usuário e/ou diante do cuidador dele. Esta função foi classificada da seguinte maneira: se o entrevistado era o sujeito que cuidava diretamente do usuário, ele foi categorizado enquanto aquele de quem provinham os “cuidados”. Este segmento somou 19 entrevistados, demonstrando que a maioria daqueles eram os cuidadores. Os “cuidados” indicam que a relação de proximidade envolve um cuidador que exerce funções relacionadas ao dia a dia do usuário e à sua rotina de segunda a segunda, durante as 24 horas do dia. Um cotidiano composto das atividades básicas de sobrevivência, como a alimentação e a higiene pessoal, além da limpeza e organização do espaço em que o usuário mora. Nesta função, há ainda a guarda de objetos pessoais do usuário, inclusive de documentos, e a responsabilidade do cumprimento de deveres daquele como cidadão ou à acessibilidade aos seus direitos.

Na função de “apoio”, estava quase 1/4 dos entrevistados, ou seja, sete entrevistados tinham suas atividades e funções, em relação ao usuário, ao seu cuidador, ou a ambos, de maneira esporádica ou sem obrigatoriedade nem cobranças. Os “cuidados compartilhados” foram admitidos pela minoria, pois só três entrevistados dividiam as tarefas e atividades relacionadas ao usuário com outro sujeito diretamente relacionado ao usuário no dia a dia de sua vida.

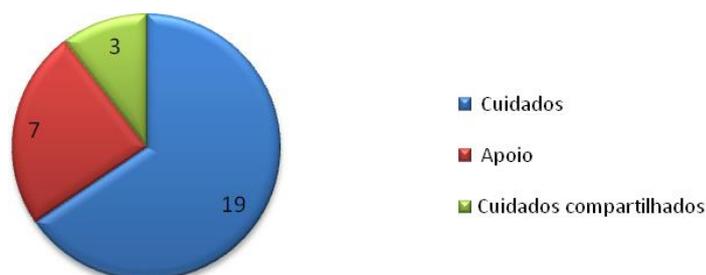


Gráfico 2 - Distribuição dos entrevistados pela função diante do usuário e/ou do cuidador dele (N = 29).

Fonte: própria autoria.

Outro dado que se evidenciou, ainda, na definição da relação de proximidade, foi que 14 entrevistadas eram as mães dos usuários, conforme demonstra o gráfico 3. As mulheres foram a maioria, somando 25 dentre as 29 entrevistas de acordo com o gráfico 4. Dos demais segmentos, os irmãos dos usuários foram os mais presentes, com oito pessoas concedentes da entrevista, além de quatro amigos e dois filhos de usuários. Somente uma esposa de usuário, do ambulatório do IPUB, esteve dando entrevista, como demonstra o gráfico 3.

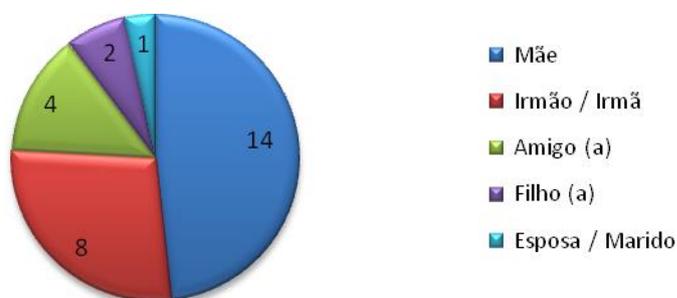


Gráfico 3- Distribuição dos entrevistados por relação com o usuário (N = 29).

Fonte: própria autoria.

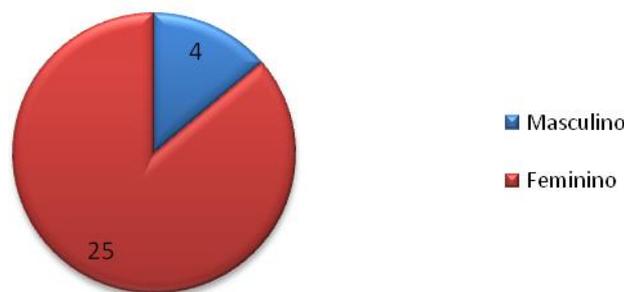


Gráfico 4- Distribuição dos entrevistados por sexo (N = 29).  
Fonte: própria autoria.

O gráfico 5 mostra o quantitativo de entrevistados por ocupação atual e a relação desta com a profissionalização dos mesmos, dando relevância para a questão dos cuidados para com os usuários e com o lar, como impeditivos ou não para que o entrevistado tenha outras atividades. O sexto gráfico demonstra a necessidade de acompanhamento do cuidador para o desempenho das tarefas diárias pelos usuários, tanto em casa quanto na rua.

Os dois gráficos (5 e 6) se complementam, considerando que as temáticas se entrecruzam para demonstrarem as situações em que a ocupação de 16 entrevistados estava voltada para a dedicação ao lar e ao usuário. Se associarmos o primeiro gráfico com o segundo, veremos que 21 usuários necessitam de acompanhamento, dentre as três maneiras apresentadas: 10 deles precisam de acompanhamento somente na rua, oito necessitam de acompanhamento na rua e em casa, enquanto três deles requisitam o acompanhamento somente para as atividades em casa. A usuária que se encontra internada há seis anos é a que pontua no gráfico 5 separadamente.

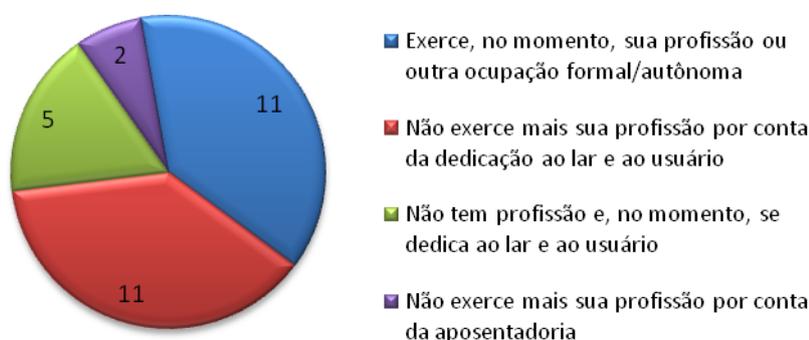


Gráfico 5- Distribuição dos entrevistados por ocupação atual (N = 29).  
Fonte: própria autoria.

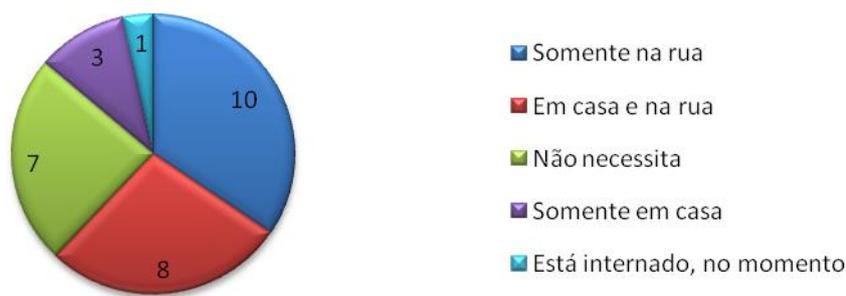


Gráfico 6- Distribuição dos usuários por necessidade de acompanhamento do cuidador (N = 29).

Fonte: própria autoria.

Quanto aos rendimentos dos entrevistados, seus valores e fontes de proventos, faço uma apresentação contendo os dados que mais se destacaram pela quantidade de pessoas dispostas nas categorias. Dentre os 29 entrevistados: 10 pessoas tinham seus rendimentos provenientes de trabalho autônomo e/ou rendimentos de terceiros, oito pessoas recebiam aposentadoria ou pensão, cinco entrevistados estavam com trabalho assalariado, quatro com outras fontes de renda, e duas pessoas com inserção no mercado informal. Com relação aos valores: 15 pessoas recebiam um salário mínimo, cinco pessoas declararam receber um salário mínimo e meio por mês, e duas pessoas recebem três ou mais salários mínimos, sendo esta a categoria que agregou pessoas com rendimentos de maiores valores. A faixa de rendimento zero contou seis pessoas, que declararam não ter rendimento algum. Os dados relacionados com as fontes de rendimentos mostraram nove entrevistados pensionistas ou aposentados, e sete têm trabalho autônomo.

Para finalizar esta exposição, apresento um resumo que reúne as categorias que mais incluíram pessoas dentre as 29 entrevistadas: 25 eram mulheres, 10 pessoas tinham idades entre 61 e 70 anos, 19 pessoas eram cuidadoras, 14 eram mães de usuários e oito eram irmãos. Devido à falta de autonomia ou à relatividade desta por parte dos usuários, 11 pessoas disseram ficar totalmente dedicadas aos mesmos e não exercer qualquer outra função, que não a desse cuidado e aos outros que a este se acoplam. Em contrapartida, houve outras 11 pessoas que declararam exercer suas funções profissionais e ter inserção no mercado de trabalho, formal ou não, além de dispensarem cuidados aos usuários com quem têm relação de proximidade.

### Perfil dos usuários: quem são os loucos?

Os usuários dos serviços de Saúde Mental que foram referenciados pelos entrevistados eram quase metade de homens e metade de mulheres, sendo em maior número os que estavam na faixa etária entre 31 e 40 anos, somando 10 pessoas, seguidas daquelas que estavam com idades entre 18 e 30 anos, que foram sete pessoas, e, com quase o mesmo quantitativo, seis pessoas tinham entre 41 e 50 anos. A minoria era de usuários na faixa etária entre 61 e 70 anos, somando quatro entrevistados, seguidos de dois que tinham idades entre 51 e 60 anos.

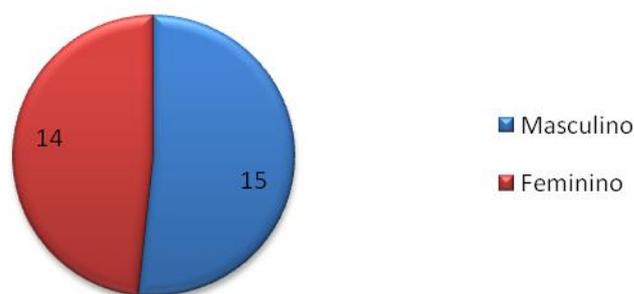


Gráfico 7- Distribuição dos usuários por sexo (N = 29).  
Fonte: própria autoria.

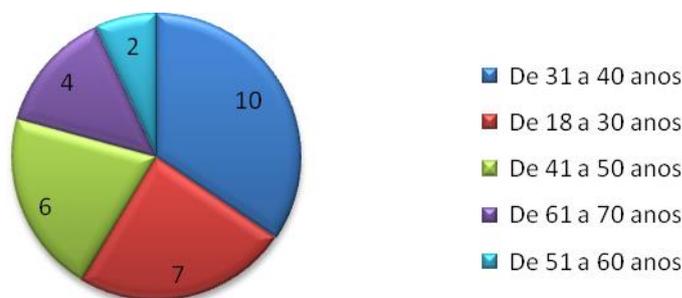


Gráfico 8- Distribuição dos usuários por idade (N = 29)  
Fonte: própria autoria.

Com relação ao estado civil dos mesmos, verifiquei que a maioria era de solteiros, somando 22 usuários. Foram quatro separados ou divorciados, dois viúvos e um casado. Os casados foram a minoria, com somente um usuário com este estado civil, residindo com seu cônjuge.



Gráfico 9- Distribuição dos usuários por estado civil (N = 29).  
Fonte: própria autoria.

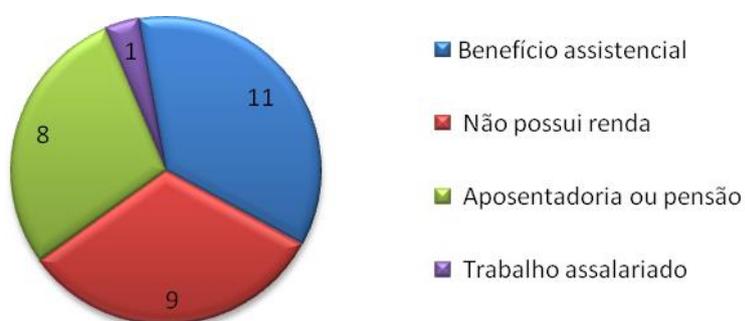


Gráfico 10- Distribuição dos usuários por fonte de renda (N = 29).  
Fonte: própria autoria.



Gráfico 11- Distribuição dos usuários por renda mensal (N = 29).  
Fonte: própria autoria.

A escolaridade e a ocupação atual dos usuários também foram levantadas. Os dados mostraram que o ensino fundamental incompleto e o ensino médio completo dividiram a maioria, com oito usuários em cada categoria. O ensino fundamental foi cursado por seis usuários, enquanto quatro deles nunca tinham ido à escola, e três usuários não completaram o ensino médio. Os dados relativos à

ocupação mostraram que somente dois usuários tinham ocupação diária, sendo uma usuária da enfermagem com vínculo empregatício e um usuário do ambulatório com atividade diária como ajudante no comércio de propriedade de seu filho. Os outros 27 usuários não tinham ocupação, sendo que, destes, 18 não tinham profissão, e nove usuários tinham algum tipo de formação/profissionalização/experiência profissional, mas também estavam desocupados.

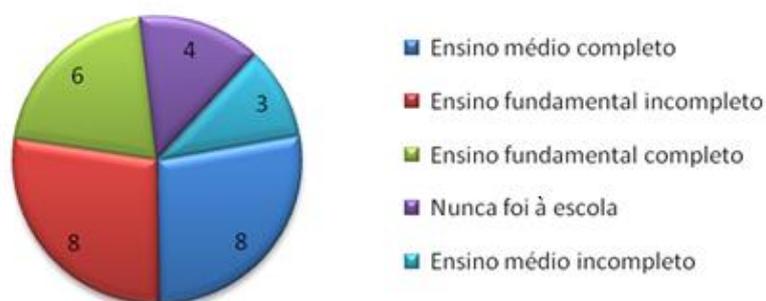


Gráfico 12- Distribuição dos usuários por escolaridade (N = 29).  
Fonte: própria autoria.

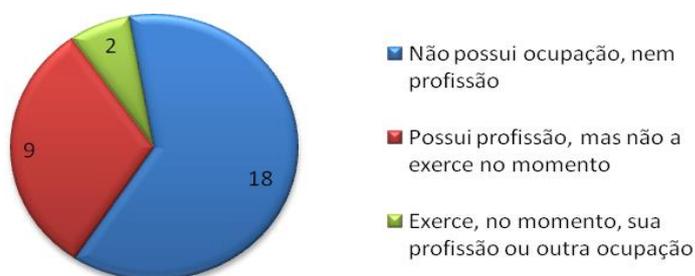


Gráfico 13- Distribuição dos usuários por ocupação atual (N = 29).  
Fonte: própria autoria.

Os diagnósticos médicos e a idade em que os usuários os receberam estão demonstrados nos gráficos abaixo. Dentre os 29 usuários, a grande maioria teve a esquizofrenia diagnosticada, somando 15 pessoas, enquanto cinco deles não tinham diagnóstico. O transtorno bipolar do humor foi atribuído a quatro usuários, e dois entrevistados não souberam informar o diagnóstico dos usuários. O autismo, a epilepsia e o retardo mental foram os respectivos diagnósticos de três usuários. Com relação à idade em que os psiquiatras diagnosticaram os usuários,

temos que: 12 usuários tinham entre 18 e 30 anos, seguidos de nove usuários cujos entrevistados não souberam dar esta informação. Os que estavam na adolescência somaram quatro, os que estavam com idades acima dos 30 anos e os que eram crianças quando receberam um diagnóstico apareceram com dois usuários em cada categoria.

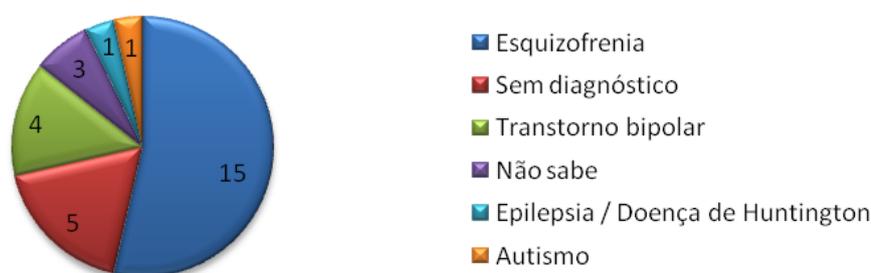


Gráfico 14- Distribuição dos usuários por diagnóstico (N = 29).  
Fonte: própria autoria.



Gráfico 15- Distribuição dos usuários por idade do diagnóstico (N = 29).  
Fonte: própria autoria.

A quantidade de internações e o tipo de tratamento que os usuários estavam recebendo naqueles serviços de saúde também foram levantados junto aos entrevistados, conforme demonstram os gráficos abaixo. Mais da metade dos usuários, ou seja, 16 deles, já estiveram internados por três ou mais vezes, em contraste com sete pessoas que nunca estiveram internadas. Os que estiveram internados por uma ou duas vezes somaram cinco usuários e, de todos os entrevistados, um não soube dar esta informação.

As respostas relativas ao tipo de tratamento que os usuários estavam recebendo mostraram os seguintes dados: 21 usuários só tomavam a medicação, sete tomavam a medicação e faziam algum tipo de terapia (oficina terapêutica e/ou atendimento psicológico), e uma usuária estava internada há seis anos e, por isso, consta no gráfico de tratamento como *internação*. No IPUB, durante a internação, o tratamento é basicamente medicamentoso, embora haja recursos profissionais e terapêuticos naquele hospital para oferecer atividades e atendimento por equipe multiprofissional. Estes recursos são acessados pelos usuários internados na medida de suas possibilidades, interesses, necessidades e disponibilidades institucionais, assunto sobre o qual não me estenderei.

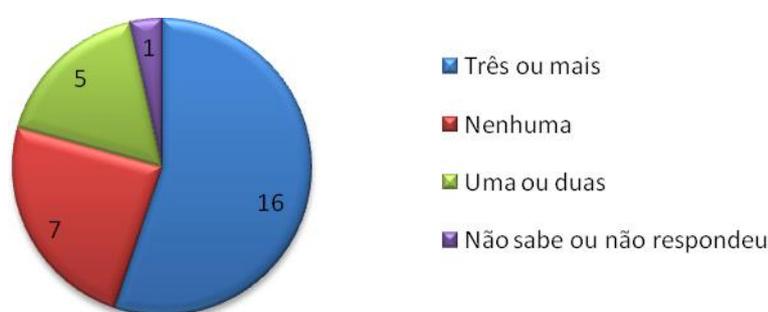


Gráfico 16- Distribuição dos usuários por número de internações durante a vida (N = 29).  
Fonte: própria autoria.

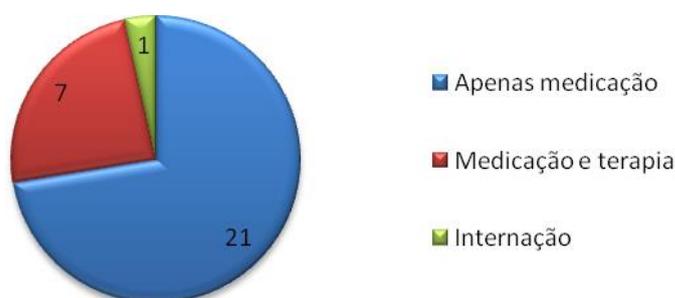


Gráfico 17- Distribuição dos usuários por tipo de tratamento atual (N = 29).  
Fonte: própria autoria.

Com relação ao conjunto de usuários, cujos dados civis e/ou objetivos foram divulgados pelos entrevistados, apresento um resumo nos mesmos moldes do que

fiz com o quereúne as categorias que mais incluíram pessoas. Dentre os 29 usuários referidos pelos entrevistados, havia 15 homens e 14 mulheres; as idades entre 31 a 40 anos categorizaram 10 pessoas, enquanto sete estavam com idades entre os 18 e os 30 anos. É possível verificar a diferença entre as idades de 10 entrevistados, com idades entre 61 e 70 anos, conforme citado acima. O estado civil mais citado para referenciar os usuários foi o de solteiro, somando 22; o número de separados foi de quatro usuários. Dos 29 usuários, 11 recebem benefícios assistenciais e 10 não possuem rendimentos. Além disso, oito são pensionistas ou aposentados, 14 recebem um salário mínimo.

Outros dados importantes mostram que oito usuários têm ensino fundamental completo, oito ensino médio incompleto e oito não completaram o ensino fundamental. Além disso, 18 deles não têm ocupação, nove têm profissão mas não a exercem, e 16, dentre eles, já tiveram três ou mais internações. A seguir, vamos encontrar a explicitação das narrativas destes entrevistados que envolvem a vida e a convivência com os loucos, mostrando aspectos e características estruturantes das representações sociais acerca dos mesmos.

## 6

### Análise de conteúdo e mapeamento de três entrevistas

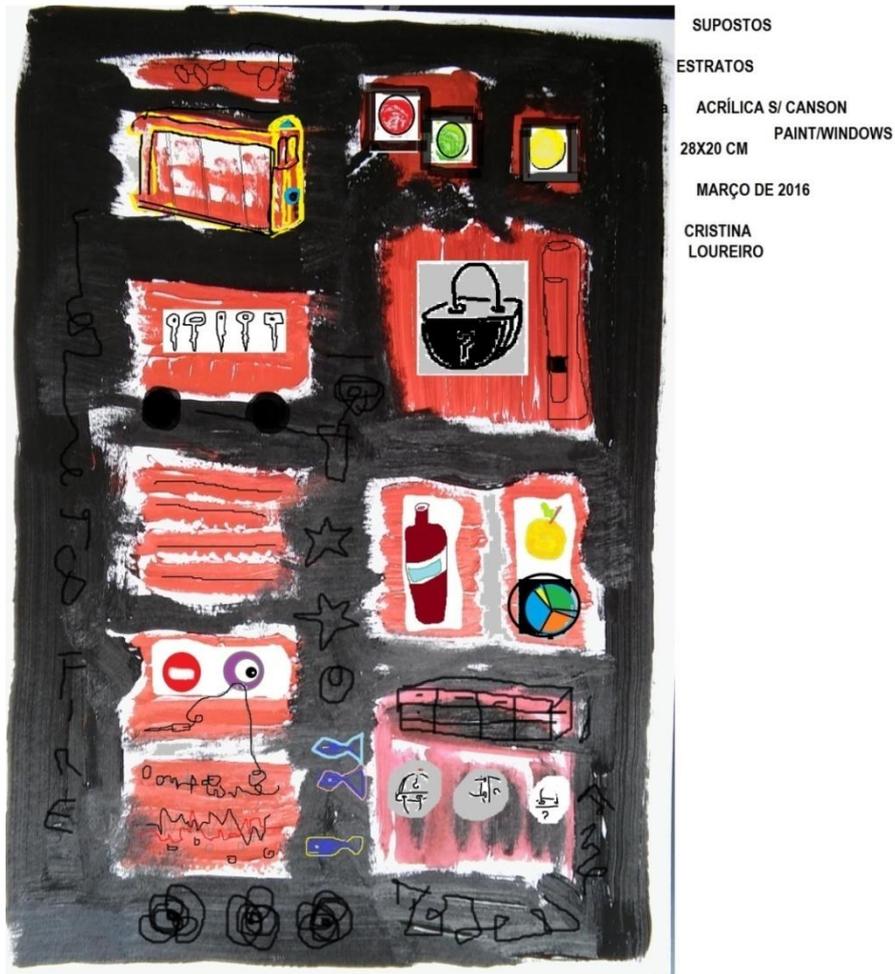


Figura 12 - Supostos Estratos de Saber.  
Fonte: arquivo pessoal da autora.

Uma época não preexiste aos enunciados que a exprimem nem as visibilidades que a preenchem. São os dois aspectos essenciais: por um lado, cada estrato, cada formação histórica implica uma repartição do visível e do enunciável que se faz sobre si mesma; por outro lado, de um estrato a outro varia a repartição, porque a própria visibilidade varia em modo e os próprios enunciados mudam de regime (Deleuze, 1988, P. 45).

A figura 12 quer demonstrar figuras que podem remeter a significados, sentidos, lugares. O leitor pode observar e encontrar algo que lhe é familiar. De antemão, aponto que há um desenho que imita a forma geral dos gráficos que mostrei ao apresentar os perfis dos entrevistados e dos usuários, participantes da

pesquisa, na perspectiva de perguntar se o gráfico seria um estrato, uma visibilidade. Assim, há outras figuras compondo a imagem 12, que podem remeter a outros estratos e/ou processos de estratificações.

Os estratos de saber e as entrevistas constituíram-se em espaços privilegiados para a produção dos dados da pesquisa, cujos relatos, transcritos das gravações, respostas provenientes das perguntas provocadas pelo roteiro semiestruturado, foram analisados segundo as prerrogativas de Bardin (2011) em seus conteúdos, conforme já dito. Para tanto, observei as três etapas que compõem este método. Na pré-análise, li e reli o material, primeiro de maneira geral, flutuante, depois para demarcar os conteúdos que se mostravam, para depois agrupá-los por similitudes, diferenças, ou por se apresentarem sem nenhuma destas duas características em relação às demais. Esta exploração possibilitou a formação do *corpus* da pesquisa, as categorias de análise e a identificação das unidades de registro. Este processo viabilizou os resultados que exporei a seguir, considerando a inferência efetivada em todo o percurso, inclusive para a interpretação dos dados.

Para a formação das categorias, considerei o aspecto da exaustividade, recomendado pela autora citada acima, e tratei de esgotar as possibilidades de indicações temáticas que estivessem sendo abordadas pelos entrevistados. Este caminho levou à categorização por temas, cujo agrupamento baseou-se nos sentidos afins gerados pelos relatos. Assim, organizei cinco eixos temáticos com seus conteúdos definidos (Bardin, 2011) em torno das seguintes figuras: loucura, louco, institucionalização, cuidador e comunidade. Atendendo ainda às premissas da autora citada, esclareço que as unidades de registro, formadoras destas categorias, foram lançadas em somente uma delas, para a observância da exclusividade do método de Bardin (2011).

A interpretação dos dados se constituiu na fase da descrição analítica em conexão com os referenciais teóricos afins, tendo por base a temática, o objeto e, neste caso, a teoria das representações sociais (Bardin, 2011). Desta maneira, trabalhei para que as interpretações estivessem pautadas em inferências cujos significados das palavras se apresentassem com profundidade para demonstrar os conteúdos explicitados pelos entrevistados (Bardin, 2011).

Outra consideração importante, observada por Bardin (2011), diz respeito à sua proposta contemplativa à investigação científica, com o rigor da objetividade

e da própria cientificidade, mas com destaque para a riqueza da subjetividade. Nesse sentido, seu método de cunho quali-quantitativo tem como propósito ultrapassar o nível do senso comum e alimentar o rigor científico, atentando para a atualidade das discussões acadêmicas, onde o papel do pesquisador e sua necessária interferência em todo o processo já não se constituem em desvalia, mas são pontos de discussão e novos entendimentos acerca das subjetividades, das suas funções e validações das pesquisas, que envolvem aspectos subjetivos, tanto por parte dos sujeitos envolvidos, quanto pela temática abordada e pelos meios para a efetivação da pesquisa, favorecendo, neste caso, a expressão das representações sociais.

## **6.1.**

### **Resultados obtidos a partir da análise de conteúdo**

As entrevistas se constituíram como espaços privilegiados para a produção dos dados da pesquisa, cujos relatos, transcritos das gravações, respostas provenientes das perguntas provocadas pelo roteiro semiestruturado, estão dando visibilidade às questões que se configuraram para a formação dos eixos e das categorias de análise.

Para a interpretação dos dados e a fase da sua descrição analítica, busquei conexão com os referenciais teóricos afins e diálogo com pesquisas com afinidade de objeto de interesse, dentre elas a desenvolvida por Jodelet (2005) e as pesquisas brasileiras já citadas no capítulo 4.

A tabela 1 demonstra a segunda etapa da análise de conteúdo (Bardin, 2011), com a formação das categorias, cujas quantificações estão apresentadas. Estas categorias originaram cinco eixos temáticos já citados e sobre os quais trabalharei. A ordem decrescente foi usada para demonstrar as quantificações totais, mas a subdivisão desta tabela em outras cinco é que dará suporte para a apresentação dos resultados, abordando os eixos um a um.

Tabela 1- Categorias temáticas e seus eixos, encontrados nas entrevistas (N = 29)

<b>Eixo temático</b>	<b>Categoria temática</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Louco	É alterado, agressivo	23	79,3
Loucura	É uma doença, um distúrbio	21	72,4
Louco	É tranquilo, carinhoso	18	62,1
Institucionalização	É necessária nos momentos de surto do louco	18	62,1
Loucura	Tem de ser controlada com a medicação	17	58,6
Louco	Não é normal	16	55,2
Louco	Deve morar em casa com a família	16	55,2
Louco	Vê coisas e/ou ouve vozes	15	51,7
Louco	Não sabe o que faz, é sem razão	13	44,8
Cuidador	Tem responsabilidade integral pelo louco	12	41,4
Comunidade	Sente medo do louco	12	41,4
Loucura	É um problema	11	37,9
Cuidador	Sente preocupação com o louco	10	34,5
Comunidade	Sente impaciência com o louco	9	31,0
Louco	Vive num mundo próprio	9	31,0
Louco	Necessita de tratamento psicológico	8	27,6
Institucionalização	Garante a medicação ao louco	8	27,6
Comunidade	Faz pressão para a institucionalização do louco	8	27,6
Loucura	Não se sabe o que é, não se sabe a causa	7	24,1
Louco	Usa(ou) drogas	7	24,1
Comunidade	Tem amizade pelo louco	7	24,1
Comunidade	Tem preconceito pelo louco	7	24,1
Cuidador	Precisa aceitar o louco	6	20,7
Louco	É amigo, conversa	6	20,7
Loucura	Não tem cura	5	17,2
Institucionalização	Não necessariamente institucionaliza	5	17,2
Loucura	Tem cura pelo divino	4	13,8
Cuidador	Sente medo de louco	3	10,3
Cuidador	Sente cansaço pelos cuidados com o louco	3	10,3
Comunidade	Ajuda o louco e o cuidador	3	10,3

Fonte: própria autoria.

Na apresentação dos eixos e discussão dos resultados da análise de conteúdo, que se seguem, serão citados trechos das entrevistas, que aparecerão aspeados e cuja identificação referencial conterá os dados: o número da entrevista, o sexo e a idade do entrevistado, o tipo de vínculo com o usuário, o sexo e a idade deste, e o local da entrevista. Pensando na otimização da escrita, o local da entrevista está referenciado de forma abreviada, e da seguinte maneira: enfermaria masculina (enf. masc.), enfermaria feminina (enf. fem.) ou ambulatório (amb.) para localizá-las no IPUB/UFRJ, e CAPS, para identificar aquele dispositivo como local do relato.

Os trechos das entrevistas que escolhi para dar visibilidade aos passos analíticos, produtores dos resultados, contêm as falas que expressam as ideias trabalhadas naquela categoria. Para favorecer a associação sugerida, sublinhei as palavras mais significativas relacionadas às temáticas abordadas. No entanto, será

perceptível que haverá trechos ou fragmentos contendo palavras que servirão tanto ao sentido abordado naquele momento, em articulação com o eixo e com a categoria abordada, quanto ao contexto do próprio objeto, pois poderiam constar nos outros eixos. Esta situação poderá ser reconhecida nas exemplificações contidas em todos os eixos analisados, engendrando as ideias emergentes e delineadoras das representações sociais da loucura e do lugar social do louco. E, conforme alertei no final do terceiro capítulo, é preciso que projetemos nosso pensamento para conectar as ideias transmitidas pelos entrevistados com as que vêm circulando ao longo da história, acerca da loucura e do lugar social dos loucos, enredando as representações sociais.

É preciso ter em vista, sempre, que as pessoas que deram as entrevistas têm relação de proximidade com pessoas com transtornos mentais, e podem falar desse lugar de maneira diferenciada, devido à sua experiência, daquele que compartilha as representações sociais sobre os mesmos mas não conhece, ou pensa não conhecer, alguém com transtornos mentais nos moldes da lei, um louco.

Sendo assim, as palavras sublinhadas e os trechos escolhidos por mim estão dando contornos aos resultados. As palavras aparecem aqui e ali nas falas dos entrevistados, articuladas ao tema, mas não restritas a ele. Por exemplo, a questão da normalidade pode estar sendo abordada por um entrevistado ao mesmo tempo em que ele toca no assunto das drogas, ou fala na importância da medicação, do hospital psiquiátrico para os momentos de surto, e ainda, que a vizinhança teme o louco quando ele fica agressivo, em crise, e pede para interná-lo.

Eu optei por quais relatos citar em qual categoria e usei o critério da ideia central, transmitida pelo trecho, pelo relato, para fazer esta locação, mas chamo a atenção novamente para a articulação de ideias que dá um sentido de conjunto aos eixos e à temática como um todo, ao mesmo tempo em que os pormenores, as singularidades trazem uma vivacidade parecida com a realidade criada e recriada nos momentos das entrevistas. Esta forma de dar visibilidade às ideias através dos relatos e sublinhar algumas palavras dos trechos para articular a rede formada de representações sociais me fez lembrar uma configuração rizomática, na qual as partes podem ser conectadas a qualquer momento, de qualquer ponto.

As discussões a partir da disposição dos eixos e suas categorias, caminho escolhido para esta apresentação, serão citadas mais ou menos na ordem apontada pela tabela. No entanto, para não ficar cansativo, arbitrei outra interferência, e vou

citar as categorias numa ordem cujo sentido se fez através do reagrupamento das ideias, otimizando o relatório.

### **Eixo temático 1: o Louco**

Na tabela abaixo, é possível identificar os conteúdos deste eixo temático que mostram alguns traços relacionados à figura do louco, como: a agressividade, o carinho, a anormalidade, os delírios, a irracionalidade, aquele que vive num mundo particular, que precisa de tratamento psicológico, que tem relação com uso de drogas, que é amigo. Além destes, houve também a referência ao lugar onde o louco deve morar, com mais da metade dos entrevistados apontando para a casa da família. O primeiro aspecto chama a atenção pela alta frequência e pela polaridade em que situa o louco, como agressivo e ao mesmo tempo tranquilo, conforme mostra a tabela 2.

Tabela 2- Eixo temático Louco, categorias encontradas nas entrevistas (N = 29)

<b>Eixo temático: Louco</b>		
<b>Categoria temática</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
É alterado, agressivo	23	79,3
É tranquilo, carinhoso	18	62,1
Não é normal	16	55,2
Deve morar em casa com a família	16	55,2
Vê coisas e/ou ouve vozes	15	51,7
Não sabe o que faz, é sem razão	13	44,8
Vive num mundo próprio	9	31,0
Necessita de tratamento psicológico	8	27,6
Usa(ou) drogas	7	24,1
É amigo, conversa	6	20,7

Fonte: própria autoria.

### **“O louco, quando não está alterado, está tranquilo”: a polaridade, o antagonismo, a surpresa**

As duas categorias de maior menção explicam o louco como uma pessoa com duas características polares distintas, que se manifestam em dois momentos: um em que o louco está alterado e o outro quando ele está tranquilo. Este percentual integra um outro, que contornou uma surpresa, onde 13 entrevistados fizeram referência, ao mesmo tempo, ao louco alterado e a ele tranquilo. Estar

alterado ou agressivo esteve muitas vezes associado ao surto, à crise, com episódios de descontrole, de violência e risco para o louco e para os demais. A destruição de objetos dentro ou fora de casa foi apontada pelos entrevistados nestas ocasiões, gerando insegurança no ambiente. Essas situações incluem ainda os comportamentos de agitação, de inquietude e nervosismo, que desassossegam, que desequilibram as rotinas, conforme mostram os trechos a seguir:

“No momento, é que há um problema de dupla personalidade, né? Que quando eu conheci ela, ela estava em tratamento mas não estava em crise. Ela era uma pessoa calma, muito tranquila, falava pouco, com outras pessoas que ela não tinha intimidade, até comigo ela conversava bem porque a gente teve afinidade logo que se conheceu [...] Antes da crise ela estava uma pessoa muito tranquila e dócil com as pessoas. Na crise, ficou agressiva com algumas pessoas, sem paciência. Da pessoa falar com ela e só faltar ela atirar uma pedra na pessoa, entendeu? Assim” (Entrevistada 11, 27 a., amiga do trabalho da usuária, 24 a., enf. fem.).

“Porque, tipo assim: a fulana sem crise é uma fulana calma e tranquila. A fulana, na crise, ela é louca, totalmente louca: ela bebe, ela usa roupa curta, ela pinta o cabelo de louro. Esse cabelo aí não era o cabelo dela, entendeu? A fulana vai pro baile, a fulana xinga no meio da rua, fala coisas obscenas na rua. É essa a fulana em crise. [...] Antes da crise ela estava uma pessoa muito tranquila e dócil com as pessoas. Na crise, agressiva com algumas pessoas, sem paciência, da pessoa falar com ela e só faltar ela atirar uma pedra na pessoa, entendeu?” (Entrevistada 11, 27 a., amiga do trabalho da usuária, 24 a., enf. fem.).

“E eu falei que não, que não, que não. Aí, ele veio, assim do nada, e me deu um soco na cara. Abriu meu supercílio. E até hoje ele tem consciência disso, e às vezes ele fica assim (mostrou com a mão passando carinhosamente no supercílio). Ele lembra e fala: poxa, fulana, te bati, né? Você me desculpa, né? Então, não tem como, sabe, você não esquecer disso, dá pra perceber que ele pensa nas coisas. Ele é bonzinho. E fora também que a gente não pode pensar só nas coisas ruins. Ele pinta um carro como ninguém” (Entrevistada 15, 54 a., irmã de usuário, 50 a., amb.).

“Ah, ela é uma pessoa meiga, alegre, é uma pessoa que soma, né? Ela soma, mas quando tá em crise... [...] Ah, quando ela tá em crise, a teimosia dela, a desobediência dela, a agressividade. A gente fala e ela fala: não, eu vou fazer tal coisa. Ou então diz que vai fazer, mas quando tu vira as costas, ela faz o que ela quer” (Entrevistada 12, 46 a., amiga da usuária, 50 a., enf. fem.).

Estas frases, ditas pelos entrevistados, também exemplificam o que foi relatado pelos mesmos: “ele rasga a documentação”; “queria bater na gente”; “já puxou a faca para mim”; “chegou a matar a tia”; “joga pedras”; “quebra tudo”; “tentou se matar”; “põe as pessoas em risco” e “pode matar alguém”. Os entrevistados têm essa experiência e deixaram essas frases como testemunhas das representações sociais que expressam.

Com relação aos momentos em que o louco está tranquilo ou é carinhoso, incluí os termos ou palavras que o adjetivam também como “amável”, “carinhoso”, “companheiro”, “amigo”, ou seja, como alguém que tem qualidades afetivas. Dentre os entrevistados, seis disseram que conversavam sobre assuntos triviais ou particulares com os usuários. Os trechos abaixo mostram estes sentimentos e estas situações:

“Ele tem bom coração!” (Entrevistada 7, 32 a., irmã de usuário, 34a., enf. masc.).

“Ah ele é assim, ele é calmo, ele é bonzinho, ele é amigo. Se eu deitar ele fica: você tá passando mal fulana? Aí ele fica ali do meu lado. Às vezes, eu até tô passando mal, mas eu digo: não tô só descansando, porque eu não transmito meus problemas pra ele. Falo: não, tô só cansada, tô só descansando um pouquinho. Então, ele é muito amigo, muito amigo mesmo. Até mais amigo do que minha família. Com todo problema, ele é bem amigo, ele não me deixa” (Entrevistada 16, 64 a., irmã de usuário, 58a., amb.).

“Ela conversa (muxoxo) quando ela não tá em crise. Conversa, se for perguntar ela responde, vai pra igreja (pausa) ela canta. Quando ela vai à igreja ela canta, conversa comigo” (Entrevistada 9, 49 a., irmã de usuária, 43 a., amb.).

“Difícil viu? Ele botou na cabeça que a doença dele não tem cura, mas tem cura porque o nosso deus pode tudo! Não é verdade? Ele pode curar! Não adianta falar, tem que pensar: vai curar e acabou! [Quais os aspectos positivos na relação de vocês?]: “Ai, Jesus! Não sei nem te explicar porque é momento que ele tá bem. Tem tempo que ele tá assim de conversa comigo. Ele gosta de estar comigo, sabe? Ele quer que fique do lado pra ele dormir, só consegue dormir com eu do lado. Assim perto dele, aí eu espero ele dormir pra eu sair. Eu não maltrato ele em nada, entendeu? Essa semana ele me deu um soco na barriga, aqui do lado do baço e inchou! Mas eu sei que ele é bom não ia fazer isso, entendeu? Ele tava fora de si” (Entrevistada 20, 61 a., mãe de usuário, 23 a., amb.).

“Quando ele tá bem, é normal com todo mundo, respeita todo mundo, bom dia, boa tarde e tal. Se tiver um aumento e ele estiver de bom astral, ele é muito assim, de dar uma palavra amiga, e de ser muito dado”.

[Perguntei se com a vizinhança também era assim]: “com a vizinhança também, ele é assim muito seguro de si, entendeu? Não é dizer assim, ah eu quero conversar um particular, não posso porque daqui a pouco o Brasil e o mundo todo sabe. Ahh não não, ele é muito na dele. Mas quando tá na crise! (pausa). Isso tem que mudar porque quanto mais problema, mais ele, a mente dele se destrambelha (silêncio)” (Entrevistada 5, 63 a., mãe de usuário, 36a., enf. masc.).

A questão da (a)normalidade, que será discutida a seguir, foi observada por Jodelet (2005) na França, pois, àquela altura, as fronteiras da normalidade haviam sido remexidas naquela localidade por conta do convívio com os loucos. Num dos relatos, ela encontrou um questionamento que demonstrou este pensamento que se pergunta pelos limites da loucura, ou, conforme citado: “até que ponto alguém

tem que ir para ser considerado louco?” (Jodelet, 2005, p. 110). Esta pergunta compromete a qualquer um e não só os que já estão rotulados com a loucura. Além disso, a autora articulou esta questão à outra, que se deve à convivência e ao tempo. Diz respeito à percepção de que os loucos também poderiam ser considerados pessoas “calmas e pessoas de bem”, e que “os esquizofrênicos, quando não estão em crise, são pessoas normais” (Jodelet, 2005, p. 131). A referida autora ainda fez com que as pessoas percebessem a novidade que havia naquela Colônia como rica experiência de vida.

### **“Porque assim, ele não é normal!”: fronteiras móveis?**

Anormalidade/anormalidade foi citada por 16 entrevistados, significando que o louco não é considerado uma pessoa normal, ou que, às vezes, sai da normalidade e, depois, “volta ao normal”. Os loucos que veem coisas ou ouvem vozes, assim como os que se sentem perseguidos, foram citados por mais da metade dos entrevistados com estes sintomas relacionados à loucura e à anormalidade. O uso de drogas também foi citado por cerca de 1/4 deles como fator ligado ao enlouquecimento. A seguir, os relatos que se referem a estas categorias:

“Anormal ele já era, mas não era nada de bater em ninguém, ele nunca foi agressivo com ninguém. A agressividade dele sempre foi dirigida a minha pessoa” (Entrevistada 24, 60 a., irmã de usuário, 62 a., Caps).

“Aí ele começou o tratamento até os vinte e poucos anos. Aí ele tava bem melhor, acho que se ele tivesse continuado ele ia poder ser doente mas conviver com a doença dele, mas ser uma pessoa normal, assim tipo ter as coisas dele, mas aí ele cismou que já tava curado aí já viu (pausa) a recaída é pior, né?” (Entrevistada 24, 60 a., irmã de usuário, 62 a., Caps).

“Tem horas que as pessoas não sentem, as famílias não sentem que aquela pessoa não é normal. Gente! Hoje tá cheio de pessoas doentes por aí, mentais!” (Entrevistada 2, 58 a., amiga da mãe do usuário, 35 a., enf. masc.).

“Na rua com as pessoas ele é normal (pausa) eu já peguei ele se masturbando na rua, mas (pausa) só que ele aprendeu isso com o pai dele”(Entrevistada 4,57 a., mãe do usuário, 33 a., enf. masc.).

“Ele muda totalmente (pausa) na maneira de ser, de falar (pausa) muda”. [Perguntei, como é que você percebe isso nele]: “nas atitudes, nas conversas” (silenciou) [Comente, solicitei]: “Quando ele consegue ficar no normal dele, e

mesmo usando medicação, não é sempre, dá até pra sair masele não tem muita coordenação” [Perguntei como ele era quando estava “no normal dele”]: “quando ele tá bem, é normal com todo mundo, respeita todo mundo, bom dia, boa tarde e tal. Se tiver um aumento e ele estiver de bom astral [...] mas quando tá na crise isso tem que mudar porque quanto mais problema, mais ele, a mente dele se destrambelha” (Entrevistada 5, 63 a., mãe de usuário, 36 a., enf. masc.).

“Eu vejo que ele tem assim um distúrbio mental sim, que numa hora ele tá tranquilo, como uma pessoa normal, mas tem horas que ele fala que escuta vozes (com tom de estranheza) estranha a gente, né? Tem hora que ele, dá umas coisas na mente dele que (pausa) aí eu vejo que realmente é da doença dele, ele realmente está doente” [Perguntei o que mais a fazia pensar assim]: “A inquietação dele. Se deixar ele vai pra rua, aí fica 2, 3 dias andando, sabe? Isso dá de vez em quando nele, às vezes ele tá tranquilo em casa, deitado vendo televisão ou ouvindo música, aí levanta, bota uma roupa na mochila, sai e fica andando por aí, como se fosse mendigo, sabe?” (Entrevistada 6, 34 a., irmã de usuário, 28 a., enf. masc.).

“Há um ano ele tomava remédio, ele ficou bem, como uma pessoa normal, ele até foi trabalhar, tinha responsabilidade e tinha até na mente dele de às dez horas estar em casa, então tava uma pessoa normal” (Entrevistado 10, 43 a., irmão do usuário, 55 a., amb.).

“Naaaada não (disse o entrevistada num tom muito agudo e prolongado), normal, normal, normal, ela é uma pessoa normal, ela é uma pessoa normal. Se tiver que conversar aqui com você, ela conversa bem, entendeu? [...] Se ela gostar da pessoa ela conversa, tá sempre ali com aquela pessoa conversando, conversa normalmente, se você, nem parece que ela tem nada. Olhando assim parece que ela não tem nada (pausa) de nervos” (Entrevistada 9, 49 a., irmã de usuária, 43 a., amb.).

“E a gente olha assim, pras pessoas, e as pessoas, tem hora que as pessoas não veem, tem horas que as pessoas não sentem, as famílias não sentem que aquela pessoa não é normal” (Entrevistada 2, 58 a., amiga da mãe do usuário, 35 a., enf. masc.).

“Ah ele não é normal, ele não fica nem disfarçado” (Entrevistado 10, 43 a., irmão do usuário, 55 a., amb.).

Abaixo, os trechos que selecionei para demonstrar as falas que citam os delírios visuais e auditivos e que envolvem o uso de drogas:

“Eu acho que só quando ele não tá suportando mais é que ele se abre e relata, que tá vendo coisas, que tá ouvindo vozes, então eu acredito que já estava num estágio, né? Um pouco mais fraco e isso foi se agravando, principalmente com o uso de drogas, bebidas alcoólicas” (Entrevistado 10, 43 a., irmão do usuário, 55 a., amb.).

“Em 92, ele saiu de casa. O que ele alegou, na noite anterior à saída dele, foi que muita gente estava rondando a casa e querendo fazer alguma maldade com ele, ou até matá-lo. Na época, nós não entendemos bem o que estava acontecendo e somente anos e anos depois, é que fomos ligar os fatos e atribuímos hoje a isso o uso de drogas, né? Talvez ele já tivesse uma predisposição. Hoje, ele está diagnosticado como esquizofrênico paranóide” (Entrevistado 10, 43 a., irmão do usuário, 55 a., amb.).

“Ela usa drogas. Fugiu de casa pra usar, eu tenho certeza, porque o filho dela deixou um dinheiro e ela fugiu e levou, depois me ligaram que ela estava internada” (Entrevistada 12, 46 a., amiga da usuária, 50 a., enf. fem.).

“Ele queria tentar se casar, mas aí os dois usavam droga e aí não deu certo, deu depressão nos dois [...] É que ele quando nasceu, ele dava muita convulsão [...] Mais velho ficava conversando na sorveteria, usando drogas” (Entrevistada 4, 57 a., mãe de usuário, 33a., enf. masc.).

“Ele teve acompanhamento do NEPAD<sup>32</sup>, ele tinha desenvolvido um tipo de esquizofrenia, que a droga desencadeou, que talvez estivesse, já no DNA dele, essa esquizofrenia e as drogas foram um gatilho, né?” (Entrevistada 8, 65 a., mãe de usuário, 40 a., amb.).

As duas categorias que focam sobre o posicionamento do louco frente à vida mostram dois sentidos distintos de estar inapto para um dia a dia organizado. Num deles, apontado por 13 entrevistados, o louco é o sujeito que não sabe o que faz, que é sem razão e que não é confiável. Sob este aspecto, há uma certa irritabilidade com relação ao louco, pois é depositada nele uma culpa, uma intencionalidade em sê-lo desta maneira.

Num outro polo, estão os loucos apontados por nove entrevistados como aqueles que “vivem num mundo próprio” ou que têm “a cabeça nas nuvens”. Estes não são culpados por serem assim. Este tipo de louco é uma “pessoa fora da realidade” ou que “vive em outra realidade”, que “tem a cabeça fora do lugar”, conforme descrito pelos que concederam as entrevistas:

“Acho que, quando a pessoa é louca, o corpo tá nesse mundo, mas a mente não. Eles têm o mundo próprio deles, que eles mesmos criam e a gente tem que viver [...] Quando ela entrou na crise, ela ficou muito nervosa, agitada, ela vive num mundo paralelo ao nosso, e coisas que não existem ela pensava que existia, tipo bruxas, coisas de outro mundo, ééé, falava que à noite as sombras queriam pegar ela, e imaginava coisas que não tinham acontecido” (Entrevistada 11, 27 a., amiga do trabalho da usuária, 24 a., enf. fem.).

“É uma pessoa sem sentido, né? É uma pessoa que, pra muitos não tem valor, porque quem vai confiar em doido? Quem vai? (silêncio)” (Entrevistada 5, 63 a., mãe de usuário, 36 a., enf. masc.).

Dentre as pesquisas brasileiras, os resultados de Cetolin (2011, p. 141) mostram que a visão do louco estava associada a alguém imprevisível e que para os loucos era necessária a medicação. A autora fez leituras relacionadas à

<sup>32</sup>NEPAD: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

cidadania, e ao acesso aos direitos, afirmando que aquela visão seria impeditiva daquele desfrute por parte das pessoas com transtornos mentais. Aproveitando o ensejo da questão dos direitos sociais, e mais especificamente aos direitos ao atendimento público à Saúde, o tema da fragilidade da Rede (RAPS) e/ou de seus dispositivos apareceu oito vezes como reclamação da falta de “atendimento psicológico”, também chamado de “terapias”, para os usuários e para os familiares.

“Ele é agressivo, é teimoso, é muito difícil lidar com ele. Só com medicação não dá, ele precisa de terapias “acho que deveria ter terapia, com psicólogos e assim, porque pra ocupar a pessoa e ajudar a família também pra lidar, né?”

[Ele tem alguma ocupação, perguntei]: “atualmente não tem ocupação assim de trabalho. Ele só faz o que ele quer [...] Ele trabalhou com carteira assinada e foi aposentado por causa da doença” (Entrevistada 7, 32 a., irmã de usuário, 34 a., enf. masc.).

“Pela minha família ter problemas mentais, e não é só um, teve minha mãe, tenho uma prima, tenho uma tia, e as pessoas precisam ter paciência. Porque a família precisa, deveriam chamar a família, tem pessoas que tem duas pessoas na família assim. Às vezes tem vários e uma só que é sã da cabeça, então, pra essas pessoas, eu não sei se tem condições de ter um suporte de ajuda, de orientação, e até mesmo um psiquiatra, um psicólogo, porque é dose. E eu tenho um irmão também que ele se trata porque a esposa dele deixou ele e ele (pausa) entendeu? Eu até falei: meu esposo me deixou também e eu nem por isso me afetei, mas ele não” (Entrevistada 13, 58 a., irmã, usuária, 46 a. enf. fem.).

[Qual a coisa mais importante para o tratamento?]: “É o acompanhamento. O acompanhamento por psicólogos” (Entrevistada 2, 58 a., amiga da mãe do usuário, 35 a., enf. masc.).

Deixada para ser comentada por último, embora tenha sido citada por 16 pessoas e seja afinada com o tema central do objeto desta pesquisa, a categoria que demonstra a formação relativa às respostas favoráveis à moradia dos loucos nas cidades, fora dos hospitais psiquiátricos, tem nos relatos abaixo algumas das falas que se opõem aos resultados obtidos por Mostazo e Kirschbaum (2003). Aqueles autores produziram dados demonstrativos de que: problemas interacionais com as pessoas com transtornos mentais, somados à frágil situação socioeconômica familiar e à falta de suporte da assistência pública à saúde mental, constituíram-se em fatores que reforçavam as ideias da hospitalização para a resolução das três questões.

Nesta pesquisa, só uma pessoa colocou-se integralmente favorável à internação compulsória das pessoas com transtornos mentais, em meio à maioria que se posicionou favorável à mesma somente nos momentos de crise. A moradia em casa com a família foi apontada por 16 dos 29 entrevistados. Este achado tem importância fundamental à Reforma, e mostra o que pode ser o reflexo de um deslocamento crucial ao processo de desinstitucionalização, num cenário onde ainda se fez muita referência ao hospital psiquiátrico, conforme mostram os trechos abaixo:

“Morar é com a família, né? Em primeiro lugar, né? Ter uma família e se possível morar num lugar mais tranquilo, um lugar que essa pessoa possa andar, né? Que nem, a maioria das pessoas hoje não tem condições, acho que se tiver um tratamento tem como a pessoa conviver, né? É muito triste chegar e ver as pessoas aqui jogadas, é muito pesado” (Entrevistada 2, 58 a., amiga da mãe do usuário, 35 a., enf. masc.).

“Deve morar com a família dele, eu já falei que ele tinha que ficar com a família dele. Tanto que o pastor disse que queria que ele ficasse na igreja, que a igreja ajuda a ele, aí eu fico puto e digo: mas vem cá, quem é que tá ajudando aqui que nem o senhor vem?” (Entrevistado 3, 48 a., amigo do usuário, 36 a., enf. masc.).

“Tratamento, tratamento, sempre, com medicação e com ajuda de terapias” [Morando onde? Perguntei]: “Morando em casa, com a família” (Entrevistada 28, 60 a., mãe de usuário, 19 a., CAPS).

“Não, não, eu acho isso muito doído. Tendo família, sei lá, acho que é muito constrangedor. A pessoa fica assim, e ele fica nesse meio, ele fica (silêncio) não, estando numa situação assim, que pode ficar controlado, internar jamais” (Entrevistada 5, 63 a., mãe de usuário, 36 a., enf. masc.).

“Porque eu acho que a família é tudo pra pessoa nesse momento, pra apoiar, acho que eles se sentem até mais seguros na casa de um parente e o parente cuidando, né? Eu acho assim, porque também deixar jogado num hospital, eu não acho certo não” (Entrevistada 6, 34 a., irmã de usuário, 28 a., enf. masc.).

“Eu acho que, por exemplo, a família, né? Tem que fazer um grande esforço pra, não digo sanear, aquele paciente, mas tentar controlar e tentar um convívio pacífico, vamos dizer assim, né?” (Entrevistado 10, 43 a., irmão do usuário, 55 a., amb.).

Mesmo com todas as falas recomendando a moradia dos loucos nas cidades, ou melhor, em casa com a família, a internação, pelo menos nos momentos de crise, ainda se constitui como conteúdo das representações sociais que acercam a loucura, conforme veremos no eixo 2, a seguir.

## Eixo temático 2: a Loucura

É “doença”, é “distúrbio”, é “fosfórica”. A loucura esteve assim designada, associada, denominada. E, como tal, necessitada de controle pela medicação. As causas e a (im)possibilidade de cura foram relativizadas à intervenção divina por quatro entrevistados, enquanto cinco deles disseram não saber as causas da mesma. Além disso, a loucura foi chamada de problema por 11 entrevistados. Na tabela 2, é possível observar como foram citadas estas ideias pelos entrevistados.

Tabela 3- Eixo temático Loucura, categorias encontradas nas entrevistas (N = 29)

Eixo temático: Loucura		
Categoria temática	n	%
É uma doença, um distúrbio	21	72,4
Tem de ser controlada com a medicação	17	58,6
É um problema	11	37,9
Não se sabe o que é, não se sabe a causa	7	24,1
Não tem cura	5	17,2
Tem cura pelo divino	4	13,8

Fonte: própria autoria.

Antes de passar às citações que vão demonstrar os conteúdos levantados neste eixo temático, chamo a atenção de novo para as marcações nas palavras e para as articulações de seus conteúdos entre si e com o objeto trabalhado. Da mesma maneira que aconteceu com o eixo anterior, trabalharei as categorias de maneira agrupada, para melhor demonstração dos resultados.

### **“É um distúrbio, a loucura não tem cura; só remédio para controlar”: A internação e os fármacos como ferramenta de controle da loucura**

“Eu vejo que ele tem assim um distúrbio mental sim, que numa hora ele tá tranquilo, como uma pessoa normal, mas tem horas que ele fala que escuta vozes, estranha a gente, né? Tem hora que dá umas coisas na mente dele, que aí eu vejo que realmente é da doença dele, ele realmente está doente” (Entrevistada 6, 34 a., irmã de usuário, 28 a., enf. masc.).

[Quando eu falo a palavra loucura, qual a primeira palavra que vem a sua mente?]:  
“Que não tem cura. Infelizmente, não tem cura, né? Só tem remédio pra controlar, mas a cura mesmo não tem” (Entrevistada 6, 34 a., irmã de usuário, 28 a., enf. masc.).

“Porque a loucura abrange muita coisa, né? Até atitudes que a gente toma, às vezes, no dia a dia, que foge à normalidade, pode ser uma loucura, né? Então, quando eu disse loucura, mas no campo psiquiátrico, pra mim é um distúrbio

qualquer, que não tem cura, independente de que função é aquele distúrbio” (Entrevistada 8, 65 a., mãe de usuário, 40 a., amb.).

“A loucura me lembra a loucura. A pessoa não tem noção das coisas, né? Do que faz, do que fala. [...] É uma doença. É uma doença, que eu acho que só Deus pra ter cura. Bom, o médico alivia, mas que também não cura” (Entrevistada 28, 60 a., mãe de usuário, 19 a., CAPS).

“Não tem como dizer o que é a loucura, porque isso depende do ponto de vista de cada pessoa, aceitar o outro como ele é, como ela tá no momento. Saber entender que ela tá doente. Eu não vou brigar com ela por causa disso, porque ela tá doente” (Entrevistada 11, 27 a., amiga do trabalho da usuária, 24 a., enf. fem.).

[Qual o tipo de tratamento esta pessoa recebe?] “Medicação e psicoterapia” [Qual a coisa mais importante para o tratamento?] “A pessoa tem que se conscientizar que está doente” (Entrevistada 11, 27 a., amiga do trabalho da usuária, 24 a., enf. fem.).

“Loucura? Pô, assim, com palavras mesmo, não sei explicar: é o louco mesmo, eu não sei explicar como é a loucura” (Entrevistado 3, 48 a., amigo do usuário, 36 a., enf. masc.).

Em diálogo com as demais pesquisas, é possível perceber que Jodelet (2005, p. 334), em Ainay-le-Château, concluiu que a classificação da *doença mental* (para usar a forma como a autora se referiu à loucura) estava associada à *doença dos nervos* e à *disfunção cerebral*, conforme já dito, ou ainda localizada na corrente sanguínea do louco, que teria um *sangue mau, desandado*. Dentre as pesquisas brasileiras, Moraes e Oltramari (2005, p. 13) observaram duas vertentes para as explicações relacionadas à loucura, já mencionadas. Uma dá explicações biológicas e parte do princípio de que a doença acomete a pessoa antes do nascimento, ou seja, “já nasce doida”; a outra faz especulações envolvendo questões e intervenções religiosas e/ou divinas.

Os resultados demonstrados por Peres e outros (2012, p. 98), após trabalho junto às crianças do ensino fundamental sobre as pessoas com transtornos mentais, apontaram que estas ainda estavam sendo vistas como perigosas, como doentes, e por isso supostas a viverem longe do meio social. Alvos de indiferença e zombaria, as pessoas com transtornos mentais foram desprezadas pelas crianças que participaram daquela pesquisa. Este trabalho, conforme já comentado, apontou a necessidade de haver política e ações de incremento à reinserção social dos loucos, através das escolas, como projeto educativo, tanto para professores, enquanto reciclagem para agentes formadores, quanto para os alunos, através de planejamento específico.

Penso ser importante ressaltar que o fato de a loucura ser chamada ou localizada como doença talvez tenha ancoragens nas ideias produzidas pelos estratos de saber psiquiátricos, seus exames, classificações e tratamentos, nos moldes do final do século XVIII, que acabaram compondo ou dando traços às representações sociais acerca da mesma. Mais adiante, o leitor vai encontrar as narrativas que chamam de doença. Da mesma maneira, a ideia da desrazão pode estar relacionada à loucura ancorada nas referências cartesianas do pensamento ocidental a partir do século XVII.

A questão da medicação teve destaque nas pesquisas de Maciel (2007), Maciel e outros (2008) e Maciele outros (2009), pois explicitaram resultados onde a avaliação acerca desta foi positiva, ou seja, os entrevistados consideraram que a medicação seria fundamental ao tratamento, além dos hospitais, que foram apontados como locais acolhedores e protetores para os loucos, ao mesmo tempo em que promoveriam um comando ou uma contenção à loucura.

O tema relacionado ao tratamento psiquiátrico e sua concepção a partir do ponto de vista dos usuários foi mote de pesquisa para as pesquisadoras Mostazo e Kirschbaum (2003, p. 37), cujos resultados afirmaram que “tratar é ser medicado”.

Nesta pesquisa, a questão da medicação foi o quinto tema mais citado dentre todos os entrevistados, aparecendo 17 vezes como importante componente de controle da loucura. O assunto que envolve o uso, quase que exclusivo, de medicação para o tratamento psiquiátrico é pertinente e fundamental na discussão empreendida pelos atores da Luta Antimanicomial (Vasconcelos, 2010), e envolve a questão dos lucros obtidos pela indústria de fármacos e todos os agentes envolvidos na comercialização dos medicamentos psiquiátricos. São vantagens que se movem de maneira premente aos interesses financeiros de determinados segmentos ou grupos de profissionais liberais, empresários e setores viabilizadores das políticas públicas de saúde.

Os relatos a seguir mostram as ideias e falas acerca do uso e a importância da medicação, como agente de controle da loucura, principalmente da agressividade e da agitação, que, no dia a dia, cedem contornos de inviabilização da convivência, conforme já dito.

“Nossa! Ela com remédio? fica melhor! Ela vem piorando, desde quando era criança, mas com o remédio ela fica melhor, agride menos” (Entrevistada 1, 62 a., mãe de usuária, 32 a., enf. fem.).

“A injeção é o melhor remédio. Deu, puf, pronto” (Entrevistada 2, 58 a., amiga da mãe do usuário, 35 a., enf. masc.).

“A medicação é muito importante, pra ele e pra mim, nós precisamos” (Entrevistada 4, 57 a., mãe do usuário, 33 a., enf. masc.).

“A medicação é o que ajuda a controlar. Porque assim, primeiro a minha confiança é inteiramente em Deus, né? Mas também não vamos ser ignorantes porque tem a medicina também, né? Aí, aonde a medicina não alcança, só Deus, né?” (Entrevistada 5, 63 a., mãe de usuário, 36 a., enf. masc.).

“Se ele tomar a medicação ele fica normal, normal mesmo” (Entrevistada 6, 34 a., irmã de usuário, 28 a., enf. masc.).

“Primeiro é o remédio, que estabiliza ele, né? Porque se ele não estiver estabilizado, não tem chance de mais nada. E realmente eu acho que ele precisaria de ter uma terapia, até pra ver se consegue caminhar, botar o trem no trilho, né? Porque o remédio não coloca o trem no trilho, mas ajuda [...] E eu acho que se tivesse uma terapia, pra ser canalizado, eu acho que seria bom” (Entrevistada 8, 65 a., mãe de usuário, 40 a., amb.).

“O remédio estabiliza ele. Ele, sem medicação, ele não ia ficar do jeito que ele tá. Sem nenhuma medicação, você viu, eu disse pra você como é que ele ficou. Porque ele ficou sem tomar medicação nenhuma e ele começou a ficar todo desesperado, ele não tomava banho, ele nada, e nem se mandasse, se brigasse, nada, nada, muito ruim. E como fica todo mundo com medo, né? Se ficar violento todo mundo fica com medo!” (Entrevistada 15, 54 a., irmã de usuário, 50 a., amb.).

“A medicação? Importantíssima, importantíssima! Dou a injeção no tempo que tem que tomar, porque ele dá trabalho é pra mim, então eu é que tenho que controlar, né? Essa medicação nunca parou e nunca foi interrompida” (Entrevistada 16, 64 a., irmã de usuário, 58a., amb.).

“Sem a medicação eu tenho medo que ele fique agressivo” (Entrevistada 17, 59 a., mãe de usuário, 27 a., amb.).

“Aí quando não dá a medicação, aí pronto, se não aceita aí pronto, aí não tem controle, mas quando controla e combina com eles pra tomar a medicação certinha, pode conviver com a pessoa, entendeu? Eu acho errado uma pessoa viver dentro do hospício e pronto” (Entrevistada 28, 60 a., mãe de usuário, 19 a., CAPS).

“Eu acho o remédio importante pra vida dela porque por enquanto ela não está curada, assim, ela não teve alta do médico. O médico não falou assim: pode ficar sem o remédio. Porque isso é que é legal, né? Outro dia eu falei isso pra fulana (a filha/usuária), tem que fazer uma avaliação. Igual comigo, a médica falou assim pra mim: fulana você não é louca, você pode passar até lá pra baixo (referiu-se à UPA - Unidade de pronto Atendimento - que ficava no andar de baixo), você não é louca” (Entrevistada 29, 42 a., mãe de usuária, 21 a., CAPS).

“Aí quando não dá a medicação, aí pronto, se não aceita aí pronto, aí não tem controle, mas quando controla e combina com eles pra tomar a medicação certinha,

pode conviver com a pessoa, entendeu?” (Entrevistada 28, 60 a., mãe de usuário, 19 a., CAPS).

"A coisa mais importante para o tratamento é: primeiro é o remédio, que estabiliza ele, né? Porque se ele não estiver estabilizado, não tem chance de mais nada" (Entrevistada 8, 65 a., mãe de usuário, 40 a., amb.).

Quando a loucura foi apontada como um problema, o termo foi utilizado como sinônimo de doença ou de distúrbio, mas com duplo sentido relacionado à sua semântica, ou seja, com sentido literal de obstáculo, de algo a ser resolvido ou solucionado; e o outro se conecta a uma ideia até antagônica, ou seja, de abstração, chamando de problema algo que não está ou não foi denominado naquele momento.

“Você vê, a gente chega aqui e diz: nossa será que esta pessoa está com problema de doença? Eu digo pelo que eu tenho em casa, que eu olho pro meu filho e penso, não parece que ele tem doença. Só os vizinhos, que já viram ele mal e hoje estão vendo ele bem, assim [...] mas quando ele andava marchando mesmo, aí falavam, o filho da dona fulana tá doido!” (Entrevistada 2, 58 a., Amiga da mãe do usuário, 35 a., enf. masc.).

"Tem gente que tem vergonha de passar pros vizinhos, pra sociedade, pras pessoas, que tem uma pessoa doente dentro de casa, Não é o meu caso, até porque todo mundo lá onde eu moro sabe do problema do fulano, porque eu já até falei, sabe? Digo que se caso ele se mostrar assim agressivo ou alguma coisa, que ele é doente. Tem já o papel dele, já foi diagnosticada a doença dele, e, eu falo, mas tem pessoas que não aceitam, né? Não quer o filho perto, diz: ah, não fica perto dele não” (Entrevistada 6, 34 a., irmã de usuário, 28 a., enf. masc.).

“Eles falam que ele tem problema, mas tem uns que entendem e outros não. Aí lá tá perigoso, pra ele ficar em casa, ele tem que ficar direitinho lá, e sem ir na casa de ninguém, tem que ficar em casa” (Entrevistada 7, 32 a., irmã de usuário, 34a., enf. masc.).

As causas da loucura e sua possibilidade de cura, inclusive pelo divino, foram assim relatadas. Abaixo, os trechos que se referem a este tema e, depois, o eixo que aborda a institucionalização, necessária à loucura.

“Então, a revolta dele toda é essa, não terminou os estudos, por problema, até hoje não terminou, ele fica nervoso [...]deu surto de novo, ficou doente aí o doutor diz que não pode estudar. Não sabe nada, fica batendo com a cabeça na parede, quer se matar, diz que não construiu nada, porque diz que é uma doença que não tem cura. Ele é novo, sonhava ter uma família, sonhava ter uma casa, sonhava ter um emprego bom, e com 16 pra 17 anos ele parou os estudos [...] Aí ele diz: eu não consegui nada, não sou nada, agora quem é que vai me querer? Um cara duro, sem

emprego! Eu falo: fulano, calma! Vamos pedir a Deus! Mas ele não se conforma, aí bate com a cabeça na parede” (Entrevistada 20, 61 a., mãe de usuário, 23 a., amb.).

“É difícil porque às vezes você não vê cura, às vezes você não vê ele se esforçando, sabe? Ah porque ele relaxa, quer ficar deitado, se acomoda, e teve um tempo que ele tava indo pra casa de uma senhora da igreja, comia na casa dela e ficava, acomodou, mas ela deu basta, deu basta [...] aí ele ficou agitado. Ai meu Deus, só Deus!” (Entrevistado 3, 48 a., amigo do usuário, 36 a., enf. masc.).

“Pode ser uma coisa bipolar de herança de família mas a fulana é uma mulher muito inteligente. A letra dela é linda, ela não tem um erro de português. Então eu fico observando, ela não é uma pessoa louca [...] É o que eu falo com as pessoas: ela não é louca, ela tem um distúrbio sim e tem yício. Ela tem um distúrbio bipolar, foi o que o médico passou pra mim. É o problema que ela tem” (Entrevistada 12, 46 a., amiga da usuária, 50 a., enf. fem.).

“Acho que foi causada por tombo ou algum machucado na cabeça” (Entrevistada 14, 64 a., mãe de usuário, 33 a., amb.).

### **Eixo temático 3: a Institucionalização**

A representação da institucionalização aparece, principalmente, no entremear dos sentidos, que dizem que a loucura não tem cura e que precisa ser controlada pela medicação, com aqueles que explicam que é, nos momentos de crise, nos quais a não-cura se afirma, que a instituição é necessária, inclusive para garantir a medicação controladora. Dentre os 29 entrevistados, 18 deles falaram na institucionalização nos momentos de crise, enquanto oito relacionaram a medicação à instituição e à institucionalização como importantes aliados para o controle da loucura.

Numa análise que entrecruza os dados das tabelas 3 e 4 é possível observar, respectivamente, que a loucura é uma doença que precisa ser controlada pela medicação e que a institucionalização é representada como necessária nos momentos de surto do louco. Ambas são citadas por mais da metade dos entrevistados e, ao mesmo tempo, em coocorrência, por 13 deles. A institucionalização como garantia da medicação do louco e a loucura como incurável, categoria de menores menções, também reforçam semanticamente a narrativa. A tabela a seguir mostra a quantificação das categorias neste eixo temático, com a institucionalização sendo a garantia do recolhimento do louco nos momentos de crise.

Tabela 4- Eixo temático Institucionalização, categorias encontradas nas entrevistas (N = 29)

Eixo temático: Institucionalização		
Categoria temática	n	%
É necessária nos momentos de surto do louco	18	62,1
Garante a medicação ao louco	8	27,6
Não necessariamente institucionaliza	5	17,2

Fonte: própria autoria.

### “Ou toma os remédios ou interna”: A internação e os fármacos como modos de controle da loucura

A instituição, o hospital psiquiátrico, então, é afirmado como necessário nos momentos de crise do louco; ou seja, a internação é tida como essencial para o atravessamento da crise, para proteger o louco e as pessoas ao seu redor, bem como para garantir que ele tome a medicação necessária ao retorno do “controle da sua mente”.

Os trechos abaixo mostram as concepções dos entrevistados. Nestas, é possível perceber os relatos que se colocam favoráveis à internação nos momentos de “grande urgência”, “de crise, de emergência”. Houve também quem dissesse que é totalmente contrário à internação, seja em qualquer circunstância, mas estas pessoas são próximas de usuários que nunca foram internados. Conforme já citado, dentre todos os entrevistados, só uma mulher, de 62 anos, mãe de usuária de 32 anos, internada há seis anos no IPUB/UFRJ, foi favorável à internação permanente para as pessoas com transtornos mentais. Nos trechos a seguir, há relatos que ilustram este panorama.

[Para você, as pessoas que fazem tratamento psiquiátrico devem viver internados em hospitais psiquiátricos?] “Sim”. [Perguntei se ela conhecia outras pessoas com transtornos mentais] “Sim” [Perguntei se todos os que ela conhecia deveriam ficar internados.] “Sim” [Depois lembrou-se] “Tenho uma vizinha que tem uma filha, daqueles com aquela carinha assim” [fez gesto de arredondamento da face] “tem um nome” [hesitou]. “Ela conversa direitinho, precisa ver. Como é o nome da doença?” [Indagou-se] [Perguntei se era Síndrome de Down.] “É isso! Então, com essa doença dá pra ficar em casa, ela não agride” (Entrevistada 1, 62 a., mãe de usuária, 32 a., enf. fem.).

“Tanto é que a gente não interna. Porque aprende a fumar, aprende coisas que não deve, aprende a usar coisas, entendeu? [...] Mas se estiver em crise, aí é necessário” [Para você, qual o lugar do/a pessoa que faz tratamento psiquiátrico na sociedade?] “Ah tem muita gente que fala: interna, tem lugar que interna e só pega no final do ano. Eu digo: não, eu não. De jeito nenhum. Pra mim internar ele agora só se ele

tiver muito agressivo, se ele tiver muito ruim, porque se ele não tiver, eu não interno e nem deixo ninguém internar. Eu não!” (Entrevistada 16, 64 a., irmã de usuário, 58a., amb.).

“Quando é caso de agressividade, a pessoa tá agressiva, representa um risco à outras pessoas, sim, tem que internar, mas quando ela tá bem, assim, dá pra ser tratada, não [...] Interna, mas depois tem que se ressocializar” (Entrevistada 11, 27 a., amiga do trabalho da usuária, 24 a., enf. fem.).

“Nem todas as pessoas que tem assim transtorno mental precisam assim serem internadas. Ó, tem gente que, nem todo mundo aceita. Às vezes fala: ele é maluco, ele tem problema de cabeça, tem que internar” (Entrevistado 18, 26 a., filho de usuária, 62 a., amb.).

“Tipo assim, porque as famílias, é (pausa) ficam cansadas, ficam debilitadas, entendeu? Tipo agora, numa internação pode ficar quinze dias. Pode ficar um mês, dois meses. Entendeu? Aí eu acho que tinha que ter, uma internação pra ficar pelo menos uns seis meses. Tipo assim, o pessoal que tem problema fica ali. A minha tem problema mas usa droga. [Confirmei: ela usa droga?] “Sim, aí quer dizer, a loucura dela piora. Ela, eu acho, que tinha que ter uma internação. Pelo menos de um ano, seis meses, tá entendendo? Pra desintoxicar, desintoxicar. “As pessoas não entendem. Antigamente eu fazia questão de andar com o laudo dela, e falava assim: aqui ó, sabe ler? Ela é doente” (Entrevistada 28, 60 a., mãe de usuário, 19 a., CAPS).

“Eu falo assim, pro médico: ela não está bem pra ir pra casa, mas ele dá alta. Aí chega em casa eles lá, vizinho, né? Falam assim: eu não sei como é que dão alta a uma pessoa dessas. Ela não está com condições de ficar dentro de casa. Porque ela chega em casa, ela quebra as coisas, joga as coisas fora, fica agressiva. Olha (mostrou a perna) isso aqui foi ela na semana passada, ainda está um pouco roxo, mas tava preto. Ela pegou uma bolsa, dessas que tem corrente, e tacou em mim” (Entrevistada 28, 60 a., mãe de usuário, 19 a., CAPS).

“Porque há casos que a gente não consegue conter o paciente em casa, então tem que ter, nem que seja por um mês, até ele voltar ao normal dele” (Entrevistada 4, 57 a., mãe do usuário, 33 a., enf. masc.).

Neste contexto, as queixas relacionadas à precariedade do atendimento dos serviços de saúde no município do Rio de Janeiro e municípios vizinhos, feitas pelos entrevistados, aumentaram. Houve cinco entrevistados reclamando que nem sempre que julgaram a internação necessária obtiveram êxito, ou seja, disseram ter passado por episódio/s onde estiveram em alguma emergência hospitalar, inclusive psiquiátrica, e o usuário não ficou internado. A demanda não atendida de atendimento psicológico já fora exposta por mim anteriormente, ou seja, a insatisfação daquelas pessoas com a Saúde Pública apareceu dentre os temas trazidos pelos participantes.

Antes de passar para os trechos que dão visibilidade ao assunto tratado neste eixo, esclareço que não pretendo estender esta discussão, mas apenas dar relevo a

ela; porém, há uma questão controversa que se coloca e não posso deixar de pontuá-la: diz respeito às mesmas reclamações pelas tentativas de internações frustradas, que, mesmo sendo justificadas pela precariedade dos serviços, há a importante questão da desinstitucionalização. Esta questão desprivilegia as internações. Haveria justificativas baseadas nesta concepção e projeto? Ou foram situações em que o poder público não respondeu à altura da necessidade?

“Ele estava com atitude de desorientado, e não tem como deixar uma pessoa desorientada dentro de casa que a gente fica preocupado sem saber o que ele vai fazer, com as pessoas, devido ao histórico dele. E tem pessoas que ficam desorientadas e ficam correndo, correndo mesmo no meio da rua. Não pode deixar uma pessoa dessas dentro de casa. Aí você fica com medo de acontecer algo, e tem que ser internado, pô! Mas nem sempre a gente consegue internar. Às vezes vai e volta com ele pra casa” (Entrevistado 3, 48 a., amigo do usuário, 36 a., enf. masc.).

“A agressividade dele, quando ele não está bem. Como te falei, ele fica agressivo, quer invadir a casa dos outros, quer quebrar as coisas e faz isso mesmo. É difícil controlar ele! As pessoas falam: vocês precisam internar ele! Mas a gente leva ele no UPA, aí ele fica lá 2 ou 3 dias, toma remédios e volta. Eles não ficam com ele lá” (Entrevistada 7,32 a., irmã de usuário, 34 a., enf. masc.).

“Os vizinhos falam: interna ela dona fulana. Mas eu não conseguia internar. Eu levava no hospital, desde nova, e voltava com ela pra casa. Ela não toma os remédios, então fica tão agressiva. Ela bate na gente, ela grita. Ela dá uns gritos horríveis!” (Entrevistada 1, 62 a., mãe de usuária, 32 a., enf. fem.).

A hospitalização está estreitamente relacionada à questão da própria desinstitucionalização, e também com o pensamento manicomial, segregador, além da articulação com as concepções de periculosidade relacionadas aos loucos. A abordagem deste eixo pode deixar pistas sobre o lugar social do louco, objeto desta pesquisa, além de demonstrar como o uso da medicação está relacionado ao controle da loucura, ou ao seu suposto domínio. Nesse sentido, é importante observar, também, que o número de entrevistados que falou sobre a necessidade do louco ter tratamento psicológico equivale a menos da metade daqueles que citaram a fundamental importância da medicação.

#### **Eixo temático 4: o Cuidador**

O cuidador, como eixo temático, tem sua importância devido ao fato de 19 entrevistados terem se identificado como cuidadores, dos quais 12 eram mães dos usuários referenciais, conforme demonstra o gráfico 2. Considerando as

especificidades das relações que envolvem familiares, amigos, agregados e afins, podemos pensar que aqueles entrevistados falaram de si na relação com os loucos, usuários daqueles serviços, ou seja, referiram-se a seus filhos, seus irmãos, pais ou amigos.

Tabela 5- Eixo temático Cuidador, categorias encontradas nas entrevistas (N = 29)

<b>Eixo temático: Cuidador</b>		
<b>Categoria temática</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tem responsabilidade integral pelo louco	12	41,4
Sente preocupação com o louco	10	34,5
Precisa aceitar o louco	6	20,7
Sente medo do louco	3	10,3
Sente cansaço pelos cuidados com o louco	3	10,3

Fonte: própria autoria.

É importante lembrar que os resultados sobre o local de moradia para os loucos, dentre os entrevistados, apontaram a casa e a família como tal, demonstrados no eixo 1. Fazendo um *link* com os dados que mostraram que a maioria que apontou esta alternativa era cuidador, podemos arriscar que falaram de um lugar significativo de afeto, de acolhimento e de proteção, relacionado à família.

### **“Os outros abandonam, mas eu não sou os outros”: O cuidador e a representação de si**

Essa fala se relaciona a uma preocupação com o louco, com a responsabilização por seus cuidados, com o sentimento por ele, com a superação do cansaço e das dificuldades trazidas pelo cuidado diário e, muitas vezes, solitário. Dentre os 19 citados, 14 narraram ter responsabilidade integral pelo louco (baseando-se nas atividades que desempenham e no nível de autonomia do louco). Nas narrativas, aparece uma comparação entre si e os outros, os que desistem, os que abandonam (mesmo para uma minoria de três entrevistados, que diz sentir medo do louco, nos seus momentos de crise), como pode ser visto nos trechos abaixo:

“Ele é meu irmão, né? Então, já é uma positividade, porque ninguém abandona seu irmão. Os outros abandonam, mas eu não sou os outros” (Entrevistada 25, 61 a., mãe de usuária, 38 a. CAPS).

“Ah, tem que viver com a família, tem que ter quem cuide. Acho muito triste ver as pessoas internadas, qualquer internação é ruim, e ainda mais nestes lugares. E eles tem que ter uma pessoa que trate deles com carinho, pra eles se apegarem àquela pessoa, né?” (Entrevistada 2, 58 a., amiga da mãe do usuário, 35 a., enf. masc.).

“Quando ele não se sente bem e pede pra ser internado, não posso fazer nada, entendeu? E depois me deu pena porque eu trabalho, mas é uma pena assim que eu tô com ele toda hora. Eu trabalho por conta própria, e eu vendo ele todo dia, todo dia a gente brinca, assim, juntos, aí eu podendo fazer alguma coisa. Todo dia quando eu saía lá do meu trabalho pra ir visitar ele, no hospital, entendeu? Porque tem gente que deixa o paciente lá e abandona, vai embora, some! Vai lá, interna a pessoa e depois acabou! [...] [As pessoas que fazem tratamento psiquiátrico devem viver internados em hospitais psiquiátricos?] Não. [Porquê?] Quando você chega e abandona uma pessoa, eu acho que quando você faz isso, você não tem nem amor próprio, primeiramente, você não tem nem amor próprio. Nem por você, nem pelo seu familiar que você tá deixando ali” (Entrevistado 22, 24 a., filho de usuária, 47 a., amb.).

[As pessoas que fazem tratamento psiquiátrico devem viver internados em hospitais psiquiátricos?] “Não”. [Porquê?] “Porque eles precisam de quem cuide deles, que dê carinho, atenção” (Entrevistada 15, 54 a., irmã de usuário, 50 a., amb.).

“Porque assim, ele assim não é muito atento com as coisas. Ééé, quebra as coisas, derruba as coisas. Vai comer, suja tudo. Aí forro a mesa, sai sujando tudo. Tem que estar sempre atenta com ele se não, é eu arrumando e ele desarrumando. Ah e tem vezes que ele fica assim quer ficar catando lixo e levando pra casa. Graças a Deus eu consegui tirar isso dele. Trazia aí tinha que vir e botar ele pra jogar fora nas lixeiras onde é que eu moro. Eu falei: não, não quero essa vida não. Tô cansada e ninguém me ajuda em nada. E cada vez pior porque vai pegando a idade, né? Ninguém da minha família nunca veio aqui. Quando ele interna também quem vem sou eu. [...] Ah minha filha, fala que é maluco e ele fica danado! Falam: “Ele é maluco! Porque você não interna e pega só no final do ano?” Eu falo: “Porque vou internar? Pra quê? Não, não interno nada. Deixa ele dar trabalho.” [...] Ah, tem muita gente que fala: interna! Tem lugar que interna e só pega no final do ano. Eu digo: não, eu não. De jeito nenhum. Pra mim, internar ele agora, só se ele tiver muito agressivo, se ele tiver muito ruim. Porque, se ele não tiver, eu não interno e nem deixo ninguém internar. Eu não!” (Entrevistada 16, 64 a., irmã de usuário, 58a., amb.).

### **Eixo temático 5: a Comunidade**

A comunidade, entendida como as pessoas com as quais o louco e seu cuidador convivem nas ruas do bairro e da cidade, é retratada em maioria pelo medo e pela não inclusão. O medo do louco apareceu 12 vezes, sempre associado às falas de agressividade por parte daquele, assim como a impaciência com ele,

que foi citada nove vezes. Relacionada ao medo e à impaciência, a pressão para institucionalizá-lo mostrou-se no relato de cerca de 25% dos entrevistados.

Tabela 6- Eixo temático Comunidade, categorias encontradas nas entrevistas (N = 29)

<b>Eixo temático: Comunidade</b>		
<b>Categoria temática</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sente medo do louco	12	41,4
Sente impaciência com o louco	9	31,0
Faz pressão para a institucionalização do louco	8	27,6
Tem amizade pelo louco	7	24,1
Tem preconceito para com o louco	7	24,1
Ajuda o louco e o cuidador	3	10,3

Fonte: própria autoria.

### **“Cuidado com ele! Tem que internar!”: A comunidade e a Reforma**

Antes de passar para os relatos e discussão associados às afirmativas que formam as categorias de análise, chamo a atenção para este primeiro trecho, onde o relato da mulher exprime o preconceito com o louco, que foi expressado “pelos bombeiros”, usando inclusive as pejorativas palavras “malucas” e “doidas”, para fazê-lo. O rapaz estava em surto e os vizinhos chamaram os bombeiros, segundo informações desta entrevistada:

“Os bombeiros, quando foram pegar ele em casa fizeram medo às pessoas que davam comida a ele, e porque eram pessoas idosas também, senhoras, as vizinhas que davam comida a ele. Os bombeiros falaram: Ah, as senhoras estão malucas, ficar com um garoto desses!? As senhoras estão doidas!? Porque ele botou o bombeiro pra correr. Aí o bombeiro fez esse terror e ninguém quis mais ficar. O bombeiro trouxe ele pra cá, aí as pessoas ficam com medo”(Entrevistada 2, 58 a., amiga da mãe do usuário, 35 a., enf. masc.).

“Ah, tem gente que sabe que ele tem problema e aceita, tem outros que não. Cada um é de um jeito, né? Tem uma moça lá que sempre ajudou a gente, mas numa vez que ele surtou, ele foi lá na casa dela e quebrou tudo. Aí ela tem filhos, e ele queria atingir as crianças, e a gente entende, ela como mãe, aí ela ficou com medo dele, e não quer mais que ele vá na casa dela, e nem ajudou mais. Ele nunca tinha feito isso, mas agora os vizinhos estão todos assim: teu irmão tá solto? Cuidado com teu irmão! Tem que ver minha casa! Ó, tem que tirar ele daqui! Eles querem tirar ele de lá, mas não entendem que ele quer ficar lá” (Entrevistada 7, 32 a., irmã de usuário, 34 a., enf. masc.).

Neste contexto, a discriminação e preconceito também apareceram associados à falta de receptividade por parte da comunidade para com o louco e à convivência com o mesmo.

[As pessoas aceitam bem as que têm transtorno mental?] “Eu acho que não. Tanto ela, no caso dela, as pessoas tratam com discriminação” (Entrevistada 26, 44 a., mãe de usuário, 23 a., CAPS).

“Ah, se as pessoas ficarem falando na rua: you não trabalha. Ah, você é sustentado pelos pais. Ah, não sei o que. E ele mesmo já falou pra mim que muitas das vezes se ficarem de muita investigação, muita pergunta, vai até ele dizer: não, eu faço um bico, ou trabalho em tal lugar. Entendeu? Então, isso tudo vai juntando e vai constrangendo ele. Ele se sente mal por não trabalhar. As pessoas têm preconceito” (Entrevistada 5, 63 a., mãe de usuário, 36 a., enf. masc.).

Maciel e outros (2008, p.115) observaram em seus estudos que havia um predomínio de visões “pejorativas e estereotipadas acerca do doente mental”, categorizando-o como um ser sem razão. Por outro lado, o hospital psiquiátrico foi avaliado positivamente, enquanto a reforma não. O suposto fechamento daquela instituição pela Reforma deixou as pessoas com medo de não terem mais aquele local nos momentos de crise.

Em outra pesquisa desenvolvida por Maciel e outros (2009, p.437), os familiares falaram do “preconceito, sobrecarga, tristeza e sofrimento” trazidos pela presença do louco. Estes autores avaliaram que as representações ainda se mostravam negativas, dificultando a aceitação da Reforma psiquiátrica. A maneira de referir-se à tristeza e ao sofrimento lembrou-me da maneira com que Pelbart (1989) referiu-se à vida das pessoas que a compartilham com um louco, ressaltando o viés que representa a negatividade daquela figura, relacionada ao estigma que acompanha a loucura.

Por outro lado, nesta pesquisa, cerca de 1/4 dos entrevistados afirmou que o louco tem amigos na vizinhança, mas somente três referiram-se à ajuda prestada pelos mesmos para os cuidados com os usuários.

A investigação de Moraes e Oltramari (2005) numa comunidade que continha um hospital psiquiátrico em seu território, acerca da convivência com os loucos, mostrou resultados em que as entrevistadas, todas mulheres, disseram já estar acostumadas com eles, devido ao hábito, ao tempo daquela circulação, gerando costume e certa confiança por ser algo conhecido. Sobre a convivência com os loucos ser favorecida pelo tempo, pelo hábito, e pelo costume, lembro a situação explicitada por Jodelet (2005), em Ainay-le-Château, quando obteve respostas parecidas daqueles moradores ao referirem-se ao convívio com os

*doentes mentais* daquela região como fator de viabilização do rebaixamento do traço de estranheza naquelas relações.

Para finalizar este texto, trago as reflexões de Arruda (2000) que ressaltam a necessidade de haver mudanças no imaginário social acerca da loucura e do louco, no sentido de favorecer a inserção social das pessoas com transtornos mentais.

## **6.2. Três entrevistas cartografadas**

A abordagem cartográfica propõe ao pesquisador uma atenção privilegiada, ou seja, uma atenção voltada para a própria atenção e para o que esta atenção apreende, captura, dentro do movimento atencional e as possibilidades de ritmos e de focos diferenciados. Com relação aos movimentos da atenção, Kastrup (2007, p.18) resalta a importância de o cartógrafo observar “as quatro variedades da atenção do Cartógrafo: o Rastrear, o Toque, o Pousar e o Reconhecimento Atento”. Este movimento é abrangente e procura foco ao mesmo tempo; busca o que procura em nome do objeto que trabalha, mas abre-se para o que vem e surpreende, para aquilo que se apresenta, que se atravessa, se articula, que destoa, que dialoga ou que interrompe.

A atenção do cartógrafo é fundamental na produção dos dados de uma pesquisa de campo quando há uma perspectiva construtivista na relação entre sujeito e objeto, e, portanto, na constituição do conhecimento. Considera-se a atenção como atividade receptivamente ativa dando sentido aos signos acolhidos (Kastrup, 2007), aspecto que questiona a chamada coleta de dados, etapa/atividade essencial nas pesquisas de campo. O olhar cartográfico busca a produção dos dados, ressaltando o traço constitutivo do material da pesquisa a partir da ação do cartógrafo ao selecionar o que “já estava lá de modo virtual” (Kastrup, 2007, p. 15).

A Cartografia é uma via metodológica que envolve um caráter propositivo e investidor na busca de novos espaços. Espaços estes que se abrem a partir dos agenciamentos, que por sua vez são derivados de encontros e propiciadores de outros encontros e mais agenciamentos. Esta proposta de olhar para a pesquisa e de concebê-la cartograficamente ampliou minha visão sobre este tipo de estudo,

foi proveitoso. Fez-me olhar para mim enquanto pesquisadora e para minha inserção no campo como alguém que procura respostas, mas também perguntas.

Esta metodologia trouxe novidade, ainda, para o meu entendimento acerca do objeto de pesquisa, da minha relação com o mesmo, e sobre a sua constituição, que se cristalizou enquanto absorveu novos elementos. Um objeto que ficou cada vez mais visível, no decorrer da pesquisa, e que ao mesmo tempo sumiu por alguns instantes, diante de outros volumes de conteúdos, presentes nas demandas representadas nas vozes dos entrevistados. Um objeto que pude trabalhar dando tratamentos cartográficos e assim incorporar aspectos os quais não me haviam ocorrido antes do contato com os campos e com os entrevistados.

A Cartografia abriu portas para que eu utilizasse a expressão artística como linguagem possível para expressar conteúdos afins ao objeto trabalhado. A expressão artística tem sido explorada por mim desde muito nova e, no ano de 1995, concluí o curso de graduação em Pintura na Escola de Belas Artes da UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro). Tenho experiência com exposições de arte e também com a área da ilustração. O exercício de juntar estas duas linguagens foi novo para mim. Todas as imagens anexadas à tese são advindas de intervenções artísticas praticadas por mim, cujos conteúdos estão relacionados ao objeto. Fotografias de desenhos e de pinturas de minha autoria, além das fotos que fiz dos mosaicos e das áreas externas das instituições envolvidas na pesquisa, compõem o material artístico produzido durante o percurso da pesquisa. A utilização destas imagens cumpre com objetivo ilustrativo na composição visual da tese, mas constitui-se num exercício de integração de linguagens, conforme nos incita a experimentar os filósofos Gilles Deleuze e Félix Guattari.

Durante o meu percurso de “aprendiz de cartógrafa”, para utilizar as palavras de Kastrup (2007, p.16), mas também de Aragão e Arruda (2013, p. 101), perguntei-me quais eram as representações sociais da loucura que me afetavam. O que era a loucura para mim, ou como a loucura me afetava. Percebi que, de início, meu pensamento se desviava. Era como se eu não quisesse pensar naquilo ainda, enquanto ficava curiosa para saber o que as pessoas diriam. Com o tempo eu me perguntava de novo, e algumas imagens começaram a aparecer. Havia desatino e inconveniência associados à loucura e ao louco para mim. Eu conheço muitos loucos de uma vida cotidiana de minha inserção profissional há 16 anos. Claro que as representações sociais que reconheço, atualmente, acerca deste tema e sujeito,

foram afetadas por este trabalho, então me perguntei quais aspectos dominavam as minhas representações antes de eu ir trabalhar naquele local.

Sem ter muita certeza, respondo que, talvez, estivessem relacionadas ao medo de alguma agressividade, mas também a algo encoberto, que ocupava um lugar escuro. Assim, dei-me conta, também, de que não me lembrava de ter pensado nestas representações desta forma, e pensei ser interessante colocar esta observação aqui, já que a cartografia aponta esta via, esta possibilidade de expressão. Qualquer leitor pode se perguntar quais as representações sociais sobre loucura e louco que dominam o seu imaginário, e também observar o que ouve as pessoas falarem acerca do tema. Além disso, pode ficar atento para conferir a grande quantidade de vezes que as palavras loucura, louco ou doido, por exemplo, serão ditas por todos nós e em diversas circunstâncias.

Isso aconteceu comigo no meu envolvimento com este objeto. Estas palavras que citei acima são usadas pelas pessoas em geral, nas ruas, nas conversas, nas mídias. Nos registros do diário de campo, há anotações sobre este fato e as variações para sua utilização. Ouve a loucura associada a comportamentos ou acontecimentos que fogem às regras, que contêm elementos como: surpresa, irreverência, ousadia, inconsequência ou irracionalidade. A arte e o artista também podem ser associados à loucura e ao louco, ao serem identificados por uma faceta que remete à liberdade e à criatividade, com sentidos positivos; porém, também poderiam estar referindo-se, em sentido pejorativo, e significar leviandade, irresponsabilidade. Neste sentido, estes substantivos, sugestivos de algo positivo e interessante, ou nocivo e perigoso também compõem as representações sociais sobre a arte e o artista.

Nesta pesquisa, as palavras loucura e louco têm função específica e relacionada ao objeto e foram pronunciadas muitas vezes durante as entrevistas, com utilizações diversas e às vezes jocosas, mas sobretudo para referenciar o motivo do tratamento psiquiátrico de alguém com quem os entrevistados tinham relação de proximidade. Dito de outra forma, o uso da palavra loucura ali, naquele tempo e espaço da entrevista, considerando os afetamentos pelos contextos institucionais, pela pesquisadora e pela pesquisa, se deu em função precípua de abordagem da loucura que é denominada por lei como transtorno mental.

Mas o que me moveu para escrever sobre esta questão, do uso destas palavras, foi o que percebi no decorrer das entrevistas, que a proximidade com a

loucura e com os loucos fez os entrevistados falarem de maneira muito própria sobre o tema. Isso se deveu às suas vivências, pensei eu. No entanto, pareceu-me que havia determinados adjetivos para coroar as representações sociais que reconheceram ou as quais se reportaram durante a entrevista, que apontavam a proximidade com a loucura, conforme demonstrado no capítulo 5.

Concomitantemente, eu acessava a leitura do texto de Pelbart (1989, p. 14) quando me deparei com uma afirmativa do autor que me fez questionar de novo sobre as representações reconhecidas pelas pessoas que têm relação de proximidade com louco/s, em contrapartida das que não têm. Ele cita elementos que compõem as representações sociais da loucura e as classifica como “nossas”, conforme palavra grifada no final do texto abaixo. Esta afirmação aconteceu quando este autor fez referência à resposta do “crítico de arte e psiquiatra Jean Starobinski” (Pelbart, 1989, p. 14) a um entrevistador que abordava a temática da loucura. O trecho sublinhado será comentado a seguir da citação. Logo, segundo Pelbart (1989, p. 14):

Em entrevista radiofônica concedida a Jacques Adout como parte de uma série de emissões sobre o tema as razões da loucura, e da qual participaram profissionais de linhas diversas como David Cooper, Maud Mannoni, Franco Basaglia, Claude Olivienstein e Félix Guattari, entre outros, o crítico de arte e psiquiatra Jean Starobinski expressou a opinião de que existiriam hoje dois enfoques correntes, distintos e irreconciliáveis, sobre a loucura: o clínico e o cultural. De um lado estariam psiquiatras e terapeutas ocupados exclusivamente com o sofrimento psíquico; de outro, os estudiosos fascinados pela loucura, interessados tão-somente naqueles aspectos que confluem com nossa modernidade cultural, poética ou filosófica. É inegável: os que convivem com os loucos reais consideram a loucura antes de mais nada como dor e ruína; os que vivem distantes dela — fisicamente ao menos — são os que mantêm acesa a chama de um imaginário ancestral sobre a insensatez. Para os primeiros a produção psicótica é sintoma patológico; para os últimos, é vanguarda cultural e estética, quando não política, como no caso dos surrealistas. Se para os terapeutas o louco é acima de tudo um impotente e a terapêutica um alívio, aos olhos dos literatos e rebeldes ele é um herói, e o tratamento, repressão. *Sofrimento psíquico e subversão estética*, é entre esses dois pólos incompatíveis que oscila nossa visão da loucura (Pelbart, 1989, p. 14, grifo nosso).

Nesta leitura de Pelbart (1989), a *dor e a ruína* estão associadas à loucura, em contraponto a uma insensatez, que remete a um estado criativo, ou de soltura em relação às amarras culturais, podendo, até por isso mesmo, conter um traço romântico, aventureiro, corajoso. A situação/experiência/sensação de dor e/ou promovidos pela ruína, relacionada à loucura e ao louco, também foi mencionada

por Maciel (2007, p. 95), não com estas palavras, ao expor os resultados de sua pesquisa. Segundo a autora, e conforme citado no item 4.3, a “loucura/doença mental foi identificada como um fator de sobrecarga, de tristeza e de sofrimento”, principalmente na relação familiar.

As anotações do diário de campo contam que ficou evidenciado, para mim, o número de pessoas entrevistadas que estavam aprisionadas naquelas relações de cuidados, devido à impossibilidade de o outro/usuário cuidar de si autonomamente; acrescida da ausência de uma terceira pessoa para dividir as tarefas, e à falta de suporte institucional para tanto. O carinho demonstrado pelos entrevistados em relação aos usuários com os quais eles têm relação de proximidade, durante as entrevistas, é outro fator que ficou devidamente marcado na minha experiência cartográfica; porque, embora eu lide com este público em minhas atividades profissionais, foi como pesquisadora que percebi este sentimento mais fortemente. Eu me pergunto o porquê, mas ainda estou sem resposta.

Mas este texto tem o objetivo de privilegiar um exercício de cartografia com o material das entrevistas. A leitura do texto de Aragão e Arruda (2013) que contém o relato da experiência de cartografar um material de pesquisa inspirou-me a fazer uma tentativa. Busquei três entrevistas que têm contornos que me afetaram de maneira especial, cujos motivos serão abordados junto ao mapeamento. As três entrevistas que escolhi foram efetivadas em três lugares diferentes: uma na enfermaria feminina, outra no ambulatório e a terceira no CAPS.

As referidas autoras pesquisaram sobre as representações sociais do Brasil e utilizaram mapas do país para serem trabalhados pelos participantes. Estes mapas foram estudados por elas, segundo a análise de dados inclusive, a partir das frases escritas pelos produtores dos mesmos, e depois foram cartografados. As autoras escolheram quatro mapas para dissertarem sobre as nuances das representações singularizadas por aqueles participantes e que lhes afetaram de maneira específica.

Na minha intervenção cartográfica, as imagens foram produzidas pelas histórias contadas, pelos fatos relatados, pelos desabafos, pelo humor dos entrevistados ao abordarem o assunto proposto por mim e ao doar seu tempo para concederem uma entrevista. Os contornos singulares desenharam-se nas entrevistas que, mesmo seguindo um roteiro semiestruturado, impuseram-se em

ritmos de palavras e em fluxos de pensamentos, constituídos de maneira ímpar a cada encontro. É esta singularidade que quero abordar.

Os conteúdos surgidos/constituídos a partir da análise de conteúdo estão engendrados no exercício cartográfico das três entrevistas que escolhi. Procurei fazer as articulações que fizeram sentido para mim, mas o leitor poderá descobrir ou criar outras alternativas. Esclareço que os fragmentos ou trechos das entrevistas que quero ressaltar aparecerão no texto entre aspas, identificando as falas dos entrevistados.

Para trazer o objeto que foi constituído para este mapeamento, farei a apresentação das cartografias expondo, nesta ordem, os aspectos que quero abordar: as relações de proximidade, as representações sociais da loucura e o lugar social do louco. Assim, procurei o que parecia fazer sentido ali, mesmo que controverso, e que fosse propiciador de contornos singulares de subjetividades, como incluir uma temática para atender a uma demanda trazida pelo entrevistado, conforme aconteceu e foi lançada no mapa. É importante lembrar que o lugar social do louco refere-se objetivamente ao local de moradia indicada ou ideal para os mesmos, dentre as duas possibilidades básicas: no hospício ou em sociedade; e, subjetivamente, às representações sociais que sustentam tal indicação.

A primeira entrevista que utilizei para o exercício ao qual me propus, foi a de número 01, que fora realizada no IPUB, computando para a enfermaria feminina, já que foi concedida por uma mãe de 62 anos, aposentada, cuja filha de 32 anos está internada há seis anos naquela instituição. Esta filha sempre morou na casa desta mãe, mas, na ocasião desta pesquisa, a entrevistada estava requisitando àquela instituição que a mesma não voltasse para casa, alegando “falta de condições” para residir com a mesma. A equipe assistente e, principalmente, a assistente social estavam discutindo esta situação, e havia possibilidades de a usuária ser encaminhada para um SRT.

No início da entrevista, era possível perceber o afetamento desta questão. A entrevistada estava tensa, preocupada, defensiva e falante. Tinha avidez em justificar a estada da filha naquele hospital por tanto tempo e ainda com a negativa por parte dela para tê-la em casa de novo. Esclareci que não havia interferência das respostas dela para a pesquisa no desdobramento da situação de moradia da sua filha. Retomei a explicação sobre para que serviriam os resultados da pesquisa, reforçando o sigilo sobre nomes e todas as demais informações

prestadas. Ela entendeu, ao que me pareceu, e relaxou um pouco. Depois, se soltou nas respostas, embora ainda se mostrasse ansiosa por resolver a dita situação.

Na sequência, esta senhora contou que esta filha é a mais velha de três filhos, que ela criou sem o pai das crianças, trabalhando autonomamente como doméstica. O diagnóstico de transtorno bipolar foi dado quando a usuária tinha “uns vinte e poucos anos”, e a entrevistada custou a lembrar esse nome e depois a pronunciá-lo. Ao ser perguntada sobre o motivo da filha ter iniciado um tratamento psiquiátrico, ela respondeu: “ Ela é... ela conversa e dali a pouco ela muda a cabeça, assim rápido, não sei o que dá nela ... na mente, sabe? É isso que eu fico preocupada” (chorou). Parece que uma divergência se evidenciou nestes posicionamentos, pois a entrevistada estava interessada em garantir o não retorno da filha para casa, ao mesmo tempo em que se mostrava preocupada com o destino da mesma e emocionar-se com a situação.

Sobre a sua proximidade com a usuária, a entrevistada contou partes de histórias que ela compartilhou com sua filha:

“Com 13 anos ela se soltou, ficou mais agressiva, não ficava em casa. Tudo que a gente falava com ela, queria bater na gente, agredindo, sabe? E eu sozinha, pra segurar ela... ela tem uma força danada, né? Eu não tenho condições de ficar com ela sozinha. Eu tô com 62 anos e não tenho mais aquela força de garotona [...] então ela tem que ficar aqui, porque em casa ela não obedece. Ela, não tem como, não tem condições mesmo. Eu fico pensando assim: meu Deus, como é que eu vou fazer com a fulana? Mas eu fico com pena dela, mas eu penso, o que é que eu vou fazer com a fulana? Fica aquela dúvida, sabe? Minha outra filha fala assim: mãe, ela não tem condições [...] e mais, ela não faz nada sozinha. Não toma banho, não come, se deixar fica sem comer. Só quer andar na rua. Um dia desses o vizinho veio me chamar dizendo que ela estava na rua com a perna machucada” (Entrevistada 1, 62 a., mãe de usuária, 32 a., enf. fem.).

E, ainda falando desta proximidade, a entrevistada acrescentou:

“Ela é agressiva com todo mundo. Ela nunca namorou, nunca teve ninguém. Na escola ela não fazia nada. Na hora do recreio ela não saía da sala. Ficava em pé e batia nos outros com a bolsa, ficava balançando a bolsa e batendo nos colegas. Eu fui várias vezes na escola, não sei como não perdi o emprego. Eu trabalho como doméstica, trabalho há muitos anos, e muitas vezes tive que sair pra ver coisas que fulana estava fazendo, desde criança [...] É difícil. Ela me agride muito, não obedece [...] Infelizmente não há condições. Eu sou mãe dela, me dá pena, mas não tem condições de ficar com ela” (Entrevistada 1, 62 a., mãe de usuária, 32 a., enf. fem.).

Essa frase: “ela não tem condições” foi repetida muitas vezes pela entrevistada, o que me fez pensar nestas condições. Mesmo imaginando que essas condições talvez estivessem relacionadas ao comportamento da filha, eu ainda me perguntava o que estava faltando para a usuária voltar a morar em casa com a mãe? A vontade da mãe? As condições da mãe? Aquela entrevistada se referia à agressividade e à dependência da filha em relação a ela como aspectos impeditivos para a relação cotidiana ou de convivência. Parece que as “condições” a moviam para escolher não ter a filha em casa, assim como afetavam à nossa entrevista naquele momento da pesquisa.

A loucura esteve representada pela entrevistada em associações com: imprevisibilidade, agressividade, dependência, coisa do demônio, e ainda considerada como algo inato. Ao fazer a sequência de perguntas, do roteiro de entrevista, que aborda à loucura, ficaram evidentes três aspectos, formando um recorte especial. Um deles diz respeito ao fato de ser a primeira entrevista da pesquisa, depois do piloto, e eu não hesitei em fazer todas as perguntas, mesmo elas já tendo sido respondidas nos conteúdos de outras questões, questão que adequei para as demais entrevistas. O outro aspecto tem relação com a falta de paciência da entrevistada, que fica nítida ao repetir quase que laconicamente a mesma resposta; e, em terceiro, o aspecto que se articula ao segundo, que é a própria repetição desta palavra/frase: “ela não tem condições”, variando somente nas formulações, como veremos na sequência.

Às três questões que, na ordem do roteiro, perguntaram sobre a loucura são as que se seguem, com as respectivas respostas. Pergunta: “Quando eu falo a palavra loucura, qual a primeira palavra que vem a sua mente? ”. Resposta: “Ela já nasceu assim”. A entrevistada usou um tom na voz que parecia reafirmar isso para si mesma enquanto me dizia também. E depois continuou: “Condições, né? Sem condições, condição. Ela não tem condições de fazer nada”. Outra pergunta: “Fale porque esta ideia lhe vem à mente.”. Resposta: “Por isso, porque não tem condições”. E, por último desta série, perguntei: “Pensando nas coisas que você falou, te pergunto: o que é a loucura? ”. Resposta: “Não sei (fez silêncio). Ela fica sem condições”.

E, voltando à justificativa para não ter a filha em casa, ela disse:

“Eu moro em área de risco, você sabe, não posso ficar falando, mas ela vai lá mexer com eles (neste momento fez um gesto com as mãos imitando uma arma, um revólver). Ela vai lá fala coisas e aí eles querem bater nela. Os vizinhos falam: interna ela dona fulana. Mas eu não conseguia internar. Eu levava no hospital, desde nova, e voltava com ela pra casa. Ela não toma os remédios, então fica tão agressiva, ela bate na gente, ela grita. Ela dá uns gritos horríveis” (Entrevistada 1, 62 a., mãe de usuária, 32 a., enf. fem.).

Perguntei sobre o que a pessoa grita. Disse: “Ahh uns gritos horríveis mesmo, ela diz que vê um bicho, ela diz que vê coisas passando, mas ninguém vê nada, só ela vê”. A entrevistada se emocionou e chorou contidamente. Ficamos um tempo sem falar. Depois, ela continuou: “Eu já levei na igreja, porque dizem que isso é coisa do demônio. Levei, benzeram ela, a cabeça dela. Não adiantou nada, não achei que melhorou. Eu sempre busquei coisas pra ela, sempre tentei tratar dela, mas é difícil” (mais choro).

Quando abordei a questão do tratamento, perguntei o que lhe parecia mais importante para aquele, ao que ela respondeu: “Ah, o remédio, e estar assim num lugar desses, quer dizer, a assistente social está vendo um lugar fora daqui pra ela ficar, porque morar assim num hospital (Pausa. Fez um semblante de pena, de dó, ao mesmo tempo demonstrando que morar num hospital psiquiátrico era ruim) não é bom, mas ela precisa de um lugar”. E, ao ser questionada sobre o lugar de moradia para todas as pessoas com transtornos mentais, se internados em hospitais psiquiátricos ou em sociedade, ela respondeu prontamente: “Internadas em locais próprios para eles”.

Para polemizar e entender melhor o posicionamento daquela entrevistada, perguntei se ela conhecia outras pessoas com transtornos mentais, ao que ela respondeu que “sim”. Perguntei se todos os que ela conhecia deveriam ficar internados. Ela disse que sim. Depois, lembrou-se: “Tenho uma vizinha que tem uma filha, daqueles com aquela carinha assim” (fez gestual de arredondamento da face) “tem um nome” (hesitou). “Ela conversa direitinho, precisa ver. Como é o nome da doença?” (Indagou-se, pausa). Questionou se eu sabia, e eu perguntei se era Síndrome de Down o nome que ela tentava lembrar. Ela disse: “É isso. Então, com essa doença dá pra ficar em casa, ela não agride”.

Neste exercício, me pergunto sobre as forças envolvidas na situação da entrevista e as que foram citadas pela entrevistada. Que forças movem aquela entrevistada para posicionar-se daquela maneira? São forças sociais, é a

insistência da outra filha, a pressão dos vizinhos para internar a usuária. É a sua força física, relativa à sua idade, segundo ela própria colocou, que lhe falta, que não lhe deixa segura diante de um rompante da filha.

E, para finalizar este mapeamento, vou me referir às forças sociais conectando esta voz da entrevistada com outras vozes de participantes de outra pesquisa, que envolveu familiares de usuários de saúde mental no Rio de Janeiro, e que resultou na publicação que disserta sobre a busca de tratamento para as crianças e adolescentes que viabilizassem a estada dos mesmos em casa, junto aos seus familiares (Rizzini, Leite & Menezes, 2013). Este tipo de tratamento, para oferecer, sobretudo, suporte para esta possibilidade de convivência é que se evidenciou difícil de ser encontrado na rede pública. E com relação a minha entrevistada eu torno a perguntar: será que eram essas as condições que faltavam? Um suporte institucional para ela dar conta de ter a filha em casa e não num SRT?

A segunda entrevista escolhida dialogava principalmente, com a primeira já apresentada, e foi a de número 22. Concedida no ambulatório do IPUB por um filho, cujo pai de 47 anos se tratava naquele serviço. Esse filho aceitou dar entrevista e disse estar muito satisfeito, porque havia visto um programa de tv, cuja reportagem mostrou como era a vida das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, e ele era totalmente contrário à internação compulsória. A entrevista seria uma oportunidade de ele falar sobre isso, objetivando também o alcance possível destas ideias por outras pessoas, segundo objetivos expostos pelo mesmo. As aspas seguirão demarcando a voz do entrevistado.

O rapaz entrevistado se apresentou assim: “Minha idade é 24 anos e eu sempre morei com ele” [...] “Quem cuida dele há oito anos sou eu”. Sobre estes cuidados e, portanto, sobre a relação de proximidade, ele falou:

“Eu saio com ele, venho às consultas, vou na cidade buscar os remédios (pausa) ele, de vez em quando faz uma educação física comigo, pra distrair, e eu adotei uma gatinha também, sempre é bom um cachorro, mas gato também é bom, pra distrair. Aí ele brinca com a gata dele, e tem uma vida social, é, assim: as pessoas tratam ele direito, e, como é que eu falo pra senhora? As pessoas lá no bairro sabe, que ele tem uma deficienzinha, mas tratam ele de igual pra igual, mas ao mesmo tempo, têm umas pessoas que você vê que não têm aquele mesmo tratamento” (Entrevistado 22, 24 a., filho de usuário, 47 a., amb.).

Perguntei o que ele queria dizer com “aquele mesmo tratamento”. Ele respondeu:

“Ele tem uma filha, ela é mais nova que eu, e ela, com essa doença dele, ela não consegue ver ele assim como pai, aquele pai que manda: fulana vai fazer o dever de casa, vai fazer aquilo, ele não é aquele pai presente, porque ele tem aquela dificuldade que a gente sabe, entendeu? Eu, como já tenho uma idade mais avançada e tenho um ensino melhor, eu consigo trazer isso e entender” [...] “Tem época que ele tá melhor, tem época que ele tá pior, e começa a ficar um pouco agitado, e pode quebrar alguma coisa, mas assim, pra uma pessoa que tem uma doença assim, um pouquinho igual a essa, fica nervoso, quer ver sempre as coisas arrumadinhas, não quer ver nada fora do lugar. Eu entendo” (Entrevistado 22, 24 a., filho de usuário, 47 a., amb.).

E depois acrescentou:

“Olha, eu levo ele pra correr. Tem gente que acha ridículo pegar a mão do pai pra correr. Eu não ligo, eu pego e puxo, eu não tenho vergonha, mas tem pessoas que acham que é vergonha. Eu não ligo” (Entrevistado 22, 24 a., filho de usuário, 47 a., amb.).

Estes posicionamentos do entrevistado me chamaram a atenção devido aos papéis sociais envolvidos nesta trama, mostrando uma inversão, que aconteceu muito cedo segundo o próprio relatou, fazendo com que ele, o filho, fosse encarregado e se encarregasse de cuidar do pai de 47 anos, esquizofrênico, diagnosticado aos 23 anos. O rapaz apresentou seus pais da seguinte maneira:

“Ele é aposentado como soldado da Escola de Fuzileiros Navais [...] A minha mãe não tem estudo [...] agora ele, um funcionário público, ele teve isso, chegou lá e pediu as contas. Pra ficar numa borracharia? [...] Porque ele é muito inteligente, e (pausa) ele ficou doente, abandonou tudo!” (Entrevistado 22, 24 a., filho de usuário, 47 a., amb.).

O entrevistado seguiu contando passagens de seu histórico relacionado ao seu pai, às internações que o mesmo já enfrentou e sua disponibilidade para cuidar e se responsabilizar por este pai, que ele valoriza, do qual ele preserva uma memória positiva embora fale dos “errinhos” também:

“Eu era criança, mas as pessoas que tavam do lado dele me falaram que foi isso, entendeu? Aí ele ficou doente, foi internado, aí foi internado aqui, entendeu? Foi internado também em Casimiro de Abreu, onde tem uma casa de, ah, ficou também em Tanguá, conhece ali? Já ficou em Friburgo [...] Ah, assim, a gente gosta muito de passear, a gente tirou uma folga pra passear; a gente corre juntos; a gente

acampa juntos [...] A gente sai numa noite assim, eu, minha esposa e ele, come uma pizza, vai no rodízio (pausa) [...] Agora eu tô até pensando em curatelar ele, porque essas coisas de rua ele não faz sozinho, sou eu que sou responsável por ele” (Entrevistado 22, 24 a., filho de usuário, 47 a., amb.).

Quando perguntei se ele identificava aspectos de dificuldade nesta relação com o pai, e quais seriam, questão correspondente ao roteiro, ele respondeu reafirmando sua posição hierarquicamente superior à do seu pai novamente, ao mesmo tempo em que se coloca em posição protetora em relação ao mesmo:

“A dificuldade nossa, é sempre, no dia a dia eu trato ele normal, entendeu? Eu falo assim: você é meu pai, mas, infelizmente eu sou teu chefe aqui (risos), eu falo isso porque tenho uma lanchonete, pequena, é em comunidade, e ele me ajuda como se fosse meu funcionário [...]Ele fica lá na loja, normal, o pessoal vai, assiste televisão, ele assiste, normal. Porque os clientes são todos nascidos e criados ali, então ele conhece todo mundo, daí não tem nem (pausa) nada que atrapalhe assim nosso convívio” (Entrevistado 22, 24 a., filho de usuário, 47 a., amb.).

Falando sobre a internação em hospitais psiquiátricos, a temática que o motivou a participar da pesquisa, o entrevistado colocou-se favorável à mesma desde que seja pontual. Enquanto ele falava sobre isso, seu pensamento passou a questionar também as causas da loucura, que ele chama de “doença”, conforme mostra o trecho que vem logo a seguir. No trecho seguinte, me chama a atenção a declaração de como o pai dele enfrentava uma crise e de como ele, o filho, era imprescindível na vida daquele pai e solitário naqueles cuidados, uma vez que nem sua irmã e nem sua mãe compartilhavam as responsabilidades que estavam envolvidas na situação. Os trechos aos quais me referi:

“Quando ele não se sente bem e pede pra ser internado, não posso fazer nada, entendeu? É até triste um negócio desses, entendeu? Mas é assim. Ele tinha uma vida social! Ele viajava, ele, é (pausa) ele, (pausa) assim, a única coisa que ele fazia de errado, assim, que as pessoas falavam é que ele bebia muito, mas droga ele nunca usou na vida dele, mas a bebida (pausa) eu também não sei se o álcool afeta, assim, muito, mas as pessoas dizem. Mas eu acredito que não, acredito que foi uma doença mesmo que veio, e eu não sei explicar porquê se você falar assim se ele se sente mal, se ele passa mal, não sei o que dizer” (Entrevistado 22, 24 a., filho de usuário, 47 a., amb.).

“Ah, quando ele começa a ouvir vozes e a falar sozinho, aí você sente que ele já não está bem, entendeu? Quer ir no médico que aí a gente vê lá? Quer ir na psicóloga, pra gente conversar com ela? Aí ele: não, não. Aí também tu vê que ele tá passando mal quando ele fala que quer se matar, entendeu? Ah, minha vontade era me matar! E tipo assim, ele tem uma compaixão com a filha dele, mas a filha dele não retribui. E é porque ela é nova, ela não consegue entender o que ele sente,

ela só quer curtir a vida. A mãe não mora junto com a gente, entendeu? [...] Eu sou uma pessoa ali que não pode acontecer nada comigo, entendeu? Se não ele tá na mão” (Entrevistado 22, 24 a., filho de usuário, 47 a., amb.).

A medicação foi enfatizada como coadjuvante facilitadora da convivência com o pai, logo pensei que talvez os remédios fossem seus únicos aliados, tanto no cumprimento daquele zelo quanto para a facilitação da expressão de carinho entre eles e na localidade em que eles moram.

“Porque se você não tiver uma medicação controlada, como é que as pessoas vão ficar dentro, aqui dentro? Ou se não, lá fora? Não tem como. Tem que ter a medicação. Essa aí é uma medicação que não pode faltar! No estado, isso, não pode parar de fabricar remédios pra pessoas que tem esquizofrenia, e outras doenças, assim, porque se não já era! Não tem como segurar, porque isso aí é o que segura, é o que fica segurando a pessoa. Ajuda pra não entrar em crise, pra não quebrar, ou se não, fazer besteira, assim, tipo evacuar e comer a própria (pausa) aí a medicação dá uma segurada, entendeu?” (Entrevistado 22, 24 a., filho de usuário, 47 a., amb.).

Sobre a loucura, ficou visível que o entrevistado colocou-a em oposição a uma normalidade, mas o mais interessante no entanto foi a sequência que ele deu nas suas falas sobre o ato de alguém se matar. Ele falou a primeira vez num trecho situado mais acima e depois repetiu a frase com a mesma entonação outras vezes, conforme mostro no texto abaixo:

“Eu vejo que a pessoa não tem nem mais um vínculo com a sociedade aqui fora normal, ele tá louco, então ele não sabe nem o que ele faz, ele pode chegar e pegar uma criança e estuprar, ou se não, se não ficar de olho, se ele tiver muito louco, assim, se ele não tiver com a medicação, ele pode se matar! (alterou o tom de voz e o fez indignado e assustado), ir andando ali pela Brasil ali, subir a Rio-Niterói ali e se jogar! (mesma entonação de quando falou se matar), ou, pegar um carro, como a pessoa já dirigiu (parece que aqui ele começou a se referir diretamente ao pai), pegar o carro e ir pro Grumari, que também ele conhece muito a estrada, se matar com o carro! (Mesma entonação repetida três vezes, passando-me a sensação de espanto, de limite, da morte como limite da loucura, ou melhor, o suicídio como o/um limite da loucura), então, tem muitas coisas que pode se fazer, eu vejo isso como esse meu (pausa) como uma pessoa (pausa)” (Entrevistado 22, 24 a., filho de usuário, 47 a., amb.).

As duas pausas indicadas pela gravação/transcrição da entrevista estão indicadas nas minhas anotações no diário de campo. A entrevista já estava terminando quando nestas pausas, ele fez gestos indicando o pai, que estava na sala de espera aguardando a consulta com o psiquiatra. Gesto indicativo e com

conteúdos de afeto e cuidado. Ele falava do pai com um ar camarada, amigo, mas também orgulhoso por cuidar bem do pai, e por se considerar capaz de não fazer discriminações entre pessoas por suas aparências, mostrando certa vaidade pelo seu comportamento exemplar, moderno e justo, para com todas as pessoas. Um modelo a ser seguido, inclusive pelas outras pessoas para com o seu pai.

E, para finalizar esta cartografia, disponibilizo mais dois trechos da entrevista, com uma interlocução entre ambos, para mostrar o que foi verbalizado pelo entrevistado a respeito do lugar social do louco. O rapaz localizando-o em casa e com a família preferencialmente, ressaltando, porém, o lugar do ponto de vista subjetivo, envolvendo a convivência, a inclusão social, a participação nas atividades e em ambientes sociais como uma “pessoa normal”, como ele mesmo disse. No segundo fragmento, destaco a fala sobre as representações sociais, que voltam a se articular com uma proposta de horizontalidade nas relações, reveladas pelo entrevistado:

“Olha só: não existe o melhor lugar, pra mim, na minha opinião. Não existe porquê? Ele tem que ter uma direção social, com as pessoas, fazer as mesmas coisas que as pessoas fazem, mas as pessoas de fora, tratar não como: ah, olha o doente vindo ali. Não, tratar a pessoa normal e ir vendo a reação da pessoa, né? E vendo que a pessoa tá melhorando, e não tratar a pessoa com indiferença. Ah porquê ela tem doença. É igual, vamos supor que passa uma pessoa que tem é (pausa) como é que é o nome? (pausa) Quando nasce a criança, aquela, ah meu Deus, como é o nome? Nasce com o rostinho meio estranho” (frase interrogativa - pausa). Perguntei se era Síndrome de Down: “Isso, Síndrome de Down! Se a pessoa tem isso, você vai olhar, porque você é a mãe, por exemplo; eu vou olhar com indiferença pra filha da senhora? Eu não posso fazer isso, entendeu? Eu acho isso, porque se você fizer isso, eu vejo que você não tem nem amor, nem a mim e nem a ela. Eu não olho a pessoa com indiferença, eu particularmente, não olho. E, eu olho meu pai, apenas, do jeito que eu sou, e pra mim, é como se ele fosse uma pessoa normal. Mas eu sei que ele tem um probleminha, mas esse probleminha a gente vai ajudando do jeito que vai indo” (Entrevistado 22, 24 a., filho de usuário, 47 a., amb.).

Quando perguntei o que ele ouvia as pessoas dizerem sobre a loucura, ele respondeu:

“Olha, eu, graças a Deus eu não escuto, porque se eu escutar eu vou debater na hora. Eu não aceito isso. Igual eu tô falando pra senhora: eu, trato igual a igual. Se passar aqui uma pessoa doente, eu vou olhar pra cara dela, não com aquele olhar de pena, porque aquilo lá foi uma coisa, consequência que aconteceu, e eu vou olhar ela normal. Não vou olhar assim com aquele olhar tipo pena: ai coitadinha, não sei que. Não! Vou olhar, aquilo ali foi apenas um acidente que aconteceu e tal. Vou

tratá-la normalmente. Entendeu?” (Entrevistado 22, 24 a., filho de usuário, 47 a., amb.).

Pessoas com Síndrome de Down foram isentadas por este entrevistado e pela anterior de serem consideradas loucas, foi o que percebi neste exercício de cartografia. Elas foram separadas por ambos por serem associadas a pessoas calmas, com as quais é fácil conviver. Parece que a agressividade e a falta de controle permearam as representações sociais expostas por estes dois entrevistados, que têm experiências diversas em relação aos usuários com os quais têm proximidade, pensando opostamente com relação à moradia ideal para os loucos e agindo de maneira antagônica para com aqueles.

A terceira entrevista que escolhi para mapear foi a de número 28, e aconteceu no CAPS. Foi concedida por uma mãe sexagenária, de dois filhos gêmeos com diagnóstico de autismo em acompanhamento naquele dispositivo. Os dois rapazes estão com 19 anos e receberam este diagnóstico no final da primeira infância, “entre os quatro e os seis anos”. Eles moram com a mãe, o pai, com dois irmãos mais velhos que eles, e têm um irmão que já morreu. A entrevistada demonstrou disposição e muito bom humor. Falou durante quase duas horas, com episódios de risadas por conta das situações às quais se referia. Contou com detalhes algumas passagens de sua vida e da sua luta para criar aqueles dois “meninos”, que nasceram quando os três mais velhos já tinham entre 10 e 13 anos e ela trabalhava como doméstica.

Nesta cartografia, farei as abordagens conforme os interesses do objeto e, em seguida, colocarei a novidade, gerada por uma demanda emergente e uma conexão possível, que serão explicados ao longo desta exposição.

Para falar da relação de proximidade com esses filhos, quando perguntada sobre os aspectos de facilidade e de dificuldade para com os mesmos, ela disse: “Ah, a alegria, eles são bonzinhos! [...] As dificuldades são com algumas atividades simples e diárias, por exemplo, um dos gêmeos não se limpa quando vai ao banheiro, e o outro não consegue vestir a roupa certa, ele só bota a frente pra trás” (muitos risos). Ela falou da rotina da sua família, das ligações afetivas, da cumplicidade entre eles, do carinho pelos membros mais novos, os gêmeos, e da importância do bom humor para lidar com a situação e ter alegria. Na ocasião da entrevista, seu marido estava desempregado e seu filho mais velho estava se

preparando para uma cirurgia cardíaca, a segunda da vida dele, por um problema congênito que foi o motivo da morte do outro filho. Falando nas tensões familiares por causa dos gêmeos, desde que começaram a “dar problema”, ela disse que se sentia pressionada em casa com a cobrança pelo nascimento dos mesmos, e assim se sentia “maluca”, conforme mostra o texto abaixo, que ainda aborda a proximidade entre os gêmeos e os irmãos. Segundo a entrevistada:

“Quando os meninos começaram a dar problema (risos) os irmãos cuidavam e reclamavam. Olha a confusão que você arranjou depois que esses meninos nasceram (risos), e dizendo que eu tinha dado um passo em falso, traído meu marido com outro (risos) e vieram crianças muito loucas, porque foi uma mistura mesmo muito louca assim na minha vida. E eles falando: aí, teve esses filhos, e agora? Como vai ser com a gente? Eu vou perder minha adolescência cuidando deles? Porque os meninos tinham uns dez ou onze anos, né? E a menina falava: eu não vou fazer nada, eu tenho minha vida, você arranjou esses dois pepinos aí, agora cuida! E eu digo: e a culpa é só minha? Não, seu pai também tem culpa. Aí meu marido diz: não, a culpada é sua mãe porque ela é que tem gente com problema na família dela. Aí eu disse: vou falar com os especialistas pra saber essa coisa assim de família. Eu vou falar porque eu tô maluca com todo mundo pondo a culpa em mim. Você sabe que todo mundo só culpa a mãe, né? É político, é padre, é tudo! E quando o povo fala assim: bota a sua mãe em cima do ônibus! (muitos risos). Aí eu falo: por favor não xingue a mãe, porque se a mãe não ganhar o céu ninguém ganha” (Entrevistada 28, 60 a., mãe de usuário, 19 a., CAPS).

As representações sociais da loucura, que apareceram neste relato e nesta entrevista como um todo, estavam associadas com: problema/pepino, uso de drogas, mistura, hereditariedade, agressividade, violência com risco de cometer assassinato, e quem sabe até alguma culpa. Note-se que estes adjetivos ou ideias associadas serviram também como justificativa para que seus filhos não fossem enquadrados como loucos, uma vez que, dessas conexões, somente a hereditariedade foi cogitada como possível causa do transtorno mental dos gêmeos. Abaixo, seguem fragmentos que se articulam diretamente com o objeto da pesquisa, mostrando como a loucura foi tratada ou referenciada pela entrevistada: “Ah isso aí eu não entendo, mas como os meninos reagem lá em casa, eu acho que isso não é loucura. Pra mim eu não acho que é loucura [...]”. Perguntei sobre a loucura dos outros: “Tem umas coisas dos outros que eu acho que é loucura, sei lá, assim, pegar uma faca pra matar outra pessoa, quebrar as portas, empurrar a mãe, botar a mãe, que eu já vi, né? Botar a mãe pendurada, plantando bananeira, aí eu acho isso loucura, né?” (muitos risos).

E, sobre o transtorno dos filhos, ela se colocou: “Eles são, realmente eles são umas crianças que nasceram com este problema, né? É o autista, né? Não é nada com droga nem com coisa nenhuma, isso aí é problema mesmo. Nasceram com isso [...]”. Perguntei o que ela ouvia falarem sobre os loucos:

“Essas coisas, né? Que reage, né? Da agressividade, é ficar agredindo ou na rua jogando pedra, essas coisas assim, né? Aí eu digo assim: fulano tá louco! Ou então: cuidado com fulano heim! Ou então: ela é louca, olha lá, jogando pedra, jogando pedra nos carros, tudo, então, se faz isso não pode ficar na rua, sozinha, e se acontece alguma coisa com ela, e aí? Cadê a família dele? Eu fiquei preocupada com a mulher jogando pedra nos carros. Acontece acidente com ela e com o povo, né? Aí isso aí é um perigo! Isso aí é um caso que tem que ter um controle. É como eu tô falando, tem que ter a medicação, mas às vezes a pessoa não toma. Tem uma mulher que veio aqui nessa reunião que falou que o filho dela ficou muito louco, muito doido, e aí eu falei: por quê? Esse menino é tão normal. Aí ela: normal? Quando ele não toma medicação ele mata qualquer um, ele pega faca e tudo. Aí eu disse: ah comigo ele tomaria o remédio” (Entrevistada 28, 60 a., mãe de usuário, 19 a., CAPS).

Nestes trechos, fica claro que esta mãe não considera seus filhos loucos; depois, fala da importância da família e da medicação para a vida dos loucos, mas há uma intensidade no diálogo que ela reproduz como sendo dela e de outra mãe, numa trama em que a outra mãe fez questão de afirmar que seu filho era louco e que poderia matar alguém. Com relação à mistura, os fragmentos que se seguem vão esclarecer a utilização desta palavra/termo, com cunho pejorativo e preconceituoso. Ela conta sobre o seu percurso com os filhos para alcançar um diagnóstico e o tratamento. É, neste contexto, que ela usa várias vezes “mistura”, mas ela o utiliza em outra ocasião também, que vou mencionar mais adiante.

“Buscar tratamento adequado porque até agora eu não achei nada adequado. Lá no IPUB era um pouco melhor mas também tinha muita mistura. Uma vez a gente foi pra uma festa lá e tinha lá (pausa) a mistura, né? A mistura, né? Aí começaram a pular e não sei o que, aí meu marido: ué, o que que é isso? Tira meus meninos daí! O que é isso? É uma mistura de *crackudo* com sei lá, com as crianças com esse problema aí, não tem nada a ver com isso aí, e isso aí não tem nada a ver com aquilo! Esses meninos vão machucar esses outros! Ah, assim não, não quero essa mistura aqui não! Aí foi que separaram, né? Os autistas, né? Deixaram tudo lá e esses outros então eram pro outro lado. Meu marido falou e foi bom, porque eles não machucam ninguém, eles não são uns meninos agressivos, e ninguém com esse problema é agressivo, eles não são agressivos. Pode matar eles que eles não fazem nada com você, entendeu? Eles têm as forças deles mas eles não lutam com as forças deles, sabe?” (Entrevistada 28, 60 a., mãe de usuário, 19 a., CAPS).

Seguindo com o discurso sobre os filhos e o tratamento:

“Meus filhos foram no psiquiatra, lá no Pinel, mas era só pro psiquiatra olhar eles, mas meu marido ficou assustado e falou: aqui? Meus filhos não são loucos! Não! Vamos embora que eu já tô ficando é louco também! E nunca mais voltou pra psiquiatra infantil lá. Falou: não, não volto mais lá não. Deu um trauma nele que ele nunca mais voltou, disse: meus meninos não são loucos!” (Entrevistada 28, 60 a., mãe de usuário, 19 a., CAPS).

Ficou claro que o marido da entrevistada também não considerava os filhos loucos quando correlacionou a loucura à agressividade. Conforme nos mostram os fragmentos acima, a mãe do usuário fez colocações sobre situações onde seu marido, ao ver o local onde os filhos estavam se tratando, e, ao identificar que não eram exclusivos para autistas, reclamou, ato que ela louvou por compartilhar o mesmo pensamento com ele.

Com relação ao lugar social do louco, a entrevistada defendeu sua moradia com a família na casa da mesma, conforme disse:

“Se a pessoa conviver com a família e tiver controle, a pessoa melhora mais. Eu já vi gente, louca mesmo, que pega até pau mesmo, e depois bem calma, porque tava com a família. A família começou a dar atenção, começou a entender ele, falar, entendeu?” (Entrevistada 28, 60 a., mãe de usuário, 19 a., CAPS).

Com relação à medicação, a mãe dos gêmeos justificou a sua importância:

“É porque eles ficam mais calmos pra dormir, né? Eles ficam mais calmos, porque eles são muito agitados pra dormir. Se não der o remédio eles passam até não sei que horas acordados, ouvindo televisão ou se não conversando sozinho. Porque o fulano (um dos gêmeos) conversa sozinho sempre. Porque tudo o que ele vê na televisão ele vai repetir tudo, entendeu?” (muitos risos) (Entrevistada 28, 60 a., mãe de usuário, 19 a., CAPS).

O que me afetou e que aparece nestes trechos é a diferenciação com cunho negativo com relação aos outros transtornos, às outras “doenças”, um preconceito. Assim, a entrevistada quis reafirmar que o autista é sempre inofensivo às pessoas e aos lugares onde estejam, ou conforme a mãe: “É porque eles são assim inocentes, né?”. A palavra “mistura” foi usada várias vezes para referir-se a este preconceito, relacionado à frequência de usuários com outros diagnósticos diferentes do autismo nas instituições por onde ela e seus filhos já passaram em

busca de tratamento. Mas, conforme anunciei, a mesma palavra fora usada num outro contexto, com outro significado.

Para lembrar a passagem em que ela usou a palavra com aplicação diferente das demais, ela disse que os filhos diziam: “Que eu tinha dado um passo em falso, traído meu marido com outro (risos) e vieram crianças muito loucas, porque foi uma mistura mesmo muito louca assim na minha vida”. Assim, a palavra mistura voltava a se revelar representacional para a loucura, mas desta vez ligada às relações internas, familiares e não aos espaços institucionais e às relações com seus atores/usuários. Ao mesmo tempo, é a entrevistada que se refere ao nascimento dos filhos gêmeos dizendo “vieram crianças muito loucas”, enquanto briga para deixar claro que seus filhos não são loucos. Estas passagens com esta palavra fazendo a conexão. Seria um tipo de apologia à loucura, ou seria uma mistura de loucuras?

Retomando também a questão que ficou indicada anteriormente e que se relaciona a uma demanda emergente e uma conexão com outra pesquisa, esclareço que a entrevistada fez questão de me contar todo o caminho e as dificuldades que enfrentou para acessar o tratamento para os filhos; ou seja, ela relatou a “via sacra” (Rizzini, Leite & Menezes, 2013, p. 10) que percorreu para chegar até ali.

Assim, a conexão à qual me referi, diz respeito ao percurso identificado pelos participantes daquela pesquisa e à mãe por mim entrevistada. Naqueles resultados, esta “via” é percorrida principalmente pelas mães, enfrentando muitas dificuldades, para que as crianças, os adolescentes e seus familiares tenham acesso, ao tratamento e ao suporte institucional, respectivamente, para lidarem com a situação. No histórico relatado pela senhora que eu entrevistei, cujas respostas foram acompanhadas de muitos risos, foi frisada a demora para eles terem acesso ao tratamento, que só começou depois de buscarem sem êxito em muitas instituições:

“Mas assim, quando a gente notou mesmo eles já tinham uns quatro anos [...] eles não estavam fazendo mais as coisas que as outras crianças faziam, não acompanhavam as outras crianças, então a gente notou que tinha alguma coisa errada. Então a gente começou a andar o Rio de Janeiro todo, porque a gente não sabia, né? Fomos no surdo e mudo, por nós mesmos, né? [...] Procurando. Fomos lá no Menino Jesus, fomos em não sei aonde, ih, a gente rodou até chegar num lugar certo. E quando a gente tava lá no surdo e mudo, a moça lá falou: o que é que você está fazendo aqui com estas crianças? Eles são saudáveis, não têm nada, mas eu via que tinha algo. Aí eu falei: não, mas eles têm alguma coisa. Tem que procurar, né?

Até chegar num ponto certo, no lugar certo. Aí a gente começou a procurar, procurar, e um dizia isso, o outro dizia aquilo. Depois eu comecei a encontrar mães que tinham o mesmo problema, né? Aí eu falava: onde você foi, onde foi que você conseguiu, né? Aí eu fui indo nos lugares, as pessoas falavam e eu ia nos lugares. Aí chegou naquele lugar que tem ali no Rio Sul, né?” (Entrevistada 28, 60 a., mãe de usuário, 19 a., CAPS).

Neste momento, confirmei se seria no IPUB, no CARIM. E ela disse:

“É, lá mesmo. Aí foi quando a gente chegou no canto certo que era ali, né? Aí foi que o médico foi, depois que a gente andou tanto, eles já tinham uns seis anos, né? Ninguém falava nada, ninguém sabia. O povo não tem experiência, né? Também. Não tinha conhecimento também, né? Então estavam eles perdidos e a gente, né? Aí, nesse lugar é que o médico falou com meu marido e eu: vamos fazer os exames. Aí teve vários exames, vários, vários, vários. Um deles foi lá no Hospital da Lagoa, entendeu? Ih minha filha, a gente lutou muito, muito pra chegar numa coisa assim certa, né? Aí vieram pra cá, e aqui tem mais dois ou três como eles, e que vieram de lá do IPUB, porque como é adulto, né? E a gente vive nessa mistura, é, da crise o povo aí, é de droga, é de depressão, de várias coisas, vários problemas, e eu fico no meio com esses meninos, e penso: mas eles estão fazendo o que? Porque eles são umas crianças que você tem que por uma regra, porque se você não tiver você não tem controle, então quem lutou com eles foi a família mesmo, que botou pra ensinar, porque tudo o que eles sabem agora foi a gente que ensinou. Não foi médico, não foi psicólogo, não foi ninguém, fomos nós mesmos. Vamos ensinar porque não é assim, eles são inteligentes, né? Então a gente começou a ensinar a eles pra serem o mais independente possível, né? Aí meus filhos mais velhos também lutaram comigo, né? Meu filho mais velho é igual a um sargento (risos), ele chega e fala: isso é assim, vai ser assim (risos), ah, eu adorei dele ser assim, e ele é bem sincero, sabe? Se ele não achar uma coisa ele fala e pronto. Se você achou bem, se não achou, bem também [...] Tudo que eles sabem aprenderam em casa. Não tô falando que tem o sargento (risos), ele ensinou, foi muito bom. Eles não sabiam pegar nem na colher, mas ele ensinou. E pra ir no banheiro? Sentar no vaso? Parecia que o vaso era um monstro. E tem um que fala assim: socorro! (risos). E sai correndo! É uma confusão dentro de casa (risos)” (Entrevistada 28, 60 a., mãe de usuário, 19 a., CAPS).

A experiência de cartografar as entrevistas foi muito interessante porque se mostrou uma via onde pude escrever sobre percepções e sensações singulares a mim pesquisadora acerca das entrevistas e, sobretudo com relação aos trechos com os quais dialoguei, ou através dos quais pude expressar aspectos do mapeamento que fez sentido na interação com a pesquisa. É preciso esclarecer que o exercício cartográfico com as entrevistas se deu durante e após a análise de conteúdo estar sendo efetivada com os dados produzidos pelas mesmas, logo, é possível identificar as pontes estendidas entre os significados aparentes a partir daquele procedimento e as nuances, enlevadas por mim e pelos entrevistados, num

território temático que suscitou, ao mesmo tempo, tantas falas com conteúdos tão próximos, tão semelhantes, tão organicamente semânticos quanto precisamente singulares.

## 7

### Considerações finais

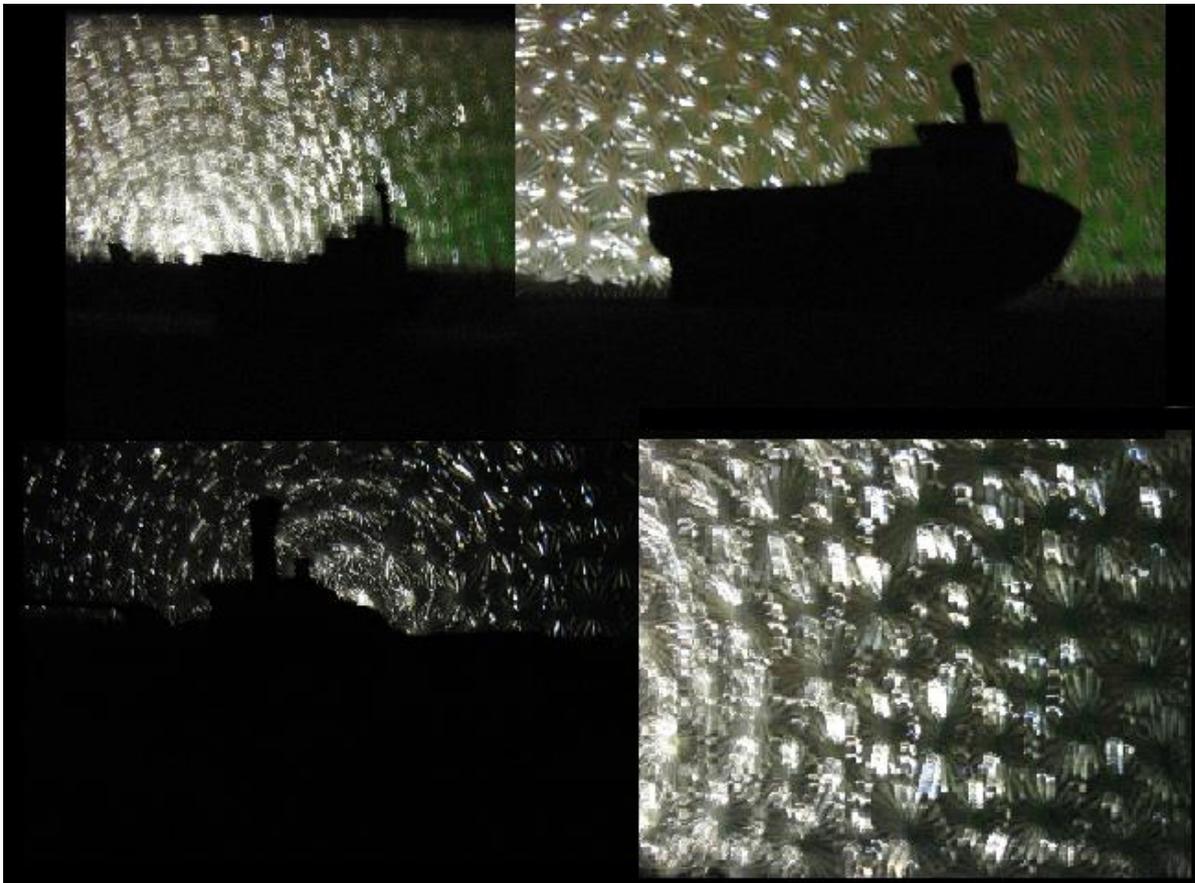


Figura 13 - “Navio como Dobra do Mar” (DELEUZE, 1988, p. 104) (Fotografia de vidraça e barco de brinquedo - Cristina Loureiro - janeiro de 2009).

Fonte: arquivo pessoal da autora.

A Figura 13 foi escolhida para ilustrar este momento por referir-se justamente à dobra, por mostrar de maneira tão simples uma forma de projetar a complexidade do processo de subjetivação, por fazer menção direta à maneira como a loucura, mas também para insinuar ou para indicar que os resultados criados, produzidos, sejam dobras do próprio processo da pesquisa, do objeto pesquisado e dos participantes do processo.

Ao buscar as ideias para concluir este texto, encontrei-me de novo com as escolhas sobre qual sequência engendrar. Lembrou-me do momento inaugural deste mesmo texto e as perguntas sobre trilhas e encadeamento de pensamentos. Seria novamente a busca de sentido e opções por visibilidades. Vamos supor que

esta tese seja um navio, que atravessou mares e que se redobra com os conteúdos alcançados, apreendidos, fluidos, sequenciais, rizomáticos. Neste sentido, não há conclusão, mas considerações finais. Não tenho intenção de finalizar o texto como um movimento de fechamento, mas de colocá-lo como possibilidade de conexão de conteúdos, de estratos, com outros estudos; como uma paragem, um porto; estação para outras passagens, como foram para mim, neste percurso, os textos que acessei.

Aliás, as metáforas foram dando-me as mãos para esta escrita enquanto os apontamentos finais organizavam-se de alguma forma para serem expressados, e com a observância da necessidade de ser breve, pois muitas "conclusões", parciais, relativas, suscetíveis aos questionamentos e subjetivas, mas representativas do processo desta pesquisa, já estão constantes no texto como um todo, e o próprio leitor já fez suas apreciações e conexões.

Uma outra metáfora, que se agregou a este momento do fechamento do texto, veio embalada pelo ritmo e pela ocasião do carnaval de 2017. Foi imediato pensar na tese e na sequência dos capítulos como uma escola de samba e suas alas, seus personagens e adereços. Meu enredo cantaria a loucura, o louco e a louca. Teríamos um carro alegórico em formato de navio como dobra, outro carro seria a Nau dos Insensatos. O navio como símbolo de viagem, como possibilidade de alcance de outros mares, outros horizontes, outras paisagens. Assim, a penúltima ala seria a da convivência. Os integrantes teriam fantasias de tolerância; não sem conflitos, não sem ajustes, mas imbuídos da condição da convivência, da necessidade da inclusão baseada na máxima da Igualdade citada no Artigo I da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). A tolerância vestida e defendida pelos atores da Luta Antimanicomial, garantida pela Lei 10.216/2001; e, sobretudo requerida pelas pessoas com transtornos mentais, pelos loucos, pelas loucas, por muitos de nós.

Para seguir com a linguagem metafórica, eu fecharia o desfile com um destaque alegórico final, que seria o carro do contraponto. Nele, ou seja, nestas considerações, vou abordar aquilo que apareceu como sobra, como franja, com uma coloração bem distinta no meio do material da pesquisa.

Para começar, vou apresentar uma narrativa que compreende uma demanda gerada por um usuário do Hospital-Dia do IPUB/UFRJ, conforme anunciado na introdução, além de citar trechos de uma telenovela para dialogarem com os

conteúdos desta tese. Depois, faço reflexões sobre traços históricos relacionados à loucura e à figura dos loucos para questionar possíveis pistas de ancoragens e objetivações, conversando com a discussão posta por um autor, que analisou pesquisas com objetos acerca deste tema e sujeitos, questionando uma falha de estruturas naquelas representações, dificultando as ancoragens.

Outros destaques vão para as questões que se articularam à temática dos "gêneros", do uso e abuso das drogas lícitas e ilícitas, mais a importância das "terapias", do Atendimento Psicossocial, e mais especificamente Psicoterápico, para usuários e familiares. As possíveis contribuições deste estudo ao Serviço Social e os princípios favorecedores ao processo de desinstitucionalização, à Reforma, estão no fechamento deste item, ressaltando, sobretudo, a importância da tolerância.

A situação demandante citada acima se deu da seguinte maneira: eu estava circulando no pátio do IPUB, numa manhã de exercício cartográfico para o acompanhamento desta pesquisa, atenta à presença de alguém que estivesse em posição de candidatura à entrevista e aproximou-se de mim um usuário do Hospital-Dia do IPUB, a quem conheço e a quem já assisti naquela instituição pedindo para me falar sobre alguns pensamentos. De vez em quando, este usuário, que chamarei de Mario, me procura para contar algo de sua vida que eleja para a ocasião. É um paciente com histórico de mais de três internações, sendo a primeira no IPUB em 1996. Na ocasião da ocorrência do que vou narrar, ele estava fazendo tratamento ambulatorial naquele hospital e tomando medicação desde o ano de 2000.

Mario gosta de contar sua história familiar, falar de sua relação com seu pai, com a madrasta, com a filha e com a mãe desta, sua ex-mulher; e, por último, depois da morte de seu pai há seis anos, a conturbada e bélica relação com sua irmã mais velha, responsável pelos assuntos financeiros e sua vida. Mario mora com sua filha atualmente, num apartamento deixado de herança pelo pai. Tem muitas críticas aos hospitais psiquiátricos, sente revolta com a forma com que já foi tratado por alguns profissionais/psiquiatras e pelas internações às quais fora submetido, e que, segundo ele, algumas vezes sem precisar. Naquela ocasião, aproximou-se e começou a queixar-se sobre sua irmã e suas atitudes manicomiais e as idolatrias aos psiquiatras e aos remédios.

Como este relato foi retirado do diário de campo, coloquei entre aspas as frases que cito como sendo falas de Mario, mas são minhas memórias sobre aquela conversa. As anotações foram feitas em meu diário, imediatamente após esta conversa, para que a lembrança estivesse bem presente. A urgência e a importância destes conteúdos são justificadas pela relação com o objeto trabalhado. Nas anotações do diário, usei as palavras que lembrava e as que escrevi na hora em que ele falava, registrando os pontos das ideias abordadas por ele naquele diálogo. Desta maneira, Mario está participando desta pesquisa, pois as ideias que expressou, naquele momento, fazem muitos sentidos com as que contornam e estão contidas no objeto trabalhado; surpresa e descoberta após obter os resultados produzidos pela análise de conteúdo dos relatos das entrevistas.

Com relação aos psiquiatras, e em sua fala revolta com resquícios de mágoas e ressentimentos, Mario disse mais ou menos que “eles adoram os remédios! Não querem saber o que temos a dizer”; ou então: “o negócio deles é entupir as pessoas de remédios e ter lucro com as consultas”. Essa crítica refere-se a um tipo de tratamento impessoal e que supervaloriza a medicação. Mario reclama da falta de atendimento psicológico porque precisa “falar e não só tomar remédios”; queixa-se da sensação de ser menos importante que o lucro que sua “loucura/doença” pode gerar. Mario usa essas palavras, ele fala em doença, fala em loucura, fala da loucura dele e de como se sente “doido”. A forma como ele se coloca em relação à sociedade e sua condição de louco justificam agregar este relato aqui, trata-se de um interlocutor diretamente implicado ao objeto, conforme já dito.

Mario fala com muita eloquência; é interessado em assuntos atuais, políticos e filosóficos; emenda um assunto no outro: dá notícias da madrasta e da irmã, e das sérias dificuldades destes relacionamentos, depois cita Nietzsche, articula com um programa de TV, conta da filha que teve nojo dele por ele ser “doido”, reclama da psiquiatria, fala da Reforma, lembra-se do pai, e vai falando por um certo tempo quase sem deixar espaço para a interlocução propriamente.

Ao falar de si, de como foi internado a primeira vez, Mario disse que era adolescente, tinha quase 17 anos e usava maconha. Falou da velocidade dos seus pensamentos e da falta de controle como traço comportamental naquela ocasião. As palavras e frases que anotei para demonstrar sua visão do que é ser doido dizem que: “o doido vive em seu mundo particular”, “o doido vive isolado, na sua

viagem mental”. E ainda disse que: “[...] às vezes o cara tá lá na maior viagem, porque tem viagens maravilhosas [...]”. Perguntei o que mais ele poderia dizer-me sobre a loucura. Ele disse que era “essa viagem”.

A loucura sob a ótica do louco. Será que isso seria até heresia? Como o louco pode saber da sua loucura? Se a loucura se pauta na razão e ele não a tem como parâmetro necessário? O pensamento de que o louco não tem razão foi evocado por 13 pessoas, e o argumento de que há um mundo em que o louco vive e é só seu foi expressado por nove pessoas. Mario referiu-se a estas duas categorias nas falas que reproduzi acima.

Quando se referiu à sua filha, atualmente com 20 anos, e à sua vinda de Santa Catarina, há menos de um mês, para morar com ele em seu apartamento, disse que algumas coisas o incomodavam, o que era superado pelo “amor incondicional” que tinha pela filha. Disse que faria tudo para que a convivência desse certo, até mesmo porque este arranjo foi feito para que ela pudesse vir trabalhar no Rio.

Mario estava se sentindo mal porque sua filha não compartilhava objetos ou utensílios domésticos, como: louças, talheres, o liquidificador, a cadeira. Ele titubeou para dizer “ela tem certo (pausa) nojo de mim”. Depois contou que, num outro dia, ele foi pegar em algo na cozinha e ela perguntou se ele havia lavado as mãos, “mas assim num tom de nojo”, completou ele. E ainda disse mais ou menos que: “eu entendo porque as pessoas não querem ficar perto de doidos”.

Em outro trecho do diálogo, ele disse com as palavras dele que: a maneira como as pessoas tratam com doidos é “fogo”, porque “não é só uma separação, é a exclusão mesmo!”. “Sempre há uma visão de que o doido é agressivo, que vai pegar, bater, matar [...]eu tenho uma vizinha que acha que vou pegar os filhos dela, se eu estou no corredor do prédio, ela puxa eles pra dentro de casa”. Essa representação do louco (eixo 1 da apresentação da análise de conteúdo) como agressivo, alterado, perigoso, associado ao risco de violência e morte foi citada por 23 pessoas. No eixo 5, relativo às representações associadas da comunidade, o medo do louco foi citado por 12 pessoas e a pressão para a internação do mesmo foi evocada por oito entrevistados.

Outra passagem muito interessante, narrada por Mario e que também diz respeito ao medo das pessoas em relação aos loucos, foi mostrada pela percepção dele em relação aos visitantes que passam naquele pátio do IPUB, que, segundo o

próprio, olham para eles, os usuários que ali circulam o dia todo, “com uma cara de curiosidade e medo”. Mario deu um exemplo que contava sua experiência: “eu vejo, quando entra gente aqui, que vem trazer alguém de táxi, como as pessoas olham pra gente (fez cara de impaciência) porque acham que porque somos doidos devemos estar aqui brigando e nos agredindo uns aos outros”.

Com relação ao medo, pensei neste aspecto abordado por Jodelet (2005), embora com cunho diferenciado, pois havia o medo instalado naquelas relações, inclusive como sustentáculo das mesmas, mas também o medo expresso na dificuldade de interlocução com a própria pesquisadora e para abordar o tema. O sentimento de medo funcionava como âncora naquelas representações porque ele fundamentava o preconceito, justificado por ocorrências diárias e/ou por histórias contadas.

A impaciência da comunidade para com o louco, tema tratado no eixo 5, foi citada por nove entrevistados. Mario contou um episódio, ocorrido na portaria de seu prédio, que se associa a esta representação. Ele disse que duas senhoras estavam conversando bem na passagem para a saída, e ele, para desviar das mesmas e alcançar a porta da rua, passou pelo canto e bateu com a perna num banco, fazendo certo barulho. As duas senhoras se assustaram e se dirigiram ao porteiro, sugerindo que o mesmo deveria chamar a ambulância. Mario disse que ouviu a movimentação e não se deteve no local, mas, ao retornar, sua irmã estava lá, foi chamada pelo porteiro. Ele avaliou que se fosse alguém sem o “rótulo de doido”, aquela “pancada sem querer no banco” não se desdobraria em pedido de ambulância psiquiátrica.

Outra conexão proveitosa ao objeto desta pesquisa diz respeito à questão da descontextualização percebida por Mario em relação aos espaços extramuros hospitalares. Ele comentou que se sentia excluído quando estava fora do espaço hospitalar porque tinha dificuldade para “conversar lá fora”. E disse coisas do tipo: “a gente fica sem ambiente, sem saber do que as pessoas conversam, porque aqui só tem conversa de doido, a gente só conversa com maluco, são as conversas daqui, então é assunto de doido. Tem uns aqui que dá pra conversar, mas outros não”. Goffman (2001) chama a atenção para o repartimento destes mundos intra e extrainstitucional, mas Mario, embora não esteja internado, refere-se a esta mesma segregação, pois passa muitas horas semanais naquela instituição, no Hospital-

Dia, e tem a mesma experiência e/ou sensação de cisão de mundos, aos moldes da que delimita os mundos individuais dos próprios loucos.

A maneira de ele expressar essa vivência, dicotômica entre a vida de dentro e de fora do hospício mesmo sem estar internado, ficou marcada durante aquele diálogo, e foi demarcada a partir da abordagem feita por uma usuária internada, diretamente a Mario. Ela puxou assunto com ele dizendo que estaria de alta naquela tarde. Ele disse a ela que estava conversando e que, além disso, não estaria interessado em sair com ela, se era por isso que ela estava dando aquela informação. Ela confirmou dizendo que gostaria de sair dali com ele, juntos, ao que ele respondeu, sem alterar o tom da voz, mas de maneira firme, dizendo algo do tipo: “isso não vai acontecer, ou é muito difícil acontecer”. Ela não reagiu, saiu de perto de nós e voltou depois de alguns minutos dizendo que achava ele um homem muito “inteligente”, que sabia “conversar sobre tudo, que ele era “o cara”. Ele riu, meio irritado e, ironizando, disse: “Ahh, sou bom aqui no hospício, grande coisa ser bom aqui, o negócio é ser bom lá fora”. Ela se afastou novamente sem mostrar reação, e eu me despedi de Mario logo depois e retomei os afazeres da pesquisa.

O relato acima dialoga com todas as narrativas já comentadas, desde os relatos das entrevistas até os conteúdos teóricos, faz conexão com as imagens impressas pelos traços característicos das representações sociais da loucura expressos pelos entrevistados e mostra sua importância desta forma. Além disso, traz a voz de um único usuário em meio a tantas outras, as das pessoas com relações de proximidade com os loucos, público-alvo e participante desta pesquisa, para expressar as representações que constituem o objeto da pesquisa.

No diário de campo, também há anotações relativas a uma telenovela, que também podem trazer contribuições interessantes ao entendimento das representações sociais da loucura e do louco veiculada por uma mídia com alcance muito potente. Ela foi rerepresentada pela Rede Globo, em 2015, na qual havia um personagem vivido por um rapaz jovem de família abastada, que tinha transtornos mentais. Assisti a alguns capítulos para observar as representações sociais que estavam dando moldes àquela estória, e quais as mensagens estariam ali veiculadas, por isso assistia ao episódio equipada para anotar coisas imediatamente após ouvi-las. A mãe do rapaz era a personagem que fez todas as tentativas de negação do transtorno, e não queria ter contato com o que estava

afligindo o filho. Dizia que ele era inteligente, normal etc., impedindo inclusive que o rapaz fosse levado ao psiquiatra pelo avô paterno. Numa das cenas a que tive oportunidade de assistir, essa mãe diz para o pai do rapaz algo como: “eu não quero que fale que ele é doente porque senão ele ouve e depois os outros vão ouvir também e repetir isso, aí ele vai se sentir um doente!”

Esta afirmativa se conectou à ideia divulgada por Goffman (1988) com relação ao estigma quando se refere à questão de que o estigmatizado tem a visão do estigma e age de acordo com padrões relacionados ao estigma, e eu completaria: conforme o afetamento produzido na relação com o estigma. A tentativa de esconder da sociedade o mal-estar pelo qual seu filho estava passando também se conecta com as ideias relacionadas à estigmatização, porque havia uma preocupação daquela mãe-personagem de poupar o filho, poupando-se, e à sua família ao mesmo tempo, do “vexame” de ter um filho louco.

Numa outra cena da telenovela, o psiquiatra que assiste o rapaz estava noivo e perguntou o que sua noiva achava de fazerem uma festa de casamento na clínica, por ser um lugar amplo, bucólico, com grande gramado e árvores. Ela respondeu que não, com veemência, e depois disse que “nem morta”, debochando do lugar. Ele argumentou que se fosse com o pessoal do trabalho dela ela não faria isso. Ela disse algo assim: “mas aqui não tem doido e meu trabalho não é no hospício”.

Objetivando a sequência de reflexões, proponho pensarmos em possíveis ancoragens para a loucura, baseadas nas experiências históricas, e assim nas próprias representações sociais já expressadas até o momento. Há chances de resgatarmos lugares próximos aos idealmente ocupados pelos loucos na Grécia e a loucura associada aos deuses como dádiva ou castigo? O que ainda há dessa classificação da loucura em nossos dias? Explicações de cunho espiritualistas? E a Arte pictórica, literária, dramática, visuais e/ou auditivas, dos séculos XV, XVI e XVII, analisadas por Foucault (2010), como expressões cujos conteúdos explicitam ideias sobre a loucura e os loucos de maneira tão clara? É possível que ainda reinem em nosso imaginário?

E quanto à razão? Sua cisão, seu arraso, seu descaso e a sua supremacia ao discernimento humano como certeza e mote do século iluminista? A reclusão em massa, na Europa e no Brasil, pode influenciar as ideias de exclusão do louco do meio social como algo natural? Que deve necessariamente acontecer? E atrelar a loucura aos determinismos genéticos, biológicos e/ou às questões subjetivas e

relacionadas aos processos de subjetivações faz parte dos entendimentos atuais, científicos, reificados? E estes saberes dão conta de ancorar representações sobre a loucura? Uma ciência tão recente?

O estado de agitação e de agressividade comumente experimentado pelos loucos parece se articular de maneira muito íntima com uma imagem que pode possibilitar uma ancoragem, de que a loucura é uma doença carente de um lugar calmo para ser tratada. Isso explicaria o cenário da tal clínica, mostrada na telenovela, localizada em local bucólico, aos moldes dos espaços que abrigavam os loucos no início do século XIX. Esta imagem do local arborizado, convidativo à vida calma, como fator favorável à cura ou tratamento da loucura, tem articulações com ideias de exclusão, de apartamento da vida como um todo, do convívio social. Mario referiu-se a esta separação de mundos.

Pensando nas objetivações para a loucura, lembrei-me de um gesto que nenhum entrevistado fez, ou pelo menos eu não registrei, mas que é muito comum para significar a loucura. Este gesto é feito com o dedo indicador em movimento rotatório feito próximo à cabeça, na altura do ouvido. Será que este gestual pode ser associado a uma objetivação relacionada à loucura e ao louco?

Numa perspectiva de seguir colocando questões controversas ou que destoam do conjunto já apresentado, perspectiva deste item, trago a discussão posta por Wachelke (2005), que questiona as representações sociais da loucura e suas peculiaridades. O autor fez uma varredura nas pesquisas cujo objeto abordava o tema citado e observou uma característica recorrente: "a alteridade, ou seja, a loucura é um objeto cercado de insegurança e ambigüidade, representado como algo distante de quem o representa" (Wachelke, 2005, n/p).

O autor aponta para uma possível "falha estrutural da representação da loucura", explicitando uma hipótese que justificaria o conflito causador da cisão, cuja raiz está relacionada às diferenças entre "sistemas de representações científicas e culturais, o que originaria um problema de cobertura da loucura enquanto objeto, ao que é dado o nome de vácuo representacional" (Wachelke, 2005, n/p).

Wachelke (2005) coloca que a ideia do louco, enquanto semelhante, é ameaçadora. Neste sentido, diz ele, exclui-se o louco da roda para que ele ocupe um lugar de diferença em relação ao grupo que o representa. Citando autores por ele pesquisados, ressalta a ideia da "natureza estrutural da não-familiaridade da

loucura", justificada por possível confusão associada aos seus significados. Isto se dá a partir da emergência do conhecimento da ciência e seu pensamento socialmente valorizado e reificado, o que o coloca hierarquicamente num nível mais elevado do que o saber popular e as tradições (Wachelke, 2005).

Outro ponto importante se assenta no fato de que as ciências avançaram notavelmente no campo da investigação e no tratamento da loucura, mas ainda não a controla, ainda não a domina com segurança. Uma multiplicidade de explicações e significados gera dificuldades no processo de ancoragem, segundo mostraram as pesquisas de Wachelke (2005), isto favorece a instabilidade da representação, dificulta a categorização da loucura e traz, nesses entendimentos e nas suas expressões, os aspectos contraditórios, tornando-a um objeto diferenciado.

Seguindo o sentido da exposição daquilo que se diferenciou ou se destacou, me parece oportuno fazer uma observação sobre um tema que costuma atravessar-se em muitos outros quando se trata da nossa sociedade brasileira, e diz respeito à questão dos gêneros. Esse tema seria mote para outro carro alegórico, com loucos e loucas sobre ele. Na introdução da tese, optei por fazer menção aos participantes da pesquisa sempre no masculino a fim de otimizar a escrita, e assim segui escrevendo. Mesmo tendo as mulheres como a maioria de entrevistadas, 25 para quatro homens, não encontrei melhor maneira de dizer, na nossa língua, porque se eu me referisse a “elas” sempre, ou colocasse “as entrevistadas”, os leitores poderiam pensar que só havia mulheres participando da pesquisa. Para evitar esta confusão e não ter de pormenorizar a toda hora o percentual de mulheres e de homens, haja vista que já se sabe que a maioria de entrevistados foi de mulheres, apresento este texto com esta contradição embutida, mas explicitada.

No trabalho de Jodelet (2005), as mulheres eram a maioria entre “os hospedeiros”. A autora chamou a atenção para que elas, mesmo casadas, eram as responsáveis pelos hóspedes perante o hospital local. Uma das entrevistadas desta pesquisa que realizei trouxe a questão de gênero, com traço discriminatório, quando me disse que preferia a figura masculina para ser médico de seu filho, justificando a opção pela (suposta) superioridade da firmeza masculina, conforme demonstrei com o relato da mesma.

Nesta pesquisa, configuraram-se três situações em que os três homens estavam envolvidos nos contextos dos cuidados, do apoio e da solidariedade, e não as mulheres, figuras certas no referencial cultural relacionado aos cuidados.

Numa das situações, um homem está envolvido na relação de proximidade por solidariedade, conforme exposto no capítulo 6, o que deve ser destacado devido ao fato de que a solidariedade é um atributo usualmente atribuído às mulheres, ou à face feminina da alma humana. Numa outra situação, está um filho que cuidava do pai, enquanto as duas mulheres mais próximas de ambos, sua mãe e sua irmã (filha do mesmo pai e da mesma mãe) pareciam não tomar conhecimento da situação do usuário e/ou viverem de maneira muito distante daquela realidade, daquela convivência, daquela relação familiar entre pai (louco) e filho (cuidador). E o mesmo aconteceu com Mario quando contou que sua filha tinha nojo dele, e que separava os utensílios e os mobiliários para que o uso não fosse compartilhado com ele.

Esta discussão questiona o porquê dos cuidados estarem sempre associados às mulheres. Talvez haja representações neste sentido que também precisam ser desconstruídas, porque existem homens que cuidam. A narrativa do filho "que corre com seu pai de mãos dadas" põe em cheque esta imagem de masculinidade. Para esta questão que foi posta, pergunto: temos aí colocada outra questão de gênero, atravessada na temática da loucura, dos cuidados, dos papéis sociais? Sim. Esta temática é cara à nossa cultura e contexto, e a todo momento tende a colocar-se como fator determinante, mas é seara controversa, densa e profunda, para a qual não me estenderei.

A dissonância relacionada ao uso/abuso das drogas lícitas, como a medicação, e as ilícitas também está posta como controversa e guarda questões não esclarecidas sobre a relação entre essas drogas. Drogas socialmente aceitas ou aceitáveis, e as drogas legalizadas, desejadas e consumidas; ou seja, a questão das drogas também guarda um paradoxo, pois ao mesmo tempo em que são demonizadas são evocadas. Embora seus usos sejam distintos quanto aos objetivos meios e metas finais e à própria legalidade, a questão drogas lícitas X drogas ilícitas também fez um contraponto importante no corpo deste texto.

Articulada à questão posta acima, que se relaciona diretamente ao tratamento, às instituições, ao meio e, portanto, às convivências, estão as narrativas que aclamaram pela importância das chamadas "terapias". O

atendimento psicoterápico foi destacado pelos entrevistados como importante e complementar à medicação. Parece que representações sociais sobre as "terapias", onde as "pessoas falam", "conversam", sendo "isso um meio calmante", conforme disseram os entrevistados, compuseram estas ideias e estes discursos, mas este também não é um tema para ser discutido aqui.

De qualquer maneira, é importante ressaltar que se as "terapias" apareceram como vias de tratamento mental, talvez signifique que elas estejam se constituindo num novo horizonte além da medicação como o único suporte para o controle da loucura e viabilização da convivência com o louco.

O controle da loucura deve ter contribuído para um remanejamento das possibilidades da localização dos corpos dos loucos, indicando seu lugar social, por isso a importância das terapias. Uma expressão que considero alvissareira, diante do universo restrito alcançado pelas entrevistas, é que, dentre as seis pessoas usuárias do CAPS, quatro estavam recebendo pelo menos um atendimento psicoterápico e/ou uma participação em oficina terapêutica semanal, ou com outra periodicidade. Esta realidade se diferencia radicalmente das falas dos entrevistados no território hospitalar, onde o tratamento estava se dando apenas com a medicação.

Ainda associada à questão da evocação da droga lícita pela família, está a sua necessidade em acessá-la para que a convivência com o louco seja favorecida. O leitor deve lembrar-se de que resultados exaltando o uso da medicação apareceram nas outras pesquisas brasileiras, o que reforça a importância do tema.

A família é um tema, é um grupo, que vou utilizar como ponte para a seara do Serviço Social. A esta altura, me ocorre colocar o que andei pensando sobre as contribuições desta tese à práxis profissional. Questões que envolvem famílias e familiares, mas também o uso e o abuso de drogas estão engendradas nesta práxis, ou seja, são matérias que se constituem em demandas diárias para o Serviço Social, do IPUB/UFRJ e do CAPS, por exemplo.

Embora o Serviço Social e a atuação profissional de assistentes sociais não estejam relacionados ao objeto trabalhado, é preciso explicitar que esta profissão e esta práxis me foram fundamentais neste percurso acadêmico, e isso se deve à minha proximidade com o campo, com o tema da desinstitucionalização, conforme já posto, sobretudo pelo contato permanente com as pessoas,

demandantes da minha atuação profissional na instituição que foi um dos campos desta pesquisa e da pesquisa de mestrado.

As questões sociais e suas profundas implicações na práxis do assistente social também se explicitaram com suas nuances e atravessamentos, discussão que não será colocada neste momento. Elas se engendraram a tantas outras que encontramos no campo de pesquisa, junto aos seus participantes e nas suas narrativas. Neste sentido, deve haver outras pontes de conexão para o favorecimento do entendimento e para a intervenção consonante às prerrogativas do Projeto Ético Político do Serviço Social.

Então, qual seria a importância deste estudo para os assistentes sociais? Penso que o interesse pode estar em qualquer aspecto que se articule à práxis, como o entendimento do funcionamento institucional a partir da existência dos campos de forças e fluxos (Deleuze, 1988), considerando a inserção maciça de assistentes sociais acontecer nas instituições, públicas e privadas; ou ainda esta ideia, em contrapartida com as outras concepções que analisam as formações e os funcionamentos institucionais.

Além disso, este pode ser um meio para acessar estratos relacionados à temática da loucura e do lugar social do louco, o que se conecta ao usufruto de direitos cidadãos das pessoas com transtornos mentais, como o é, por exemplo, o direito em habitar as cidades, previsto pela Lei 10.216/01, pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e, portanto, pelo processo de desinstitucionalização.

Penso, ainda, que, se houver importância, esta será dada pelas próprias articulações, movidas a partir dos interesses, pelas curiosidades, pelas aproximações, ou por necessidade. Por este motivo, disponibilizo estes achados sobre a loucura e o louco, entendendo, sobretudo, que nem a loucura, nem o louco, nem a família, nem as questões relacionadas aos gêneros e nem os outros temas pertinentes às discussões acadêmicas/científicas são terrenos próprios de alguma teoria específica ou disciplina ou profissão, pois podem ser estudados, explicados e movidos a partir de diversos ângulos paradigmáticos.

Para começar com a finalização deste texto, reforço a importância das avaliações e das indicações que fizeram os autores e os atores da Reforma, da Luta Antimanicomial, aqui citados, para o sucesso destas, e o fortalecimento do processo de desinstitucionalização. Então, desinstitucionalizar também é mover o

pensamento para, quando a loucura e/ou o louco estiverem em voga, em debate, na roda de convivência e/ou de conversas, atentarmos para o aspecto da inclusão.

Nós já convivemos com loucos cotidianamente. Se o respeito e a tolerância forem ganhando espaço sobre o preconceito e a discriminação, há grande chance de que consigamos nos adiantarmos na direção da integração da anormalidade na normalidade, e vice-versa, pela internalização da origem comum e inseparável destas polaridades, para rearranjar aquilo que tenta dar ordem, que se propõe a delimitar territórios, e expandi-los, para que ninguém fique de fora, ou pelo menos se tenha esta perspectiva.

Este pensamento fez lembrar-me do poema Loucos e Santos, de Oscar Wilde, que reconheci lendo a tese do Thiago Melicio (2014), cujo fragmento final diz assim: “Tenho amigos para saber quem eu sou. Pois os vendo loucos e santos, bobos e sérios, crianças e velhos, nunca me esquecerei de que normalidade é uma ilusão imbecil e estéril”. Na tese da Neli de Almeida (2012), também me deparei com a imagem dos mosaicos para expressar o percurso e os resultados de sua pesquisa. Denominei estes atravessamentos de “outros encontros”. Eles se encontraram com o objeto que eu estava trabalhando e trouxeram ideias à sua maneira, contornando seus próprios objetos, mas causando afetamentos, despertando o desejo de efetivar a conexão com este texto.

Penso, porém, que o mais importante seja reforçar a necessidade de mais esforços, que precisam partir de todos nós, trabalhadores na área da Saúde Mental, enquanto profissionais, mas sobretudo como cidadãos, que reconhecem nos loucos outros cidadãos. São empenhos diários, dentro e fora do ambiente de trabalho, com o mote e o discurso prezando pela tolerância, pelo respeito, pela baixa da guarda do preconceito.

E são necessários reforços para a garantia do cumprimento daquilo que consta nas leis, com observância às Políticas Públicas, pois estamos em momento de retrocessos em vários níveis e instâncias, políticas, governamentais, em meio à grave crise moral e ética nas relações que envolvem instâncias societárias onde se inclui o Estado, neste contexto em que a precariedade de investimentos na área é alarmante. Poderia haver incremento nos dispositivos de Atenção Psicossocial, com aumento do número de profissionais, com mais recursos para viabilizarem acessos aos outros bens culturais existentes nas cidades, por exemplo,

investimento para favorecer o acesso ao mercado trabalho pelos usuários e suas especificidades.

Considerando a visibilidade sobre os caminhos percorridos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, podemos nos perguntar: por onde ainda não andamos? O que ainda não fizemos? Quais ações ainda serão necessárias para que os rumos da Reforma possam se direcionar para as mudanças nestas representações sociais, visto que alguns traços ou características destas parecem intactas há séculos?

Os pesquisadores brasileiros que estiveram numa escola de ensino fundamental em Florianópolis e constataram as representações sobre os loucos com cunho negativo, sugeriram reciclagem para os professores e inclusão destas discussões na grade curricular das crianças de menos idade, a fim de desconstruir esta imagem do louco agressivo, perigoso e que mata. É preciso dar maior visibilidade à inclusão social, maior apoio às famílias, atendimento psicossocial e suporte real às mesmas, conforme solicitado pelos entrevistados.

Foi muito animador, porém, encontrar a grande maioria das pessoas entrevistadas apontando o lugar de moradia das pessoas com transtornos mentais em casa com a família, e o hospital psiquiátrico para os momentos de crise. Esta representação trouxe a boa surpresa, surpreendeu-me devido à sua quantificação, sobretudo pelo afetamento ao qual fui exposta. Um afetamento possibilitado pela minha percepção sobre as demonstrações de afeto, nos olhares e gestos daquelas pessoas, mas também nas maneiras de fazerem as colocações e de se disponibilizarem para com aquele outro: o usuário.

Foram os afetamentos que não apareceram nas tabelas nem nos gráficos, mas foram proeminentes para mim. Penso ser este um valor fundamental das cartografias, o de contar com a subjetividade do pesquisador e sua interferência em todo o processo sem que o valor científico seja questionado.

Outro afetamento importante para mim se deu na constituição da trama vocabular e semântica, conjugada pelos relatos dos entrevistados, deu liga ao enredo do começo ao fim. O leitor pôde observar como as palavras foram utilizadas, por aqueles, para dar sentido às respostas provocadas pelo roteiro. Elas se espalharam icônicas, *linkando* as respostas, interligando-as. As palavras se repetiram ao longo dos discursos produzidos pelos que se propuseram a dar as entrevistas. Aquelas pessoas compuseram diferentes frases, assim como utilizaram

determinadas palavras e seu potencial semântico, com ideias articuladas diretamente ao meu objeto de estudo.

Este processo de pesquisa, intervenção e aprendizado, proporcionou um percurso de vivências muito interessantes, como as dos momentos das descobertas das literaturas afins com o objeto e/ou com a abordagem com a qual eu estava trabalhando, ou nos afetamentos produzidos pelas novidades trazidas pelos materiais intelectuais. Além disso, houve experiências variadas e contínuas de encontros de ideias com um sem fim de possibilidades de articulações. Como espirais diversas, com possibilidades de expansão para qualquer direção, podendo fazer conexão com qualquer outro tema, sendo suscetível aos afetamentos e causando-os simultaneamente, como acontece com a ideia rizomática de conhecimento, declarada nas Cartografias de Deleuze e Guattari.

Como resultado destas experiências, e junto a toda riqueza exploratória, cheia de possibilidades e de produção de conhecimento, emergiu a sensação da incompletude plena e possível relacionada a esta escrita. Que delata as opções, os recortes, os decalques e as conexões que foram fazendo sentido, assim como as memórias, as imagens e as paisagens dos caminhos percorridos até o momento.

Esta tese objetiva, por fim, contribuir com outras reflexões, acadêmicas ou não, para afetar favoravelmente à nossa sociedade no sentido de incentivar a inclusão e a convivência com os loucos, com as loucas e com todas as pessoas, aliás, porque é preciso que haja tolerância entre nós. Acredito que a oportunização desse convívio mais amplo pode ser cada vez mais plena se os esforços para tanto também forem contínuos.

Vou terminar referenciando uma frase que pode parecer estar fora de lugar, por tanger conteúdos não habitualmente articulados à loucura, e agora ocupar as linhas finais desta escrita. A frase foi sacada pelo dramaturgo romano Platus, e reconhecida no século XVII pela sua inclusão na obra *Leviatã*, de Thomas Hobbes, e cantada na Música Popular Brasileira por Caetano Veloso, em sua composição, de 1984, intitulada *Língua*. Sem entrar nos méritos dos diversos significados relacionados aos referidos contextos, inclusive os que se articulam os poderes e as ações estatais, mas atualizando-a, para reforçar somente o sentido e a força que ela tem para evidenciar a dimensão relacionada à autoria humana e sua implicação nas condições da vida coletiva. E, neste sentido, ressaltar as

possibilidades das inclusões, aceitabilidades e tolerâncias para com os demais, as alteridades, os outros como nós.

A frase diz assim: *O homem é o lobo do homem*. Na Roma Antiga, no Século das Luzes, na Modernidade, nos dias atuais. E a loucura? Na Grécia, na Idade Média, e no nosso cotidiano. Em que lugares os loucos habitam?

## Referências bibliográficas

ABRIC, J.-C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 27-38.

AMADOR, F.; FONSECA, T. M. G. Da intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa – considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, p. 30-37, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v61n1/v61n1a04.pdf>>. Acesso em: maio 2014.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

\_\_\_\_\_. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 163-186.

\_\_\_\_\_. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

\_\_\_\_\_. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 73-84.

ARAGÃO, C. O. M. **Janelas na representação**: cartografias dos sentidos de Brasil. Rio de Janeiro, 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://objdig.ufrj.br/30/teses/CristalOliveiraMonizdeAragao.pdf>>. Acesso em: mar. 2017.

ARAGÃO, C. O. M.; ARRUDA, A. Cartografias do Brasil: convites para pensar as nuances da representação. In: ARRUDA, A.; SOUSA, C. P. (Orgs.). **Imaginário e representação social de universitários sobre o Brasil e a escola brasileira**: um estudo construído com múltiplas possibilidades. São Paulo: Annablume: Fundação Carlos Chagas, 2013. p. 83-118.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 117, p. 127-147, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-1574200200030007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-1574200200030007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Mudança e representação social. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 241-247, 2000. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2000000300003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2000000300003)>. Acesso em: set. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, R. P.; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R. **A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2003/1/TD\\_0800.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2003/1/TD_0800.pdf)>. Acesso em: jan. 2017.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BEZERRA JUNIOR, B. Os Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>>. Acesso em: set. 2014.

BIRMAN, J.; COSTA, J. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 41-71.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: jan. 2016.

CETOLIN, S. K. **Representações sociais da loucura: um estudo com profissionais do hospital de custódia e tratamento da Bahia - HCT/BA**. Salvador, 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia. Disponível em: <[https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/simone\\_cetolin.pdf](https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/simone_cetolin.pdf)>. Acesso em: fev. 2016.

CHAMON, E. M. Q. O. Representação social da pesquisa e da atividade científica: um estudo com doutorandos. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 12, n. 1, p. 37-46, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n1/a05v12n1.pdf>>. Acesso em: fev. 2017.

CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL, 5., 2016, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: UNIP, 2016. Disponível em: <<http://www.congresso2016.abrasme.org.br/>>. Acesso em: jun. 2016.

CRUZ, A. C. D. **Quantas cabeças tem exu?** Representações sociais sobre o povo de rua em terreiros de umbanda do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://objdig.ufrj.br/30/teses/807958.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

CRUZ, M. C. L. **Serviços Residenciais Terapêuticos do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro IPUB/UFRJ e o Serviço Social:** a busca pela desinstitucionalização e autonomia dos usuários. Rio de Janeiro, 2012. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

DELEUZE, G. **Foucault.** São Paulo: Brasiliense, 1988.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs:** Capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 2011.

DELGADO, P. G. **As razões da tutela:** psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1992.

\_\_\_\_\_. Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. XII, n. 22, p. 19-33, 2006.

DELGADO, P. G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs.). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-83.

DELGADO, P. G.; DELGADO, P. **Lei 10.216/2001:** 15 anos completos de sua vigência. Roda de conversa realizada no Instituto Philippe Pinel, Rio de Janeiro, em jun. 2016.

FACCHINETTI C. Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental. **Revista latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v.11, n.3, p. 502-505, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142008000300014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142008000300014&script=sci_arttext)>. Acesso em: out. 2014.

FAGNANI, E. Como conquistar o desenvolvimento social. **Le Monde Diplomatique Brasil**, São Paulo, n. 43, 2011. Não paginado. Disponível em: <<http://diplomatique.org.br/como-conquistar-o-desenvolvimento-social/>>. Acesso em: jan. 2017.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas.** Rio de Janeiro: Nau, 2013.

\_\_\_\_\_. **Os anormais.** São Paulo: Martins Fontes, 2012.

\_\_\_\_\_. **História da loucura.** São Paulo: Perspectiva, 2010.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso.** São Paulo: Loyola, 2009.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 2000.

\_\_\_\_\_. **O que é a filosofia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade**: uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FUZETTI M. F.; CAPOCCI P. O. As diferentes concepções da desinstitucionalização no Brasil. **Rev. Enferm. UNISA**, Santo Amaro, n. 4, p.37-39, 2003. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-08.pdf>>. Acesso em: set. 2014.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

\_\_\_\_\_. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 1988.

GOMES, V. O. **O desafio da desinstitucionalização no contexto de políticas neoliberais**: um estudo sobre a implantação de serviços residenciais públicos em saúde mental. Rio de Janeiro, 2004. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. Introdução. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 17-24.

HEIDRICH, A. V. **Reforma psiquiátrica à brasileira**: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. Porto Alegre, 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Disponível em: <[http://tede.pucrs.br/tde\\_arquivos/21/TDE-2008-03-10T075453Z-1049/Publico/398635.pdf](http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/21/TDE-2008-03-10T075453Z-1049/Publico/398635.pdf)>. Acesso em: jan. 2017.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1>>. Acesso em: set. 2014.

JODELET, D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v24n3/04.pdf>>. Acesso em: fev. 2017.

\_\_\_\_\_. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

JORGE, M. A. S. **Engenho dentro de casa**: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. Rio de Janeiro, 1997. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://portalteses.iciet.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1997/jorgemasm/capa.pdf>>. Acesso em: set. 2014.

JORNAL FUTURA. **Papel das residências terapêuticas no tratamento psiquiátrico**. Direção de Dudu Mafra. Produção de Márcio Rezende e Pedro Henrique. Rio de Janeiro: Canal Futura, 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=k-xKz2Z9h08>>. Acesso em: maio 2016.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 63-85.

\_\_\_\_\_. Apresentação. In: JODELET, Denise. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 7-9.

\_\_\_\_\_. Psicologia social, saber, comunidade e cultura. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v.16, n. 2, p. 20-31, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v16n2/a04v16n2.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. **Fractal Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 263-280, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n2/04.pdf>>. Acesso em: jan. 2017.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 15-22, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a03v19n1.pdf>>. Acesso em: maio 2014.

LOUGON, M. **Psiquiatria institucional**: do hospício à reforma psiquiátrica. Editora Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. **O Movimento antimanicomial no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n 2, p. 339-407, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a16v12n2.pdf>>. Acesso em: jan. 2017.

MACIEL, S. C. **Exclusão/inclusão do doente mental/louco**: representações e práticas no contexto da reforma psiquiátrica. João Pessoa, 2007. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba. Disponível em: <[http://tede.biblioteca.ufpb.br/handle/tede/7014?locale=pt\\_BR](http://tede.biblioteca.ufpb.br/handle/tede/7014?locale=pt_BR)>. Acesso em: set. 2014.

MACIEL, S. C. et al. Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 193-204, 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2011000100015&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2011000100015&script=sci_arttext)>. Acesso em: ago. 2014.

MACIEL, S. C. et al. Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social: um estudo com familiares de doentes mentais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 436-447, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n3/v29n3a02.pdf>>. Acesso em: set. 2014.

MACIEL, S. C. et al. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **Psico-USF**, v. 13, n. 1, p. 115-124, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a14.pdf>>. Acesso em: ago. 2014.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MARTINS, A. M.; CARVALHO, C. A. S.; ANTUNES-ROCHA, M. I. Pesquisa em representações sociais no Brasil: cartografia dos grupos registrados no CNPq. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 16, n. 1, p.104-114, 2014. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/5402/4715>>. Acesso em: mar. 2017.

MELICIO, T. B. L. **São demais os perigos dessas vidas?** Diversidades possíveis no encontro com a diferença como problematização da segurança pública cidadã. Rio de Janeiro, 2014. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://objdig.ufrj.br/30/teses/814149.pdf>>. Acesso em: mar. 2017.

MORAES, M. C.; OLTRAMARI, L. C. Loucura, hospital, comunidade: um estudo sobre as representações sociais. Fórum catarinense sobre formação em Psicologia. **PerCursos**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 1-17, 2005. Disponível em: <<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/percursos/article/view/1446>>. Acesso em: jan. 2017.

MOSCOVICI, S. Prefácio. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 07-24.

\_\_\_\_\_. **Representações Sociais**: Investigações em Psicologia Social. Petrópolis: Vozes, 2009.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 11-31.

\_\_\_\_\_. Das Representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (Org.). **As Representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p. 45-66.

MOSTAZO, R. R.; KIRSCHBAUM, D. I. R. Usuários de um centro de atenção psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca do tratamento psiquiátrico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 26-39, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000600013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600013)>. Acesso em: set. 2014.

NICACIO, E. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 612-613, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000300023&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300023&lang=pt)>. Acesso em: ago. 2014.

PACHECO, J. G. **Representações sociais da loucura e práticas sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização**. Brasília, 2011. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10194/1/2011\\_JulianaGarciaPacheco.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10194/1/2011_JulianaGarciaPacheco.pdf)>. Acesso em: jan. 2017.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PAREDES, E. C. Loucuras e representações sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 22, n. 12, p. 2725-2727, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006001200024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006001200024&script=sci_arttext)>. Acesso em: ago. 2014.

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 85-102, 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a07.pdf>>. Acesso em: maio 2014.

PELBART, P. P. **Da clausura do fora ao fora da clausura: Loucura e desrazão**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PERES, G. M. et al. Representações Sociais do Louco/Loucura para Estudantes de Nível Fundamental. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.3, n.2, p. 96-103, 2012. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1487/177>>. Acesso em: mar. 2015.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>>. Acesso em: jan. 2017.

QUIROGA, A. M. Assistência e Poder: revendo uma articulação histórica. **Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 14-28, 2008. Disponível em: <[https://docs.google.com/file/d/0B0--tS\\_Kbeq-UHRFY0UtMm5lc0U/edit](https://docs.google.com/file/d/0B0--tS_Kbeq-UHRFY0UtMm5lc0U/edit)>. Acesso em: jan. 2017.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Orgs.). **Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1990. p. 15-73.

RIZZINI, I; LEITE, A. D. S. L.; MENEZES, C. D. **Cuidado familiar e saúde mental: a atenção das famílias a seus filhos na infância e na adolescência**. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio; São Paulo: Editora Reflexão, 2013.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**: Transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina: UFRGS, 1989.

ROMAGNOLI, R. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 166-173, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a03.pdf>>. Acesso em: maio 2014.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p.17-59.

SÁ, C. P.; ARRUDA, A. Estudo das representações sociais no Brasil. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, n. 3, p. 11-31, 2000. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/24121>>. Acesso em: set. 2014.

\_\_\_\_\_. Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 19-33, 1996. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v4n3/v4n3a02.pdf>>. Acesso em: set. 2015.

\_\_\_\_\_. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 19-57.

SANTOS, N. A. G. **Do hospício à comunidade**: políticas públicas de saúde mental. Florianópolis, 1992. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) - Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/111916>>. Acesso em: abr. 2016.

SPINK, M. J. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v9n3/17.pdf>>. Acesso em: set. 2014.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens psicossociais, volume II**: Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008.

VASCONCELOS, E. M.; Rodrigues, J. Organização de usuários e familiares em saúde mental no Brasil. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 141-162.

VENANCIO, A. T. A. Colônia Juliano Moreira na década de 1940: política assistencial, exclusão e vida social. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 3., 2008, Niterói. **Anais...** Niterói: [s.n.], 2008. p. 1-13. Disponível em: <[http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/iii\\_congresso/mesas\\_redondas/a\\_colonia\\_juliano\\_moreira\\_na\\_decada\\_de\\_1940.pdf](http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/iii_congresso/mesas_redondas/a_colonia_juliano_moreira_na_decada_de_1940.pdf)>. Acesso em: set. 2014.

VENTURINI, E. **Linha Curva**: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016.

WACHELKE, J. F. R. O vácuo no contexto das representações sociais: uma hipótese explicativa para a representação social da loucura. **Estud. psicol. (Natal)** vol.10 no.2 Natal May/Aug. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2005000200019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000200019)>. Acesso em: abr. 2017.

WADI, Y. M. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. **Tempo e Argumento**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 68-98, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/710>>. Acesso em: fev. 2016.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro, 2006. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde) - Escola nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

## **9**

### **Apêndices**

#### **9.1.**

##### **Apêndice 1 – Roteiro de entrevista**

**Pesquisa: “A proximidade com a loucura e com o louco: as representações sociais das pessoas da rede de relações dos indivíduos com transtornos mentais**

**Local da entrevista:**

Enf. Masc.  Enf. Fem.  Ambulat.  CAPS

**Número da entrevista:**

**Data da entrevista:** \_\_/\_\_/2016

#### **ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA**

##### **DADOS DO/A USUÁRIO/A DO SERVIÇO**

01) Idade:

02) Sexo:  Fem  Masc

03) Estado Civil:  solteiro  casado/a / relação estável  outros:

##### **RELAÇÃO DE PROXIMIDADE COM O/A PESSOA USUÁRIO/A DO SERVIÇO**

04) Qual a sua relação com esta pessoa?  parente  amigo  outros:

05) Você  mora e convive com este pessoa  tem convivência

06) Há quanto tempo?

07) Função:

08) Fale da sua relação de proximidade. Que tipo de convivência você tem?

Frequência / tipo de contato.

##### **A PERCEPÇÃO DA LOUCURA E O DIAGNÓSTICO**

09) Como você chama a causa que levou esta pessoa a fazer tratamento psiquiátrico? Falar sobre

10) Esta pessoa recebeu um diagnóstico?  sim  não

- 11) Se sim, qual?
- 12) Que idade ela tinha quando recebeu esse diagnóstico?
- 13) Para você, o que há no comportamento desta pessoa que mostra a necessidade de tratamento psiquiátrico?

### **AUTONOMIA**

- 14) Esta pessoa precisa estar sempre acompanhada para as suas atividades diárias fora de casa?  
( ) sim ( ) não
- 15) Comente:
- 16) Esta pessoa precisa estar sempre acompanhada para as suas atividades diárias em casa?  
( ) sim ( ) não
- 17) Comente:

### **EXPERIÊNCIAS NA PROXIMIDADE COM A LOUCURA**

- 18) O que te chama a atenção no comportamento desta pessoa com as outras pessoas em geral?
- 19) Para você, como é viver em proximidade / lidar com esta pessoa?
- 20) Aspectos positivos / facilitadores
- 21) Aspectos difíceis
- 22) Você lembra de alguma situação, relacionada a esta pessoa e ao fato dela ter um transtorno mental, que queira contar?
- 23) Se sim, descrever e/ou comentar

### **TRATAMENTO E INTERNAÇÃO**

- 24) Esta pessoa já esteve internada? ( ) sim ( ) não
- 25) Se sim, quantas vezes esteve internada?  
( ) 1 vez ( ) 2 vezes ( ) 3 vezes ( ) mais de 3 vezes
- 26) Onde:
- 27) Esta pessoa faz tratamento continuado com psiquiatra? ( ) sim ( ) não
- 28) Onde?
- 29) Qual o tipo de tratamento esta pessoa recebe?
- 30) Qual o tipo de tratamento você acha mais adequado para esta pessoa?

- 31) Qual a coisa mais importante para o tratamento?
- 32) Esta pessoa toma medicamentos regularmente? ( ) sim ( ) não
- 33) Ele/a toma os medicamentos sozinho/a? ( ) sim ( ) não
- 34) Ele/a acha a medicação importante? ( ) sim ( ) não
- 35) Ele/a para a medicação por conta própria? ( ) sim ( ) não
- 36) Por quê?
- 37) Você acha a medicação importante? ( ) sim ( ) não
- 38) Por quê?

### **A LOUCURA**

- 39) Quando eu falo a palavra loucura, qual a primeira palavra que vem a sua mente?
- 40) Fale porque esta palavra vem a sua mente
- 41) Pensando nas coisas que você falou, te pergunto: o que é a loucura?

### **O LUGAR DO LOUCO NA SOCIEDADE**

- 42) Para você, as pessoas que fazem tratamento psiquiátrico devem viver internados em hospitais psiquiátricos? ( ) sim ( ) não
- 43) Por quê?
- 44) Você é favorável à internação? ( ) sim ( ) não
- 45) Comente:
- 46) Para você, qual o lugar do/a pessoa que faz tratamento psiquiátrico na sociedade?
- 47) Você faz tratamento psiquiátrico? ( ) sim ( ) não
- 48) Comentar

### **DADOS DO PERFIL SÓCIOECONÔMICO**

#### **DA PESSOA COM QUEM TEM RELAÇÃO DE PROXIMIDADE:**

- 49) Escolaridade: ( ) fundamental ( ) médio ( ) ensino superior ( ) outros:
- 50) Profissão:
- 51) Ocupação:
- 52) Rendimentos: ( ) não tem ( ) salário ( ) aposentadoria ( ) pensão ( ) benefício
- 53) Rendimento médio da pessoa:

1 salário mínimo  2 salários mínimos  3 ou mais salários mínimos

**DADOS DO/A ENTREVISTADO/A:**

54) Idade:

55) Sexo:  fem  masc

56) Estado Civil:  solteiro  casado/a  relação estável  outros:

57) Escolaridade:  fundamental  médio  ensino superior  outros:

58) Profissão:

59) Ocupação:

60) Rendimentos:  não tem  salário  aposentadoria  benefício:

61) Seu rendimento médio:

1 salário mínimo  2 salários mínimos  3 ou mais salários mínimos

62) Há algo mais que você acha importante / queira dizer?

63) Religião:

**9.2.****Apêndice 2 – Termo de compromisso livre e esclarecido**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO

**TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **“A PROXIMIDADE COM A LOUCURA: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS PESSOAS DA REDE DE RELAÇÕES DOS INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS MENTAIS”**.

**I. OBJETIVO:**

Este projeto de pesquisa embasará uma tese de doutorado em curso no Departamento de Serviço Social da PUC-Rio e tem como objetivo analisar as percepções sobre a loucura e o lugar do louco na sociedade a partir de pessoas que tenham relação de proximidade com indivíduos com transtornos mentais, a fim de contribuir com as discussões que giram em torno da re/inserção destes indivíduos na sociedade.

**II. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:**

O projeto prevê a realização das seguintes atividades pela pesquisadora:

- . Levantamento de bibliografia específica e afim, além de documentos e materiais que favoreçam a análise teórica que fundamenta esta pesquisa.
- . Coleta de dados, através de entrevistas gravadas, realizadas com pessoas com relação de proximidade com indivíduos com transtornos mentais, em um hospital psiquiátrico, público e universitário e num CAPSII, ambos situados no município do Rio de Janeiro. A relação de proximidade entre as pessoas entrevistadas e os indivíduos com transtornos mentais será determinada da seguinte maneira: no hospital serão aquelas que estiverem em visitas nas enfermarias ou em acompanhamento nas consultas ambulatoriais. No CAPS, serão as pessoas que estiverem acompanhando os usuários em suas atividades ou participando de grupos específicos para familiares e pessoas da rede de relações dos usuários naquele serviço.
- . Mapear, visitar/observar e analisar as instituições e/ou os serviços citados.
- . Analisar os dados coletados e produzir o documento final.

### **III. GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:**

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar ou retirar sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá lhe acarretar qualquer penalidade.

A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão colocados à disposição da sociedade, uma vez que sejam concluídos os procedimentos legais de sua apresentação.

Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e outra será fornecida a você.

### **IV. CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:**

A participação no estudo não acarretará custos para você e também não lhe será dada nenhuma compensação financeira.

### **V. BENEFÍCIOS E RISCOS RESULTANTES DA PESQUISA:**

Toda pesquisa social se realiza para demonstrar determinadas expressões da realidade, e ainda que reconheçamos que possa haver riscos na produção da mesma, compreendemos que são muitos os benefícios que podemos alcançar neste processo, pois podem contribuir como outras produções teóricas, basear atuações profissionais, e dar retorno à população de modo geral.

No que se refere aos participantes da pesquisa, não percebemos riscos diretos à sua saúde física ou à sua segurança, podendo sim haver constrangimentos ao falar de determinados assuntos, logo, ao participante é dado o direito de não responder a quaisquer perguntas que lhe causem algum mal-estar.

Ressaltamos que esta pesquisa será realizada respeitando os padrões éticos e técnicos exigidos, respeitando os sujeitos participantes desta produção de conhecimento.

### **VI. ASSINATURAS DECLARATÓRIAS:**

Eu, \_\_\_\_\_  
fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que, em qualquer momento, poderei solicitar novas informações se assim desejar ou retirar-me da pesquisa.

Fui informado(a) sobre a seriedade desta pesquisa e, caso necessite, poderei contatar sua coordenação, na pessoa da professora **Irene Rizzini** pelo telefone (21) 99765-9491 ou pelo e-mail ireneri26@gmail.com; ou a pesquisadora responsável, a doutoranda **Maria Cristina Loureiro Cruz**, pelo telefone (21)

99348-7612 ou pelo e-mail cristinaloureiro39@gmail.com. Se você tem alguma pergunta sobre seus direitos como participante de um estudo, você pode entrar em contato com a sala do Diretor do Comitê de Ética do IPUB/UFRJ no telefone 21-3873-5510.

Certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

**Para o termo que segue, proponho-me a declarar as seguintes questões:**

1. Declaro que concordo em participar desse estudo intitulado: “**A PROXIMIDADE COM A LOUCURA: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS PESSOAS DA REDE DE RELAÇÕES DOS INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS MENTAIS**”.

2. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

3. Declaro que me disponho em ter minha imagem e diálogos gravados em entrevista individual e que estes serão utilizados **exclusivamente enquanto registro do pesquisador**, sendo assegurado o devido sigilo profissional.

**Local/Data:** Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Nome do participante:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Nome da pesquisadora:** Maria Cristina Loureiro Cruz

**Assinatura:** \_\_\_\_\_