

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

**REFORMA PSIQUIÁTRICA E O LOUÇO INFRATOR: NOVAS
IDÉIAS E VELHAS PRÁTICAS**

Ulysses Rodrigues de Castro

Goiânia - GO
2009

ULYSSES RODRIGUES DE CASTRO

**REFORMA PSIQUIÁTRICA E O LOUCO INFRATOR: NOVAS
IDÉIAS E VELHAS PRÁTICAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde da Universidade Católica de Goiás, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientadora: Prof. Dr^a. Ana Raquel Torres

Co-orientador: Prof. Dr. Eduardo Simões de
Albuquerque

Goiânia - GO
2009

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo principal investigar as representações sociais sobre o louco infrator elaboradas por trabalhadores de saúde mental. Partimos do pressuposto que essas representações não são construídas num vácuo social, mas são geradas no seio das relações interpessoais/intergrupais e possuem uma relação dialética com o meio e as práticas sociais. Por outro lado, concebemos as representações sociais como uma rede de conhecimento, onde seus conteúdos se encontram entrelaçados. Sendo assim, as representações sociais sobre o louco infrator devem ser entendidas como um dos elos de sistemas representacionais mais complexos a respeito da própria loucura, da violência social, do comportamento agressivo etc. Para alcançar este objetivo foram entrevistados os trabalhadores de duas instituições que lidam com o louco infrator. Inicialmente, entrevistamos os trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o primeiro localizado numa zona rural (Brasília) e o segundo, um manicômio judiciário no interior de um presídio (Ala de Tratamento Psiquiátrico). A comparação dos resultados entre essas duas instituições nos permite estabelecer correlações entre o meio ambiente, os conteúdos representacionais descritos acima e as práticas profissionais relacionadas aos cuidados dispensados ao louco infrator. Nossa hipótese inicial foi corroborada ; é que apesar de políticas públicas estarem em consonância com o paradigma psicossocial, temos ainda praticas dos trabalhadores em saúde mental ancoradas no paradigma biológico.

Palavras-chave: louco infrator, representações sociais, abordagem psicossocial, paradigma biológico.

ABSTRACT

The main objective of this work is to investigate the social representations on insane offenders elaborated by mental health workers. We assume that these representations are not built in a social vacuum, but are generated within interpersonal and/or intergroup relations and have a dialectic relationship with the environment and social practices. On the other hand, we understand social representations as being conceived as a network of knowledge, where their contents are interwoven. Therefore, the social representations about the insane offenders shall be understood as one of the links to a more complex representational system concerning madness itself, social violence, aggressive behavior etc. To achieve this goal, workers from two institutions that attend insane offenders will be interviewed. We will initially interview workers from Center for Psychosocial Care (CAPS); the first of which is situated in a rural area (Brasília), and the second, a mental asylum judiciary inside a penitentiary (Psychiatric Wing). The comparison of the results between these two institutions will allow us to establish correlations between the environment, the representational content described above, and the professional practices related to the care provided to insane offenders. Our initial hypothesis was supported; is that despite the fact that public policies concord with the psychosocial paradigm, we still have the knowledge and experience of mental health workers anchored in biological paradigm.

Keywords: Insane Offender, Social Representations, Psychosocial, Biological.

Dedico este trabalho à Deus e aos meus pais, em especial à minha mãe (*in memoriam*), que me ensinou o valor do amor na vida.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora neste caminhada, amiga e professora Ana Raquel Rosa Torres, pela presteza, apoio e solidariedade nas horas difíceis, lhe sou grato pelo incentivo e constante cuidado, olhando sempre para a qualidade do percurso acadêmico. Minha admiração e gratidão eternas.

Ao professor Eduardo Simões pelo apoio e ajuda, e com emoção que lhe agradeço.

Ao professor amigo Aldry Sandro pelo incentivo e norteamento, sugestões e críticas neste trabalho, meu eterno carinho e gratidão.

À professora Filomena Guterres, pelo incentivo e sugestões. Meu eterno carinho.

A todos os professores do MCAS, com especial agradecimento a professora Eline, por suas valorosas aulas e sua amizade. Lhe sou muito grato.

Aos colegas do MCAS, com especial agradecimento ao Nilson por sua amizade e acolhimento.

Aos colegas do PAI-LI pelo acolhimento e incentivo, meus agradecimentos.

Aos meus colegas do CAPS/ISM pela paciência de minha ausência e colaboração para este trabalho.

À Emmanoel Camara pelo início e idealização e amizade conjunta deste trabalho lhe agradeço por seu estímulo e carinho constante.

Aos colegas da ATP e do psicossocial da vara de execução criminal do TJDF.

A Eneida pela solidariedade, carinho, ajuda e paciência constante neste percurso.

Ao Edson representante máximo do acolhimento goianiense, meus sinceros agradecimentos.

Às minhas filhas, Maria Clara e Maria Luíza, pelo apoio e paciência de minha ausência nesta caminhada.

À Fátima das Graças pelo carinho e incentivo constante. Meus agradecimentos eternos.

À Daniela por seu apoio e solidariedade com a leitura do trabalho.

À Taty pela ajuda textual e presteza constante.

À Darcy pela revisão e correção textual, meus sinceros agradecimentos.

Enfim, a todos que contribuíram para este trabalho de forma direta ou indireta, meus eternos agradecimentos.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS -----	viii
LISTA DE QUADROS -----	ix
1. INTRODUÇÃO -----	01
2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS -----	05
2.1. Definição -----	05
2.2. Processos Formadores das Representações Sociais -----	08
2.3. As Vertentes das Representações Sociais -----	10
2.4. As Representações Sociais e a Pesquisa em Saúde/Doença Mental	18
3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O NASCIMENTO DOS CAPS -----	26
3.1. Da Idade Média ao Século XIX -----	26
3.2. Os Primeiros Movimentos da Reforma Psiquiátrica no Mundo e no Brasil -----	33
3.3. A Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil -----	46
4. ASPECTOS CONCEITUAIS DO LOUCO INFRATOR E A MEDIDA DE SEGURANÇA -----	53
4.1. Legislação Psiquiátrica do Louco Infrator no Brasil -----	55
4.2. As Conferências Nacionais de Saúde Mental propostas para a problemática do Louco Infrator -----	59
4.3. Programas de Re-socialização do Louco Infrator no Brasil -----	62
4.3.1. PAI-PJ -----	62
4.3.2. PAI-LI -----	65
4.3.3. Programa de Brasília -----	67

5. OBJETIVOS	69
5.1. Objetivo Geral	69
5.2. Objetivos Específicos	69
6. METODOLOGIA E PROCEDIMENTO	70
6.1. Local da Pesquisa	70
6.2. Participantes	70
6.3. Instrumento	72
6.4. Procedimento de Coleta de Dados	72
6.5. Resultados e Discussão	73
6.5.1. Resultado da Escala de Atitude em Saúde Mental	74
6.5.2. Resultado da análise estatística textual realizada pelo Alceste ---	75
6.6. Primeiro Nível de Análise: O Campo Comum das Representações	78
6.6.1. Classe 1: Cuidando do Louco Infrator	78
6.6.2. Classe 2: Qualidade do Cuidado	82
6.6.3. Classe 3: Direitos Humanos e Cidadania	84
6.6.4. Classe 4: Etiologia da Loucura e do Delito	86
6.6.5. Classe 5: Causas da Loucura	87
6.7. Segundo Nível de Análise: Diferenciações Grupais e Posições dos Grupos em Relação às Representações Sociais	90
6.8. Terceiro Nível de Análise: A Ancoragem das Representações Sociais do Paciente Psiquiátrico-jurídico Elaboradas por Trabalhadores de Saúde Mental em um CAPS e no Manicômio Judiciário	95
7. CONCLUSÃO	98
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXO I	109
ANEXO II	110
ANEXO III	111
ANEXO IV	117

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos trabalhadores do CAPS/ISM de acordo com a profissão/cargo ocupado-----	71
Figura 2 – Distribuição dos trabalhadores da ATP de acordo com a profissão/cargo ocupado-----	71
Figura 3 – Dendograma resultante da classificação hierárquica descendente-----	76
Figura 4 – Estrutura do <i>corpus</i> de dados das entrevistas de trabalhadores de saúde mental-----	77
Figura 5 – Projeção das colunas e palavras-----	91
Figura 6 – <i>Louco no manicômio</i> , de Francisco Goya (1828) -----	101

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Legenda para as variáveis dos dados dos profissionais entrevistados-----	91
---	----

1. INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é identificar as representações sociais relativas ao louco infrator, construídas por membros de uma equipe de trabalhadores da área de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)/Instituto de Saúde Mental (ISM), e de uma Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) (manicômio judiciário) do Distrito Federal.

A motivação para a realização deste trabalho ocorreu em um momento de transição do paradigma biológico para o psicossocial, referente à assistência psiquiátrica no Brasil, especificamente em relação ao louco infrator, personagem duplamente estigmatizado e carente dos direitos sociais mais elementares. Aliada ao paradigma psicossocial emergente, atualmente políticas e programas de ressocialização do louco infrator vêm corroborar as diretrizes da atual reforma psiquiátrica brasileira, regulamentada pela Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001 (Brasil, 2001).

A relevância clínica e social da inserção do louco infrator em serviços substitutivos, como os centros de atenção psicossocial (CAPS) deve-se ao fato de que, historicamente, o tratamento psíquico, social, familiar e cultural não têm sido adequados. Assim, acarreta longos períodos de reclusão do louco infrator nos manicômios judiciários, segregando, isolando essas pessoas e lhes impossibilitando um tratamento digno e a proteção dos direitos humanos.

Atualmente, no Brasil há dois programas de ressocialização do louco infrator. O pioneiro foi o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), implantado em março de 2000, em Belo Horizonte-MG, de acordo com a Portaria Conjunta nº 25/2001 da Presidência do Tribunal e da Corregedoria

Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais, (Minas Gerais, 2001), e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI), implantado em Goiânia-GO, normatizado pela Portaria nº 058 de 03 de abril de 2006 (Goiás, 2006). Em Brasília, por iniciativa e trabalho voluntário deste pesquisador, foi iniciada no ano de 2002 uma proposta de reinserção social do louco infrator no CAPS/ISM.

Com a tentativa de implantar o programa de ressocialização do louco infrator no CAPS/ISM, surgiu a idéia de estudar as representações sociais elaboradas pelos trabalhadores do manicômio judiciário ATP e do CAPS/ISM, em relação ao louco infrator, pois a experiência inicial desses pacientes revelou estruturas estigmatizantes e preconceituosas no tratamento do louco infrator.

Nessa mesma perspectiva, Nasciutti (2007) chama a atenção para as práticas de assistência em saúde mental, afirmando que elas se reproduzem em função de repetições contínuas de práticas ao longo do tempo, em termos burocráticos administrativos que se cristalizam nas inter-relações institucionais, reproduzindo um modelo cronificador dos pacientes.

Essas práticas têm uma repercussão comprovada no plano social, pois podem prolongar as segregações, o estigma, os preconceitos e, por conseguinte, a exclusão social. Desse modo, focaliza-se especialmente na representação social a sua potencialidade de influenciar percepções e comportamentos, a condição de ser tanto estímulo como resposta, a inerência entre conceito e imagem, um intercâmbio entre percepção e conceito, a reciprocidade entre comunicação e representação social (Rangel, 2004).

As representações sociais das práticas psiquiátricas dos profissionais que trabalham nessa área, poderão fornecer um conhecimento do modo como esse grupo humano construiu um conjunto de saberes que expressam a identidade do

louco infrator e como este conhecimento poderá determinar o comportamento do trabalhador em saúde mental no processo terapêutico desses pacientes (Strey, 2003). A importância da representação social é reconhecida há mais de três décadas em todos os campos das ciências humanas. Os fenômenos que ela engloba podem tender para processos intrapsíquicos ou das produções mentais sociais, da cognição ou da ideologia, do comportamento privado ou da ação pública, e assim, formulam-se muitas concepções acerca da problemática a ela referente. Entretanto, resta um terreno de entendimento entre essas tendências, que é o reconhecimento da pertinência e da eficácia das representações no processo de elaboração das condutas (Jodelet, 2005).

Quando nos reportamos às identidades dos trabalhadores em saúde mental e do louco infrator expressaremos sujeitos produzidos por discursos subjetivadores que operam estratégias representacionais nas lógicas e interesses políticos de seu tempo. Com o advento da reforma psiquiátrica, significou-se o olhar da prática psiquiátrica, pois, como enfatiza Veiga Neto (2000) citado por Guareschi & Bernardes (2003, p. 179), é a aderência a um determinado significado que um indivíduo “(...) uma vez exposto a esse significado, passa a se identificar com ele e por extensão com o sistema de significação” e, assim, os trabalhadores de saúde mental passam a humanizarem-se e a serem humanizados (Guareschi & Bernardes, 2003). Dito de outra forma, a *capacitação* e a *instrumentalização* dos trabalhadores em saúde mental (Brasil, MS, 1992), e o seu entendimento acerca de suas representações sociais referentes à loucura e à violência, poderão proporcionar um resgate da identidade desses trabalhadores e, conseqüentemente, dos pacientes sob sua responsabilidade.

Consideramos que a *cultura da inovação*, fruto da reforma psiquiátrica, gera, na prática desses trabalhadores, a manutenção da essência convencional do modelo psiquiátrico tradicional, mudando apenas a forma, que passa a ser produto do *aggiornamento*. Com a lógica de decomposição e recomposição do espaço asilar (Castel, 1978) operado pela modificação das práticas e o deslocamento de suas funções tradicionais, esperamos contribuir com esta pesquisa para a reflexão e ressignificação das práticas em relação ao louco infrator.

Para alcançar o objetivo aqui proposto, no capítulo 2, iremos abordar a definição, os processos, as vertentes das representações sociais, e a sua relação com a pesquisa em saúde e doença mental.

O capítulo 3 refere-se à reforma psiquiátrica e o nascimento do CAPS, no qual, com olhar histórico, abordaremos a loucura, tal como era considerada em diversos tempos. Ainda nesse capítulo, apresentaremos o contexto da reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.

No capítulo 4 conceituamos o louco infrator em termos jurídicos e psiquiátricos, apresentando os principais avanços na legislação psiquiátrica e as diretrizes das conferências nacionais de saúde mental, assim como os programas pioneiros de ressocialização do louco infrator no Brasil.

Nos capítulos 5 e 6, apresentaremos os objetivos, a metodologia e os procedimentos utilizados nesta pesquisa, e, por fim, no capítulo 6, as conclusões assim como as reflexões e sugestões para os futuros trabalhos referentes a essa temática.

2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

2.1. Definição

O conceito formal das representações sociais apareceu pela primeira vez na obra de Serge Moscovici, *La psychanalyse – son image et son public*, de 1961, na qual esse autor descreve como ocorreu a apropriação e a socialização da teoria psicanalítica por diferentes grupos da população francesa. O seu objetivo era esclarecer como a teoria da psicanálise era absorvida, transformada e utilizada pelo homem comum, com base na tradição da sociologia do conhecimento. Na ocasião, Moscovici (1978) enfatizou as diferenças entre os modelos científicos e os não-científicos no que se refere à psicanálise, abordando o deslocamento de sentido de um modelo ao outro. Nesse deslocamento, as representações sociais aparecem como *saber ingênuo* ou *saber do senso comum*, em oposição ao saber produzido pela ciência. O autor refere-se à “formação de um outro tipo de conhecimento adaptado a outras necessidades, obedecendo a outros critérios, num contexto social preciso” (Moscovici, 1978, p. 24).

Serge Moscovici inaugurou, na psicologia social, um novo modelo teórico e metodológico que difere marcadamente do modelo de psicologia social predominante nos Estados Unidos da América (EUA). Esse modelo apresentava um caráter individualista, ideológico, centrando-se em processos psicológicos dissociados do social e do contexto histórico.

Moscovici (1978) afirma que as representações sociais são entidades quase tangíveis que circulam, cruzam-se e se cristalizam continuamente por meio de nossos gestos, fala, e dos encontros em nosso cotidiano. Portanto, as

representações sociais podem ser definidas como um saber do senso comum, distinto do conhecimento científico, porém, igualmente legítimo, por sua importância na vida social, na compreensão, na elaboração dos processos cognitivos e nas interações sociais, conectados às relações de poder e ao discurso.

No novo modelo de abordagem da psicologia social, Moscovici (1978), em princípio apóia-se nos fundadores das ciências sociais na França, em especial no sociólogo Emile Durkheim. Moscovici (1978) alega que a noção de representação coletiva de Durkheim era de uma classe muito genérica de fenômenos psíquicos e sociais, englobando o que se designa, na ciência de ideologia, de mito. Nesse sentido, para Durkheim, a vida social é a condição de todo pensamento organizado e vice-versa, e as representações coletivas são construídas na vida social e influenciadas por eles. Com esse enfoque quase estático a noção de representação coletiva perdeu sua nitidez, pois a sociologia de Durkheim destaca que a sociedade é uma realidade *sui generis* e as representações coletivas, que a exprimem, são fatos sociais, coisas, reais por elas mesmas (Moscovici, 1981 citado por Sá, 1996). A representação coletiva durkheimiana, para Moscovici não confere o sentido plástico e dinâmico das representações sociais, segundo o qual a representação coletiva é uma mudança lenta no tempo (Sá, 1996).

Sperber (1985) citado por Guareschi (1995) exemplifica a diferença entre as representações coletivas de Durkheim e as representações sociais de Moscovici. Esse autor compara o conceito de representações coletivas ao conceito de endemia e o de representações sociais ao de epidemia, em uma alusão ao modelo médico, isto é, as representações coletivas transmitem-se vagarosamente por gerações, que seriam o que se denominam tradições, estão

ligadas à cultura, como um precipitado da cognição e da comunicação no grupo humano. Já representações sociais têm um caráter típico das culturas modernas e se espalham rapidamente por toda a população, em um curto período de vida.

As representações sociais caracterizam-se por formarem pensamentos sociais de uma *sociedade pensante*, na qual os indivíduos desempenham papéis que extrapolam os de meros receptores de informações, de ideologias e de crenças, passando a desempenhar papéis de pensadores ativos, que irão construir e integrar suas representações sociais.

Para Moscovici (2003), as representações sociais como processos e sistemas de pensamento, na sociedade contemporânea, apresentaram duas classes distintas de universo de pensamentos: os consensuais e os reificados. Nos universos consensuais, a sociedade é percebida como um grupo de pessoas iguais e livres, cada uma com a possibilidade de falar em nome do grupo. Trata-se de uma criação visível, contínua, com sentido e finalidade, possui voz, de acordo com a existência humana, age e reage como ser humano, isto é, o humano é a medida de todas as coisas. Nos universos reificados, a sociedade é percebida como um sistema de diferentes papéis e classes, cujo membros são desiguais. Ela é composta de sistemas de entidades sólidas, básicas, invariáveis, que são indiferentes às individualidades e não possuem identidade, (Moscovici, 2003).

Conforme discutido, podemos afirmar que as representações sociais têm a função de tornar o *não-familiar* em *familiar*, e o não-familiar situa-se e é gerado em grande parte nos universos reificados das ciências e deve ser transferido aos universos consensuais do dia-a-dia. Essa missão é feita pelos divulgadores científicos, jornalistas, políticos, profissionais da saúde, professores,

propagandistas e outros que utilizam os recursos dos meios de comunicação de massa, (Oliveira & Werba, 2003).

2.2. Processos Formadores das Representações Sociais

Os dois processos básicos para a estruturação das representações sociais são denominados por Moscovici (2003) de ancoragem e objetivação. Para Vala (1996) trata-se dos *processos sócio-cognitivos*. Os dois processos de estruturação das representações sociais são regulados por fatores sociais. As representações sociais constituem-se em um saber funcional ou em teorias sociais práticas, mostrando assim a interdependência da atividade psicológica e condições sociais. A ancoragem e a objetivação estão intimamente ligadas de tal modo que não se pode dizer qual a sua hierarquização, nem considerá-las de forma autônoma.

A objetivação tem com função tornar concreto, quase tangível, um objeto abstrato, ao passo que a ancoragem classifica e nomeia coisas que são estranhas, não-existentes e, ao mesmo tempo, ameaçadoras (Moscovici, 1978).

Para Jodelet (2005) a objetivação explica a representação como construção seletiva, esquematização estruturante, naturalização, isto é, como um conjunto cognitivo que retém, entre as informações do mundo exterior, um número limitado de elementos ligados, ou relações que dele fazem uma estrutura que organiza o campo de representação e recebe o *status* de realidade objetiva. Um dos exemplos apontados por Moscovici é a religião. Quando alguém se refere ao pai, em uma alusão a Deus, está objetivando uma imagem jamais visualizada, em uma imagem conhecida (pai), facilitando assim a idéia do que seja *Deus*, (Oliveira & Werba, 2003)

A ancoragem é definida por Jodelet (2005) como um enraizamento no sistema de pensamento, uma atribuição de sentido e uma instrumentalização do saber. Explicam-se, dessa forma, as informações novas que são integradas e transformadas no conjunto de conhecimentos socialmente estabelecidos na rede de significações socialmente disponíveis para interpretar o real, e que depois são nela reincorporados na qualidade de categoria que servem de guia de compreensão e ação.

Um bom exemplo de ancoragem é fornecido por Jodelet (2005), em seu trabalho sobre a representação social da loucura pela população de Ainay-le-Château, cidade do interior da França, por ocasião da abertura dos manicômios e a inserção dos doentes mentais na comunidade. Resultou desse re-encontro que os doentes mentais foram imediatamente julgados por padrões convencionais e comparados a idiotas, epiléticos e, na gíria local, maloqueiros. Assim quando determinado objeto ou idéia é comparado ao paradigma de uma categoria, ele adquire características dessa categoria, sendo reajustado para que se enquadre nela (Oliveira & Werba 2003).

Autores como Morant & Rose (1998) contrapõem-se ao argumento de que a representação da loucura pela população leiga e de profissionais ligados à área de saúde mental, não torna o não-familiar em familiar, pois, o entendimento da representação social como o outro mediante exemplos empíricos conduz à noção de alteridade. Essas autoras apontam que temas demoníacos, monstruosos, fantásticos e mágicos estão presentes em desenhos que retratam o louco, feitos por adultos e crianças italianas, em um paralelo a imagens de loucura na arte e em textos médicos. Para as autoras, arte e a cultura ocidentais sempre retrataram a loucura como um outro ameaçador, enfatizando a agressão, o perigo, a falta de

controle e a desintegração. Essa visão social acerca da loucura torna a doença mental uma forma de alteridade perigosa separado do normal por um abismo intransponível, isto é, a doença mental, ao ser representada, não alcança níveis de familiaridade pelas noções de ambigüidade e de incertezas de sua representação múltipla.

2.3. As Vertentes das Representações Sociais

Atualmente, considera-se que, na teoria das representações sociais, delineiam-se três correntes de trabalhos, a culturalista, representada por Jodelet e Moscovici, a chamada de princípios reguladores de tomada de posição também conhecida como abordagem societal ou escola de Genebra, que é encabeçada por Willen Doise e colaboradores e, por fim, a abordagem estrutural, também conhecida como teoria do núcleo central ou *escola aixoise* (Campos & Loureiro 2003). Esses mesmos autores designam a teoria societal e a teoria do núcleo central como abordagens estruturais, conceituadas como um conjunto de elementos, tais como crenças, opiniões, atitudes, scripts etc.

A abordagem estrutural da teoria do núcleo central foi proposta inicialmente em 1976, em um quadro de pesquisa experimental, mediante tese de doutorado de Jean Claude Abric, denominada *Jeux, conflits et représentations sociales*. Para esse autor, a organização de uma representação social estrutura-se em torno de um núcleo central e de um sistema periférico, que dão significado à representação (Costa, 2001).

Para Abric (1998), o núcleo central de uma representação tem duas funções essenciais. A primeira, a geradora, é capaz de criar, de gerar, de transformar o significado dos outros elementos da representação, e

conseqüentemente, os elementos ganham sentido, um valor. A segunda é a função organizadora, em que o núcleo central determina a natureza dos elos, unindo entre si os elementos da representação. Em decorrência, o núcleo central é o elemento unificador e estabilizador da representação.

Em torno do núcleo central organizam-se os elementos periféricos. O sistema periférico possibilita uma adaptação e uma diferenciação em razão do vivido. Uma integração das experiências cotidianas permite modulações pessoais em referência ao núcleo central comum, gerando representações sociais individualizadas, mais flexíveis que o sistema central, protegendo-o de algum modo, permitindo assim a integração de informações e até práticas diferenciadas. Os elementos periféricos respondem por três funções essenciais: a concretizadora, a de regulação e a de defesa.

A função concretizadora é diretamente dependente do contexto. Os elementos periféricos resultam da ancoragem da representação na realidade, constituindo, assim, a interface entre o núcleo central e a situação concreta na qual a representação é elaborada, permitindo, dessa forma, a formulação de representação em termos concretos, imediatamente compreensíveis e transmissíveis.

Mais leves que os elementos centrais, os elementos periféricos asseguram a adaptação das representações ao contexto ou mesmo a elementos novos que surgem no seio das representações. A função de regulação permite a modificação atual de cada um deles.

A função de defesa na representação existe em razão de o núcleo central da representação resistir à mudança, posto que sua transformação provoca uma alteração completa.

O processo de orientação das condutas pelas representações tem origem em três fatores essenciais, segundo Abric (1998, p. 29):

A Representação intervém diretamente na definição da finalidade da situação, determinando a priori, o tipo de relações pertinentes para o sujeito, e também, eventualmente, dentro das situações de resolução de tarefas, intervem na definição do tipo de estratégia cognitiva que será adotada. Nós podemos demonstrar que a representação da tarefa determina diretamente o tipo de estratégia cognitiva adotada pelo grupo, bem como a maneira como este se estrutura e comunica independente da realidade objetiva da tarefa. A Representação produz também um sistema de antecipações e expectativas, sendo então uma ação sobre a realidade: seleção e filtragem das informações, interpretações, visando adequar essa realidade a representação. Por exemplo, a representação não obedece a uma interação e não depende de seu desenvolvimento; Ela precede e a determina. Deste modo, nós pudemos demonstrar como, dentro de situações de interação conflitual, o mesmo comportamento objetivo de um parceiro pode ser interpretado de maneira radicalmente diferente (cooperativo ou competitivo), segundo a natureza da representação elaborada pelo sujeito. A existência de uma representação da situação, preexistente à interação em si mesma, faz com que, a maior parte dos casos “os jogos sejam feitos antecipadamente”, as conclusões estão colocadas antes mesmo que as ações se iniciem. Enfim, enquanto Representação Social, ou seja, refletindo a natureza das regras e dos elos sociais, a representação é prescritiva de comportamentos ou de práticas obrigatórias. Ela define o que é lícito, tolerável ou inaceitável, em um dado contexto social.

Doise (citado por Abric, 1998) afirma que as representações intergrupais têm por função essencial a justificativa dos comportamentos adotados em relação a outro grupo. Em decorrência da natureza das relações mantidas com um outro grupo e da evolução dessas mesmas relações, as representações do outro grupo evoluem, isto é, em situações de relações competitivas, as representações do grupo adversário são progressivamente elaboradas, visando justificar um comportamento hostil em relação a ele. Nesse caso, o resultado é a representação ser determinada pela prática das relações, fazendo surgir, assim, um novo papel das representações: o de manter ou reforçar a posição social do

grupo de referência. A representação social tem por função preservar e justificar a diferenciação social, podendo estereotipar as relações entre grupos, contribuindo para a discriminação, ou mesmo para a manutenção da distância social entre eles (Abric, 1998).

Na perspectiva societal, em articulação com as representações sociais e os modos de funcionamentos sócio-cognitivos, segundo Doise, Clemence e Lorenzi-Cioldi (1993), há um aparato teórico metodológico quantitativo, que irá buscar, em um modelo estruturado em três níveis de análise, a organização do campo representacional, os princípios organizadores das diferenças individuais e a ancoragem social desses princípios organizadores.

Em relação à organização do campo representacional, ele constitui o modo como um objeto abstrato é transformado em objeto concreto ou esquema figurativo (Sá, 1996). Pode-se considerar que as investigações se baseiam no pressuposto de que o conteúdo representacional, originado nas relações de comunicação, estabelece como requisito uma linguagem comum às pessoas de um determinado grupo social. Assim, a identificação do conteúdo do campo representacional não corresponde a uma estrutura interna do funcionamento cognitivo, mas ao processo de transformação das informações produzidas em uma lógica comum social (Doise, Clemence & Lorenzi-Cioldi, 1993).

Em relação aos princípios organizadores das diferenças individuais, Torres et al, (2005) afirmam que a sociedade é composta de um sistema de relações no qual cada indivíduo está inserido em seu campo social. Conforme essa ótica, o conceito de representações sociais não pode se limitar a um conjunto de crenças e opiniões sobre um objeto social, mas, por outro lado, deve identificar como, diante da diversidade de opiniões, apresentam-se os princípios de organização.

Esses autores ainda afirmam que, para o entendimento dos princípios organizadores das diferenças individuais, devem ser observados os seguintes aspectos: a) princípios que organizam os processos simbólicos de variações de identidade, os quais, por mais semelhantes que sejam, diferenciam-se de indivíduo para o outro; b) princípios organizadores da diferenças inter-individuais, os quais sinalizam que cada pessoa possui possibilidades originadas de seu campo social, ou seja, a sociedade é um sistema que não uniformiza as opiniões. Com esses argumentos, definem-se as representações sociais como princípios que fundamentam o posicionamento dos indivíduos do mesmo segmento social, objetivando a atualização das categorias de comunicação nos vários contextos sociais.

Doise, Clémence & Lorenzi-Cioldi em um trabalho desenvolvido em 1993 sobre o estudo quantitativo das representações sociais, abordam que os pensamentos infantis e os pensamentos adultos envolvem dois sistemas cognitivos que contam com características comuns: o sistema operacional, que pratica associações, inclusões, discriminações e deduções, e o sistema denominado metassistema que retrata o material produzido pelo anterior.

Esses autores afirmam que o estudo das representações sociais consiste em analisar as regulações conduzidas pelo metassistema social no sistema cognitivo, contanto que suas conexões, com posições específicas em um grupo de relações sociais, estejam esclarecidas (Doise, Clémence & Lorenzi-Cioldi, 1993). Nessa perspectiva, esses autores estruturam o seu trabalho nos seguintes níveis de análise: as representações sociais articuladas com as regulações societais e os modos de funcionamento cognitivos.

Para o estudo da inserção do funcionamento cognitivo nas organizações das relações simbólicas entre os atores sociais, esses autores citam como exemplo a segunda parte do livro de Moscovici (1978) sobre as representações sociais da psicanálise, em que três tipos de publicações foram analisadas: a imprensa relacionada ao partido comunista, a imprensa relacionada à igreja católica e jornais de circulação abrangente. Esses três setores da imprensa francesa tinham relações amplamente diversas com seus leitores e com seu ambiente cultural e social.

Diferentes modos de comunicação foram descritos. O primeiro, a difusão, caracteriza-se por uma falta de diferenciação entre a fonte e os receptores da comunicação isto é, jornais de grande audiência passavam informações ao público sobre a psicanálise, oriundas de opiniões de especialistas, cujo principal objetivo dos jornalistas era disseminar amplamente o conhecimento a respeito do assunto de interesse de seus leitores. O segundo meio de comunicação foi descrito como a propagação, em que a comunicação era estabelecida por membros de um grupo em que se confiava uma visão mundial bem organizada, que tinha a crença de propagar e também o objetivo de reconciliar os conteúdos de outras doutrinas com seu próprio sistema bem estabelecido. Nesse exemplo, Moscovici (1978) aborda a questão da igreja católica, tentando reconciliar os conhecimentos da psicanálise com os princípios da religião. A última forma de comunicação foi denominada por Moscovici (1978) de propaganda, uma forma de comunicação que se enquadra em relações sociais conflitantes.

As organizações cognitivas das mensagens em várias modalidades de comunicação eram diferentes; por exemplo, na difusão, os temas não eram fortemente integrados, e, às vezes, eram contraditórios e diferentes, ao passo que

a propagação era caracterizada por uma organização mais complexa de conteúdos. A propaganda, ao contrário, recomendava a rejeição universal de uma concepção rival. Os jornais comunistas do período da guerra fria, por exemplo, conceituavam a psicanálise como uma pseudociência importada da França e proveniente dos Estados Unidos da América (Doise, Clémence & Lorenzi-Cioldi, 1993).

O mérito do trabalho de Moscovici (segundo Doise, Clémence & Lorenzi-Cioldi, 1993) é que ele propõe um esquema de trabalho integrado para a pesquisa referente a opiniões, atitudes e estereótipos articulados à difusão do termo, à propagação e à propaganda. O valor dessa conclusão é importante, porque as definições das representações sociais, meramente em termos de consenso, são insuficientes, pois somente os estereótipos são considerados como consensualmente compartilhados por um certo grupo ou subgrupo. As atitudes que resultam de esforços de assimilação em um já complexo e variado sistema sócio-cognitivo, são sujeitas a muitas variações, e as opiniões, por sua vez, são flutuantes e seguem modas momentâneas.

As representações sociais, portanto, são definidas como princípios organizadores, variados em sua natureza, que não consistem necessariamente em crenças compartilhadas, mas podem resultar em posições diferentes, ou até mesmo opostas, tomadas por indivíduos em relação a pontos comuns de referência.

Moscovici, como descrito anteriormente, identificou, no trabalho das representações sociais, a ancoragem e a objetivação como parte dos princípios organizacionais. A ancoragem social dos princípios organizadores das diferenças interindividuais pode ser estudada em três diferentes níveis: a) a ancoragem

psicológica, que abrange as visões individuais desenvolvidas na estruturação do ambiente social; b) a ancoragem sociológica, que pode ser analisado de acordo com o posicionamento de cada pessoa quanto a determinados grupos; c) a ancoragem psicossociológica, que pode ser analisado em sua relação com os valores (Doise, Clémence & Lorenzi-Cioldi, 1993).

A objetivação, segundo os autores citados, tem a função de concretizar o abstrato, ou seja, transforma o conhecimento relativo, científico em uma imagem ou uma coisa. Pode-se afirmar que as noções de atitude e cognição, como entidades *codificadas* no indivíduo, sejam por elas mesmas os resultados da objetivação por conta do seu extenso uso. A objetivação tem como função facilitar a comunicação, disassociando um conceito ou uma afirmação de um contexto conceitual científico ou ideológico que lhe confere um significado completo.

A objetivação e a ancoragem são aparentemente pólos separados: a objetivação propõe-se a criar verdades óbvias a todos, independentemente de qualquer determinismo psicológico ou social. A ancoragem denota a intervenção de tais determinismos em sua gêneses e transformações e, em decorrência a pesquisa em representações sociais não deve somente se propor a descobrir o conhecimento comum, mas também estudar as modulações de tal conhecimento, de acordo com seu envolvimento específico em um sistema de regulamentos simbólicos.

Nessa perspectiva, Doise, Clémence & Lorenzi-Cioldi (1993) introduzem três hipóteses importantes para o estudo das representações sociais. A primeira parte do pressuposto de que membros de uma população partilham, efetivamente, certas crenças comuns relacionadas a uma dada relação social. A segunda hipótese relaciona-se ao fato de que a teoria das representações sociais

deve explicar como e por que os indivíduos diferem entre si nas relações mantidas por eles com essas representações. A terceira hipótese considera a ancoragem das tomadas de posições no interior de outras realidades simbólicas coletivas, como hierarquia de valores, e as percepções que os indivíduos constroem nas relações entre grupos e categorias e as experiências sociais que eles partilham com o outro.

2.4. As Representações Sociais e a Pesquisa em Saúde/Doença Mental

A obra de Serge Moscovici abre um campo de pesquisas teóricas sobre as representações sociais, em especial na área de saúde, pois, conforme esse autor, os preconceitos, sejam eles nacionais, raciais, geracionais ou outros quaisquer, somente serão superados pelas mudanças de representações sociais da cultura.

As representações sociais, segundo Jodelet (2001), têm papéis importantes nas vidas das pessoas uma vez que guiam no modo de nomear e definir os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se em relação a eles de forma defensiva. As representações, por meio de várias significações, expressam aqueles indivíduos ou grupos que as forjam e dão uma definição específica ao objeto por ela representado. As definições compartilhadas pelos membros de um mesmo grupo constroem uma visão consensual da realidade para esse grupo, que pode entrar em conflito com a de outros grupos, mas é um guia para as suas ações e trocas cotidianas.

Nessa perspectiva, as práticas de assistência em saúde mental são de fundamental importância no determinismo da doença mental, dirigindo ou modificando o seu curso (Jodelet, 2001). Essas práticas têm uma repercussão

comprovada no plano social, e podem prolongar as segregações, os estigmas, os preconceitos e, por conseguinte, a exclusão social.

As representações sociais têm caráter simbólico significativa e construtivo com a possibilidade de influenciar a ocorrência dos fatos, de acordo com a maneira como se representam. Esse processo é denominado por Jodelet (2001) de *fabricação dos fatos*. Para esta autora, trata-se de apreender, em sua imbricação, os aspectos cognitivos e expressivos de uma representação social compartilhada por um grupo a respeito de um objeto (doença mental), o que exige afetividade e a identidade de todos (Jodelet, 2005).

Os entendimentos entre as práticas da assistência psiquiátrica e as representações sociais podem elucidar estruturas estigmatizantes contextualizadas na manutenção de atitudes e ações excludentes, ainda que existam propostas do Estado para a implementação de projetos clínicos e políticos em saúde mental que mudem esta realidade. Como exemplo, pode-se citar a Lei Federal nº 10.216, de abril de 2001, que ficou conhecida como a Lei Antimanicomial, que visa oferecer proteção e direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais redirecionando o modelo de assistência em saúde mental. Apesar desses projetos, não há, nas práticas de assistência em saúde mental, uma reflexão crítica dos profissionais de saúde mental a respeito da nova identidade deles, que o momento histórico da reforma psiquiátrica exige.

Ao propor a análise das representações sociais de trabalhadores em saúde mental no contexto dos novos dispositivos assistenciais ao louco infrator, busca-se um encontro do conhecimento desses trabalhadores com o que Rabelo e Torres (2005) chamam de paradigma biológico e paradigma psicossocial.

Com esse enfoque, a reforma psiquiátrica brasileira tem provocado mudanças em termos de estrutura (serviços substitutivos), porém, a atitude e o comportamento do trabalhador em saúde mental não tem acompanhado na mesma velocidade a quebra do paradigma psiquiátrico. Um exemplo disso é o trabalho de Rabelo & Torres (2005), que analisam o bem-estar físico e psicológico e as práticas profissionais de trabalhadores em saúde mental de clínicas psiquiátricas (modelo biológico) e serviços substitutivos (modelo psicossocial), na cidade de Goiânia. Os autores chegam à conclusão que os trabalhadores que mais aderem ao paradigma biológico são os que mais apresentam bem-estar físico e psicológico. As autoras pontuam que a adesão ao paradigma biológico não se refere aos trabalhadores que atuam em hospitais psiquiátricos, pois os dois paradigmas convivem em ambos os locais (serviços substitutivos e clínicas psiquiátricas). Este resultado leva as autoras à reflexão de que o saber conhecido e legitimado por séculos fundamentam a crença de que “essa é a melhor forma para tratar a loucura”, dando segurança ao trabalhador para lidar com o novo e desconhecido, ou seja, em momentos de transição, as práticas conhecidas dão segurança ao profissional.

Na perspectiva de transição de um modelo para outro, os trabalhadores de saúde mental em sua prática cotidiana devem ser envolvidos em uma formação discursiva com projetos que integrem as áreas de saúde, educação e cultura. Esse processo de hibridização não mais afetará uma identidade do trabalhador de saúde mental, mas um entre lugares, tendo em vista que foi *psiquiatrizada* e se encontra em luta com sentidos produzidos pela reforma psiquiátrica brasileira. Não se trata mais do paciente clínico, do paciente psiquiátrico. Os trabalhadores

devem contemplar o usuário, a pessoa como um todo, com a preocupação de integrá-lo socialmente (Guareschi & Bernardes, 2003).

Ao reportar-se às identidades dos trabalhadores em saúde mental e do louco infrator são expressos sujeitos produzidos por discursos subjetivadores que operam estratégias representacionais nas lógicas e interesses políticos de seu tempo. Diante do advento da reforma psiquiátrica, deve-se ressignificar o olhar da prática psiquiátrica, pois, como enfatiza Veiga Neto (2000), é a aderência a um determinado significado que um indivíduo “uma vez exposto a esse significado, passa a se identificar com ele e por extensão com o sistema de significação” (p. 58) e, assim, os trabalhadores de saúde mental passam a se humanizar e a serem humanizados.

Pierre (citado por Jodelet, 2006) lembra que os sistemas de interpretação da saúde, que organizam as práticas sociais e simbólicas, remetem não somente à doença e à medicina, mas também ao trabalho, à educação e à família, permitindo, assim extrair lógicas de vida ou, pelo menos sentidos dados à vida. Jovchelovitch (2005) aborda a questão da reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização do portador de doença mental conforme a ótica das representações sociais, fazendo as seguintes indagações e afirmações:

Onde estão as representações que sustentaram a construção do asilo e as práticas de exclusão radical do paciente psiquiátrico? Anos de Reforma Psiquiátrica, de lutas antimanicomiais e de reflexão sobre a natureza e o caráter da loucura não foram suficientes para dismantelar os aparatos materiais e simbólicos que Foucault descreveu como fundamento da relação ocidental com a diferença que a loucura impõe. Estas representações não desapareceram e, enquanto elas estiverem entre nós, o estigma e a segregação continuarão a marcar a experiência e a condição do doente. (p. 8).

Essa autora afirma que abrir a porta do hospital e deixar o paciente na comunidade não basta. Ela cita a experiência europeia nos últimos trinta anos, que demonstrou que entre a retórica e os ideais que norteavam a busca da mudança e a realidade dura da prática, havia uma loucura não-pensada. Anos de reflexão e persistência na defesa das políticas de atenção à saúde mental na comunidade estão mostrando que faltou uma consideração mais sólida e um conhecimento mais detalhado sobre a natureza da doença mental crônica, do manicômio e, sobretudo, dos recursos necessários para que uma comunidade seja terapêutica.

A obra de Jodelet (1989) sobre a construção da representação da doença mental em uma comunidade no qual, há dezenas de anos, os doentes mentais vivem com as famílias de uma aldeia, evidencia dois comportamentos diferenciados em face de dois tipos de sujidade: a urina e as fezes, de um lado, e a saliva e a transpiração, de outro. As mães de família dessa comunidade lavam a roupa dos doentes mentais que sofrem de enurese e encoprese, como o de qualquer outra roupa, porém, os objetos que podem ter sido tocados pela saliva do doente mental são separados e lavados à parte. Cada família dispõe de um talher e de um prato que usados pelo doente e por mais ninguém (Vala, 1996). Este exemplo revela como uma representação sobre o corpo, que os entrevistados não são capazes de verbalizar, indica uma representação não-consciente que orienta seus comportamentos.

Pode-se afirmar que as transformações da prática psiquiátrica fazem surgir, de forma sutil, os preconceitos sociais decorrentes do processo de reinserção do doente mental no mundo social. Jodelet (2005) afirma que a mudança de ótica em relação ao doente mental nesse momento vai além do

simples registro das repercussões da quebra do paradigma psiquiátrico, isto é, corresponde a uma mudança de paradigma na abordagem das relações intergrupais. O foco desloca-se das atitudes para os comportamentos, influenciando assim as práticas cotidianas dos trabalhadores em saúde mental. A mesma autora observa que, nos últimos vinte anos, a qualidade da compreensão acerca das doenças mentais melhorou, porém a associação entre doença mental e periculosidade tem aumentado, o que explica, em parte, as grandes resistências das comunidades no processo de desinstitucionalização dos doentes mentais.

Bastide (citado por Jodelet, 2005) assinala que o imaginário social e histórico acerca da loucura é povoado por máscaras e figuras que representam socialmente a doença mental. Relacionando as razões históricas acerca da incorporação da cultura aos fenômenos ligados à saúde e à doença, Jodelet (2006) afirma que esses temas foram pioneiramente investigados pela sociologia e pela antropologia, integrando o sujeito em seus horizontes sociais culturais e no âmbito das suas relações com as instituições e com os profissionais da medicina.

As representações sociais constituem um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com seu meio físico e social, determinando, nos indivíduos, seus comportamentos e suas práticas. A representação, segundo Abric (1998), funciona como um guia para a ação, orientando as ações e as relações sociais. O mesmo autor identifica quatro funções essenciais das representações sociais; a de saber, a identitária, a orientadora e a justificadora.

A função de saber permite compreender e explicar a realidade, isto é, o saber prático, referente ao senso comum, permite que os atores sociais adquiram conhecimentos e os integrem em um quadro assimilável e compreensível para

eles próprios, com coerência com seu funcionamento cognitivo e valores aos quais aderem. As representações sociais facilitam a resistência da comunicação social, definindo, assim, um quadro de referência comum que permite as trocas sociais, a transmissão e a difusão desse saber ingênuo. Um bom exemplo desta função é o trabalho desenvolvido por Miranda & Furegato (2004) acerca das representações sociais da atuação do enfermeiro psiquiátrico no cotidiano. Nessa pesquisa, os autores chegam à conclusão de que o enfermeiro, em sua atuação com o doente mental, utiliza-se de artifícios mediados pelas relações técnicas, interpessoais, interacionais e institucionais.

A função identitária permite a proteção e a especificidade dos grupos, isto é, as representações sociais têm a função de situar os indivíduos e os grupos no campo social, permitindo, assim, a elaboração de uma identidade social e pessoal gratificante, compatível com o sistema de normas e valores socialmente e historicamente determinados. A representação social, com a função de definir a identidade de um grupo, desempenha um papel importante no controle social exercido pela coletividade sobre cada um dos seus membros, em especial, no processo de socialização.

A função de orientação busca guiar os comportamentos e as práticas, e é o sistema de pré-decodificação da realidade constituído pela representação, constituindo, de fato, um guia para a ação. Um exemplo de como as representações sociais funcionam como guia para as ações humanas é o estudo da pesquisadora francesa Jodelet (2005) sobre representação social da loucura. A autora nos relata um fato interessante: os doentes mentais, anteriormente encontravam-se nos manicômios, mas, a partir de um movimento social feito por trabalhadores da saúde, políticos e agentes sociais, foram retirados dessas

instituições e reenviados à comunidade, onde passaram a viver com famílias e grupos. No entanto, o comportamento das pessoas em relação a doentes mentais não se modificou, persistindo, com os mesmos estereótipos, discriminações e rejeições de antes. Em outras palavras, os muros das representações sociais são bem mais poderosos que aqueles de pedra dos manicômios, e não adianta derrubar os muros físicos se permanecem os mentais, afetivos, míticos e simbólicos que separam as pessoas. Conforme Guareschi (2003), os comportamentos e as práticas continuam iguais ou até piores.

A função justificadora, segundo Abric (1998), permite, *a posteriori*, a justificativa das tomadas de decisões e dos comportamentos. Doise (1973), citado por Abric (1998) externa que as representações intergrupais têm por função essencial a justificativa dos comportamentos em relação a um outro grupo, desse modo, dentro de situações de relações competitivas, representações do grupo adversários vão progressivamente sendo elaboradas, com objetivo de justificar um comportamento hostil face a ele.

No capítulo a seguir, iremos contextualizar historicamente a reforma psiquiátrica e o nascimento dos CAPS, o que embasará as ancoragens das representações sociais a cerca da loucura no momento atual.

3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O NASCIMENTO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Para entender o nascimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), é necessário um retrospecto sobre a própria história da psiquiatria, assim como um olhar para o contexto histórico, social e político referente à loucura.

3.1. Da Idade Média ao Século XIX

A loucura, ao longo da história, foi vista e abordada de diversas formas, isto é, as percepções e as representações acerca da loucura, ao longo da história da humanidade, modificaram-se e sofreram ressignificações, de acordo com o momento político, social e cultural da humanidade. Na antiguidade, por exemplo, relacionava-se a loucura a aspectos místicos, e a loucura era percebida como ligada aos deuses, e por eles governada. Pessotti (1996) afirma que, no fim do século II *d.C.*, a loucura era vista conforme três perspectivas: era obra da intervenção dos deuses, era produto dos conflitos passionais do homem, e, por último, a loucura afigurava-se como efeito de disfunções somáticas, causadas eventualmente, e sempre de forma mediada, por eventos afetivos. Na Idade Média, a loucura era tida como castigo de Deus, como a lepra e outros males. Na Europa, especificamente em Paris, na Idade Média, havia cerca de 19 mil leprosários, e, a partir do século XV, com o fim das Cruzadas, a lepra tinha como lugar a segregação. Com o término dos focos orientais da infecção, ficaram sem utilidade esses lugares obscuros, e os ritos não estavam mais destinados a suprimi-la, mas a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la em uma exaltação inversa. A lepra, desaparecida ou quase, legou as estruturas, e,

freqüentemente, nos mesmos locais, os jogos de exclusão foram retomados pelos pobres, vagabundos, presidiários e as “cabeças alienadas”, (Foucault, 1997, p. 6).

Para Pacheco (2005) no Renascimento, havia uma “voz” da loucura com certa positividade que foi elidida no período clássico e transformada em patologia na era moderna. No Renascimento, o louco passou a ter lugar na literatura, por exemplo, na obra Cervantes, com seu herói quixotesco, e na obra de Shakespeare, com os delírios hamletianos.

O Renascimento foi um momento de visibilidade do louco, no entanto, e as idéias de Descartes e as revoluções burguesas podem ter levado um sentido negativo à loucura e ao seu desregramento. Nesse período, no imaginário renascentista, as múltiplas significações para a loucura, passaram a ser “objeto” de trânsito na cultura, nas instituições, nas práticas sociais e nos posicionamentos individuais.

Uma concepção trágica e uma consciência crítica foram a marca registrada da Renascença, que propiciaram significações ainda não definitivas a respeito da loucura, percebidas em diferentes formas de arte e suas linguagens específicas (Pacheco, 2005).

Com o desenvolvimento das ciências naturais e o crescente fortalecimento de uma ciência calcada nos ideais positivistas no século XVII, ocorreu a chamada revolução científica, que marcou a ruptura com as concepções científicas e filosóficas existentes naquele momento. Essa revolução teve como um dos seus pressupostos, que para se chegar à verdade, o observador deveria despir-se de todos os seus “preconceitos ou enviesamentos culturais, pessoais ou subjetivos” (Reis, 1998, p. 54). Nesse século, o paradigma psiquiátrico teve início e foram criadas as casas de internamento para indigentes, homossexuais, epiléticos,

alienados, dentre outros pertencentes à população excluída, com o objetivo de ordenação do espaço social de um continente que pretendia redimensionar o mundo da miséria.

No entanto, com a Revolução Francesa, no século XVIII, a loucura tomou forma de doença. Castel (1978) mostra o vácuo político deixado por ocasião da abolição das *Lettres de cachet*, em 27 de março de 1790, e cita trecho do documento:

As pessoas detidas por causa de demência ficarão, durante três meses, a contar do dia da publicação do presente decreto, sob os cuidados de nossos procuradores, serão interrogadas pelos juízes nas formas de costume e, em virtude de suas prescrições, visitadas pelos médicos que, sob a supervisão dos diretores de distrito, estabelecerão a verdadeira situação dos doentes, fim de que, segundo a sentença proferida sobre seus respectivos estados, sejam relaxados ou tratados nos hospitais indicados para este fim, ou seja, deixam de existir de forma abrupta os atores políticos detentores do controle sobre o comportamento: o Rei, a administração real e a família (p. 9-10).

Assim, nesse momento, segundo Castel (1978), o louco recebeu o *status* de doente, em virtude da não-homogeneização de encargos que continuaram a controlar criminosos, vagabundos, mendigos e outros marginais. O louco era reconhecido em sua diferença com base nas características do aparelho que o tratavam. Surgiram, nessa ocasião, para suprir o vácuo político, as figuras de juízes, procuradores, administradores locais e médicos que tinham como missão articularem para esse novo momento.

Em 30 de junho de 1838, ocorreu a primeira grande medida legislativa de reconhecimento do direito à assistência e à atenção para a categoria de indigentes ou de doentes mentais, portanto, nessa ocasião, surgiram o asilo, o primeiro corpo de médicos-funcionários e um saber especial (Castel, 1978).

Estavam lançadas as bases da prática médica psiquiátrica, e segundo Amarante (1995), a desrazão gradativamente perdeu espaço, e a alienação ocupou o seu lugar, como critério de distinção do louco conforme a ordem social.

Pinel foi o representante da figura do médico clínico precursora no estabelecimento da doença como pertencente à ordem da moral, inaugurando, assim, um tratamento da mesma forma adjetivado (Amarante, 1995). Pinel (s/d) postulou o isolamento como forma fundamental de executar os regulamentos da polícia interna e observar a sucessão de sintomas apresentados pelo doente para, então, descrevê-los. Organizou-se assim, o espaço asilar, em que se tratava a loucura, dando-lhe unidade e com isso, a classificação dos doentes mentais. O asilo, além de lugar de tratamento moral, com o isolamento do doente, era um espaço para disciplinar os loucos, os desviantes da razão e da ordem. Amarante, (1996) afirma que Pinel acreditava que a alienação mental era um distúrbio das paixões, logo “torna-se possível tratar a alienação mental reeducando a mente alienada” (p. 49). Esse foi apenas o início de muitas ações disciplinadoras que ocorreram nos asilos, surgindo, então, formas de ações punitivas e castigos, justificados pelos inúmeros estigmas atribuídos ao louco, como agressividade, periculosidade, pois “ele é o único doente que não tem direito de ser doente porque é definido como perigoso para si mesmo, para os outros causa de escândalo público” (Basaglia & Gallio, 1991).

Grande parte dos pacientes permaneceram nos asilos por toda sua vida, não existindo qualquer alívio ou redução de seus sofrimentos psíquicos; pelo contrário, nos asilos os pacientes eram acorrentados, submetidos a sessões de eletro-choques, choques térmicos, insulínicos e outras ações violentas. É

necessário esclarecer que muitas dessas práticas ainda subsistem em projetos terapêuticos que se propõem a tratar a loucura.

As idéias de Pinel subsistiram através dos séculos, em razão do pilar do positivismo, da neutralidade científica. Minayo (2004) esclarece que o pressuposto da neutralidade científica está no fato da ciência ou da produção científica deixar de fora tudo que não é fato e que se encontra na esfera de valores, pois “a ciência se ocupa do fato e deve buscar se livrar do valor” (p. 39). Esse é o princípio que, de certa forma, possibilitou ao mundo negar a condição humana do doente mental, o alienado, o desprovido de razão, encarando-o então como menos humano.

A Pinel, foi delegada pelos reformadores da Revolução Francesa, a tarefa de criar um local em que a verdade do mal explodisse, tornando-se um *locus* de manifestação da verdadeira doença. Nesse contexto, inauguraram-se práticas centradas no baluarte asilar, estruturando-se uma relação entre medicina e hospitalização, fundada na tecnologia hospitalar e em um poder institucional com um novo mandato social: o de assistência e tutela. Com o novo estatuto, Pinel realizou sua reforma, para enfrentar um impasse; como é possível, na nova ordem de liberdade, fraternidade e igualdade a existência de um instrumento absolutista? Pinel, então, criou as colônias de alienados, e as algemas dos pacientes passaram as mãos do saber médico (Pinel s/d, citado por Amarante, 1995).

Em 1801, Pinel publicou o *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental*. Esta obra marcou o momento em que a psiquiatria propriamente dita é reconhecida como especialidade médica. Pinel foi considerado o libertador dos loucos por ter retirado das correntes os loucos que viviam trancados nas celas

dos asilos e tê-los deixado livre para caminhar nos pátios dos prédios dos asilos. Ao chegar a Bicêtre, o primeiro hospital no qual trabalhara em Paris, Pinel ficou perplexo com o estado em que encontrou os doentes nessa instituição, todos trancados em celas fortes e acorrentados, muitos havia alguns anos sem nenhum tratamento específico ou condições mínimas de salubridade. A partir de então, retirou-os das correntes e, para os mais violentos, mandou fazer camisas com grandes mangas que pudessem ser amarradas para conter o doente, sendo então inventor da camisa de força. Pinel acreditava na possibilidade de recuperação dos doentes e no aprendizado de sua condição de cidadãos, por meio de uma “pedagogia da cidadania” (Pacheco, 2005, p. 69).

A partir da segunda metade do século XIX, a psiquiatria teve um papel imperativo de ordenação dos sujeitos. Segundo Amarante (1995), a psiquiatria seguiu a orientação das demais ciências naturais, assumindo uma perspectiva positivista, um modelo centrado na medicina biológica, que se limitava a observar e descrever os distúrbios nervosos, intencionando um conhecimento objetivo do homem. Nesse momento, também se iniciou uma aliança entre a psiquiatria e o direito, de limites imprecisos que foi mantida, ao longo do século XIX, por duas idéias. De um lado, passou a prevalecer a irresponsabilidade criminal, que triunfou pela primeira vez com o indulto de Pierre Rivière, um parricida múltiplo, inocentado em 1836, por padecer de monomania, a primeira pessoa inocentada pelos tribunais por doença mental. De outro lado, havia a teoria da degeneração, que fundamentava a psiquiatria, ao lado dos conceitos de periculosidade, incurabilidade e cronicidade, com graves conseqüências, até os dias atuais, por exemplo, na atual medida de segurança, instrumento jurídico destinado aos pacientes psiquiátricos delituosos, considerados incapazes de responderem por

seus atos. O psiquiatra Morel, autor do termo degeneração, falava das naturezas degeneradas, classe perigosa, representantes malditos das mais perversas tendências do espírito, dos mais deploráveis desvarios do coração humano, e loucos, criminosos, alcoólatras, revolucionários e artistas ficaram sob a suspeita de sofrer distúrbios mentais degenerativos. Tratava-se das categorias médico-criminológicas que foram assumidas pela legislação mussoliniana e sua chamada polícia científica (Desviat, 1999).

Os alienistas aceitaram as características constitutivas dos novos asilos e dos manicômios. O otimismo em que baseava a psiquiatria dos primeiros alienistas, com sua confiança na possibilidade de cura do louco, própria daqueles tempos esclarecidos, dominados pela confiança na razão e no sujeito humano, logo esgarçou-se, em virtude de dois acontecimentos: a massificação dos asilos e a rápida vitória do organicismo. A massificação dos asilos foi rápida e provocou nos alienistas franceses a seguinte indagação: como era possível o tratamento moral, um tratamento que se pretendia psicológico e individualizado, quando a cada médico cabiam de quatrocentos a quinhentos pacientes.

O manicômio então assumiu três funções: a médica-terapêutica, cuja eficácia foi questionada desde muito cedo; a social, pois o manicômio, desde suas origens, converteu-se em refúgio para loucos e pobres, necessitados de um ambiente protegido de vida ou tutelar, e, por último, a função de proteção da sociedade perante um grupo populacional que geralmente era impossível de classificar, por meio da psicopatologia ou da psiquiatria, e que transitava no limite da legalidade, cuja forma de vida não costumava ser aceita pela maioria (Desviat, 1999).

3.2. Os Primeiros Movimentos da Reforma Psiquiátrica no Mundo e no Brasil

Tenório (2002), expõe em um artigo de revisão que o termo reforma e psiquiatria só se tornaram parceiras recentemente. Porém, elas andam juntas desde o próprio nascimento da psiquiatria, pois, foram os reformadores da Revolução Francesa que delegaram a Pinel a tarefa de humanizar e dar sentido terapêutico aos hospitais gerais, nos quais os loucos se encontravam recolhidos com outros marginalizados da sociedade.

As iniciativas reformadoras prosseguiram ao longo do século XIX, visando dar orientação científica aos estabelecimentos especializados. Na virada do século XX, ocorreu uma crítica centrada na insuficiência do asilo, produzindo, por exemplo, o modelo das colônias agrícolas.

No Brasil, a história da psiquiatria é a mesma do processo de asilamento, isto é, a história de um processo de medicalização social.

Amarante (1994) afirma que a ordem psiquiátrica é oferecida como um paradigma de organização modelar às instituições de uma sociedade que se organiza. O mesmo autor externa que a loucura só veio a ser objeto da intervenção específica do Estado com a chegada da família real, o que provocou mudanças sociais e econômicas e exigiu medidas eficientes de controle social, sem as quais se tornava impossível ordenar o crescimento das cidades e das populações, ocorrendo, assim, a participação da medicina na empresa de reordenamento do espaço urbano, o que acabou por desenhar o objeto no qual emergiu a psiquiatria brasileira.

O primeiro hospício de alienados do Brasil surgiu em um contexto político institucional de grande ebulição (Ramos & Geremias, 2007). Esses autores relatam que o momento histórico do país mostrava-se extremamente propício à criação do novo dispositivo médico legal e social. Por confluência de fatores políticos, sociais, profissionais e corporativos, econômicos e culturais, o crescimento demasiado rápido e desordenado da população do Rio de Janeiro e de seu espaço urbano, ocorridos pela transformação da cidade em capital do reino, com a vinda da corte portuguesa para o Brasil, acabaram repercutindo de forma extremamente negativa para a saúde geral da população, especialmente em termos da saúde mental. Nesse período, aumentou o número de alienados confinados nas prisões e cresceu a quantidade de pacientes recolhidos às horrorosas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia. O psiquiatra Juliano Moreira, citado no artigo de Ramos & Geremias (2007), assim descreveu as condições dos alienados mentais desse período:

Através de todo o período colonial, os alienados, os idiotas, os imbecis foram tratados de acordo com as suas posses. Os abastados, se relativamente tranqüilos, eram tratados em domicílio e às vezes enviados à Europa, quando as condições físicas do doente o permitiam, e aos parentes por si mesmos ou por conselho médico se afigurava eficaz a viagem. Se agitados, punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranqüilos, vagueavam pelas cidades, aldeias ou pelos campos, entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública.

Os agitados eram recolhidos às cadeias, onde barbaramente amarrados e piormente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente. A terapêutica de então era a de sangrias e sedenhos, quando não de exorcismos católicos ou fetichistas.

Escusado é dizer que os curandeiros e ervanários tinham também suas beberagens mais ou menos desagradáveis com que prometiam sarar os enfermos (p. 2).

Em 1830, a *Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro* lançou a primeira manifestação pública de protesto e repúdio contra a forma de tratamento cruel e desumano reservada aos alienados. O médico Dr. Cruz Jobim, na época relator dessa comissão, salientou a imperiosa necessidade de construção de um asilo especial para os alienados.

Segundo o artigo de Ramos & Geremias (2007), em 15 de julho 1841, José Clemente, então provedor do Hospital da Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro, dirigiu o seguinte ofício ao Ministro do Império:

O zelo de melhorar a sorte dos infelizes que, tendo a desgraça de perderem o juízo, não encontram nesta capital hospital próprio, onde possa obter tratamento adequado à sua moléstia, por serem insuficientes às enfermarias, onde são recebidos no Hospital da Santa Casa, me faz lembrar da necessidade de dar-se princípio a um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados; e debaixo destas vistas dei princípio a uma subscrição aplicada ao dito fim, que monta já à quantia de 2:560\$000; e espero que hoje mesmo esteja elevada a mais, segundo informações de pessoas encarregadas de a promoverem em diversos lugares desta província. Felizmente os meus votos são hoje auxiliados por outra subscrição, que a comissão da Praça do Comércio desta Corte acaba de pôr à disposição de S. M. o Imperador para ser aplicada à fundação de um estabelecimento de caridade, que for mais de seu imperial agrado.

E como nenhum outro possa ser mais importante; e S. M. o Imperador se dignasse de declarar-me que deseja ardentemente proteger esta Instituição, apresso-me em pôr à disposição do mesmo Senhor a sobredita quantia, que existe arrecadada, com a qual, junta à da subscrição promovida pela comissão da Praça do Comércio, se pode dar princípio à obra, na certeza de que a piedade dos fiéis lhe dará andamento com generosas esmolas.

E como seja indispensável lugar salubre e apropriado, com terreno suficiente para as comodidades e larguezas que estabelecimentos de semelhante natureza exigem, poderá o referido estabelecimento fundar-se na chácara que a Santa Casa da Misericórdia possui na Praia Vermelha, denominada do Vigário-Geral, e onde existe já uma enfermaria de alienados, que têm obtido melhoramentos, e alguns até um total restabelecimento; e há a possibilidade de comprar-se uma casa para enfermarias de homens, que se vende por 6:000\$000. E porque em tais fundações a construção do edifício é pouco em

comparação da despesa ordinária para o sustento dos estabelecimentos a Santa Casa da Misericórdia não terá dúvida em tomar esta a seu cargo, uma vez que se lhe confie a administração, como será de razão, e até conveniente, pois fornecerá o terreno e a subsistência futura do novo hospital; acresce que goza do merecido conceito de administrar bem seus estabelecimentos, que todos prosperam por uma maneira espantosa. Digne-se V. Ex. de levar todo o referido à soberana presença de S. M. o Imperador, para que haja por bem ordenar o que for mais do seu imperial agrado; e fará um ato que eternizará o fausto dia da sagração e coroação do mesmo augusto Senhor, a fundação de um hospital de alienados que poderia bem tomar a nome de Hospício de Pedro II. D. G. a V. Ex. Santa Casa da Misericórdia 15 de julho de 1841. Ilm. Exm. Sr. Cândido José de Araújo Viana, Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império. José Clemente Pereira. (p. 2).

É necessário esclarecer que essa ocasião coincidiu com a cerimônia de sagração e coroação do Imperador, e foi determinante, como parte das comemorações da coroação, a promulgação do Decreto Imperial nº 82, criando o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil e da América Latina, chamado de Hospício D. Pedro II. No entanto, a pedra fundamental do que veio a ser o imponente prédio do novo hospício foi lançado um ano mais tarde, precisamente no dia 5 de setembro de 1842. Mas, a inauguração deste hospício ocorreu em 5 de dezembro de 1852, onze anos depois de decretada a sua criação (Ramos & Geremias, 2007).

Do período da criação do Hospício Pedro II até a Proclamação da República os médicos criticaram severamente o hospício, pois reivindicavam o poder institucional que se encontrava nas mãos da provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, assim como da igreja, com ativa participação da Irmandade de São Vicente, setores mais conservadores do clero (Amarante, 1994). O Hospício Pedro II, em seus primeiros anos de funcionamento, teve dois grandes problemas: o primeiro, a superlotação e o segundo, o conflito entre autoridades. Já em 1854, o hospício encontrava-se com super lotação, e os

quartos que inicialmente eram individuais, abrigando até quatro pessoas. O problema mais sério, porém era o comando do hospício estar nas mãos das freiras vicentinas, que ignoravam as reflexões e as recomendações médicas. Os poucos médicos existentes nessa instituição ficavam subordinados aos desmandos das freiras, que, segundo denúncias, tratavam os internos de forma extremamente negligente e usavam os enfermeiros para aplicação de medidas violentas, coercitivas e desumanas, sem nenhum respaldo científico seriamente adotado. Estes conflitos geraram fortes críticas à administração do hospício, o que levou a inúmeras denúncias e reivindicações da classe médica. O médico Teixeira Brandão teve uma forte atuação nas denúncias contra os maus-tratos ocorridos no Hospício Pedro II, durante a gestão das freiras vicentinas, o que determinou a sua nomeação para a direção desse hospital (Pacheco, 2005). É interessante perceber que a instituição psiquiátrica no Brasil, em seus primórdios, percorreu os caminhos da filantropia, da clínica generalista, e somente algumas décadas após, assumiu a psiquiatria propriamente dita.

Ramos & Geremias (2007) fazem o seguinte comentário:

Em 29 de junho de 1892 é aprovado o novo regulamento da *Assistência Médico-Legal aos Alienados*, estabelecendo duas categorias de doentes internados: pensionistas e gratuitos. No ano seguinte, em 07 de outubro de 1893 (Decreto nº 1.559), foi inaugurado o *Pavilhão de Observação* (vinculado ao *Hospício Nacional de Alienados*), destinado a receber doentes mentais gratuitos enviados pelas autoridades públicas, onde permaneciam à disposição da prática acadêmica. Ali, o Dr. Teixeira Brandão, Professor de Clínica de Psiquiatria e de Moléstias Nervosas da Faculdade de Medicina, pioneiro no ensino da psiquiatria no país, ministrava aulas e, bem mais tarde, no ano de 1939, no mesmo prédio seria criado o Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil: o IPUB (atual Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IPUFRJ). (p. 8).

Com a Proclamação da República, a psiquiatria buscou modernizar-se em virtude do asilo, nos moldes arcaicos do Hospital Pedro II, assemelhar-se às instituições despóticas, filhas autênticas do absolutismo político, o que destoava do ideário liberal veiculado nos meios republicanos. Uma outra razão dessa modernização foi a nova ordem social que se constituiu fazendo que a psiquiatria passasse a atuar no espaço social, em que viviam as pessoas, e nas quais estruturavam as doenças mentais, que não se limitavam ao espaço cercado apenas pelo muro dos asilos. Com a chegada dos republicanos ao poder, em janeiro de 1890, o Hospício de Pedro II foi desvinculado da Santa Casa, passando a ser subordinado à administração pública, com o nome de Hospital Nacional de Alienados. Nessa ocasião, foi criada a assistência médico-legal aos alienados, primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República. Assim, criou-se, no âmbito da assistência, as duas primeiras colônias de alienados do Brasil e da América Latina, Colônia de São Bento e Conde de Mesquita. Simultaneamente, foram criadas as colônias de Juquerí, em São Paulo, e da Vargem Alegre, no estado do Rio de Janeiro. Essas medidas caracterizam a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que teve como escopo a implantação do modelo de colônias na assistência aos doentes mentais (Amarante, 1994).

Em 1903, o médico Juliano Moreira foi nomeado diretor da Assistência Médico-legal aos Alienados e do Hospício Nacional de Alienados. Sua nomeação ocorreu em uma ocasião de intervenção federal no hospício nacional e nas colônias, em decorrência de irregularidades orçamentárias e administrativas. Juliano Moreira acabara de retornar de uma viagem de estudos à Europa. Sua formação médica e acadêmica ocorreu na Bahia, onde era professor assistente da cadeira da Clínica de Psiquiatria e Doenças Nervosas da Faculdade da Bahia.

Ele concluiu seu curso de doutorado em 1891 com tese denominada Sífilis maligna e precoce. Juliano Moreira ocupou o cargo de diretor do Hospício Nacional de Alienados por 28 anos, quando foi destituído pelo governo provisório de Getúlio Vargas. Em razão de sua liderança duradoura e de sua elevada formação e atuação prática, Juliano Moreira tornou-se conhecido como mestre da psiquiatria brasileira, e a sua ideologia médica, de tradição alemã, enraizava-se fortemente no biologicismo ou organicismo (Ramos & Geremias, 2007). O organicismo triunfara no século XX, e, segundo Birman (1978), a concepção teórica da doença mental não se vinculava mais diretamente à fenomenologia social da desordem. Inversamente, ela se aproximava do tronco comum da medicina cujas tendências organicistas se acentuavam.

A Segunda Guerra Mundial foi um período em que grandes contingentes populacionais viviam em extremo estado de miserabilidade social, o que foi determinante para as mudanças que ocorreram após o término da guerra. Conforme Barros (1994), a guerra parece ter sido a primeira ocasião histórica de uma nova linguagem e de um redimensionamento da psiquiatria institucional. Uma nova reforma da psiquiatria tornava-se imperativa, diante do desperdício da força de trabalho humano que se realizava na sua única forma de tratamento: o asilo.

De acordo com Amarante (1995), o questionamento sobre os asilos e seu *modus operante* ocorrera de maneira importante na Europa e na América do Norte. Na cidade de Birmingham, na Inglaterra, no Montheffield Hospital, em 1946, tiveram início as comunidades terapêuticas, trabalho iniciado por Bion & Reichman, o qual foi consagrado por Maxwell Jones, em 1959. O termo comunidade terapêutica, segundo Amarante (1995), passou a caracterizar um

processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, mediante medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar. A idéia das comunidades terapêuticas era de envolver a família, os profissionais e o paciente no processo terapêutico; isto é, tornar o paciente sujeito nesta troca de experiências.

Jones (1972 citado por Amarante, 1995) cunhou a expressão aprendizagem ao vivo, isto é,

(...) a oportunidade de analisar o comportamento em situações reais do hospital representa uma das maiores vantagens da comunidade terapêutica. O paciente é colocado em posição onde possa, com o auxílio de outros, aprender novos meios de superar as dificuldades, relacionar-se positivamente com pessoas que o podem auxiliar. Neste sentido, uma comunidade terapêutica representa um exercício ao vivo que proporciona oportunidades para as situações de aprendizagem ao vivo (p. 29).

A comunidade terapêutica foi uma experiência importante para as mudanças ocorridas no interior do hospital, mas ela não conseguiu atingir o problema da exclusão, que fundamenta a própria existência do hospital psiquiátrico e, portanto, não poderia ir além dele (Rotelli, 1994 citado por Amarante, 1995).

Na França, seguindo os passos das comunidades terapêuticas, surgiu o movimento denominado psicoterapia institucional, com a idéia de que a instituição tem características doentias e, por isso, deve ser tratada, pois não são os muros do hospital que fazem dele um manicômio, mas as pessoas que prestam cuidados, e os enfermos que nele vivem (Dessauant, 1971 citado por Desviat, 1999). A psicoterapia institucional foi uma tentativa mais rigorosa de salvar o

manicômio, isto é, procurou organizar o hospital psiquiátrico como um campo de relações significantes, buscando utilizar, com um sentido terapêutico, os sistemas de intercâmbio existentes no interior da instituição, isto é, os sistemas de verbalização daquilo que acontece (Desviat, 1999). A nova política institucional abandonou o conceito de assistência e propôs projetos terapêuticos individuais, considerando, ao mesmo tempo, a dimensão pública e coletiva dessa medida de saúde.

A psicoterapia institucional recebeu inúmeras críticas, por não se opor ao espaço asilar, porém ela lançou as bases da psicoterapia de setor, que tinha como objetivo o resgate do caráter terapêutico da psiquiatria e, ao mesmo tempo, contestar o asilo como espaço terapêutico (Gondim, 2001). A psicoterapia de setor apresentava-se como um movimento de inspiração de Bonnafé e outros psiquiatras progressistas que, no período posterior à Segunda Guerra Mundial, entraram em contato com os manicômios franceses e reivindicaram sua imediata transformação (Amarante, 1995). O setor era o espaço territorial do paciente ligado a sua comunidade, o que, segundo Castel (1978 citado por Amarante, 1995) representa a matriz da política psiquiátrica francesa ocorrida nos anos 1960 e consiste em transferir para a comunidade o dispositivo de atendimento dos doentes mentais, que era exclusivo do hospital psiquiátrico. Todavia, esse movimento também não foi além do hospital psiquiátrico, pois, embora ligado aos serviços externos, não realizou nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria (Rotelli, 1994 citado por Amarante, 1995).

O cenário no continente norte-americano também era de reformas e o seu projeto de reforma da psiquiatria foi denominado psiquiatria preventiva, também conhecida como comunitária, cujo objetivo central era a prevenção e a

erradicação das doenças mentais. Segundo Amarante (1995), a psiquiatria preventiva tinha a proposta de ser a terceira revolução após as efetuadas por Pinel e Freud, pelo fato de ter descoberto a estratégia de intervir nas causas ou no surgimento das doenças mentais, almejando assim, fundamentalmente, a promoção da saúde mental. A psiquiatria preventiva representou a demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais cedeu lugar ao novo objeto: a saúde mental.

O presidente Kennedy, em 5 de fevereiro, de 1963, anunciou o programa como o início de uma revolução na psiquiatria norte-americana.

Amarante (1995) cita o discurso do Presidente Kennedy no ano de 1963:

Proponho um programa nacional de saúde mental que consiste na inauguração de uma ênfase e de uma abordagem inteiramente novas para cuidar dos doentes mentais (...). Governantes em todos os níveis – federal estadual e local – as fundações particulares e cada cidadão devem arcar com suas responsabilidades nessa área (p. 36).

Nesse período, os Estados Unidos da América estavam às voltas com problemas extremamente graves, tais como a guerra do Vietnã, o brusco crescimento do uso de drogas pelos jovens, o aparecimento de gangues de jovens desviantes, o movimento *beatnik*, enfim, uma série de indícios de profundas conturbações no plano da adaptação da sociedade e da cultura, da política e da economia (Amarante, 1995).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) aderiram ao programa norte-americano e esse modelo foi levado a inúmeros países do terceiro mundo.

A psiquiatria preventiva significava, conforme Amarante (1995), um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico-

psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais. Tal processo representava a existência de uma atualização e de uma metamorfose do dispositivo de controle e disciplinamento social, desde a política de confinamento dos loucos até a moderna promoção da sanidade mental. Estava então implícita a racionalidade, de forma que uma melhor distribuição das despesas estatais pudesse humanizar o tratamento psiquiátrico e também racionalizar as condutas terapêuticas. A esse tipo de mudança ou atualização do dispositivo de controle, Castel (1978), chamou *aggiornamento*, o qual segundo Amarante (1995), estipula territórios de competência, cabendo aos saberes psiquiátricos-psicológicos a mediação da constituição de um tipo psicossociológico ideal, traduzindo um complexo mecanismo de controle e normatização de expressivos segmentos sociais, marginalizados pelas mais variadas causas.

A psiquiatria preventiva teve em Gerald Caplan sua máxima expressão, para quem na comunidade são identificadas as causas de doenças de alguns e as razões da saúde de outros, podendo-se, assim, manipular algumas circunstâncias da população, a fim de diminuir o surgimento de novos casos (Caplan, 1966). O autor demonstra seu caráter eugenista ao afirmar que os fatores de resistência ou vulnerabilidade podem ou não ser manipulados, isto é, com o conhecimento genético, especificamente sobre os cromossomos, pode-se intervir eugenicamente para a modificação de padrões genéticos em uma população, e, assim, aperfeiçoar a dotação constitucional fundamental de seus membros. Trata-se de aspectos normalizadores e adaptacionistas da noção de saúde mental, uma vez que muitas perturbações mentais resultam da inadaptação e do desajustamento, de modo que, pela intervenção adequada, é

“possível conseguir um ajustamento e uma adaptação saudáveis” (Caplan, 1966, p. 42).

A experiência italiana em relação às reformas foi a que provocou maior impacto, pois, além do corte radical na assistência psiquiátrica, promoveu também uma nova forma de conhecer a doença mental. Na década de 1960, em Gorizia (Itália), o paradigma asilar sofreu sua grande ruptura em relação à constituição da psiquiatria com seu saber sobre a loucura. Essa ruptura teve em sua sustentação teórica, a antipsiquiatria inglesa, que, em seus pressupostos básicos, questionava criticamente a ciência da psiquiatria como única detentora do saber sobre a doença mental, mais propriamente, a esquizofrenia.

Para Cooper (1973),

Se quer falar de violência que brada, que se proclama em tão alta voz que raramente é ouvida, é a sutil, tortuosa violência perpetrada pelos outros, os “sadios”, contra os rotulados de loucos. Na medida em que a psiquiatria representa os interesses ou pretensos interesses dos sadios, podemos descobrir que, de fato, a violência em psiquiatria é preeminentemente a violência da psiquiatria. (p. 31).

Não foi somente a antipsiquiatria que influenciou a reforma psiquiátrica na Itália, mas também a sociologia, de tradição marxista italiana, do existencialismo e da teoria crítica (escola de Frankfurt). Em Gorizia, o hospital foi transformado em comunidade terapêutica por Franco Basaglia, na ocasião, diretor do hospital e precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana. Com outros psiquiatras, Basaglia “propôs a devolver o doente mental à sociedade desarticulando a instituição, o manicômio” (Desviat, 1999, p. 42). Porém, no contexto de comunidade terapêutica, Basaglia e sua equipe depararam-se com a “gestão comunitária que procurava apenas humanizar o manicômio, não colocava em

discussão as relações de tutela e custódia e nem questionava o fundamento de periculosidade social contida no saber psiquiátrico” (Barros, 1994, p. 59). Segundo Amarante (1995), tornava-se urgente operar um deslocamento com base na crítica e superar a simples humanização do *lócus* manicomial. Estabelecem-se então o nexos psiquiatria/controle social/exclusão e, portanto, a conexão intrínseca entre interesses político-sociais mais amplos e a instituição da ciência psiquiátrica.

Basaglia, então, por meio da experiência de Gorizia, compreendeu que o manicômio tinha uma finalidade: a de controle social. Em Trieste, Basaglia iniciou o processo de desmontagem do aparelho institucional. Em 1971, o grande hospital de Trieste que até então abrigava os doentes mentais foi aberto à comunidade e passou a fazer parte da arquitetura da cidade (Gondim, 2001),

Dell'acqua (1991 citado por Rotteli, 1992) assinala que

a experiência de Trieste levou a destruição do manicômio ao fim da violência do aparato da instituição psiquiátrica tradicional, demonstrando que era possível a constituição de um “circuito” de atendimento que ao mesmo tempo em que oferecia e produzia cuidados oferecesse e produzisse novas formas de sociabilidade e de subjetividade aos que necessitassem da assistência psiquiátrica (p. 44).

Basaglia, ao escrever *Instituição negada*, deixa claro que a reforma psiquiátrica italiana não se resumia na negação do hospital psiquiátrico, mas na psiquiatria como ideologia, como ciência que se apodera de um mandato social. (Amarante, 1995).

Amarante (1995) discorreu sobre o projeto de transformação de Basaglia, externando que se trata essencialmente de um projeto de

desconstrução/invenção no campo do conhecimento, das tecnociências, das ideologias e da função dos técnicos intelectuais.

Somente em 1978, na Itália, a Lei nº. 180 foi promulgada, estabelecendo mudanças no estatuto político do paciente, proibindo novas internações e construções de novos hospitais psiquiátricos, estabelecendo a abolição do estatuto de periculosidade do doente mental. Dessa forma, o paciente tornava-se cidadão de pleno direito, mudando então a natureza do contrato de serviços por ele utilizado (Gondim, 2001).

A experiência italiana é a precursora do manicômio e do paradigma psiquiátrico, e, também, a propulsora dos avanços em saúde mental no mundo.

3.3. A Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil

De acordo com a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental (2005), o processo de reforma psiquiátrica no Brasil teve sua origem no movimento sanitário da década de 1970, tendo como referências a experiência italiana e o modelo das comunidades terapêuticas que, segundo Delgado (1992, p. 47), é “o seu antepassado nobre e generoso”. A reforma psiquiátrica no Brasil teve como foco a mudança dos modelos de gestão e atenção nas práticas de saúde, a defesa da saúde coletiva, a equidade na oferta dos serviços e a participação dos trabalhadores e usuários no serviço de saúde, nos processos de gestão e produção de tecnologia de cuidado. A reforma psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em território diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado de serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações com pessoas com transtornos mentais e

de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e na opinião pública, (Delgado, 1992).

A reforma psiquiátrica brasileira então é entendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes e valores sociais e culturais, isto é, o processo da reforma psiquiátrica que se dá no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e relações interpessoais marcados por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Segundo Amarante (1995), o movimento da reforma psiquiátrica brasileira eclodiu com a Crise DINSAN (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor de saúde mental. Em abril de 1978, ocorreu a deflagração de uma greve de profissionais de quatro unidades da DINSAN no Rio de Janeiro, resultando na demissão de 260 estagiários e profissionais.

De acordo com Amarante (1995), a crise aconteceu em virtude das precárias condições em que se encontravam essas instituições, marcadas por violências e climas de ameaças aos profissionais e aos pacientes. A crise recebeu o apoio do Movimento da Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiros do Estudo da Saúde (CEBES). Houve reuniões periódicas de grupos, de comissões, assembléias em espaços de sindicatos e demais entidades da sociedade civil. Foram organizados o Grupo de Saúde Mental do CEBES e o Núcleo de Saúde Mental do Sindicato dos Médicos, a semente dos Movimentos dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). O MTSM denunciou a falta de recurso nas unidades e a conseqüente precariedade nas condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população e seu atrelamento às políticas de saúde mental e trabalhista nacionais. O caráter trabalhista e humanitário causou grande impacto e

repercussão no movimento, que conseguiu manter-se por cerca de oito meses em destaque na grande imprensa.

O MTSM denunciou a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada de assistência, e, ao mesmo tempo fez uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtorno mental. Como já foi dito, a experiência italiana de desinstitucionalização e sua crítica radical ao manicômio foram fontes de inspiração para a reforma psiquiátrica brasileira.

O Segundo Congresso Nacional do MTSM, realizado em Bauru-SP, em 1987, sob o lema *Por uma sociedade sem manicômios* deu início ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, coincidindo, nesse mesmo ano, com a realização da primeira Conferência Nacional da Saúde Mental Rio de Janeiro. É necessário realçar o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o processo da intervenção, pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos, em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de precárias condições, maus-tratos e mortes de pacientes. Esta intervenção teve uma repercussão nacional e demonstrou, de forma inequívoca, a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivos em substituição, ao modelo do hospital psiquiátrico. Os CAPS apresentam como proposta de atendimento uma atenção ao paciente, conferindo-lhe credibilidade em suas queixas e em suas necessidades. O CAPS foi o início de uma rede de serviços intermediários entre a “hospitalização com seus riscos de cronificação e segregação e o pleno serviço da cidadania” (Yasui, 1990, p. 52). O CAPS é então um serviço aberto, comunitário, de referência e regionalizado, um espaço para reflexão, supervisões clínicas, reuniões de familiares.

O CAPS assume um papel estratégico, pois ele organiza a rede de atenção das pessoas com transtornos mentais nos municípios, articula estratégias dessa rede e da política da saúde mental em um determinado território. É importante destacar que os CAPS são substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. Os CAPS têm ainda como função o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, sempre procurando preservar e fortalecer os laços sociais do paciente em seu território. Somente no ano de 2002, o Ministério da Saúde repassou uma linha específica de financiamento para os CAPS que estão surgindo nos municípios brasileiros. Os CAPS irão expandir-se por todo território nacional, em substituição aos manicômios e ao hospital psiquiátrico. Segundo dados no Ministério da Saúde/Coordenação de Saúde Mental existem hoje no Brasil 689 CAPS em funcionamento em quase todas as regiões brasileiras. (Yasui, 1990).

No ano de 1987, foram implantados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas por dia, responsáveis pela criação das cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. Em Santos, o NAPS é a referência e o marco da reforma psiquiátrica brasileira. (Yasui, 1990).

No ano de 1989, deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT-MG) que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, o que marcou o início do movimento da reforma psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

A Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, com o poder de controle social exercido pelos Conselhos Municipais de Saúde.

No ano de 2001, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, a proposta do Paulo Delgado foi sancionada, porém com a aprovação de um substitutivo do projeto de lei original, com modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal nº 10.216/2001 redireciona a assistência em saúde mental privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. A promulgação da Lei nº 10.216/2001 e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental passaram a nortear a política de saúde mental do governo federal, sempre alinhada com as diretrizes da reforma psiquiátrica, que se consolidou, ganhando maior sustentação e visibilidade.

O Ministério da Saúde criou linhas de financiamento para os CAPS, e foi criado o Programa de Volta para Casa, por intermédio da Lei Federal nº 10.708, sancionada em 2003 pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva. O Programa de Volta para Casa é um dos instrumentos mais efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização. Trata-se de uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios. Esse programa é uma concretização de uma reivindicação histórica do movimento da história psiquiátrica brasileira. O seu objetivo é o de contribuir para o processo de ascensão social das pessoas com história de longas internações psiquiátricas por meio de pagamento mensal de auxílio alimentação

no valor de aproximadamente cento e dez dólares (aproximadamente, duzentos e quarenta reais) aos seus beneficiários.

Segundo Desviat (1999), o Brasil empreendeu, em um curto espaço de tempo, a sensibilização da sociedade e de seus líderes culturais, políticos e sociais no tocante ao consenso necessário entre profissionais, acerca de alguns objetivos claros em relação ao tratamento psiquiátrico, que em outros países levou muitos anos. O autor afirma que a originalidade brasileira reside na forma de integrar, no discurso civil e na consciência social, a trama de atuações que um programa comunitário deve incluir e também de inventar novas formas de atendimento, com base na participação dos diversos agentes sociais.

A reforma psiquiátrica no Brasil abriga uma grande diversidade de experiências, razão não só da sua dimensão territorial, mas também em decorrência da diversidade cultural, política e social do país, que também diz respeito às diversas maneiras como a reforma psiquiátrica é recebida e aceita nos diferentes locais do país. Embora o movimento tenha alcançado grandes espaços na cultura brasileira, ainda existe uma grande resistência à transformação dos hospitais psiquiátricos em serviços abertos de atenção a saúde mental. Um dos fatores que pode explicar essa resistência é a existência de um imaginário social construído cultural e historicamente e que associa diretamente loucura, periculosidade, irresponsabilidade e imprevisibilidade. Esse imaginário social ancora-se na própria história da loucura na cultura ocidental.

Assim, diante do discutido até então, cabe investigar as conexões entre as práticas dos trabalhadores em saúde mental em um CAPS no novo modelo de atenção em saúde mental, e o conhecimento desses trabalhadores acerca do

louco infrator, assim como suas representações sociais elaboradas nesse contexto social, foco desta pesquisa.

Nesse novo contexto, há questionamentos acerca das novas práticas e possíveis transformações ou a manutenções de atitudes preconceituosas em relação a essa população, pois essa nova forma de atendimento clínico impõe ao trabalhador da saúde mental uma nova forma de atuação, o que, em termos de dinâmica das representações sociais, pode levá-las a diferentes formas, se as novas práticas estiverem ou não em contradição com as representações antigas (Flament, citado por Campos & Loureiro, 2003). O impacto das velhas e as novas representações sociais acerca do louco infrator e o papel do trabalhador em saúde mental, quer mantendo ou influenciando e determinando novas práticas nos CAPS, irão nortear este trabalho. Como bem afirma Torres *et al.* (2005), o trabalhador em saúde mental é peça fundamental em um jogo em que a exclusão das diferenças sempre esteve à frente na partida. A qualificação, a supervisão e o acompanhamento são de extrema importância para que o novo não sucumba à pressão do velho e acessível modo de tratamento manicomial. Nesse sentido, a teoria das representações sociais (TRS) revela-se um importante instrumento de investigação sobre o conhecimento e a prática do trabalhador de saúde mental em relação ao louco infrator.

A seguir faremos uma contextualização dos aspectos conceituais do louco infrator, da medida de segurança que esses pacientes recebem ao serem diagnosticados como inimputáveis e as diretrizes de ressocialização do louco infrator propostas pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental de dos programas de ressocialização do louco infrator no Brasil.

4. ASPECTOS CONCEITUAIS DO LOUCO INFRATOR E A MEDIDA DE SEGURANÇA: EM BUSCA DA RESSOCIALIZAÇÃO

A Psiquiatria Forense é uma área de estudos que compreende as regras e as leis do portador de doença mental sendo protegido seu estado patológico, além do cuidado à sua saúde (Gomes, 1973). Ela envolve também as áreas relacionadas como a criminologia, a legislação e a técnica pericial.

A partir do momento que fica declarada a insanidade mental de um indivíduo infrator, ele é então, obrigado a cumprir uma medida de segurança, que se estende entre um e três anos, sem previsão de liberdade ou alta. Assim, ele fica restrito ao ambiente no qual cumprirá sua pena. Uma vez tendo sido sentenciado à medida de segurança, o louco infrator terá que cumprir sua pena em instituições psiquiátricas judiciárias ou manicômios judiciários, sendo que estes visam “à cessação da periculosidade” do infrator para que ele possa voltar à sociedade.

No contexto da Psiquiatria Forense, dois conceitos são de fundamental importância: a imputabilidade e a inimputabilidade.

A imputabilidade se refere ao que é imputável, ou seja, aquele indivíduo que no momento no qual cometeu o delito tinha sua sanidade mental completa, a capacidade de compreensão do crime e de suas penalidades, além da liberdade de escolha entre praticar ou não o crime (Palomba, 2003). Ser imputável, então, implica em ter capacidade para ser culpado, ou seja, o indivíduo é culpável (Mirabete, 2004).

Já a inimputabilidade se refere à não-capacidade de entender um ato como ilícito, ou seja, um indivíduo que no momento do ato, por questões como retardo

e/ou outras patologias mentais, não foi capaz de julgar seu ato como ilícito (Mirabete, 2004). Nestes casos, elimina-se a culpabilidade dos portadores de transtornos mentais, e estes ficam isentos da pena.

Para Tourinho (2001) é fundamental uma meticulosa avaliação dos detalhes do momento no qual ocorreu o delito, para que assim haja a certeza da inimputabilidade do infrator. Caso seja visto como inimputável, o indivíduo então, será absolvido, porém recluso em instituições hospitalares. E, para voltar à sociedade, faz-se necessário o atestado de cessação de periculosidade emitido pela equipe profissional.

A sociedade, então, busca vários meios de conter a criminalidade, submetendo os criminosos a medidas que minimizem a reincidência destas ocorrências. Estas medidas são chamadas medidas de segurança.

As medidas de segurança têm como principal objetivo oferecer à sociedade uma nova forma de reingresso do infrator portador de transtornos mentais, funcionando como uma forma de proteção à sociedade e como método de tentativa de cura. Mas isto não ocorre na prática, já que o sistema carcerário para estes casos é precário.

Após reforma do código penal em 1984, algumas medidas de segurança foram propostas. Ficou determinado, por exemplo, que o infrator imputável, enquanto detentor de culpabilidade deverá cumprir sua pena, já o inimputável deverá ser internado em hospitais de custódia e o semi-imputável ficará em unidade de tratamento ambulatorial (Capez, 2003).

E a cessação de periculosidade se refere a um atestado, que pode ser realizado após determinados exames, assim que a pena tenha sido cumprida pelo

infrator. Mas, Oliveira (2004) afirma que essa prática não é comum, já que os peritos em geral, têm medo de atestar esta cessação.

4.1. Legislação Psiquiátrica do Louco Infrator no Brasil

Atualmente o Brasil conta com uma vasta legislação em saúde mental, mas para que isso ocorresse foi necessária uma efetiva transformação do modelo de atenção à saúde como um todo e dentro dele a saúde mental.

Essa transformação teve início com a proclamação da República em 1889, mas foi a eleição de Teixeira Brandão para o Congresso Nacional em 1903 que propiciou oportunidade de mudanças. Teixeira Brandão obteve do congresso a aprovação do decreto 132, de 22 de dezembro de 1903, que estabelecia normas para a internação dos alienados. Ficava proibido manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos. O artigo 11 deixava explícito que, "enquanto os Estados não possuírem manicômios criminais, os alienados delinqüentes e os condenados alienados, somente poderão permanecer em asilos públicos nos pavilhões que especialmente se lhes reservem". Como consequência da lei, foi instalada uma enfermaria destinada à internação dos alienados delinqüentes e à observação dos acusados suspeitos de alienação mental no Hospício Nacional de Alienados. Surgiu a Seção Lombroso que funcionava com muitos problemas e que foi extinta com a criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro em 1921. (Piccini, 2002)

Machado (2006) afirma que o envolvimento das diversas instâncias sociais articuladas com o Estado garante uma pauta de reivindicações mais próxima das verdadeiras necessidades da população e, portanto, mais justas. Algumas das vias pelas quais se insere a sociedade civil nas discussões e na elaboração das

políticas públicas de saúde são as conferências locais e nacionais de saúde, em que se fomentam proposições que resultam em ações de fato transformadoras no âmbito da saúde.

Alguns eventos destacam-se como marcos históricos importantes como, por exemplo, a promulgação da nova Constituição Brasileira em 1988, que em seu capítulo sobre a saúde guarda reflexos das proposições do movimento popular de reforma sanitária. Nela fica determinado que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

As Conferências Nacionais e Regionais de Saúde também se consagram importantes, pois são determinantes para a formulação de projetos de reforma sanitária e psiquiátrica. Logo após a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, da qual saíram recomendações importantes, como a necessidade da união de esforços entre trabalhadores e sociedade civil para o redirecionamento das práticas em saúde mental, ênfase na participação popular para a elaboração e execução de políticas públicas de saúde mental e o redirecionamento dos investimentos financeiros do sistema público de saúde (antes dirigidos à manutenção de leitos psiquiátricos) para a estruturação de serviços extra-hospitalares.

Outro evento importante foi a III Conferência Nacional de Saúde Mental – realizada em 2002, que teve como tema central “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Destacamos um trecho do relatório final da III CNSM, que contém alguns dos seus aspectos mais importantes:

O processo da reforma psiquiátrica, compreendido como transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais, é marcado por desafios e conflitos [...] buscamos, sobretudo transformar as formas de lidar com a experiência da loucura e da invalidação, e de produzir novas possibilidades de vida e de relações sociais [...] o processo de Reforma Psiquiátrica não se faz apenas com leis e propostas; essas precisam ser efetivamente implantadas e exercitadas no cotidiano das transformações institucionais, dos serviços e das práticas e relações interpessoais. (MS, 2002, p. 19-20).

Alguns documentos também são bastante relevantes para o contexto da reforma psiquiátrica. Documentos elaborados por instituições internacionais, como a Organização das Nações Unidas e a Organização Mundial de Saúde, ajudam a subsidiar as ações do movimento, pois expressam valores fundamentais e trazem em sua essência a preservação dos Direitos Humanos.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a reabilitação psicossocial pode ser definida como um “conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários” (Pitta, 2001, p.21).

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil provocou a elaboração de várias leis que surgem no sentido de garantir os direitos humanos das pessoas em sofrimento mental e o redirecionamento das práticas manicomiais para ações substitutivas a este modelo, ao mesmo tempo, aprovadas as leis, elas fortalecem o movimento e provocam a reestruturação da rede de atenção à saúde mental no país.

Merecem destaque: a Lei Federal nº 10.216, de 06 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. Entre as principais questões abordadas na lei estão: garantia de acesso ao melhor tratamento disponível; garantia de tratamento humanizado, respeitoso, livre de abusos e realizado por meios menos invasivos; foco na recuperação, reinserção na família, na comunidade e inserção na esfera do trabalho; garantia de privacidade e sigilo sobre os casos; garantia de atendimento interdisciplinar; garantia de acesso aos meios de comunicação, garantia de acesso à informação sobre a doença e o tratamento, garantia de que o tratamento seja feito preferencialmente em serviços comunitários. Por fim, a lei recomenda que a internação só seja indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

A Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Entre as principais questões abordadas na lei estão: auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social fora de unidade hospitalar e garantia ao beneficiário de atenção continuada em saúde mental.

Quanto às portarias do Ministério da Saúde, destacamos as que definem dispositivos terapêuticos substitutivos ao modelo de internação integral, como a Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que cria os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), a Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, que cria os SRT (Serviços Residenciais Terapêuticos) e a Portaria Interministerial nº 628, de 2 de abril de 2002, que tem como propósito contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais freqüentes à saúde da população penitenciária brasileira e tem como público alvo, 100% da população penitenciária brasileira, confinada em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas.

4.2. As Conferências Nacionais de Saúde Mental: Propostas Para a Problemática do Louco Infrator

As conferências ocorrem em momentos importantes envolvidos com os movimentos sociais que apóiam a reforma psiquiátrica. Nestes eventos são discutidos temas que favorecem mudanças e transformações do contexto dos atendimentos em saúde mental, inclusive no que se refere ao louco infrator.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em Brasília-DF no ano de 1987. O Tema III desta conferência – Cidadania e Doença Mental: direitos, deveres e legislação do doente mental – discute no que se refere à Legislação Penal, que ela deve revisar sobre a questão da inimputabilidade; que deve aprofundar as discussões sobre os manicômios judiciários buscando extingui-los ou transformá-los de forma profunda; que dê mais atenção à definição de periculosidade, já que esta implica em juízo de valor, além de dar margem ao uso indevido da saúde mental; e, que ao definir uma pessoa como sendo “perigosa”, não se deve promover um julgamento definitivo, sendo que os direitos humanos devem ser garantidos.

Ainda no contexto do Tema III, no que se refere à Legislação Sanitária e Psiquiátrica, foram discutidos que sejam assegurados os mecanismos legais de garantia do direito individual contra a internação involuntária, sendo possível à reversibilidade desta internação em até 72 horas.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em 1992, também em Brasília-DF. O capítulo 9 do relatório final desta conferência se refere aos “Direitos Civis e Cidadania”, e sugere que as internações psiquiátricas indicadas por autoridades judiciais sejam submetidas à avaliação da equipe multidisciplinar de saúde mental; que sejam criadas normas que determinem à garantia dos

direitos humanos aos pacientes psiquiátricos internos nas instituições de saúde; que sejam extintos os dispositivos legais que atribuem periculosidade ao doente mental; que sejam extintos os manicômios judiciários sendo substituídos por modelos que possibilitem o cumprimento das medidas de segurança e que haja tratamento humano reabilitador; que sejam criadas comissões de estudo com o objetivo de revisar conceitos como imputabilidade, inimputabilidade, nulidade dos atos civis e periculosidade, para que sejam substituídos por conceitos mais adequados; que sejam organizados programas especiais nas instituições penitenciárias com objetivo de minimizar o sofrimento psíquico dos encarcerados, tendo em vista que após o terceiro ano de prisão há um aumento crescente da sintomatologia da doença mental; que o louco infrator recém-liberado de instituições psiquiátricas forenses seja reinserido na sociedade, não devendo o mesmo ser encaminhado a hospitais psiquiátricos; que sejam atribuídos à equipe interdisciplinar os encaminhamentos de pacientes aos hospitais de custódia e tratamento; e que sejam propostos à justiça que o louco infrator possa cumprir sua pena em forma de prestação de serviços à comunidade.

O Capítulo 12 da mesma conferência, que se refere aos “Direitos dos Usuários”, sugere a garantia à pessoa internada de visitas diárias de familiares e amigos, assim como o acesso às correspondências e à imprensa. Sugere também a proibição da retirada dos pertences pessoais e documentos dos pacientes internos no serviço de saúde mental, além da abolição da divulgação da patologia do paciente em laudos e atestados, garantindo assim o sigilo aos familiares e usuários.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorreu no ano de 2002 em Brasília aponta no capítulo 5, que se refere aos “Direitos dos usuários

privados da liberdade”, que as discussões quanto aos manicômios judiciários devem contemplar todas as áreas envolvidas no processo, como a legislativa, previdenciária, direitos humanos, dentre outras, sendo que o objetivo básico de tais discussões deve ser permeado pela garantia dos direitos do doente mental infrator quanto à responsabilidade, à reinserção social e ao atendimento baseado nos princípios do SUS. Sugere a criação, dentro das Varas Criminais, de programas de assistência aos pacientes *sub judíce*; a garantia de um tratamento humanizado aos pacientes internos para que facilite sua reinserção na família e na comunidade, incluindo acesso ao lazer, à vida sexual, além de saídas periódicas planejadas; propõe que o Ministério da Saúde se articule com os Ministérios Públicos Estaduais por meio de convênios, com o intuito de facilitar o processo de curatela; aponta também o questionamento quanto ao tratamento jurisdicional ao doente mental, sendo condenadas às reclusões em quaisquer ambientes, a fim de garantir seus direitos, além de discutir o conceito de inimputabilidade. E por fim, aponta o dever de garantir que a criança e o adolescente doentes mentais e portadores de HIV, usuários de drogas ou deficiências mentais sejam efetivamente incluídos nos programas de saúde mental.

Já a Carta de Brasília, composta na X Conferência Nacional de Direitos Humanos em 2006 sugere que as pessoas portadoras de transtornos mentais que cometeram delitos e foram consideradas inimputáveis sejam tratadas com as mesmas condições definidas na reforma psiquiátrica, ou seja, em hospitais gerais e serviços substitutivos.

Em todos estes encontros percebe-se uma preocupação constante dos profissionais e administradores públicos com o bem-estar do indivíduo que tem sua saúde mental alterada, sendo ele infrator ou não.

4.3. Programas de Ressocialização do Louco Infrator no Brasil

Sabe-se que a ciência consagrou a loucura como um perigo para a sociedade moderna, sobretudo, o louco infrator, único do qual se exige, pelo código penal brasileiro, um exame de cessação de periculosidade realizado pela psiquiatria, por meio de dois psiquiatras designados pela autoridade judicial. Esta é a condição para que o sentenciado venha conseguir ou não a extinção da sua medida de segurança.

Na verdade, quando um louco comete um crime, ele é sentenciado como medida de segurança, de duração indeterminada, mas efetivamente, essa sentença sela seu destino que historicamente tem sido o exílio perpétuo nos hospitais de custódia/manicômios judiciários. Como bem destacou a campanha da Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, em 1999, “esses lugares são o pior do pior” (Barros, 2005).

Numa tentativa de se mudar o destino desses loucos infratores, programas de re-socialização foram criados e estão descritos abaixo.

4.3.1. PAI-PJ

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ), implantado em março de 2000, é uma parceria entre o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG) e o Centro Universitário Newton Paiva, de acordo com a Portaria Conjunta nº 25/2001

da Presidência do Tribunal e da Corregedoria-Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais, que institui e regulamenta o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário. Seu objetivo é assistir aos infratores com suspeita de insanidade mental ou que já estejam cumprindo as chamadas "medidas de segurança" (medidas aplicadas pelos juízes aos loucos infratores). A equipe do PAI-PJ tanto auxilia os juízes a definir as medidas a serem adotadas como acompanha os pacientes visando sua inserção social. O Programa PAI-PJ é executado por uma equipe multidisciplinar, da qual atualmente fazem parte vinte profissionais e oito estagiários de Psicologia, dez assistentes jurídicos e quatro assistentes sociais. Além disso, a equipe conta com a parceria das redes públicas de saúde estadual e municipal.

Desde sua implantação, em 2000, já passaram pelo programa mais de 840 pacientes e cerca de 1.580 processos. Atualmente, 266 infratores com sofrimento mental são atendidos pela equipe do PAI-PJ, totalizando 380 processos. Dentre os pacientes acompanhados, 171 estão fazendo tratamento em casa, junto de seus familiares, trabalhando ou estudando. Dos 31 pacientes que ainda estão em regime de internação, 17 já exercem atividades de inserção social. E ainda existem 64 casos acompanhados que se encontram no sistema prisional. O índice de reincidência é baixíssimo, girando em torno de 2%, principalmente em crimes como uso de drogas ou furto. Não foi registrada nenhuma reincidência em crimes graves contra pessoas, como homicídio, tentativa de homicídio ou latrocínio.

O projeto PAI-PJ tem os seguintes objetivos:

1. Favorecer, por meio da mútua cooperação técnica e didática, estabelecida pelo Convênio entre o Tribunal de Justiça e o Centro Universitário

Newton Paiva, as condições necessárias que garantam, por meio da prática interdisciplinar, toda a assistência à saúde, jurídica e social, para a reinserção do paciente judiciário.

2. Proporcionar condições favoráveis ao ensino e a prática interdisciplinar, através da indissociabilidade entre pesquisa, ação e transmissão entre os diversos cursos envolvidos neste projeto, articulando-os com a rede de assistência em saúde mental na sua relação com a justiça.

3. Divulgar e participar da construção de propostas criativas e interligadas com a realidade social, mediante produção acadêmica, a fim de contribuir efetivamente no estabelecimento de políticas públicas de atenção e assistência ao louco infrator, no campo executivo, legislativo, judiciário, bem como provocar a mobilização da sociedade civil sobre o tema.

Há oito anos, o PAI-PJ iniciou-se como um simples projeto de oito estudantes do curso de psicologia do Centro Universitário Newton Paiva e da psicóloga judicial, psicanalista e professora Fernanda Otoni de Barros.

Diferentemente do manicômio ou do presídio – incentivadores e multiplicadores da violência contra o próximo e contra si, ao propor com seus muros a ruptura dos laços de convivência – o PAI-PJ aposta que cada um pode construir um projeto de vida com entrada na rede social. Desde que esse paciente tenha acesso aos recursos para projetá-lo na cidade, produzindo uma redução da violência como resposta à emergência da falha em qualquer variação da estrutura psíquica. Parece ser esse o caminho para a reconstrução do lugar que o indivíduo ocupa na relação consigo e com os outros, para a retomada da cidadania, transformando seu sintoma numa forma de laço social.

De acordo com Barros (2005), a ferramenta mais importante é a discussão de cada caso, a construção do caso clínico detalhadamente e o respeito ao sofrimento do homem. Todos os campos do saber envolvidos participam dessas reuniões semanais: psicólogos, advogados, assistentes sociais, estagiários das várias áreas, voluntários. O Judiciário é informado, passo a passo, da evolução de cada caso: da cela do manicômio ou da prisão, passando pelo atendimento psicológico nas casas dos pacientes ou nas salas do PAI-PJ, nos Centros de Referência em Saúde Mental – Cersams, até o momento em que o louco retorna às ruas.

4.3.2. PAI-LI

O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI) foi criado em 2006 e foi regulamentado pela portaria 058, de 03 de abril deste mesmo ano. Ele tem o propósito de promover atenção integral à saúde das pessoas portadoras de transtornos mentais, submetidas à medida de segurança no Estado de Goiás, bem como daquelas que manifestarem sofrimento mental no transcurso da execução penal. A população – alvo do programa são pessoas portadoras de sofrimento mental que estão submetidas à medida de segurança no Estado de Goiás e aquelas que manifestarem sofrimento mental no transcurso da execução penal.

Os objetivos do PAI-LI são:

1. Produzir relatórios para justiça, sugerindo Projeto Terapêutico adequado à singularidade do caso, definindo a instituição onde a pessoa será acompanhada e outros procedimentos terapêuticos.

2. Acompanhar o tratamento do louco infrator em cumprimento da medida de segurança, informando a autoridade judicial, periodicamente, quanto à evolução do tratamento.

3. Acompanhar os processos judiciais, encaminhados pela justiça, para auxiliar as autoridades judiciais a realizar dentro dos prazos legais, os exames de cessação de periculosidade.

4. Promover discussão com peritos oficiais antes da realização do exame de cessação de periculosidade, fornecendo a eles maiores informações quanto ao atual estado de evolução do tratamento e demais informações relevantes para individualização do exame.

5. Garantir acesso ao tratamento na rede pública de saúde, possibilitando ao paciente, recursos que garantam sua circulação pelo espaço social.

6. Realizar discussão de casos com a equipe de atendimento do paciente, acompanhando sua evolução clínica, intervindo clinicamente, quando se fizer necessário um processo de responsabilização.

7. Estabelecer parcerias com instituições afins, buscando a acessibilidade, cidadania e a inserção social do louco infrator.

8. Realizar atividade de sensibilização com profissionais e autoridades das áreas da saúde, justiça, assistência social buscando desmistificar a imagem do louco infrator como pessoa perigosa e incapaz, cultivada ao longo da história da loucura.

O Programa deve contar com equipe multidisciplinar mínima de um Advogado, dois Assistentes Sociais, um Médico Psiquiatra e quatro Psicólogos e uma enfermeira. A equipe de apoio ao Programa deve contar com dois auxiliares administrativos e estagiários das áreas da saúde e da justiça.

4.3.3. Programa de Brasília

O Projeto de Ressocialização com pacientes masculinos com transtornos psiquiátricos jurídicos iniciou-se em 2002 tendo como proposta inicial a reinserção social dos pacientes da Ala de Tratamento Psiquiátrico – ATP localizado no interior de uma penitenciária feminina de Brasília.

A ATP contava no ano de 2004 com sessenta e seis pacientes jurídicos com os mais diversos diagnósticos psiquiátricos: transtornos esquizofrênicos, transtornos de humor, transtornos de personalidade, e transtornos por uso e abuso de substâncias psicoativas. O público-alvo inicial foi pacientes com diagnóstico de transtorno esquizofrênico, que estavam há mais de cinco anos reclusos e com grave problemática psicossocial.

O planejamento iniciou-se em 2002 com um trabalho de parceria entre o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, Vara de Execuções Criminais do Distrito Federal – VEC, Seção Psicossocial da VEC – SEVEC, e o trabalho voluntário do autor desta pesquisa, o qual realizava atendimentos semanais na ATP tendo como foco de seu trabalho as diretrizes da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo em saúde mental, e posteriormente na portaria interministerial nº 1.777 de 09 de setembro de 2003, a qual no Plano Nacional de Saúde no sistema penitenciário especificamente na área de atenção de saúde mental que redireciona, reorganiza a assistência dos pacientes portadores de transtornos mentais jurídicos. Este autor nesta ocasião, após discutir com a equipe de saúde mental do CAPS/SES- Instituto de Saúde Mental sugeriu juntamente com a equipe do psicossocial da vara de execução criminal - VEC a inserção desses pacientes neste serviço

A execução do trabalho teve como cronograma de atividades as seguintes ações: a abordagem social focada nas possibilidades de reintegração social de cada paciente jurídico assim como seus direitos sociais enquanto pacientes com transtorno mental: Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa de Volta para Casa.

A reintegração social para esses pacientes começou com o fim da medida de segurança, isto é, cessação de periculosidade nos exames criminológicos feitos pela equipe de psiquiatria e psicologia forense do Instituto Médico Legal – IML.

Com essa abordagem, a linha de tratamento se aproxima dos conceitos universais da declaração dos direitos humanos que são: liberdade, dignidade, solidariedade, e justiça tão necessárias para os pacientes com sofrimento psíquico.

Apesar de o programa existir desde 2002, o mesmo não está regulamentado juridicamente até o momento, tendo este autor buscado a intervenção política, porém até o momento com tentativas infrutíferas.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo Geral

Identificar as representações sociais do louco infrator elaboradas por membros de uma equipe de trabalhadores da área de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Instituto de Saúde Mental (ISM) do Distrito Federal e de uma Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) do Distrito Federal.

5.2. Objetivos Específicos

Comparar o conteúdo das representações sociais acerca do louco infrator com os modelos institucionais de atendimento à saúde mental, em busca da identificação de possíveis transformações nas concepções relativas ao paciente.

Identificar a trajetória (formação e experiência) dos profissionais membros da equipe de saúde mental, buscando identificar elementos que possam ancorar tais representações sociais e as possíveis mudanças.

6. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), protocolo número 057/08, na área temática especial, grupo III: Ciências da Saúde (anexo I).

6.1. Locais de realização da pesquisa

A pesquisa foi realizada com os profissionais de saúde do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) do Instituto de Saúde Mental e da Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) manicômio do Presídio Feminino de Brasília.

6.2. Participantes

Dos 41 participantes, 31 são técnicos do CAPS/ISM e 10 da Ala de Tratamento Psiquiátrico do Presídio Feminino de Brasília. É necessário esclarecer que essa ATP, embora se situe na área do Presídio Feminino de Brasília, é destinada exclusivamente a pacientes delituosos do sexo masculino com transtorno mental.

A distribuição dos técnicos do CAPS/ISM quanto ao sexo foi de 29% de homens e 71%, de mulheres. Na ATP, a distribuição foi de 60% do sexo masculino e 40%, do feminino. Em relação ao tempo de trabalho com os doentes mentais, em média, os técnicos atuam há onze anos no CAPS/ISM, e, com o louco infrator, há três anos, em média. A idade média dos participantes no CAPS/ISM foi de quarenta e um anos. Dos técnicos do CAPS/ISM entrevistados, 42% relataram casos de transtorno mental na família. Em relação à Ala de Tratamento Psiquiátrico, o tempo médio de trabalho com o doente mental foi de

doze anos, e, com o louco infrator, de cinco anos. A idade média desses trabalhadores é de quarenta anos e somente 20% relataram casos de transtorno mental na família.

De acordo com a distribuição, os trabalhadores do CAPS/ISM são predominantemente auxiliares de enfermagem e enfermeiros. A figura 1 apresenta a distribuição dos trabalhadores do CAPS/ISM de acordo com a profissão/cargo ocupado.

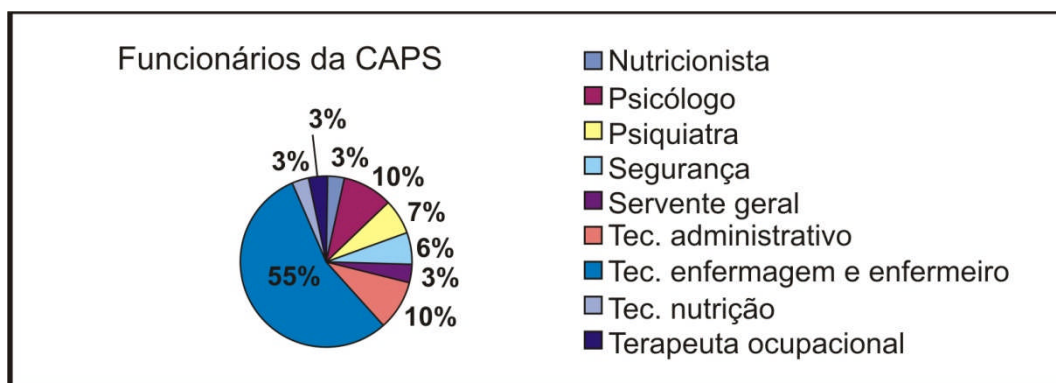


Figura 1 – Distribuição dos trabalhadores do CAPS/ISM de acordo com a profissão/cargo ocupado

Conforme pode ser observado na figura 2 a maioria dos trabalhadores é composta por agentes penitenciários. A figura 2 indica a distribuição dos trabalhadores da ATP de acordo com a profissão/cargo ocupado.

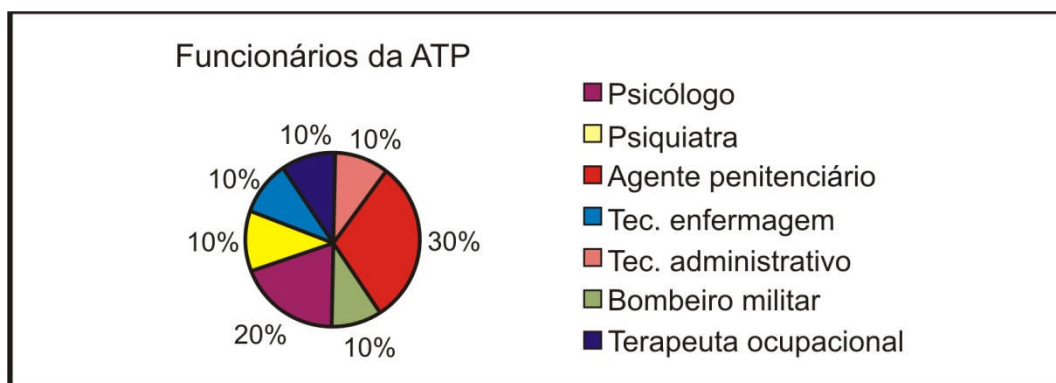


Figura 2 – Distribuição dos trabalhadores da ATP de acordo com a profissão/cargo ocupado

6.3. Instrumentos

Esta pesquisa foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas, gravadas e transcritas subsequentemente. O roteiro das entrevistas foi elaborado com base em um estudo piloto (anexo II) com estudantes do nono semestre de medicina da Universidade do Planalto Central (Uniplac) e do nono semestre de psicologia da Universidade Paulista (Unip). Usou-se também uma escala de atitudes em saúde mental, construída pelo Grupo de Pesquisa em Processos Grupais da Universidade Católica de Goiás (UCG) utilizada por Rabelo e Torres (2005) com trabalhadores de saúde mental de Goiânia.

A escala foi adaptada para esta pesquisa, sendo composta por 21 itens no formato Likert, variando de um (discorda plenamente com a afirmação) a sete (concorda plenamente com a afirmação). Dos 21 itens, 13 configuravam práticas do paradigma psicossocial e 8, o paradigma biológico. O questionário e o roteiro de entrevistas em sua totalidade continha 40 itens descritas no anexo III.

6.4. Procedimento de Coleta de Dados

O questionário foi aplicado nos locais de trabalho dos participantes, no período de abril e maio de 2008, por este pesquisador e uma auxiliar de pesquisa. Os questionários foram aplicados individualmente e o mesmo ocorreu com as entrevistas. Inicialmente foi feito um convite verbal e, posteriormente, o esclarecimento acerca do propósito da pesquisa e dos procedimentos para a aplicação do questionário. Foi feita gravação das falas dos técnicos e a resposta escrita deles, permitindo assim obter não somente as respostas, mas também uma reflexão e indagações dos entrevistados acerca de suas atitudes e valores em relação ao louco infrator. Ratificou-se assim a afirmação de Moscovici (2005)

que uma única representação reúne uma grande variedade de raciocínios, imagens e informações de origens diversas, com os quais forma um conjunto mais ou menos coerente.

A escolha dos participantes foi feita de forma aleatória no CAPS/ISM, e abrangeu todos os funcionários da Ala de Tratamento Psiquiátrico/ATP. A autorização do participante foi feita por meio do termo de consentimento esclarecido (anexo IV). O tempo médio das entrevistas foi de sessenta minutos por participante.

6.5. Resultados e Discussão

A análise dos dados das entrevistas gravadas foi obtida pelo *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte (Alceste)*, versão 4.5, enquanto que para os dados da escala de atitudes em saúde mental foi utilizada análise fatorial, usando a rotação varimax para os componentes principais dos itens sobre o posicionamento dos participantes a respeito dos preceitos da reforma psiquiátrica.

O Alceste faz uma análise estatística com base em um arquivo único do tipo texto, chamado unidade de contexto inicial (UCI), que, nesta pesquisa, corresponde às entrevistas gravadas e à variável obtida na análise fatorial, que foi denominada de reforma psiquiátrica (REF). O conjunto de UCIs forma um único arquivo, o *corpus*, por meio do qual se elabora a análise.

Ao analisar o *corpus*, o *software Alceste* reconhece as *UCIs* e, posteriormente, divide-as e as classifica em unidades de contexto elementar (UCEs). As UCEs constituem-se de segmentos de texto, na maior parte das vezes, com três linhas. As unidades de contexto são distinguidas dos contextos-

tipos com base no desenvolvimento de uma palavra no interior de um texto, que corresponde a uma regularidade nas unidades de contexto (Ribeiro, 2000).

Ainda segundo Ribeiro (2000), a análise estatística realizada em um primeiro momento consiste em uma classificação hierárquica descendente (CDH), que tem como função calcular as partições em classes lexicais e apresentar suas oposições no formato de uma árvore (dendograma).

As classes representam um tema extraído do texto. A classificação dá-se pela distribuição do vocabulário no texto, e a divisão lexical é realizada de maneira que as diferenças entre as classes sejam maximizadas, e as diferenças no interior das classes, minimizadas. Posteriormente, efetua-se uma análise fatorial de correspondência (AFC), que permite visualizar na forma de um plano fatorial as resultantes da CDH.

Com base na visualização de possíveis oposições entre classes/categorias, e sua conseqüente análise, o pesquisador reconstitui o discurso coletivo e acessa o contexto semântico das entrevistas (Ribeiro, 2000).

6.5.1. Resultados da escala de atitude em saúde mental:

Inicialmente, conforme propõem Rabelo e Torres (2005), realizou-se a análise fatorial, usando a rotação varimax para os componentes principais dos itens referentes ao posicionamento dos participantes a respeito dos preceitos da reforma psiquiátrica. No entanto, os resultados obtidos diferem do encontrado pelas autoras, e mostraram que a melhor solução é a de um único fator, que explica 19% da variância dos itens.

O teste de esfericidade de Bartlett foi significativo (192,9, p. 0,02) e o teste de Kaiser-Meyer-Olkin para a adequabilidade da amostra (0,50) indicaram que os

itens dessa escala podem ser aglutinados em um único fator, cujo alfa de Cronbach, que indica a fidedignidade da escala, foi de 0,70. Para a composição desse fator, os itens referentes ao modelo biológico foram invertidos e, em seguida, foi feita a soma e a média simples de todos eles, objetivando construir uma única variável denominada *posicionamento sobre a reforma psiquiátrica*. Assim, quanto maior a média do participante nesse fator, maior sua adesão ao paradigma psicossocial que trata da reinserção social do sujeito que apresenta sofrimento psíquico, por meio de ações de resgate da cidadania e vínculo com a família (Rabelo & Torres, 2005). A média da amostra nessa variável foi igual a cinco (DP = 0,67), indicando que existe uma adesão relativamente forte ao paradigma psicossocial, e que a variância intra-individual é bastante pequena, mostrando que esse posicionamento é quase homogêneo entre os participantes.

O escore obtido por cada participante nessa variável e variáveis sócio-demográficas foram inseridos no arquivo utilizado para a análise por meio do Alceste.

6.5.2. Resultados da análise estatística textual realizada pelo Alceste:

O conteúdo das representações sociais encontradas pela análise textual das produções semânticas dos entrevistados revelou o discurso coletivo, utilizando a relação entre as palavras, a frequência com que aparecem e suas associações em classe de palavras (χ^2). A leitura dos enunciados permitiu identificar o contexto em que se inserem as classes de palavras, resultando no acesso ao contexto semântico que pode revelar as representações sociais.

O resultado na classificação hierárquica descendente (CDH) mostrou o dendograma com suas respectivas classes enumeradas de 1 a 5 (figura 3).

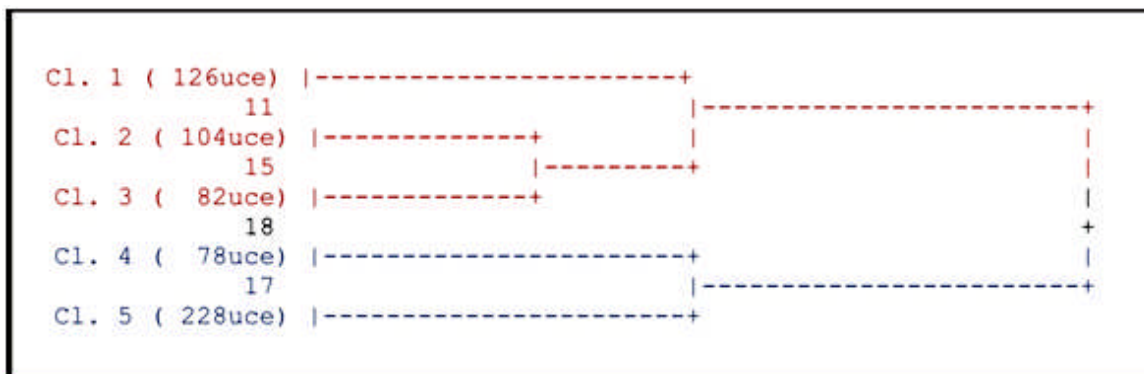


Figura 3 – Dendrograma resultante da classificação hierárquica descendente

O dendrograma mostra dois grandes eixos temáticos no contexto semântico dos entrevistados. O primeiro eixo temático revela as classes 1, 2 e 3, ao passo que o segundo eixo indica as classes 4 e 5 (figura 4).

A figura 4 apresenta a estrutura do *corpus* de dados das entrevistas dos trabalhadores de saúde mental em um CAPS/ISM organizado em cinco classes (teste de χ^2 no interior de cada classe e porcentagem de cada classe no interior do *corpus* - N = 41).

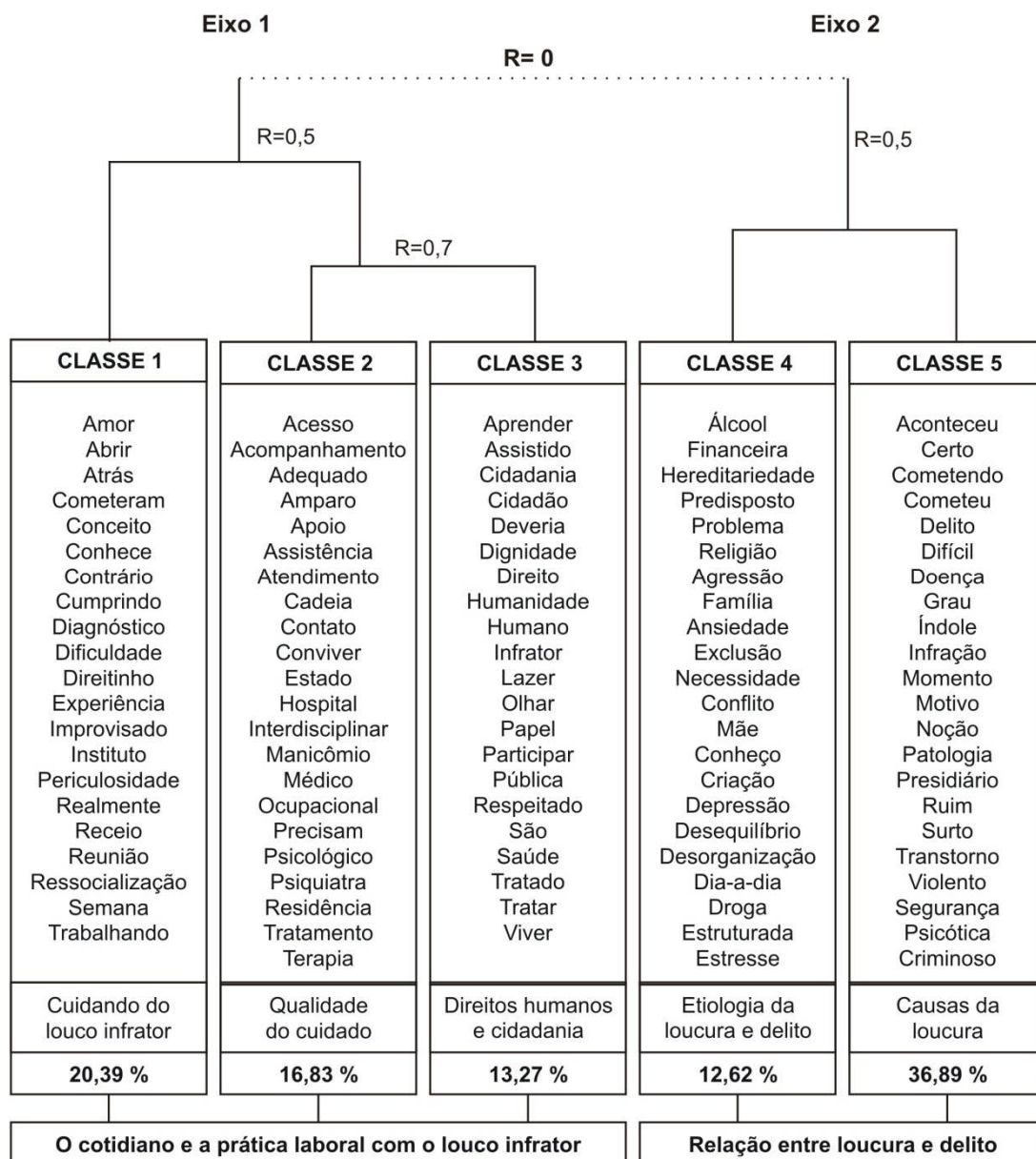


Figura 4 – Estrutura do *corpus* de dados das entrevistas de trabalhadores de saúde mental

Em um primeiro momento da análise do *corpus* das entrevistas dos dois locais investigados, pudemos perceber o campo comum das representações sociais representado por dois grandes eixos temáticos, descritos como o cotidiano e a prática com o louco infrator (eixos 1, 2 e 3) e as relações entre loucura e delito

(eixos 4 e 5). Identificamos nas classes 1, 2, e 3 a relação entre elas ($R = 0,5$ e $0,7$), e nas classes 4 e 5 ($R=0,5$).

A seleção das palavras de cada classe foi feita conforme o índice de distribuição e a frequência de cada palavra em cada classe, considerando o χ^2 encontrado.

6.6. Primeiro Nível de Análise: O Campo Comum das Representações

Esse tipo de avaliação, conforme já descrito, abrange dois grandes eixos temáticos com suas respectivas classes. A seguir, iremos detalhar o conteúdo de cada classe com suas análises de conteúdo e a discussão referente a cada classe encontrada:

6.6.1. Classe 1: Cuidando do Louco Infrator

Na classe 1, que representou 20,39% das unidades de análise, e na qual os entrevistados discorreram a respeito do seu cotidiano com o louco infrator, encontramos oito entrevistados do CAPS/ISM. Porém, chamou a atenção a inexistência de discurso dos técnicos sobre o cotidiano na ATP (manicômio). Deve-se lembrar que os pacientes ficam no CAPS, no período diurno em dias úteis, e dormem e passam os finais de semana em tempo integral no manicômio.

Em relação aos profissionais que discorreram sobre o cotidiano, encontramos quatro tipos: enfermeiro (prof_1 $\chi^2 = 9.72$), técnicos administrativos (prof_2 $\chi^2 = 7.02$), nutricionistas (prof_5 $\chi^2 = 2.96$) e trabalhadores da limpeza (prof_9 $\chi^2 = 2.67$). É importante ressaltar que, apesar da existência de outros profissionais que têm contato com o louco infrator, como por exemplo, psiquiatras, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, agentes penitenciários e vigilantes,

nem todos compartilharam do discurso dessa classe. Conforme a tradição do modelo hospitalar, os cuidados diretos com os pacientes com transtorno mental devem ficar em primeira instância sob a responsabilidade dos enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Em uma análise histórica do papel que foi designado à enfermagem psiquiátrica, Miranda (1999), externa que a enfermagem no século XIX era um subproduto de um *cabo de guerra*; de um lado, o poder clerical, que assumiu hegemonicamente a assistência e a caridade (casas de misericórdia e santas casas) e, de outro, o Estado republicano, que se apoiava em um grupo de psiquiatras. Essa elite acadêmica impacientava-se por assumir o controle sobre a exclusão social dos loucos e a gestão de suas vidas, usando a estratégia do discurso científico, positivo e organicista. O enfermeiro psiquiátrico era um agente situado entre o guarda e o médico do hospício, devendo estabelecer com esse último uma corrente que configura o olhar vigilante.

Ainda nos reportando à ausência de outros profissionais nessa classe, podemos afirmar que esse dado contradiz a concepção de equipe multidisciplinar com enfoque inter e transdisciplinar preconizado no modelo de atenção a saúde mental nos CAPS.

Em se tratando do tempo de trabalho com pacientes com transtorno mental, quatro entrevistados participaram dessa classe, com um tempo mínimo de 11 anos e um máximo de 25 anos, demonstrando que os técnicos que falaram sobre o cotidiano desses pacientes já têm um percurso anterior à promulgação da Lei federal nº 10.216, (Brasil, 2001), que trata da regulamentação da reforma psiquiátrica brasileira.

No discurso dos técnicos do CAPS destaca-se a necessidade de diferenciação das estruturas institucionais: CAPS/ISM *versus* ATP (manicômio). A seguinte fala é exemplar: “as pessoas que vêm aqui (no CAPS/ISM), que estão lá na ATP, que estão presas, ficam loucas por comida; e eu, que estava lá no dia do churrasco juntamente com vários pacientes, ouvi dizer que coisa boa é um churrasco, fazia muitos anos que eu não via um churrasco, uma carne assada numa churrasqueira”.

É fundamental esclarecer que existe um programa não oficializado, de 2002, que visa a ressocialização dos pacientes que estão há mais de cinco anos reclusos na Ala de Tratamento Psiquiátrico (manicômio), inserindo-os no CAPS/ISM durante o dia, com retorno ao presídio no fim da tarde durante os dias úteis. Esse programa espelha-se nos moldes de dois outros programas já existentes no Brasil, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – (PAI-LI), de Goiânia e o programa pioneiro no Brasil na ressocialização do louco infrator, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Jurídico (PAI – PJ) de Belo Horizonte, que seguem as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira.

No contexto do processo de implantação e consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, efetuamos a análise da classe 1, pois apareceram claramente nas palavras como: amor, carinho, entendimento, abrir, semana e ressocialização. Trata-se do discurso em relação à prática dos técnicos no cotidiano do CAPS/ISM em relação à ATP (manicômio), realçando o sentimento de acolhimento e humanização próprio dos serviços abertos como os CAPS. Nessa classe, além do cotidiano, pudemos perceber ainda o temor que os técnicos do CAPS têm na lida com o louco infrator, exemplificado nas palavras: receio, cometeram, dificuldade e experiência, demonstrando assim as dificuldades

diante do novo paradigma (psicossocial) em saúde mental, com a inclusão de pacientes em serviços abertos e comunitários.

A esse respeito, em uma das entrevistas, o técnico externa: “Lá vai um médico uma vez por semana, isso é o que eu penso, não sei se é verdade, um médico uma vez por mês, não sei, sinto insegurança por eu não conhecer aquele paciente que acabou de chegar e a gente não tem estrutura aqui dentro para bancar um *louco* infrator, por exemplo, de alta periculosidade”. Ficou explícita a ancoragem do papel do médico como figura de proteção e normatizadora do ambiente social e institucional, que a priori, é de acolhimento e continência (CAPS). Em relação a essa ancoragem, Pessotti (1996, p. 173), cita o discurso de Esquirol, principal discípulo de Pinel em 1838:

O médico deve ser, de certo modo, o princípio de vida de um hospital de alienados. É por ele que tudo deve ser posto em movimento; ele dirige todas as ações, já que é convocado para ser o moderador de todos os pensamentos. É a ele que, como ao centro da ação, deve ser confiado tudo que interessa aos habitantes do estabelecimento. Não apenas o que se refere aos medicamentos, mas o que diz respeito à higiene, [...] à supervisão que se deve exercer sobre todos os empregados, nada deve ser escondido do médico. Jamais o diretor do hospital dispensará alguém de uma decisão tomada pelo médico e jamais ele se deve interpor entre o médico e os alienados ou servidores. O médico deve ser investido de uma autoridade a que ninguém pode subtrair-se.

A ambigüidade e a insegurança também apareceram nessa classe com discursos do tipo: “Vamos ver o conceito de um CAPS: o doente infrator que aqui está obtém tudo de maneira muito improvisada e é cheio de restrições, como não poder sair para um passeio, não poder sair para muitas atividades que são feitas em outros locais”. O técnico pareceu referir-se ao novo tipo de trabalho proposto nos CAPS em relação ao louco infrator, em oposição às velhas práticas

internalizadas pelo modelo hospitalocêntrico, especificamente nos manicômios judiciários.

6.6.2. Classe 2: Qualidade do Cuidado

Na classe 2, que representou 16,83% das unidades de análise, apareceram os maiores representantes profissionais, os psicólogos (prof_6 $\chi^2 = 10.90$), agentes penitenciários (prof_7 $\chi^2 = 9.29$) e os vigilantes (prof_10 $\chi^2 = 11.26$). Em relação ao tempo de trabalho com pacientes com transtorno mental, o tempo mínimo é de quatro anos, e máximo, de vinte e cinco anos, o que demonstra uma distância de experiências com o transtorno mental. Nessa classe surgiram no discurso das três categorias de profissionais como deve ser o tratamento do *louco* infrator, representada pelas palavras acompanhamento, adequada, assistência, hospital, médico, interdisciplinar, precisam, psicológico, psiquiatra, residência, saúde, terapêutica e tratamento. Mais uma vez, a ausência da fala das outras categorias ratifica a falta de trabalho interdisciplinar no CAPS/ISM, e a falta de compromisso com a forma de tratamento adequado ao louco infrator.

Percebemos também no discurso coletivo dessa classe, que os técnicos entrevistados ancoravam a terapêutica do *louco* infrator no paradigma biológico, demonstrando claramente uma relação entre esse paradigma e a vigilância (vigilantes), entre esse paradigma e punição e ordem (agentes penitenciários) e entre esse paradigma e o controle químico (fazendo referência à prática psiquiátrica). O paradigma biológico apareceu claramente na fala de vários entrevistados, como por exemplo: “Principalmente de um diagnóstico correto do transtorno, o suporte seria o encaminhamento ao médico, o diagnóstico correto

por parte do psiquiatra, o acompanhamento psicológico, a terapia ocupacional, educação e saúde”.

Nessa classe, pudemos perceber o discurso ambivalente em direção ao paradigma biológico e ao paradigma psicossocial: “Eles não são respeitados, eu gostaria de falar sobre o *louco* infrator, a quem o Estado deveria dar mais apoio, e oferecer manicômios judiciários com toda equipe médica, com toda equipe de trabalho e terapia que fizesse o trabalho com eles”. Em outro exemplo, também percebemos o aparecimento de um discurso centrado em direitos humanos: “Ele é um paciente como qualquer outro, com atendimento médico, psicológico, acompanhamento com medicação, toda assistência que um doente mental tem. Sim, se ele cumpriu a pena, tem um tratamento, está bem, por que não pode voltar a ter convívio com a família? Ter direito à saúde, ter direito à moradia, ter direito ao convívio familiar?”.

Ainda nessa classe, verificamos que grande parte dos entrevistados têm, no apoio da família, um pressuposto para o sucesso terapêutico e uma ressocialização eficaz. A pergunta que fazemos diante dessa ancoragem é se não há uma transferência de responsabilidade do louco infrator para as famílias. Esse pressuposto encontra embasamento na questão da cessação de periculosidade, momento em que o *louco* infrator passa por uma avaliação médica (psiquiátrica), e, em uma entrevista de duração não superior a cinquenta minutos, o perito dá seu parecer geralmente sustentado em um apoio sócio-familiar. Alguns autores, como por exemplo, Mecler & Moraes (2001), consideram que se trata de uma *grade de critérios*, usada por peritos para avaliar a periculosidade do *louco* infrator. Em sua pesquisa sobre cessação de periculosidade, realizada no

manicômio Heitor Carrilho, Mecler & Moraes (2001) chegaram à conclusão de que dificilmente há cessação de periculosidade se o paciente não tem apoio familiar.

A ênfase ao papel da família para a ressocialização do louco infrator presente nessa classe reside na associação entre desestruturação familiar e o fenômeno da violência contemporânea. Os reflexos do papel da família incidem nos resultados de laudos psiquiátricos que visam à cessação de *periculosidade* do *louco* infrator, pois se ele não tem estrutura familiar para recebê-lo de volta ao lar, os psiquiatras peritos não admitem a cessação de sua periculosidade. Um entrevistado comentou: “Agora, para a maioria dos casos, existe, porque a maioria consegue com esse tratamento voltar novamente para a sociedade. Mas existe uma minoria. Quando o *cara* tem família, tem uma estrutura familiar, é mais fácil voltar à sociedade, porque ele vai ter um tratamento lá fora”.

6.6.3. Classe 3: Direitos Humanos e Cidadania

Na classe 3, que representou 13,23% das unidades de análise, os representantes em sua totalidade são técnicos do CAPS/ISM, e seu discurso centrou-se na questão da cidadania e dos direitos humanos. Palavras como aprender, assistido, cidadania, cidadão, deveria, dignidade, direito, humanidade, respeitado, marcam o discurso da classe. Direitos e cidadania, destacam-se em algumas entrevistas: “O paciente tem direito a ser tratado, direito a cidadania, direito de ser respeitado, direito ao lazer, direito ao trabalho, tem direito se quiser se casar”. Percebemos uma fala centrada nos direitos civis (direito à vida, à segurança de ir e vir, à igualdade, à liberdade de expressão e de contratar). Esse direito complementa-se a dois outros pilares da cidadania, e, segundo

Marschall (citado por Marsiglia et. al, 1990), devemos entender a questão da cidadania no bojo das lutas pelos direitos civis, políticos e sociais.

A palavra “trabalhando” também ganha destaque nessa classe, pois o conceito de ressocialização nas sociedades ocidentais está sempre ligado ao de produção, isto é, o trabalho é indicativo de integração social, de adaptação às normas e da disciplina dos corpos.

Delgado et al (2007), ao discorrer sobre a função terapêutica do trabalho, alerta que grande parte das experiências de reabilitação pelo trabalho não levaram em conta o trabalho alienado próprio das sociedades capitalistas, gerando assim uma submissão dos pacientes a atividades estereotipadas, às vezes, em regime de servidão.

A relação do discurso entre a cidadania e os direitos humanos, com ênfase aos direitos sociais, apareceu na entrevista que se segue: “Que o governo trate com mais humanidade, que os presídios estejam menos lotados, que tenha mais espaço para tratar dessas pessoas, mais humanidade, pois eles não são tratados com humanidade, existem muitas pessoas (superlotação)”. Há uma ancoragem nos pressupostos da reforma psiquiátrica que, segundo Marschal (1967 citado por Guerra et al, 2003), é o direito ao trabalho, à saúde, à educação, à aposentadoria e ao bem-estar social (direitos sociais).

Ainda na classe 3, verificamos a ambivalência no discurso dos entrevistados, como no exemplo seguinte: “Tem, como todo cidadão, o direito de ir e vir, claro que tem a pena a cumprir, mas quando ele sair será um cidadão comum. Não tenho muito a falar. Infelizmente eles são pessoas que adquiriram a doença mental e cometeram um crime”. Na fala, pudemos perceber a concepção

de que a doença mental é adquirida, pressuposto ancorado no paradigma biológico, em modelos do positivismo científico.

6.6.4. Classe 4: Etiologia da Loucura e do Delito

Nesta classe 4, que representou 12,62% das unidades de análise, a profissão do terapeuta ocupacional, recém-ingressada na ATP, marca o discurso em análise. Tenta-se relacionar as possíveis causas do delito e da loucura, em uma perspectiva psicossocial. Palavras como hereditariedade, família, exclusão, financeira, mãe, ansiedade, religião, criação, estruturada e droga buscam explicar as possíveis causas dos delitos do louco infrator. Podemos exemplificar, na entrevista que se segue, a tentativa de estabelecer o nexos de causalidade entre crime e loucura: “pressão, família, hereditariedade, drogas, o ambiente em que vive, a vida social e familiar, a falta de emprego, a falta de apoio de órgãos públicos em criar empregos e de dar oportunidades”. Nessa fala, podemos perceber também a tentativa de estabelecer o nexos de causalidade entre o delito do louco infrator e a exclusão social que esses pacientes sofrem em sua grande maioria, configurando a tríade que compõe a exclusão social; a desqualificação, a desinserção e a desfiliação (Wanderley, 1999). Esse autor define a desqualificação como produto de uma construção social e um problema de integração normativa e funcional. É dessa forma, que o louco infrator que, em geral, é de classe econômica baixa, aparece. Torna-se necessário a criação de políticas de regulação de vínculos sociais, como garantia de coesão social. A desinserção (Castel 1997 citado por Wanderley, 1999) é o sistema de valores de uma sociedade que define os “fora de norma”, ao passo que o desafilado é

aquele que tem uma trajetória marcada por rupturas em relação a estados de equilíbrios anteriores, mais ou menos estáveis ou instáveis.

Atualmente, os profissionais de terapia ocupacional têm em sua formação acadêmica os preceitos que norteiam a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, porém, mais uma vez, esse profissional confunde o tratamento humanizado e o paradigma psicossocial da reforma psiquiátrica. Um exemplo pode ser verificado na seguinte entrevista: “agressividade, carência, necessidade de tratamento, desequilíbrio familiar, questões hereditárias e sociais, desequilíbrio da pessoa, social, má formação em casa, na escola e na sociedade, também da família, pai alcoólatra, gente viciada”.

6.6.5. Classe 5: Causas da Loucura

Na classe 5, que representou o maior percentual das unidades de análise, 36,98%, os entrevistados em sua maioria eram do CAPS/ISM, porém a profissão que representou essa classe eram a de agente penitenciário, com um χ^2 de 8.52. As palavras ruins, presidiário, delito, cometendo, certo, difícil, doença, grau, patologia, transtorno, surto, psicótica, infração, noção e índole são representativas do discurso da classe.

Percebemos claramente a associação entre a noção de violência e a loucura, tão vinculada historicamente, desde a ocupação dos leprosários na Europa, no século XVII, por segregados, velhos, libertinos, aleijados, crianças abandonadas, infratores e os loucos. Essas pessoas eram consideradas, no início do mercantilismo, incapazes de contribuir para o intenso movimento de produção, comércio, consumo, portanto, deveriam ser encarceradas (Filho, 2007).

Na entrevista que se segue, podemos perceber a relação entre violência e doença mental: “com certeza, vai se tornar mais violento que o presidiário normal, sim, pela doença, ele não pode responder por seus atos, num momento de surto, pode cometer um delito e não se lembrar de nada”. O entrevistado também apresentou em sua fala a noção de inimputabilidade penal, isto é, a loucura retira do sujeito a capacidade de responder por seus atos, tornando-o inimputável. O conceito de inimputabilidade, para o Direito Penal brasileiro é definido, no seu art. 26, quando o indivíduo, ao tempo da ação ou omissão criminosa, era incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de se determinar de acordo com tal entendimento (Brasil, Decreto Lei nº 2.848, 1940). Em decorrência, surgiu o estatuto da medida de segurança, que obriga o indivíduo a uma internação em um estabelecimento psiquiátrico (manicômio judiciário) ou tratamento ambulatorial, com o objetivo de proteção social e individual (Senra, 2004). A autora destaca que a inimputabilidade, que originalmente se destina a proteção, torna-se paradoxalmente um modo sutil e indeterminado de sanção, pois o hospital psiquiátrico (manicômio judiciário), que deveria exercer a função de tratamento, torna-se um modo específico e radical de reclusão.

Em outra entrevista, verificamos a correlação direta entre as crises econômica e os atos de violência ou crime. “Se compararmos um doente mental com a população geral, percebemos que a crise pode acabar favorecendo a execução de um crime. Não é que eles sejam criminosos, mas por conta da crise, eles acabam cometendo um delito ou um crime”. Acerca dessa relação, Segre (2006) afirma que a idéia da loucura ser um determinante da criminalidade tem conotação lombrosiana, lembrando Cesare Lombroso, o pai da Escola Positiva em criminologia.

Segre (2006) afirma que não há comprovação da correlação entre a loucura e a prática de crimes, porém o código penal brasileiro, oriundo dessa escola clássica e positiva (lombrosiana), determina que o paciente, ao ser classificado como inimputável, deve ser enquadrado em um instrumento jurídico denominado de medida de segurança, que tem o propósito de proteger a sociedade e oferecer tratamento psiquiátrico. No entanto, esse instrumento jurídico quando aplicado, não assegura tratamento ao louco infrator, pelo contrário, a pena é ao mesmo tempo castigo e pseudotratamento.

Em outra entrevista, pudemos perceber o caráter ambíguo no discurso de agentes penitenciários da ATP: “Nem sempre, depende se ele estiver em tratamento. Eu acho que as chances de ele se envolver num crime são muito baixas, porque está sendo controlado pela medicação, está tendo um tratamento”. O tratar está diretamente relacionado ao modelo biomédico de controle, correção, punição e modificação. Dantas & Chaves (2007), em um artigo sobre as representações sociais dos guardas sobre o Hospital de Custódia, externam que muitos deles apontam uma insustentabilidade entre o papel que o Hospital de Custódia (manicômio judiciário) teria na teoria e o que realmente acontece na prática. Esses autores afirmam que, na teoria há um propósito previsto em lei que, no entanto, está longe de alcançar os objetivos e metas em razão das carências físico-estruturais e do tipo de assistência dada aos pacientes/internos, e, sobretudo, ante a expectativa social acerca do louco infrator e sua inserção social.

6.7. Segundo Nível de Análise: Diferenciações Grupais e Posições dos Grupos em Relação às Representações Sociais

A segunda parte dos resultados do Alceste refere-se à análise fatorial de correspondência. Tal análise mostrou a projeção das palavras analisadas em um plano fatorial, o que leva em consideração variáveis como sexo, profissão, local de trabalho (lot_1: CAPS/ISM, lot2: ATP), tempo de trabalho com doente mental (temp_1), tempo de trabalho com o louco infrator (temp_2), prática de trabalho, tendo como ponto de corte o ano de 2001, ano da regulamentação da Lei Federal nº 10.216, prática após 2001 (prat_2), prática antes de 2001 (prat_1), casos de doença mental na família (tc1=sim, tc2=não). Nessa análise, podemos visualizar a distribuição das variáveis suplementares, o que nos mostra o posicionamento dos sujeitos em relação às representações sociais. Esse tipo de visualização permite identificar a existência ou não de diferenças entre os grupos e a posição que cada grupo apresenta diante do louco infrator.

A análise fatorial de correspondência permitiu uma visualização de antagonismos resultantes da classificação hierárquica descendente. Podemos perceber na figura 5 que as variáveis suplementares que se antagonizam são, fundamentalmente, relacionadas à profissões, à lotação, ao sexo e à prática com o louco infrator antes e após 2001.

Quadro 1 – Legenda para as variáveis dos dados dos profissionais entrevistados

Dados dos profissionais	Código
Sexo (f.m.)	s
Profissão	p
Tempo de trabalho com doente mental	temp1
Tempo de trabalho com o louco infrator	temp2
Tem casos de doente mental na família? Sim (01) Não (02)	tc
Local de lotação CAPS/ISM	Lot1
Local de lotação ATP	Lot2
Prática após 2001	Prat 2
Prática antes de 2001	Prat 1

```

18 |                                     *templ_5|
17 |                                     *s-f*templ_18
16 |
15 |                                     #05 |                                     *temp2_5
14 |                                     *ref_47_02 |                                     *p_01
13 |                                     *templ_12*temp2_2
12 |                                     |                                     *lot_1
11 |
10 | *tc_02 |                                     *temp2_ |                                     *p_02
9 |                                     *ref_37 | *ref_44 | -
8 |                                     *ref_61
7 |                                     *temp2_9
6 |                                     *ref_53 | *ref_49 | *ref_48 *ref_50*templ_25
5 |                                     *ref_61 | | #01 | *ref_50*templ_16
4 |                                     *p_09*p_05*templ_8 | *temp2_3
3 |                                     *ref_41*templ_11 |
2 |                                     *ref_46
1 |
0 |-----*prat_2-----*ref_55-----*temp2_1-----*prat_1-----
1 |
2 |                                     |                                     *temp2_0
3 |                                     |                                     #03
4 | *p_08 |                                     | *ref_52 | *templ_17
5 |                                     | *templ_38 *p_07 |
6 | *ref_51 |                                     | *ref_35*templ_13
7 | *templ_6 |                                     | *temp2_4 | *temp2_25
8 | *templ_3 |                                     | *templ_15
9 | *temp2_6 |                                     | *p_04
10 | *templ_10 | *templ_7*ref_58 |                                     | *tc_01
11 | #04 | *temp2_10*temp2_8 | *templ_24
12 |                                     | *lot_2 |
13 |                                     | *temp2_7 | #02*p_10
14 |                                     | | *ref_43 |
15 |                                     | *p_06 *ref_63 |
16 |
17 |                                     | *ref_54 | *s_m | *ref_57
18 |                                     | *templ_22 |
19 |                                     | | *ref_60 |
20 |                                     | | *templ_4 |

```

Figura 5 – Projeção das colunas e palavras

Pudemos identificar o antagonismo dos discursos entre nutricionistas (p_09) e pessoal da limpeza (p_05) em relação ao trabalho dos vigilantes (p_10). Explica-se esse antagonismo pela natureza do trabalho e sua correspondência com a representação social acerca do louco infrator, isto é, os profissionais que utilizam discurso do cuidar estão no plano do CAPS/ISM (lot_1), ao passo que os discursos dos profissionais vigilantes (p_10), psiquiatras (p_04), psicólogos (p_06), agentes penitenciários (p_07), os aproximam da concepção manicomial da ATP (lot_02).

Em relação às classes, pudemos perceber que o tema da classe 1 (o cotidiano e a prática laboral) predominou nos trabalhadores do CAPS/ISM, mas os trabalhadores da ATP têm seus discursos centrados na relação direta entre a loucura e os delitos (classe 4). Ainda na classe 1, a maioria dos trabalhadores tinha trabalhado em saúde mental antes do ano de 2001, o da regulamentação da Lei federal nº 10.216 (Brasil, 2001) relativa à reforma psiquiátrica no Brasil. Grande parte desses trabalhadores tinha prática com o doente mental, porém, com o louco infrator, esse tempo era de um a três anos. Tal dado reafirma a noção de uma prática nova, porém com velhas representações sociais acerca da violência em associação com a loucura. A esse respeito, Jaramilo (2007) relata a experiência da reforma psiquiátrica na Argentina em 1994. Quando se cogitou da volta dos pacientes psiquiátricos para a sociedade, se tornou evidente que o imaginário social (representações sociais) tinha “três prejuízos dominantes: 1) os locos son males 2) los locos son peligrosos 3) los locos son incurables”. (p. 260)

A classe 5 apareceu como discurso predominante nos trabalhadores do CAPS. Nessa classe, houve a tentativa de relacionar a loucura com a violência, buscando, por meio do paradigma biológico, as respostas para esse fenômeno.

Na classe 2, a predominância dos trabalhadores foi de lotação no manicômio ATP, e é marcadamente representada por discurso centrado em como deve ser o tratamento do louco infrator. Ocorreu uma aproximação da fala do psicólogo com as dos agentes penitenciários e vigilantes. Uma explicação para tal pode ser encontrada na própria história do nascimento da psicologia como prática, que se esboçou a partir do final do século XIX.

Spink (2003) aborda o início da prática da psicologia afirmando que ela nasceu com um processo de constituição das modernas subjetividades, isto é, assim como a psiquiatria, a psicologia tinha o papel de controle das pessoas pela definição e regulação das suas individualidades. Morant & Rose (1998) argumentam que os métodos disciplinares são produtos das necessidades de gestão decorrentes da evolução do capitalismo industrial dos finais do século XIX e começo do século XX, os quais forneceram técnicas que permitiram a descrição e, posteriormente, o controle dessas individualidades. Spink (2003), em sua análise, afirma que o capitalismo avançado criou instituições setoriais (prisões fábricas, hospitais) para atender à necessidade de administrar um crescente número de áreas da vida humana, incluindo a área psíquica.

A variável sexo revelou que grande parte dos trabalhadores do sexo feminino se encontra no pólo dos trabalhadores do CAPS/ISM, em oposição aos trabalhadores da ATP, cuja maioria era do sexo masculino. Trata-se da dimensão do cuidar, geralmente a cargo do sexo feminino, que está em consonância com o paradigma psicossocial, ao passo que, no pólo da ATP, a vigilância e a punição fazem parte do escopo masculino (agentes penitenciários e vigilantes), confirmando assim o seu lugar de instituição total.

Em relação à variável de caso de doença mental na família, pudemos perceber uma associação entre o tempo de trabalho com o doente mental e a positividade de casos de doença mental nesse grupo. Uma explicação pode ser uma maior percepção e uma redução no estigma da doença mental dos trabalhadores com maior tempo de serviço em saúde mental, levando-o a assumir esse parentesco.

Quanto à prática em saúde mental, pôde-se detectar que, apesar das diretrizes da Lei nº 10.216 (Brasil, 2001) de redirecionamento da assistência psiquiátrica brasileira, os trabalhadores que iniciaram suas práticas após a regulamentação da lei não internalizaram os preceitos do paradigma biológico, o que se explica pela confusão criada entre o tratamento humanizado e os preceitos da reforma psiquiátrica brasileira.

Em relação ao tempo de trabalho com o louco infrator, verificamos que os trabalhadores do CAPS/ISM estão se deparando com uma prática bem recente, o que tem gerado muita insegurança e receio no tocante à ressocialização do louco infrator. A esse respeito, Rabelo & Torres (2005), afirmam que atualmente o trabalhador de saúde mental vem apresentando uma ambigüidade no tocante à internalização dos preceitos da reforma psiquiátrica, tendo em vista o momento de transição. O modelo biológico ainda não foi completamente abandonado, nem tampouco o modelo psicossocial (reforma psiquiátrica) foi internalizado e implantado. As autoras chegam a afirmar que a situação atual da prática diária dos trabalhadores em saúde mental situa-se entre um divórcio do discurso oficial e as práticas concretas desenvolvidas nos serviços de saúde mental.

Na variável da escala de atitude em saúde mental, percebemos uma pulverização dela nas diversas zonas dos planos da figura 5. Esse dado corrobora

o achado na análise quantitativa das entrevistas no que se refere à atitude dos trabalhadores do CAPS e da ATP no tocante aos paradigmas biológico e psicossocial. Esses trabalhadores utilizam o discurso psicossocial, porém as suas práticas ainda mantêm o modelo manicomial. Trata-se da confusão histórica e conceitual que o trabalhador de saúde mental tem acerca do modelo psicossocial, internalizando o modo humanizado na lida com a loucura, em razão da insuficiência epistemológica acerca dos preceitos da reforma psiquiátrica.

6.8. Terceiro Nível de Análise: A Ancoragem das Representações Sociais do Paciente Psiquiátrico-jurídico Elaboradas por Trabalhadores de Saúde Mental em um CAPS e no Manicômio Judiciário:

Esta pesquisa teve como objetivo estudar o conhecimento e as práticas de dois grupos de trabalhadores de saúde mental em relação ao louco infrator, tendo como eixo norteador as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira, assim como o momento de transição do paradigma biológico para o paradigma psicossocial.

Ao analisarmos tais representações sociais e o possível surgimento de novas práticas oriundas das recentes diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira, nos deparamos com os discursos de trabalhadores do CAPS, com um conteúdo baseado na humanização dos serviços de saúde mental, porém sem a marca ideológica do paradigma psicossocial. Encontramos um bom exemplo disso no discurso de autores como Bichara & Palmieri (2007), ao discorrerem sobre o processo de desospitalização, houve um trabalho de humanização do atendimento e concomitantemente o início da desospitalização. Faz-se necessário diferenciar a desinstitucionalização como proposta política e ideológica

de rompimento do paradigma biológico, e o conceito de desospitalização, entendido como mera desassistência.

Rabelo & Torres (2006), em estudo sobre a percepção dos trabalhadores em saúde de Goiânia, chegam a conclusões semelhantes às nossas no que diz respeito à humanização como sustentáculo do paradigma biológico, em oposição às poucas mudanças societárias, de mobilização civil no tocante à assistência do portador de sofrimento mental.

Outra ancoragem dos trabalhadores em relação ao cotidiano do louco infrator é a relação direta dos direitos humanos e o infrator, porém mais uma vez pudemos perceber que o discurso politicamente correto e a ausência de conhecimento em relação aos direitos humanos é a marca da cidadania tutelada (Oliveira & Alessí, citados por Rabelo & Torres, 2006).

Em se tratando das ancoragens dos trabalhadores no discurso referente à relação entre violência e loucura, ficou patente a manutenção histórica do olhar e atitude normatizadora e disciplinadora que identificamos nos trabalhadores do CAPS e do manicômio. Tal identidade histórica com o paradigma biológico sustenta-se nos velhos currículos acadêmicos da área da saúde. Embora a Lei nº10.216 (Brasil, 2001) proponha mudanças, é necessário reformular as estruturas curriculares dos cursos de saúde. Guareshi & Bernades (2003) abordam as dificuldades encontradas por trabalhadores de enfermagem, em especial os técnicos de enfermagem, pois eles não têm em sua formação disciplinas que enfoquem o psicossocial ou até mesmo a saúde mental. A precária formação do técnico tem conseqüências diversas na sua lida com o louco infrator, que podem ir do total afastamento do paciente do convívio grupal, até a presença sutil de preconceito na atividade cotidiana. Nas atividades de oficinas,

por exemplo, os pacientes são convidados a participar no CAPS ou mesmo no manicômio, mas, jamais irão para uma oficina de marcenaria, uma visita a um *shopping* ou a um cinema. A argumentação é que eles podem se descontrolar e o *manejo* psiquiátrico falhar.

Nos planos horizontais e verticais da análise fatorial, pôde-se ver claramente o antagonismo entre as lotações do CAPS/ISM (lot_1) e do manicômio ATP (lot_2). A prática anterior a 2001 com a loucura (prat_1) está em íntima associação com os profissionais do CAPS/ISM. A explicação para essa correlação reside no fato de que o trabalho de ressocialização nos manicômios é recente, e, especificamente, no manicômio ATP, esse tipo de trabalho foi iniciado por esse pesquisador no ano de 2002, em parceria com o Tribunal de Justiça do Distrito Federal.

Ainda analisando os planos, identificaram-se as disposições das classes em relação as lotações, evidenciando o conteúdo do discurso e a lotação. A lotação do CAPS/ISM (lot_1) apresentou nas classes 1 e 5 a qualidade de seus discursos, isto é, o modo de cuidar do louco e as explicações de causas da loucura e dos delitos fazem parte das representações sociais dos trabalhadores. A lotação manicômio ATP (lot_2) guardou o conteúdo dos discursos com as classes 2, 3 e 4 e se ancora na natureza dessas classes, que se reportam à explicação das causas da relação entre loucura e delito e de como deve ser o cuidado com louco infrator. Mais uma vez, percebemos o “andar de mãos dadas” entre o direito e a medicina, que transformou a loucura em doença mental, que passou a fazer parte do estatuto da medicina, mas sobre o tripé - justiça, medicina e administradores locais - conforme relata Castel (1978) ao referir-se ao início da Revolução Francesa e à abolição das *Lettres de cachet*.

7. CONCLUSÃO

Esta pesquisa propôs-se a estudar as representações sociais dos trabalhadores de um CAPS (ISM) e de um manicômio judiciário (ATP), elaboradas em relação ao louco infrator, com o objetivo de entender como essas instituições, representadas pelo discurso de seus técnicos, com seus modelos de atenção e de assistência, divergiam ou convergiam em representações sociais e práticas. Buscou ainda compreender se essas representações sociais poderiam estar ou não determinando e/ou mantendo práticas excludentes e segregadoras em relação ao louco infrator no momento de transição do modelo biológico para o modelo psicossocial.

Os resultados evidenciaram, sobretudo no serviço substitutivo CAPS/ISM, a prática profissional ambivalente refletida nas formas como o processo terapêutico e a ressocialização do louco infrator são descritos pelos participantes. A ambivalência dos trabalhadores é demonstrada no seu cotidiano e no contato diário com o louco infrator, e ainda, na relação entre loucura e violência que esses trabalhadores estabelecem em seus discursos.

Os resultados obtidos revelaram dados importantes para que as práticas em saúde mental no Brasil sejam reavaliadas, em especial em relação ao louco infrator, personagem duplamente estigmatizado na história da assistência aos portadores de doença mental na medicina ocidental. Dentre esses resultados, podemos citar a internalização dos trabalhadores de práticas com conteúdo humanizante em saúde mental, em contraponto à visão da mudança ideológica e política proposta pela reforma psiquiátrica brasileira. Esta constatação corrobora os resultados obtidos por Torres & Rabelo (2005). Essas autoras encontraram no discurso dos trabalhadores de saúde mental em serviços substitutivos um

conteúdo humanizante, o qual vela e superficializa as práticas, tornando-as ambíguas e dissonantes do discurso dos trabalhadores de saúde mental, perpetuando assim a lógica manicomial nos novos serviços substitutivos em saúde mental, isto é, velhas práticas com uma nova roupagem.

A constatação de práticas ancoradas no modelo biológico pelos trabalhadores do CAPS/ISM e do manicômio judiciário revela que o momento de transição dos paradigmas está sendo marcado pela resistência às mudanças de comportamento na assistência ao louco infrator, bem como na concepção da desinstitucionalização. É necessário esclarecer que mudanças políticas, no caso de Brasília, têm contribuído para essa situação, o que é corroborado por Campos (2003), ao afirmar que as práticas somente irão modificar as representações sociais, quando as práticas são percebidas como irreversíveis. Mas se elas são vistas como reversíveis, espera-se um retorno ao que era antes, e as representações sociais são modificadas somente de modo superficial.

A conclusão do segundo grande eixo temático busca as relações entre a loucura e o delito, reafirmando a ambigüidade dos trabalhadores de saúde mental no que se refere a um discurso entre o tratar e o punir, e sugere a seguinte reflexão - diante de um delito, um doente mental perde seu estatuto de cidadão, e a punibilidade sobrepuja o cuidado. Esta constatação é demonstrada de forma subliminar no discurso dos trabalhadores do CAPS e do manicômio judiciário.

A discussão dos trabalhadores acerca dos direitos humanos e da cidadania do louco infrator revela o quão se repete a psiquiatrização e psicologização no tocante à inclusão social do louco infrator, ficando mais uma vez evidenciadas práticas que buscam a inclusão mediante a normatização, o pôr fim à diferença, enfim, tornar todos iguais. A conclusão sobre essa atitude reside

na vocação social que as disciplinas sempre apresentaram diante da loucura e no trabalho isolado que essas profissões estabeleceram ao longo da história.

Outra constatação desta pesquisa é a estreita relação entre as práticas e as representações sociais dos trabalhadores do CAPS/ISM e do manicômio ATP, ficando evidenciada a reciprocidade também das representações sociais mantendo práticas segregadoras e excludentes em relação ao louco infrator.

Com essa leitura, podemos afirmar que embora haja uma política de redirecionamento e reorientação do modelo de assistência em saúde mental, as formações sociais que sustentam a exclusão e segregação do louco infrator estão em consonância com velhas práticas advindas da formação acadêmica desses profissionais. Diante desse quadro, propostas de práticas de educação dos trabalhadores de saúde mental devem ser fomentadas, condizendo com uma ética no fazer, no ensinar e no aprendizado do outro e de si mesmo. A proposta consiste fundamentalmente em aproximar a prática com modelos educacionais desvinculados de técnicas laborais que servem de escudo e defesa desses trabalhadores diante da diferença humana.

Uma proposta advinda desta pesquisa, além da capacitação e qualificação dos trabalhadores envolvidos na proposta de ressocialização do louco infrator, é a criação de programas de atenção ao louco infrator como os já existentes em Belo Horizonte - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ Portaria-Conjunta nº 25/2001) - e Goiânia - Programa de Atenção Integral ao louco Infrator (PAI-LI Portaria nº 058/2006) - descritos anteriormente no capítulo 3.

Em Brasília, apesar da experiência extra-oficial de ressocialização do louco infrator no CAPS/ISM, há a necessidade premente de oficializar um programa estruturado, com uma equipe treinada e capacitada para a avaliação clínica, jurídica e psicossocial, na mediação entre o ato jurídico, a saúde (equipe de

trabalhadores dos CAPS e do manicômio) e a sociedade, promovendo assim, uma desconstrução do estigma e do preconceito sobre o louco infrator.

Como sugestão para trabalhos futuros, cabe a realização de pesquisas em representações sociais nos locais onde existem programas oficializados de reinserção social do louco infrator, Belo Horizonte (PAI-PJ) e Goiânia (PAI-LI). Nesses locais, as identidades dos trabalhadores de saúde mental dos CAPS estão na transição paradigmática do paradigma dominante (psiquiátrico), para o paradigma emergente (psicossocial). Assim, poderão ser verificados os fatores positivos e negativos na reinserção social do louco infrator.

Para finalizar, apresentamos a pintura de Francisco Goya (figura 6) que intitulada *Louco no manicômio* (1828), pede uma reflexão sobre esse grupo social que historicamente é vítima de exclusão e preconceito:



Fonte: Museu do Monastério de Guadalupe (Cárceres)

Figura 6 – *Louco no manicômio*, de Francisco Goya (1828)

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J-C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira A. S. P. & Oliveira, D. C. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*, Pp. 27 – 37. AB Editora, Goiânia. 307p.
- Amarante, P. D. C. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Fiocruz, Rio de Janeiro. 204p.
- Amarante, P. D. C. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Fiocruz, Rio de Janeiro. 132p.
- Amarante, P. D. C. (1996) *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Fiocruz, Rio de Janeiro. 142p.
- Barros, D. D. (1994). *Jardins de Abel: a desconstrução do manicômio de Trieste*. Ed. USP/Lemos, São Paulo. 155p.
- Barros, F. O. (2005). *PAI – PJ, os loucos que fazem a diferença*. Diálogos. 2:24-29.
- Basaglia, F. & Gallio, G. (1991). Vocação terapêutica e luta de classes – para uma análise crítica do governo italiano. In: J. Delgado, (Org.). *A loucura na sala de jantar*. Pp. 27-51. Edição do Autor, Santos. 127p.
- Birman, J. (1978). *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Graal, Rio de Janeiro. 456p.
- Brasil, Congresso Nacional (1903). *Decreto-lei nº 1.132, 22 de dezembro*.
- Brasil, Congresso Nacional (1940). *Decreto-lei nº 2.848, 7 de dezembro*.
- Brasil, Congresso Nacional. (1988). *Constituição Brasileira*.
- Brasil, Congresso Nacional (2001). *Lei Federal nº 10.216, 06 de abril*.
- Brasil, *Diário Oficial [do] Estado do Rio Grande do Sul* (1992). Lei estadual nº 9.716, 07 de agosto.
- Brasil, Ministério da Saúde (1987). *I Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório final*, Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde (1992). *II Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório final*, Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde (2002). *III Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório final*, Brasília.

- Brasil, Ministério da Saúde (2002). *Portaria n.º 336/GM*, 19 de fevereiro.
- Brasil, Ministério da Saúde (2002). *Portaria Interministerial nº 628*, 02 abril.
- Brasil, Ministério da Saúde (2002). *Portaria n.º 336/GM*, 19 de fevereiro.
- Brasil, Ministério da Saúde (2002). *Portaria Interministerial nº 628*, 02 abril.
- Brasil, Ministério da Saúde (2003). *Portaria Interministerial nº 1777*, 9 de setembro.
- Brasil, Ministério da Saúde (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- Brasil. Presidência da República (1893). *Decreto nº 1.559*, 7 de outubro.
- Brasil, Presidência do Tribunal e da Corregedoria Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais (2001). *Portaria Conjunta nº 25/2001*.
- Brasil, Tribunal de Justiça do Estado do Goiás (2006). *Portaria 058, 03 de abril*.
- Bichara & Palmieri. (2007). O acompanhamento de residências terapêuticas pela equipe de um hospital dia. In: Merhy, E. E. & Amaral, H. *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. Pp. 228 -240. Aderaldo & Rothschild. São Paulo. 331p.
- Campos & Loureiro. (2003). *Representações sociais e práticas educativas*. Editora da UCG, Goiânia. 245p.
- Capez, F. (2003). *Curso de direito penal*. Saraiva, São Paulo. 601p.
- Caplan, G. (1966) *Princípios de psiquiatria preventiva*. Paidós, Buenos Aires. 306p.
- Carta Compromisso de Defensores e Defensoras de Direitos Humanos (2006). In: *X Conferência Nacional de Direitos Humanos, 2006*, Brasília.
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Graal, Rio de Janeiro. 329p.
- Cooper, D. (1973). *Psiquiatria e antipsiquiatria*. Perspectiva, São Paulo. 165p.
- Costa, F. G. (2001). Representação social da velhice em idosos participantes de instituições para terceira idade. Universidade Católica de Goiás, Goiânia. 135p.

- Dantas, M. A. F. & Chaves, A. M. Saúde custodiada: representações dos guardas sobre o Hospital de Custódia. *Psicologia: ciência e profissão*. Acesso em: 10/07/2008. Pp. 342-357. Disponível em: http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000200014&lng=es&nrm=iso
- Delgado, P. G. et. al (Orgs.). (2007). Perspectivas da psiquiatria pós-azilar no Brasil. In: Tundis, S. A. & Costa, N. *Cidadania e loucura - origens das políticas de saúde mental no Brasil*. Pp.171-202. Abrasco/Vozes, Petrópolis. 288p.
- Delgado, P. G. (1992). *As razões da tutela*. Te Cora, Rio de Janeiro. 284p.
- Filho, J. F. S. et al (Org.). (2007). A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: Tundis, S. A. & Costa, N. *Cidadania e loucura - origens das políticas de Saúde Mental no Brasil*. Pp. 75. Abrasco/Vozes, Petrópolis. 288p.
- Dell'Ácqua, G & Mezzina, R. (1991). Resposta à crise. In: J. Delgado (Org.). In: *A loucura na sala de jantar*. Pp. 53-79. Resenha, São Paulo. 121p.
- Demo, P. (2001). *Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos*, (2ª ed.), Papirus, Campinas. 135p.
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Fiocruz, Rio de Janeiro. 166p.
- Doise, W. (1986). Les représentations sociales: définition d'un concept. In: W.Doise, & A. Palmonari, (Dir.). *L'étude des représentations sociales*. Pp. 81-94. Neuchâtel, Delachaux & Niestlé.
- Doise, W., Clémence, A. & Lorenzi-Cioldi, F. (1993). *The quantitative analysis of social representations*. Hempel Hempstead, Harvester Wheatsheaf. Pp. 1-9. 168p.
- Foucault, M. (1997). *História da loucura*, (5ª ed.), Perspectiva, São Paulo. 551p.
- Gomes, H. (1973). *Medicina legal*, (15º ed.), Freitas Bastos, Rio de Janeiro. 758p.
- Gondim, D. S. M. (2001). *Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: Inovação ou reprodução do modelo assistencial?* Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 130p.
- Guareschi, P. A. (1995). Sem dinheiro não há salvação: ancorando o bem e mal entre neopentecostais. In: Guareschi, P. A. & Jovchelovitch, S. (Orgs). *Textos em representações sociais*, (4ª Ed), Vozes, Petrópolis. 328p
- Guareschi, M. de F. & Bernades, A. G. (2003). Trabalhadores da saúde mental: tecendo identidades e diferenças. In: Guareschi, M. de F. & Bruschi, M. E.

- (Orgs). *Psicologia social nos estudos culturais*. Pp.159-182. Vozes, Petrópolis. 239p.
- Guareschi, P. A. (2003). *Os construtores da informação: meios de comunicação, ideologia e ética*, (2ª ed.), Vozes, Petrópolis. 380p.
- Guerra, A. M. C. et al. (Orgs.). (2003). Direitos humanos e a loucura entre a cidade e seus estigmas: uma visita ao processo de desospitalização psiquiátrica no município de Belo Horizonte. *In: Psicologia Social e Direitos Humanos*. Pp. 121-143. 284p.
- Jaramilo, L. O. (2007). *La loucura: uma experiência médica, jurídica e institucional*, Pp. 229-268. Salerno, Buenos Aires. 512p.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In: D. Jodelet (Org.). *As representações sociais*. (pp. 17-44). Ed. UERJ, Rio de Janeiro.
- Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais*. Vozes, Petrópolis. 391p.
- Jodelet, D. (2006). *Violência, exclusão social e desenvolvimento humano*. *In: estudos em representações sociais*, Pp. 75-109. A. M. de Oliveira et al. (orgs). Ed. UnB, Brasília. 299p.
- Jovchelovitch. S. (2005). Apresentação à edição brasileira, In: D. Jodelet, (Ed.). *Loucuras e representações sociais* (pp. 7-9). Vozes, Rio de Janeiro. 391p.
- Machado, D. M. (2006). *A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília. 188p.
- Marsiglia, R., Dallari, D. A., Costa, J. F., Moura Neto, F. D. M. & Lancetti, A. (1990). *Saúde mental e cidadania*. Mandacaru, São Paulo. 93p.
- Mecler, K., Mendlowcs, M. V. & Moraes, T. (2001). Avaliação da cessação de periculosidade no hospital de custódia e tratamento Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro. In: Moraes, T. (Org). *Ética e psiquiatria forense*. Pp. 217-257. Edições IPUB. 272p.
- Minayo, M. C. de S. (Org.). (2004). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*, (2ª ed.). Vozes, Petrópolis. 80p.
- Mirabete, J. F. (2004). *Manual de direito penal*, (24ª ed.). Atlas, São Paulo. 492p.
- Miranda, C. M. L. (1999). Algumas questões sobre assistência de enfermagem psiquiátrica de qualidade. *Cadernos do IPUB/ Instituto de psiquiatria* n.º 3. UFRJ. 223p.

- Miranda, F. A. N. & Furegato, A. R. F. (2004). *Representações sociais da atuação do enfermeiro psiquiátrico no cotidiano. Psicol. teor. prat.* vol.6. Acesso em: 04/08/2008. Pp.67-78. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872004000300005&lng=pt&nrm=iso
- Morant N. & Rose, D. (1998). Loucura, multiplicidade e alteridade. In: Arruda. A. et al. (Orgs.). *Representando a alteridade*. Pp. 129-148. Vozes. Petrópolis. 168p.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Presses, Paris.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Zahar. Rio de Janeiro. 292p.
- Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigação em psicologia social*. Vozes, Petrópolis. 404p.
- Moscovici, S. (2005). *Prefácio In: Jodelet D. Loucuras e representações sociais*. Pp. 11-31. Vozes, Petrópolis. 391p.
- Nasciutti, J. C. R. (2007). A instituição como via de acesso à comunidade. In: Campos, H. F. R. (Org). *Psicologia social comunitária da solidariedade à autonomia*. Pp. 100-126. Vozes, Petrópolis. 179p.
- Oliveira, A. S. (2004). *A codificação do direito. Jus Vigilantibus – Vitória – 2004*. Acesso em 27/03/2007. Disponível em: http://jusvi.com/doutrinas_e_pecas/ver/1894.
- Oliveira, F. O. & Werba, G. C. (2003). Representações sociais. In: Strey, M. N. et al. *Psicologia social contemporânea*. Pp. 114-117. Vozes, Petrópolis. 264p.
- Pacheco, J. G. (2005). *Cultura e loucura: a história de uma experiência*. Mestrado em Psicologia Social, Universidade de Brasília, Brasília. 275p.
- Palomba, G. A. (2003). *Tratado de psiquiatria forense, civil e penal*. Atheneu, São Paulo. 886p.
- Pessotti, I. (1996). *O Século dos Manicômios*. Editora 34. Rio de Janeiro. 304p.
- Piccini, J.W. (2002). Psiquiatria forense no Brasil a partir das suas publicações (II). *Psychiatry on Line Brazil*, 7.
- Pitta, A. (org.) (2001). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. Hucitec, São Paulo. 158p.
- Rabelo, I. V. M. & Torres, A. R. R. (2005). Trabalhadores em saúde mental; relações entre prática profissional e bem-estar físico e psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.25, Pp. 614-625.

- Rabelo, I. V. M. & Torres, A. R. R. (2006). Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia. *Estud. Psicol.* (Campinas, 23, 3: 2006). Acesso em 16/09/2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X200600030001&lng=en&nrm=iso
- Ramos, & Geremias, *O Instituto Philippe Pinel: origens históricas*. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Acesso em 15/03/2007. Disponível em: www.sms.rio.rj.gov.br/pinel/media/pinel_origens.pdf
- Rangel, M. (2004). *A pesquisa de representação social como forma de enfrentamentos sócio-educacionais*. Idéia & Letras, Aparecida. 72p.
- Reis, J. C. (1998). *O sorriso de Hipócrates: a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Veja, Lisboa. 213p.
- Ribeiro, Aldry S. M. (2000). *Macho, adulto, branco, sempre no comando?* Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília. 156p.
- Rotelli, F. A. (1990). Instituição inventada. In: M. F. Nicácio (Org.). *Desinstitucionalização*. Pp. 89-99. Hucitec, São Paulo. 112p.
- Rotelli, F. & Amarante, P. (1992). Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil – aspectos históricos e metodológicos. In: B. Bezerra & P. Amarante (Org.). *Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Pp. 41-56. Relume-Dumará, Rio de Janeiro. 123p.
- Rotelli, F. A. (1995). Superando manicômio: o circuito psiquiátrico em Trieste. In: P. Amarante (Org.). *Psiquiatria social e a reforma psiquiátrica*. Pp. 149-169. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 205p.
- Sá, C. P. de. (1996). *Sobre o núcleo central das representações sociais*. Vozes, Petrópolis. 189p.
- Segre, M. (2006). (Org.). Considerações críticas ao instituto da imputabilidade em penologia. In: *Saúde Mental, Crime e Justiça*. Pp. 59-62. Ed. da USP, São Paulo. 286p.
- Senra, A. H. (2004). *Inimputabilidade: conseqüências clínicas sobre o sujeito Psicótico*. FUMEC, Belo Horizonte. 108p.
- Sistema Único de Saúde. (2002). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- Spink, J. P. M. (2003). *Psicologia social, práticas, saberes e sentidos*. (3ª Ed.). Vozes, Petrópolis. 339p.
- Strey, M. N. et al. (2003). Representações sociais. In: M. G. C. (Org). *Psicologia social contemporânea*: Pp. 114-117. Vozes, Petrópolis. 264p.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *Histórias, Ciência, Saúde*. 9 (1): 25-59. Jan./abr., Manginhos, RJ. Acesso em 20/03/2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>
- Torres A. R. R.; Guimarães, J. G.; Faria, M. R. V. (2005). Democracia e violência policial: o caso da polícia militar. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 10, n. 2. Pp. 263-271, mai./ago.
- Tourinho, F. F. C. (2001). *Manual de Direito Penal*. (2ª ed.). Saraiva, São Paulo. 1013p.
- Vala, J. (1996). Representações sociais: para uma psicologia social do pensamento social. In: Vala & M. B. Monteiro (Eds.). *Psicologia social*. Pp. 457-502. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa. 626p.
- Veiga Neto, A. et al (2000). *Michel Foucault e os estudos culturais*. In: M. Costa. Estudos Culturais em educação: mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema. Pp. 37-69. Ed. da UFRGS, Porto Alegre. 288p.
- Wanderley, M. B. (1999). Reflexões acerca do conceito de exclusão social - refletindo sobre a noção de exclusão. In B.B. Sawaia (org.), *As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Pp.16-26. Vozes, Petrópolis. 156p.
- Yasui, S. (1990). CAPS: aprendendo a perguntar. In: A Lancetti (Org.). *Saudeloucura 1*. Pp. 47-59. (2ª ed.). Hucitec, São Paulo. 119p.

ANEXO I



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 053/2008

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: **057/08** – Representações sociais de pacientes jurídicos elaborados por trabalhadores de saúde mental em CAPS - Centro de Atenção Psicossocial e no manicômio judiciário

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde;

Validade do Parecer: 14/04/2010

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 14 de abril de 2008.

Atenciosamente.

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-904

BRÁSILIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

ANEXO II

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

1. Quais as palavras que lhe vem a mente quando falamos em doença mental?
2. A sociedade vem se tornando mais violenta?
3. Quais as causas desta violência?
4. O que você pensa sobre o louco infrator?
5. Em sua opinião, qual o papel dos hospitais psiquiátricos no atendimento do louco infrator?
6. Faça um comentário sobre este roteiro.

ANEXO III

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

ENTREVISTA

- 1) Quais as palavras que lhe vem a mente quando falamos em doença mental? (3 primeiras)
- 2) Em sua opinião, o que leva uma pessoa a desenvolver algum tipo de doença mental?! (Citar apenas 3)
- 3) Instruções:

Na tabela abaixo, você encontrará algumas afirmações relacionadas ao tema **Saúde Mental**, marque o item que melhor represente sua opinião pessoal, utilizando o seguinte critério. Marque:

- 1→ se você **discorda plenamente** com relação à afirmação
- 2→ se você **discorda** com relação à afirmação
- 3→ se você **discorda apenas em parte** com relação à afirmação
- 4→ se você está **em dúvida** com relação à afirmação
- 5→ se você **concorda apenas em parte** com relação à afirmação
- 6→ se você **concorda** com relação à afirmação
- 7→ se você **concorda plenamente** com relação à afirmação

	Discorda plenamente	Discorda	Discorda apenas em parte	Em dúvida	Concorda apenas em parte	Concorda	Concorda plenamente
1- Participar de associações e/ou clubes em prol da cidadania é direito do doente mental.	1	2	3	4	5	6	7
2- Num tratamento de saúde mental cabe apenas ao médico indicar o momento da alta.	1	2	3	4	5	6	7
3- Estudo, trabalho e convívio social são essenciais para tratar a Esquizofrenia.	1	2	3	4	5	6	7
4- O doente mental deve ser isolado quando fica agressivo fisicamente.	1	2	3	4	5	6	7

	Discordo plenamente	Discorda	Discorda apenas em parte	Em dúvida	Concorda apenas em parte	Concorda	Concorda plenamente
5- Só com o consentimento do paciente pode-se iniciar um tratamento psiquiátrico.	1	2	3	4	5	6	7
7- Os vínculos sociais podem tratar um paciente psiquiátrico.	1	2	3	4	5	6	7
8- O trabalhador dos serviços de saúde mental não deve se envolver nas lutas por maiores direitos sociais do doente mental.	1	2	3	4	5	6	7
9- O médico precisa trabalhar em equipe para propiciar um tratamento eficaz à doença mental.	1	2	3	4	5	6	7
10- É muito perigoso conviver com um doente mental em casa.	1	2	3	4	5	6	7

11- O doente mental deve ser tratado na comunidade.	1	2	3	4	5	6	7
12- Só um médico psiquiatra é plenamente capaz de diagnosticar, tratar e compreender a doença mental.	1	2	3	4	5	6	7
13- O paciente precisa estar em casa para se tratar.	1	2	3	4	5	6	7
14- Apenas a psiquiatria é a ciência responsável por tratar a doença mental.	1	2	3	4	5	6	7
15- A família de um usuário de serviço de saúde mental precisa estar em contato permanente com a Equipe que o acompanha.	1	2	3	4	5	6	7
16- Só se consegue curar a depressão via tratamento médico.	1	2	3	4	5	6	7
17- O paciente pode decidir o momento da alta hospitalar.	1	2	3	4	5	6	7
18- Uma anamnese detalhada é essencial para se formular uma hipótese diagnóstica.	1	2	3	4	5	6	7
19- A doença mental, assim como o seu tratamento, envolve mais problemas sociais que orgânicos.	1	2	3	4	5	6	7

4) Em sua opinião, o que leva uma pessoa a se envolver em algum tipo de delito ou crime?

5) Você acha que uma pessoa com doença mental tem mais chance de se envolver em crimes ou delitos? JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA

6) Quais as palavras que lhe vem à mente quando falamos em louco infrator? (3 primeiras)

7) Em sua opinião, qual seria o melhor tratamento para o louco infrator? JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA

8) Quais as principais dificuldades que você sente quando lida com o louco infrator? (3 primeiras) POR QUE/

9) Na maioria dos pacientes “louco infrator” que você tem tido contato qual a “força” do nexos causal entre infração/delito e a doença mental:

1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 :

1) fraco; 2) não tão forte; 3) mais ou menos; 4) forte; 5) muito forte.

10) Justifique sua escolha.

11) Você acredita na re-socialização do louco infrator: escala

1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 :

1) fraco; 2) não tão forte; 3) mais ou menos; 4) forte; 5) muito forte.

Justifique sua escolha.

12) Você acredita que os preceitos da reforma psiquiátrica são eficazes para o cuidado com o louco infrator? Por quê?

13) Você acredita que o louco infrator pode se tornar mais violento do que os usuários “normais” sem conflito com a lei:

1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 :

1) nunca; 2) raramente; 3) às vezes; 4) frequentemente; 5) sempre.

Por quê?

14) Você acredita que o louco infrator pode se tornar mais violento do que os presidiários sem transtorno /doença mental. Por quê?

15)Em sua opinião, quais as possibilidades que o Louco Infrator tem para se inserir no mercado de trabalho?

JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA

16)Você acredita ter algum preconceito sobre o Louco Infrator? Qual?

16)Você acredita ter algum preconceito sobre o Louco Infrator? Qual?

17)E a sociedade tem algum preconceito contra o Louco Infrator?Qual?

18)Em sua opinião, qual o papel dos hospitais psiquiátricos no tratamento do Louco Infrator?

19)Você acha que o Louco Infrator tem direitos na sociedade? Que tipo de direito eles tem?

20) Esses direitos são respeitados?

21)O que mais você gostaria de falar sobre o Louco Infrator?

Dados do profissional:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Tempo de Trabalho com o doente mental:

Tempo de Trabalho com o louco infrator:

Tem casos de doente mental na família?

Ulysses Rodrigues de Castro – Pesquisador Responsável
SCLN 207 Bl. D Apto 221, tel: (61) 96439892

Brasília, _____ de _____ de 2008

ANEXO IV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado a participar do projeto: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PACIENTES JURÍDICOS ELABORADOS POR TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL

O nosso objetivo de pesquisa é o de obter uma análise das representações sociais acerca do louco infrator elaboradas por profissionais de saúde mental.

Minha participação é voluntária, portanto posso me abster em fornecer as informações requeridas, sem nenhum dano ou prejuízo a minha pessoa.

Por ocasião da publicação dos resultados da pesquisa será assegurado meu anonimato, em respeito aos princípios éticos da autonomia, da não-maleficência, da beneficência e da justiça.

O (a) Senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a)

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder no setor do núcleo de pesquisa na data combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de: 30 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado para responder o questionário, sendo respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o (a) Senhor (a) poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a) no seu atendimento.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no setor de pesquisa ;Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) do CAPS/ISM e Ala de Tratamento Psiquiátrico-Colméia, podendo inclusive ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do setor de pesquisa do CAPS/ISM.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Dr.Ulysses R de Castro, telefone: (061)96439892, no horário: 8 às 18 horas.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Qualquer dúvida com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura do sujeito da pesquisa

Pesquisador Responsável/Nome e assinatura:

Data: / / 2008