

Rogério Fortunato da Rocha

**Representações Sociais da Saúde Mental por
Psicólogos do Sistema de Saúde da Cidade de
Diadema – São Paulo: Concepções e Repercussões**

Universidade Estadual Paulista
Departamento de Saúde Pública
Botucatu – 2008
Rogério Fortunato da Rocha

**Representações Sociais da Saúde Mental por
Psicólogos do Sistema de Saúde da Cidade de
Diadema – São Paulo: Concepções e Repercussões**

Dissertação apresentada a ao Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração:
Saúde Coletiva

Orientador:
Prof. Dr. Alfredo pereira Jr.

Unesp – Universidade Estadual Paulista
Departamento de Saúde Pública
Botucatu – 2008

**Representações Sociais da Saúde Mental por
Psicólogos do Sistema de Saúde da Cidade de
Diadema – São Paulo: Concepções E Repercussões**

Rogério Fortunato da Rocha

1) Banca Examinadora

Dissertação defendida e aprovada em ____/____/____

Dedicatória

Alegria de minhas filhas.

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar ao meu orientador Alfredo Pereira Junior. Mesmo antes de ter o privilégio de participar de suas aulas ele generosamente já me havia aberto às portas de sua casa e, em sua sala de estar recebeu e discutiu meu projeto de pesquisa. Não seria justo deixar de estender meus agradecimentos, também, a sua esposa, por seus comentários oportunos, informações preciosas e reforçadoras.

Encontrei no Professor Alfredo toda disponibilidade e liberdade de conduzir minhas idéias, em meu ritmo, e isso só foi possível porque ele é extremamente solícito. Melhor dizendo, agradeço a sua paciência, a sua pontualidade, ao seu espírito democrático científico.

A todos os meus colegas de trabalhos, particularmente aos psicólogos que participaram desta pesquisa expondo suas experiências. Agradeço a confiança e os apoios recebidos.

A minha querida esposa, que carinhosamente chamo de “Elan Klein”, por todo apoio recebido desde o início desse processo. Com a sua eterna disponibilidade, perspicácia e paciência sempre presente, fez desses momentos algo muito mais especial do que já é. Dividiu comigo meus receios e frustrações. Juntos dançamos, sorrimos e fomos premiados, em meio a tudo, com uma filha linda.

Ao professor Alberto Advincula Reis por, antes de qualquer coisa, ter essa paciência forjada no mais puro espírito chinês, em responder minhas eternas questões. Por ter sempre algo tão revelador a ensinar e graciosamente oferecer, recebendo-me sempre de modo acolhedor.

Sinto que as palavras não conseguem exprimir minha gratidão a todos. É como já dizia G. Flaubert “como se a plenitude da alma não extravasasse, às vezes, nas mais vazias metáforas, pois que ninguém pode jamais dar medida exata às próprias necessidades, concepções ou dores, e já que a palavra humana é como um caldeirão fendido em que batemos melodias para dançar os ursos, quando antes queríamos enternecer as estrelas”.

Resumo

Esta pesquisa buscou investigar as representações sociais sobre a Saúde Mental por psicólogos atuantes no sistema de saúde da cidade de Diadema, São Paulo. O trabalho utilizou como referência o método de análise das Representações Sociais proposto por Moscovici (1961). O procedimento foi realizado a partir de seis (6) entrevistas semi dirigidas; objetivando conhecer as formas como o tema *Saúde Mental* é apreendido por profissionais ligados diretamente à Saúde Coletiva.

Palavras-chave: Representação Social, saúde mental, psicólogos, serviços de saúde.

Abstract

This research aimed to investigate social representations about Mental Health by psychologists who work in the health system in the city of Diadema-SP-Brasil. The research used as reference the concept of Social Representation advanced by Moscovici (1961). The research was made by means of six semi-structural interviews, with the objective of knowing how the concept of mental health is apprehended by professionals who are active in the Public health service.

Keys Workds: Social Representation, mental health, psychologist, public health service.

LISTA DE GRAVURAS

Figura 1 – Nau dos Insanos. Hieronymus Boschi (1475-1480)	1
Figura 2 – Von ungenutzten Büchern (dos livros inúteis). Hieronymus Bosch (1450 – 1516)	7
Figura 3 – Of Greed (da ganância). Hieronymus Bosch (1450 – 1516)	39
Figura 4 – Visão aérea da região central da cidade de Diadema	45
Figura 5 – Terminal de Trólebus e ônibus da cidade de Diadema	45
Figura 6 – Descrição de Etnias em Diadema	47
Figura 7 – Of Newfangled Ways (das boas Maneiras) – Hieronymus Bosch (1450 – 1516)	48
Figura 8 – Frequência e Porcentagem dos participantes em relação ao sexo	62
Figura 9 – Frequência e Distribuição dos participantes quanto à idade	62
Figura 10 – Frequência dos participantes segundo tempo de atuação na área da saúde Mental	63
Figura 11 – Of Good Counselors (Dos bons conselhos) – Hieronymus Bosch (1450 – 1516)	67
Figura 12 – Quadro ilustrativo de temas e categorias	69
Figura 13 – The Stultifera Navis (Navio dos insanos) – Hieronymus Bosch (1450 – 1516)	90
Figura 14 – Extração da pedra da loucura. Hieronymus Bosch (1475 – 1480)	100
Figura 15 – La Danse Macabre, La Plume (A dança macabra). Ernest Duval Christophe (Junho, 1903)	101
Figura 16 – Educação pedagógica	105
Figura 17 – Danse Macabre (Dança Macabra), na Igreja de São Nicolau, Tallinn, Estônia – Bernt Notke (1435)	106
Figura 18 – Danse Macabre (Dança Macabra). Michel Wolgemut (1493)	106
Figura 19 – Movimento do porto do Rio de Janeiro durante o ano de 1905	107

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
-------------------------	---

Capítulo I

1. MALUCOS SIM, LOUCOS NÃO – VELHAS LEIS, NOVAS LEIS - FORAS DA LEI	8
--	---

1.1 Políticas Públicas de Saúde e Saúde Mental no Brasil	31
1.1.1 O mito da Reforma	34
1.1.2 Saúde Pública e Mudanças	35

Capítulo II

2. A CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO – A cidade de Diadema	40
---	----

2.2.1 O Município de Diadema	40
2.2.2 Diadema em Dados e Números	44

Capítulo III

3. REFERENCIAL TEÓRICO	49
-------------------------------------	----

3.1 Teoria das Representações Sociais	49
---	----

3.2 Representações Sociais – Fragmentos de uma História	51
3.3 Metodologia	61
3.3.1 Objetivo Geral	61
3.3.2 Sujeitos	61
3.3.3 Estratégia de investigação	63
3.3.4 Análise dos Dados	64
3.3.5 Limitação do método	66

Capítulo IV

4 . RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
---	-----------

4.1 Representações Sociais da Saúde Mental	69
4.1.1 Percepções a cerca do tema	70
4.1.2 Apoio da Coordenação/Gestor	73
4.1.3 Apoio de outros profissionais	75
4.1.4 Direção e Política	76
4.1.5 Expectativas Profissionais	77

CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
-----------------------------------	-----------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
---	-----------

Bibliográficas Consultadas	97
---	-----------

APÊNDICES	98
------------------------	-----------

ANEXOS	101
---------------------	------------



Figura 1 – Nau dos Insanos. Bosch, Hieronymus (1475-1480)
Fonte: Wikipédia, 2008.

INTRODUÇÃO

Introdução

Este trabalho nasce a partir de questionamentos pessoais e profissionais – é uma confluência de observações e indagações, com espírito crítico, de minha experiência profissional, de minha vivência pessoal no serviço público; de meu interesse em questões do desenvolvimento de políticas e práticas na saúde coletiva. Se a tarefa não parece pouca, ainda há o desafio de se fazer uma síntese destas idéias e de muitas outras que encontramos a partir de nossos entrevistados, de compartilhá-las, nos modos científicos.

O trabalho trata-se de aspectos representacionais de profissionais que gravitam em torno da tarefa de prestar assistência pública: os trabalhadores da saúde mental, mais especificamente os psicólogos. O estudo foi realizado na cidade de Diadema, São Paulo, local em que atuo com psicólogo há 16 anos. Lá, iniciei meu trabalho em ambulatório de saúde mental. O principal desafio da equipe foi buscar a transformação daquele serviço, centrado sob a égide do pensamento psiquiátrico, medicamentoso e manicomial, em um serviço – agora, sob os ares do movimento da luta antimanicomial – de atenção psicossocial. Que visava um desdobramento para uma saúde coletiva, compromissada com políticas sociais.

Durante este tempo, junto com a equipe buscamos reinventar nossas práticas: revimos terminologias, nosso modo de relacionar com usuários e familiares da saúde mental – transformamos o ambulatório ao mesmo tempo, em um capsí e em um hospital-dia, mantendo o serviço ambulatorial.

Permaneci trabalhando no Capsi² por 11 anos. Destes, cinco anos foi como coordenador do hospital-dia, com participação no movimento da luta por melhores condições na atenção à saúde mental – esse percurso levou-me a fazer parte, em outras, da Comissão de Reforma Psiquiátrica Estadual, na função de vice, e posteriormente, de coordenador. Atualmente essa comissão está inserida no Conselho Estadual de Saúde, sendo um de seus desdobramentos.

A vivência nos movimentos pela reforma da saúde mental levou-me a buscar a formação em saúde pública, lato senso, estreitando mais esse envolvimento.

Nos últimos cinco anos estou inserido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), integrado à equipe de saúde mental.

A complexidade das relações que se estabelece entre políticas de saúde, de um lado, e sua efetivação, de outro, é um campo valioso de estudo, indicando uma premente necessidade de compreensão mais sistemática.

O objetivo principal desse estudo é desvelar o entendimento que psicólogos fazem do tema saúde mental. Sistematizando essa compreensão à luz da teoria de Representações Sociais de Moscovici (1961).

Com as recentes tentativas, em âmbito nacional, de se concretizar políticas de assistência de Saúde Mental, particularmente no município de Diadema, assistimos nas últimas décadas um esforço para mudanças do quadro da assistência à saúde mental, marcadamente hospitalocêntrica, para uma política voltada para a humanização e com critérios técnicos. “Com efeito, a se entender por política, no senso restrito aqui aplicável, uma equação a dois braços, representada de um lado por um conjunto de intencionalidades e do outro por práticas concretas, conjunto este que mostre certa continuidade no tempo e

² A nomenclatura Capsi com ‘i’ no final, diferente do encontrado em literatura específica, na qual encontramos a denominação ‘Caps – Centro de Atenção Psicossocial’ ou ainda, ‘Capsi’ denotando o atendimento infantil, com o acréscimo da letra ‘i’, apontava-se a intenção de ser um serviço que se propunha integral. Naquele momento não havia, ainda, serviço de caps-infantil; ademais, reafirmava-se a idéia de integralidade no atendimento, que foi durante um período de tempo premissas de um programa específico para a saúde mental.

significação geográfica que ultrapasse os limites das experiências micro-regionais...” (REZENDE, 1987).

Por características próprias do entendimento que se faz dos transtornos mentais, por sua estranheza e complexidade no tratar, seja pela comunidade em geral ou em particular, com os profissionais – toda essa mixórdia de elementos vem agregar a assistência à saúde mental um tipo de negação no qual a torna um elemento à parte da saúde, isso é repercutido nos equipamentos de saúde. Mas sem demora se podem apontar dois exemplos que contradizem o previsível e se põem na contra mão da corrente aparente de exclusão: primeiro que se pôde assistir o incremento de ações que culminaram nas práticas existentes nas instituições locais, instituições que contam com profissionais de saúde mental (por não haver coesão nas ações e práticas, não podemos falar de política de saúde para a cidade). Segundo, que algumas ações isoladas, como por exemplo, a busca pessoal de experiências em outros serviços; tentativas de reformulação da prática institucional; repercutiram de modo bastante positivo e se tornou, em determinado momento, referência para outros serviços de outros municípios. Essa contradição se explica em parte pela atuação pessoal dos profissionais de saúde mental do município.

Rezende (1987) se refere ao termo ‘tendências’ quando, do ponto de vista histórico, analisa as políticas de saúde mental no Brasil. Embora ele reconheça que se trate de um termo impreciso, ele diz parecer “mais representativo da realidade”. Observável é que, os profissionais, numa atitude pró-ativa, vêm ao longo desses anos, restando as frustrações inerentes às complexas relações políticas e, inadvertidamente contrários as dificuldades de apoio e suas limitações, mantêm-se atuantes na tarefa de minimizar o sofrimento mental e trabalhar para melhor qualidade de vida da população. São para esses que nosso olhar se voltará ao longo da pesquisa.

Cabe pontuar, que podemos assinalar a data de 1991 como um fato de grande relevância para a Saúde Mental na cidade de Diadema. Essa data é um marco de todo um planejamento sanitário – um planejamento oficial da Secretaria de Saúde no município de Diadema, São Paulo – particularmente com a estratégia de serviço para as UBS, mais

especificamente com trabalhos destinados a infanto-matemo. Foi essa data a inclusão de psicólogos nas Unidades de Saúde.

Passemos, então, para o campo de reflexão que o estudo se assenta e como estas se distribuem nos diferentes capítulos.

- **Capítulo I** . — *Malucos sim, loucos não – Velhas leis, novas leis - foras da lei*. Inicialmente, será apresentado um panorama do entendimento da loucura ao longo da história. Buscando situar o leitor em relação ao contexto intrincado do qual o homem está no centro das discussões. Ele é o sujeito e fruto de sua história, de suas teorias e práticas, e como tal nomeia e é nomeado pela loucura.

Na seqüência, introduzimos o tema da *Saúde Pública e a Saúde Mental no Brasil*. Tratamos sobre políticas de saúde, propriamente dito, direcionando nossa atenção para o processo de mudanças, de críticas e luta pela modernização dos cuidados com a saúde mental. Estará em destaque o movimento da luta antimanicomial, por sua importância nas inovações conceituais e técnicas que surgem a partir dela.

- **Capítulo III** — *A Caracterização do Campo de Estudo*. Nesse capítulo é traçado um histórico do campo de estudo – o município de Diadema. De lugar, que ocupava, de lazer da burguesia à cidade dormitório.
- **Capítulo IV** — *Referência Teórica: A Teoria das Representações Sociais, Moscovici, 1961*. Será apresentada a teoria das Representações Sociais, elementos históricos de seu surgimento no panorama da ciência do século XX. Ainda sobre a teoria utilizada na interpretação, optamos por desenvolver alguns dos conceitos básicos que utilizamos para a

interpretação do material. Em seguida apresentaremos a metodologia empregada neste estudo.

- **Capítulo V** — *Resultados e Discussão*. É o final de nosso trabalho. Apresentaremos os resultados obtidos com as entrevistas e passaremos à apresentação da discussão dos dados. Nas considerações finais, vislumbramos o tatear de novas indagações, novos rumos.



Figura 2³ – Von ungenutzten Büchern (dos livros inúteis). Bosch, Sevendeadlysins (1475-1480)
Fonte: Wikipédia, 2008.

CAPÍTULO I

³ Gravura de Hieronymus Bosch (1450 – 1516) presente no livro de Sebastian Brant, denominado *Narrenschiff* (Nau dos Insensatos), publicado em 1494. O livro trata-se de uma sátira e inicia-se precisamente com o da erudição. A gravura em destaque expõe um sábio circundado de livros lendo atentamente em seu gabinete. Junto ao sábio, um chapéu de guizos mostra a loucura da vã sabedoria. O trabalho de Brant é uma obra que mais edições tiveram desde a primeira, com grande repercussão na Europa de então. Transformou-se em crítica aos costumes. Com seus versos ligeiro, popular, apresenta ilustrações por gravuras que diziam tanto ou mais do que os versos (CENTENO, 2006). Algumas destas gravuras estão presentes neste trabalho.

Capítulo I

Malucos Sim, loucos Não – Velhas leis, novas leis - foras da lei

No fundo da prática científica existe um discurso que diz: “nem tudo é verdadeiro; mas em todo lugar e a todo momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, ma que no entanto está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão para ser desvelada. A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela esta presente aqui e em todo lugar”. Mas achamos também, e de forma tão profundamente arraigada na nossa civilização, esta idéia que repugna a ciência e a filosofia: que a verdade, como relâmpago, não nos espera onde temos a paciência de embosca-la e a habilidade de surpreende-la, ma que tem instantes propícios, lugares privilegiados, não só para sair da sombra como para realmente se produzir... (FOUCAULT, 2005 p. 113)

A definição de loucura enquanto doença inicia-se somente após o século XVIII. O que nós tínhamos até então? Antes desse advento nós temos múltiplos entendimentos, dos quais se diz, variavam de época para época e, de lugares a lugares. Por exemplo, enquanto que nas *culturas primitivas* há um entendimento de que a possessão é encarada como uma encarnação de uma personalidade divina em benefício da comunidade inteira, ela é tida como a própria linguagem dos deuses; na *civilização grega* iremos verificar que a loucura e profecia são sinônimos, considerada de origem divina e inspirada por Apolo⁴.

O que podemos apreender logo de início e de modo mais exemplar na continuidade do texto é a transitoriedade da compreensão ou da abordagem de um determinado

⁴ Apolo: Na mitologia Grega, ele é tido como o deus sol. Há, também, outras referências e denominações apresentando outros atributos.

fenômeno. O modo como abordamos esta questão é apontada pela possibilidade de configurações num certo espaço e tempo.

A mudança de ‘se ver’, de ‘se olhar’ confunde-se com o próprio fenômeno que se ‘é visto’. Nas tentativas de aclarar, então, um *acontecimento*⁵ assistiremos as mudanças da medicina da época clássica para época moderna – do “saber filosófico” que descreveria as enfermidades na ordem das causalidades, para o “saber histórico”, neste ponto constitui-se certo privilegiamento do olhar sobre um fenômeno, permitindo certa descrição e enunciamentos e legitimação (FOUCAULT, 1984).

Seguindo de perto os passos da análise da loucura por Foucault mergulharemos na história e nos perguntaremos se: Não havia ausência de loucos antes do século XVII?

Nas sociedades Árabes, por exemplo, o louco era o eleito de Deus e da Verdade. A loucura era expressão de imensa sabedoria. Nestas sociedades, o louco é reconhecido e aceito como diferente, mas não doente e o confinamento dos loucos era uma exceção. A loucura exercia um fascínio porque era um saber do que havia de mais obscuro e profundo na realidade humana. O louco lembrava a cada um sua verdade, a loucura estava mais próxima da verdade que a razão (IBIDEM, 1972). No século XV, na Idade Média, o mal (encarnação do mal) que assombra a Europa encarna-se na lepra. A iniciativa em manter os leprosos segregados não é para impedir o contágio, mas porque expressam à cólera e a bondade de Deus. O abando que lhes é destinado, oferece, antes de qualquer coisa, a possibilidade de salvação. A lepra, que é sofrimento, purifica e castiga o pecador; a sua segregação permite a sua remissão, uma outra forma de comunhão com Deus. Com o desaparecimento da lepra, os pobres, vagabundos, presidiários e os loucos ocupam esse lugar (IBIDEM, 1972).

O destino desses novos-estranhos seres se dará não com menos estranheza, não com menos praticidade. Logo eles começam a surgir: primeiro, estórias de figuras perdidas, de homens que tomados por maus gênios apresentavam exóticas atitudes; depois tomaram

⁵ O termo *acontecimento* é aqui proposto dentro de uma lógica de complexidade. Vide Telles et al, 1993.

existência: de um para dois, de dois para muitos. Das cidades, eles eram banidos, escorraçados; por vezes, alguns eram “chicoteados publicamente, e que no decorrer de uma espécie de jogo eles fossem a seguir perseguidos numa corrida simulada e escorraçados da cidade a bastonadas” (IBIDEM, 1972, p.12). É importante ressaltar que a loucura nesse estágio era experimentada em estado livre, “circulava, fazia parte do cenário e da linguagem comuns, era para cada um uma experiência cotidiana que se procurava mais exaltar do que dominar” (IBIDEM, 1984, p.78).

O que não quer dizer, que eles não deixassem de ser entregues aos peregrinos, aos mercadores e, aos marinheiros, para que em seus barcos⁶ fossem levados. “Não é fácil levantar o sentido exato deste costume”, alerta Foucault (1972, p. 12), mas analisa que este costume tem um caráter de eficácia prática e um componente simbólico enraizado na história do povo europeu, “a tantos motivos imemoriáveis” isto é, ao mesmo tempo um ato de purificação e reintegração cultural:

[...] confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. Mas a isso a água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mas faz mais que isso, ela purifica. Além do mais, a navegação entrega o homem à incerteza da sorte: nela, cada um é confiado ao seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente, o último. É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca. Esta navegação do louco é simultaneamente a divisão rigorosa e a Passagem absoluta. Num certo sentido, ela não faz mais que desenvolver, ao longo de uma geografia semi-real, semi-imaginária, a situação *liminar* do louco no horizonte das preocupações do homem medieval – situação simbólica e realizada ao mesmo tempo pelo privilégio que se dá ao louco de ser fechado às portas da cidade: sua exclusão deve encerrá-lo; se ele não pode e não deve ter outra prisão que o próprio *limiar*, seguram-no no lugar de passagem. Postura altamente simbólica e que permanecerá sem dúvida a sua até nossos dias, se admitirmos que aquilo

⁶ O tema do ‘barco, ora ‘barca’, ora ‘navio’ muito desenvolvido na arte, seja em poesias ou pinturas. Um desses artistas foi Jeroen van Aeken, cujo pseudônimo é Hieronymus Bosch (1450 – 1516), e também conhecido como Jeroen Bosch. Ele foi um pintor e gravador neerlandês dos séculos XV e XVI. Encontramos, também, adjetivos como ‘vidente’, místico e emancipador da art novaux. E, ainda, as obras de Bosch demonstram que foi um observador minucioso bem como um refinado desenhista e colorista. O pintor utilizou estes dotes para criar uma série de composições fantásticas e diabólicas onde são apresentados, com um tom satírico e moralizante, os vícios, os pecados e os temores de ordem religiosa que afligiam o homem medieval (Biografia, Wikipedia, 2008).

que outrora foi fortaleza visível da ordem tornou-se agora castelo de nossa consciência [...] É o passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem. E a terra á qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe, quando desembarca, de que terra vem. Sua única verdade e sua única pátria são essa extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer⁷.

A loucura, podemos dizer, *desembarca* aqui num universo moral, pois é a maior expressão das fraquezas, erros e defeitos humanos: ...são os avaros, os delatores, os bêbados. São os que entregam à desordem e à devassidão; os que interpretam mal as escrituras, os que praticam o adultério (IBIDEM, 1972, p.25). E ainda, conforme a maldade que cada um demonstrar: [...] ímpios, superbos, avaros, luxuriosos, lascivos, delicatos, iracundos, gulosos, edaces, invidios, veneficos, fidefrasos [...] (IBIDEM, 1972, p.25).

Ainda aqui não tinha o status de doença, ao menos da forma como hoje compreendemos. Mas seria incorreto dizer que não se cuidava dos loucos. Segundo Foucault (1984), encontramos no século XV práticas localizadas, com os primeiros estabelecimentos destinados aos loucos. Primeiro em Saragossa, Espanha, depois na Itália. Ali, eram submetidos a tratamentos com inspiração da medicina árabe.

No final do século XV, ainda se veria, a loucura tomando forma de movimento de crítica, enredada nos sentimentos persecutórios alternando-se com o pavor morte. É o final da Idade Média, foram mil anos de escuridão e, não fazia mais do que meio século, o tema da morte, como diz Foucault (1972, p.15), *imperava sozinho*. A existência com a morte era quase palpável: as pestes e as guerras, as condições de vida – e a condução dos caminhos do espírito – imprimiam as idéias do fim do homem, do fim dos tempos.

Ao determo-nos um pouco mais sobre o tema da morte e desse final de século, é porque o tema da loucura herdará, no imaginário do homem – logo, em suas representações – o lugar de destaque antes ocupado por este. E porque, também, veremos adiante, é a força

⁷ Em nota de rodapé, Foucault assinala que: “Esses temas são estranhamente próximo do tema da criança proibida e maldita, encerrada numa barquinha e entregue às ondas que a levam para um outro mundo – mas para esta há, depois, o retorno à verdade” (FOUCAULT, 1972, p.12). Parece dizer que cabe ao louco um destino de não-verdade, nem presença e nem ausência, posto que esteja em um espaço ‘*liminar*’.

da vivência da loucura como expressão de negação de um mundo que já se pensava soterrado, emergindo nas manifestações plurais culturais, por exemplo.

Este aspecto mais sinistro da morte, Segundo Paul Badham (2007), só foi perpetrando a mente da humanidade a partir do século VI, à medida que os conceitos de julgamento, purgatório e inferno começaram a ganhar, paulatinamente, destaque no pensamento cristão. O temor da morte tornou-se um tema dominante na religiosidade medieval e a contemplação da morte, uma característica marcante da espiritualidade cristã.

O autor ainda aponta que, tida como um fenômeno, procedeu-se uma transição de uma tradição antiga “que via a morte como o destino coletivo da espécie (*et moriemur* — e todos morreremos”) para uma nova tradição, surgida no século XII, que dava ênfase à morte do indivíduo”. Nesse período surgiram livros que davam conselhos sobre a ‘*arte de morrer*’ (*ars moriendi*), obras populares de consolo e devoção pessoal que visavam auxiliar os fiéis a morrerem bem e a vencerem o temor da morte. Já quase ao final da Idade Média, notaremos na linguagem, ênfase da morte colocada no indivíduo, por exemplo, tornou-se comum a expressão *memento mori* (‘lembra-te de que morrerás’), com a qual os monges saudavam uns aos outros nos corredores dos mosteiros. De suas estruturas donde o segredo e o mistério pareciam espreitar-se e, a própria precariedade da vida contribuía para essa mentalidade sombria.

Entregues à sorte e aos desígnios da providência Divina, a mentalidade da humanidade nesse período histórico, era povoada de incertezas. Foi em meados do século XIV que, a Peste Negra — uma epidemia de peste bubônica e pneumônica — dizimou cerca de um terço da população da Europa.

Segundo Pires (1985), tudo passaria, caminhando inexoravelmente para a destruição. Consciente disso, o homem do período barroco fez da sua morte tema dominante do seu pensar, do seu escrever. A presença da morte se pode constatar ocorre a cada passo na poesia barroca. A morte de alguém — alguém ilustre pela sua beleza, pela sua sabedoria, pelo seu poder, pela sua elevada categoria social — é um dos motivos frequentemente

tratados e utilizados como ponto de partida de meditação sobre a efemeridade dos bens terrenos. Sobretudo na sociedade barroca a morte constitui-se em espetáculo. As pompas fúnebres, a grandiosidade dos monumentos tumulares são ainda formas de ostentação de grandeza, ao mesmo tempo em que, pretende dizer o nada dessa grandeza, o vazio da existência. Há um comprazimento no fúnebre, no macabro, na representação concreta da morte; e há simultaneamente a transformação de tudo isso em pompa, em espetáculo, em exibição esplendorosa.

A morte estava na atmosfera. Ela marca a sua presença na arte com toda força, como já dissemos, mas especialmente – vale lembrar – num tema que, até os dias de hoje, ela é reinterpretada em gravuras, (nas festas e tradições populares), na música e no cinema. Trata-se, que no século XV, surge a *Dança da Morte* ou *Dança Macabra*, em que a morte, representada por um esqueleto, era mostrada – numa vivência democrática – na companhia de representantes de todas as classes sociais.

Uma grande profusão de alegorias trata sobre o tema. Encontraremos em algumas gravuras a figura de um relógio de areia (ampulheta), que apontava para o caráter transitório da vida. A Dança da Morte era pintada nas paredes e janelas das igrejas, nas fachadas das casas, em pontes e em livros ilustrados. Com frequência, por baixo das gravuras eram colocados versos morais e descritivos que muitas vezes terminavam com as palavras ‘*A morte espera por todos*’. Às vezes essa dança também era representada em peças teatrais (Danse Macabre. WIKIPEDIA, 2008).

Apresentamos, a seguir, um exemplo das muitas re-leituras dadas ao tema, trechos da poesia de Charles Baudelaire, *As Flores do Mal*⁸, de 1857, o qual ele dedica a *Ernest Christophe*⁹:

Vaidosa, como um vivo, da nobre estatura,
Com as luvas e o lenço e o seu bouquet tão grande,
Tem a descontração e a desenvoltura
De uma coquette magra com ar extravagante.

...Os seus olhos são feitos do nada e de trevas

⁸ Poema de Baudelaire inspirado numa estatueta de Ernest Christophe. Tradução de Fernando Pinto do Amaral (Ed. Assírio e Alvim, 1992). O poema se encontra, na íntegra no Anexo B.

⁹ Figura da estatueta de Ernest Christophe consta no Anexo A.

E o seu crânio florido, com arte penteado,
Vai oscilando inerte sobre as frágeis vértebras.
Ó charme do vazio loucamente enfeitado.

Alguns irão chamar-te uma caricatura,
Não percebendo, amantes bêbados de carne,
A elegância sem nome da humana armadura.
Esqueleto, correspondeste ao meu gosto caro!

...Inesgotável poço de erros e de asneiras!
Da mais antiga dor o eterno alambique!
Através das costelas, dessa curva grelha,
Eu vejo, errando ainda, a insaciável víbora.

...O abismo desse olhar, com pensamentos trágicos,
Exala uma vertigem; os foliões prudentes
Não irão contemplar sem náuseas bem amargas
O eterno sorriso dos trinta e dois dentes.

...Bailando sem nariz, pécora irresistível,
Diz a estes convivas com ar tão chocado:
«Apesar de empoados, vaidosos e finos,
Vocês cheiram à morte! Ó esqueletos muscados,...

Assim, chegamos ao século XVII, chamada Idade Moderna, e até a primeira metade desse século, o mundo tem certa hospitalidade com a loucura, estranha hospitalidade... A loucura, que nos últimos anos do século XV vinha substituindo *a morte e seriedade que a acompanhava*, passa a ser celebrada. A loucura torna-se uma “forma relativa da razão”, onde uma é a contrapartida da outra; uma é a medida da outra: se recusam, mas se fundamentam mutuamente. Depois, “torna-se uma das próprias formas da razão. Aquela se integra nesta, constituindo seja uma de suas forças secretas, seja um dos momentos de suas manifestação, seja uma forma paradoxal na qual pode tomar consciência de si mesma. De todos os modos, a loucura só tem sentido e valor no próprio campo da razão” (FOUCAULT, 1972, p. 33-44).

Por todo o Renascimento, a Europa celebrará a loucura. *A dança Macabra*, que já havia feito sua aparição, sucede em redobradas danças, e festas; a loucura é um tema de grande produção cultural: obras de filosofia, de crítica moral, como o *Elogio a Loucura*, de 1509, de Erasmo. Segundo Foucault (1972), o mundo será testemunha de toda uma produção literária que vai, de *Rei Lear* de Shakespeare, ao *D. Quixote* de Cervantes. Em

Dom Quixote encontraremos como o pensamento da consciência trágica da loucura, da crítica, do humorismo, da ironia, se reflete e se misturam. E num jogo de fantasia e realidade – onde o medo transveste-se em riso e zombaria – a loucura ganha uma identificação romanesca. Afirma o autor (1972, p. 37): “[...] suas características foram fixadas para sempre por Cervantes”.

Na segunda metade do século XVII, a loucura vai ser reduzida ao silêncio, à reclusão. Um novo destino para o navio dos loucos, sob a orientação do pensamento econômico, filosófico e religioso. Ocorrerá mais do que uma evolução das instituições – a consciência da loucura se alterará, daqui a diante esse papel será desempenhado pelos asilos de internamento, pelas casas de força e de correição. A loucura será dominada: o fascínio transformado em repugnância; as canções, o louvor, num ritual mercantilista. Pois esse novo vento que sopra a vela da nau dos insanos, os rumam para uma nova terra. Nessa, o pecado apresenta-se com uma nova face: o orgulho e a avidez deixaram de ser os grandes vícios, como na Idade Média; agora, é a ociosidade que se configuraria como o grande pecado para uma sociedade burguesa incipiente, sob a égide da ética protestante. (FOUCAULT, 1984, p. 79, 1972, p.44).

O pensamento econômico mercantilista, cujo pressuposto básico é a produção e a acumulação de bens, se viu na pertinência de considerar todos os que não podiam tomar parte nesse processo de produção como incapazes e indesejáveis. O que equivale dizer que, o internamento passa a ter o crivo do capital nessa nova forma de relação no mundo social e, todos aqueles que não podem contribuir serão, potencialmente, vítimas do encarceramento. São reclusos, nesse período, os velhos, os inválidos, os epiléticos, os miseráveis, os libertinos e as crianças abandonadas e, no ceio dessa população – os loucos.

É o surgimento das instituições denominadas ‘*Hospitais Gerais*’, que visarão abrigar os incapazes; também é a instituição do trabalho como obrigatório, talvez sejamos mais fiéis em dizer, trabalho forçado. Esses objetos confeccionados da fiação e da tecelagem seriam vendidos a preços baixos no mercado, com o lucro se manteria o

funcionamento dos hospitais. Sobretudo sob o interesse da burguesia, do interesse da ordem social, se buscará nesta estratégia o controle e equilíbrio da tensão social.

A internação assumirá dois caracteres: ordenamento da ordem contra os inimigos da boa ordem e de moralizador. Nesta tarefa a Igreja participa ingerindo ao mesmo tempo como assistência e repressão. O internamento se justificará duplamente: de um lado os que assumem a pobreza com paciência, com humildade, em satisfação com os auxílios recebidos dessas instituições, esses, os submissos; de outro lado, aqueles que não satisfeitos – um número mais considerável de contingente – com sua condição: os que relutam contra a miséria como destino e desígnio de Deus e, que serão tratados como “Inimigos da boa ordem, vagabundo, mentirosos, bêbados, impudicos, que não saberiam ter outra linguagem que não a do Demônio, seu pai, amaldiçoam mil vezes os instituidores e diretores desse Bureau” (FOUCAULT, 1972, 60-61).

De fato observamos que a internação nada tinha a ver com a busca de cura, mas por razões bem diferentes, tornou-se medida para impedir a mendicância, a ociosidade e, instrumento de defesa de interesses da classe dominante. A pobreza perdera sua característica mística, não mais seriam os enviados por Deus para “suscitar a caridade do cristão e com isso dar-lhe a oportunidade da salvação” (FOUCAULT, 1972, p. 60-62); a loucura perdera em outras plagas sua particularidade de liberdade e exaltação, tão apreciada e propagada de antes. Tanto um como o outro estavam presos na oposição dos bons pobres e dos bons loucos, e dos maus pobres (e pobres do mal) e dos maus loucos. E, é aí, recolhida nos hospitais, que iremos encontrar a loucura, despojada de direitos, despida de suas vestes multicoloridas – encerrada na era clássica.

No século XVIII, a loucura e o louco não serão mais invisíveis. A dialética da miséria, que assistimos surgir já ao final do século anterior, imposta pela igreja, imprimiu à loucura seu caráter moral. Se pudermos dizer de um destaque, esse será por sua impertinência e seu parentesco com todos os miseráveis: ambos submetidos às regras do trabalho, da economia capitalista. Isso é revelador na medida em que, pela primeira vez a loucura será percebida ou encarada como uma condenação ética.

Essa nova percepção da loucura e da pobreza sustentada nesse novo século, não de modo linear por todos os lugares, é certo, iria fortalecer um entendimento de que, tanto um como outro, tratariam de atitudes as quais imperariam uma débil disciplina e de uma frouxidão dos costumes. Estaria como que toda loucura ocultasse uma opção, assim como “toda razão oculta uma escolha livremente realizada” (FOUCAULT, 1972, p. 142).

Enclausuramento, moral e ética, trabalho e pobreza, são as palavras de ordem desse período o qual se fundamenta a ordem social e produtiva. Para Machado (1978, p. 64), a compreensão do papel da instituição passará por uma leitura sob a ótica moral, diz ele:

É moralmente que se pode apreender o principal significado desta instituição. O Grande Enclausuramento assinala uma ética de trabalho em que este é moralmente concebido como o grande antídoto contra a pobreza. Força moral, portanto, mais que força produtiva. Enfim, politicamente ele significa a incorporação de um projeto moral a um projeto político, a integração de uma exigência ética à lei civil e à administração do Estado sob forma da correção da imoralidade através da repressão física.

Castel (1978, p.19), constata assim, de modo taxativo, os efeitos da nova ordem advinda com a Revolução Francesa: “Sobre o pano de fundo da sociedade contratual instaurada pela Revolução Francesa, o louco é uma ‘nódoa’...”. Para o autor, ele será mais do que nunca reprimido, embora agora sob um novo ordenamento – a racionalidade.

[...] Não entra no circuito regulado das trocas, essa ‘livre’ circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo da desordem, ele deve, mais do nunca, ser reprimido, porém, segundo um outro sistema de punições do que o ordenado pelos códigos para aqueles que voluntariamente transgridem as leis. Ilha da racionalidade, ele deve ser administrado, porém, segundo as normas diferentes que designam o lugar às pessoas ‘normais’ e as sujeitam a tarefas em uma sociedade racional.

No Brasil, iremos ver mais adiante, essa mesma tendência moralista de compreender a loucura, de lidar com seus alienados. Sob a influência do saber científico europeu que se firmava se criará, em 1852, a nossa primeira instituição de assistência psiquiátrica. Contudo, as características, que iremos apontar, entre elas, a escravidão, mostrarão que, no Brasil, a loucura passará por um longo estágio silenciada.

Mas antes de se aportar em terras brasileiras, veremos a loucura envolvida na teia da proscricção da ociosidade e, a prática do internamento tentando reabsorver o desemprego e seus efeitos sociais como transtornos políticos ou de agitação social. Mas esses lugares não terão somente os aspectos de reclusão, e de trabalhos forçados, serão concomitantemente, um local – uma instituição moral – encarregada de castigar, e de corrigir as falhas morais. Embora, estivessem confundidos entre toda a massa de *inutilidade pública* retirada dos espaços públicos, não demorou em serem distinguidos, em suas oficinas de trabalho ou casas de correção, por sua incapacidade de seguirem o ritmo diário. Surge, então, a necessidade de um regime especial. (FOUCAULT, 1984).

Do lado de fora dos muros dos hospitais, inicia-se uma série de denúncias de seqüestros arbitrários, indignação e receios por essas casas-instituição. Seja por seu confinamento em promiscuidade, com toda a espécie de marginalizados sociais; seja pelas torturas disfarçadas ou não sob a forma de tratamento médico de que eram vítimas. Concomitantemente, inicia-se um reconhecimento da Economia Liberal de que os pobres são essenciais à riqueza (graças à necessidade de mão de obra); com as idéias do movimento do Iluminismo, com os princípios da Revolução Francesa, em tudo isso se reconhece a emergência de se reestruturar o lugar que a loucura deveria ocupar na humanidade (IBIDEM, 1984).

A liberação que se seguiu privilegiou uma grande população de desajustados, pobres e indigentes, mas o louco permaneceu privado de sua liberdade. Agora, as antigas casas de internamento seriam destinadas somente a eles. “Indubitavelmente o internamento toma então uma nova significação: torna-se medida de caráter medico” (FOUCAULT, 1984, p. 81). O hospital torna-se o lugar de cura, o louco a ser objeto da medicina e, a loucura a ser considerada doença.

Segundo Amarante (1996, p. 155), recebendo esse estatuto científico de alienação mental,

A loucura passa a ser submetida a um processo que faz perder toda e qualquer expressão que não seja aquela da racionalidade médica. Esta positividade que afirma que a loucura não é nada além de uma doença,

portanto, uma deficiência, oferece a sociedade uma forma específica, por que não dizer restrita, no lidar com a loucura. Enquanto doença mental, enquanto verdade médica, o lidar social será marcado pelo saber psiquiátrico, que determinara o que fazer, como, quando e onde com a pessoa do louco.

Ligados ao surgimento do asilo e representantes do tratamento moral figuram os nomes de Tuke, na Inglaterra e, de Philippe Pinel, na França, ainda, Wagnitz e Riel, na Alemanha. Estes personagens ligados à promoção da humanização no internamento e, de uma ciência positivista. Por exemplo, Pinel em 1793, em Bicêtre¹⁰ aboliu o uso de correntes que prendiam os internos. O asilo idealizado por Tuke tem por modelo uma comunidade que busca reconstituir para o doente uma quase família, pretendendo que ele se sinta em casa (FOUCAULT, 1984).

De modo geral, as antigas práticas do internamento não foram totalmente abolidas: manifestavam-se, por exemplo, nas casas quase família de Tuke, numa submissão do louco a um controle social e moral bastante acentuado. Com efeito, a cura se dará pela inculcação no doente de sentimentos de dependência, de humildade, de culpa, de reconhecimento, que constituem a base moral da vida familiar. Em Bicêtre, com Pinel, as mesmas técnicas serão realizadas, o asilo transformado:

[...] espécie de instancia perpétua de julgamento: o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros: a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal, (FOUCAULT, 1984, p. 82).

Para essa tarefa de legislador, de carcereiro, de fiscalizador e, aplicador das técnicas – justificada pela fisiologia da época – caberia ao médico; para atingir esse objetivo deveria recorrer tais como ameaças e punições das mais diversas tais como: privações alimentares; humilhações; ducha de água gelada. De modo mais sofisticado vemos dois modos operantes bastante expressivos da engenhosidade a serviço do tratamento moral com suas

¹⁰ Bicêtre e Salpêtrière eram estabelecimentos do Hospital geral de Paris, que tinham função de hospício, pensionato, casa de detenção, ou seja, um espaço que abrigava uma população diversificada.

técnicas. Um primeiro exemplo é a existência de uma máquina inventada no século XVIII em que se:

[...] colocava o doente a fim de que o curso de seus espíritos demasiado fixo numa idéia delirante fosse recolocado em movimento e reencontrasse seus circuitos naturais [...] a cada manifestação delirante faz-se girar o doente até desmaiar, se ele não se arrependeu (FOUCAULT, 1984, p. 83).

Em seguida, conta do uso de “uma gaiola móvel que gira sobre si mesma segundo um eixo horizontal e cujo movimento é tanto mais vivo quanto esteja mais agitado o doente que ao é preso”. Em tudo a loucura será inserida no sistema dos valores e das repressões sociais. A loucura, agora, encontrará parentesco com a criança humilhada e infantilizada; Na culpabilização do louco, da loucura, conseqüentemente o erro tornará sua marca.

O que se poderia esperar do alienado? Seu papel já estava definido desde logo: com a submissão de sua liberdade às leis da corôa, submissão ao mundo da realidade. Nada menos que adequação à educação, aos costumes. Inserido em um mundo novo (com práticas há muito conhecidas), lhe será oferecido, também, um novo contexto que, para Birman (1978, p. 387),

[...] o alienado é colocado num contexto pedagógico que teria dois efeitos simultâneos e intrinsecamente articulados. Dominado por uma lado, ele percebe também a dominação sofrida pelos agentes de sua dominação. O alienado sente a submissão, física e simbolicamente, e percebe no outro os efeitos desta. Através deste duplo registro da hierarquia um ensinamento vai se formulando e se impondo ao louco: quem manda e quem é mandado; quem dirige e quem executa; de que lugares e funções o sistema de poder, que define o espaço social, se constitui e o asilo reproduz numa menor escala.

Assim se constituirá a grande tarefa do asilo nesse longo período – que talvez ainda vivencemos nos dias atuais - de homogeneizar todas as diferenças, isto é, reprimir vícios, extinguir as irregularidades. Por isso mesmo, uma única diferença vai poder manifestar-se através dessa instituição: a diferença entre o normal e anormal [“A razão é o perfeito equilíbrio de todas as faculdades, fora daí, insânia, insânia e só insânia”, Assis, M., 1982]¹¹.

¹¹ Cf. 4º cap., intitulado *Uma teoria Nova: O ALIENISTA* de Machado de Assis, 1982. Neste o escritor nos propõe o problema da fixação de fronteiras entre o normal e o anormal da mente humana. Traçando uma

Mas esse início ainda era rudimentar, de certo modo o mundo europeu estava se abrindo para o desconhecido: um novo regime, exigências de uma nova estrutura social, as inovações do comércio e da economia. Foi nesse cenário que se viram os alienistas.

Segundo Castel (1978, p. 46),

Essa transferência, para a medicina, das prerrogativas essenciais do encargo da loucura está, contudo, bem longe de constituir uma evidência, por ocasião da queda do Antigo regime. Pois o estado embrionário de desenvolvimento das práticas médicas em matéria de loucura tornava-as, desde logo, inaptas a assumir, de um dia para o outro, um tal mandato. A solução médica, ao contrário, aparecerá como um último recurso após terem fracassado as instâncias mais tradicionais na divisão das antigas atribuições do executivo real.

No Brasil, o tratamento moral, será a base para a assistência psiquiátrica de massa e, seus princípios irão inspirar fortemente o pensamento de nossos alienistas, moldando a organização de assistência asilar ao doente mental.

“Exclusão, eis aí, numa só palavra a tendência central da assistência em saúde mental brasileira, desde seus primórdios até o dia de hoje” (COSTA e TUNDIS, 1987, p. 36).

Quando – “para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca”¹² e – a loucura aporta no Brasil, veremos que a trajetória do doente mental pela história do Brasil-Colônia pouco difere da já conhecida.

O crescimento demasiado rápido e desordenado da população do Rio de Janeiro e de seu espaço urbano, ocorridos com a 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 de saúde mental.

linha rígida de procedimento profissional, o médico Simão Bacamarte aparece como símbolo de uma ciência fria, toda baseada na razão, fechada e sem frestas para a intuição ou a poesia, como caminho de conhecimento. A personalidade é influenciada por forças sociais; por sua vez, a sociedade é influenciada por razões psicológicas.

¹² Vide página 11.

Ao final do século XVIII, as cidades brasileiras permaneciam ainda escassamente povoadas, permanecendo vazias por grande parte do ano. As grandes propriedades rurais mais afastadas e pastoris eram organizações econômicas praticamente auto-suficientes, chegando à produção doméstica de seus próprios implementos agrícolas, tecidos e outros bens de consumo imediato. Nas cidades a indústria era menos que incipiente e os poucos ofícios artesanais, a maioria ainda para suprir necessidades de consumo das fazendas, exercidas por profissionais autônomos.

Pois será exatamente essa característica central da vida econômica da Colônia – o trabalho baseado na atividade servil – que condicionará a situação social do período, moldará preconceitos e determinará transformações e conseqüências que terminarão pôr exigir providências e ações concretas.

A onipresença do escravo, tanto na atividade doméstica, tanto na cidade como no campo, restringirá de tal maneira o espaço reservado ao trabalho livre que poucas ocupações *dignas* restarão ao homem livre; além de estigmatizar o próprio conceito de trabalho em geral como atividade pejorativa e desabonadora, poucos serão os homens livres que se disporá a se engajar em qualquer atividade laborativa sem se considerar e ser considerados por isso mesmo, pessoas indignas.

A vida social da época aparece assim fortemente polarizada entre os dois extremos: de um lado uma minoria de senhores e proprietários e, de outro, a multidão de escravos. Entre estes, a massa indefinida que não cessa de crescer dos inadaptados, dos indivíduos sem trabalho definido ou totalmente sem trabalho. Socialmente ignorada por quase trezentos anos, a loucura acorda, indisfarçadamente notória, e vem engrossar as levas de vadios e desordeiros nas cidades e será arrastada na rede comum da regressão à desordem, à mendicância, à ociosidade. Então aí as mesmas circunstâncias sociais que, alguns séculos antes, determinaram na Europa, o que Foucault qualificou de ‘*o grande enclausuramento*’; as diferenças residem apenas nas causas estruturais, aqui e lá e, que não foram poucas.

Por volta de 1830, no Rio de Janeiro, capital do país, aparecem os primeiros protestos da classe médica relativos à situação do louco na Santa Casa de Misericórdia. No relatório da Comissão de Salubridade deste mesmo ano, surge pela primeira vez a reivindicação de um estabelecimento destinado à cura dos loucos (MACHADO, 1978).

Ao louco não era mais permitido fazer parte da cena da cidade, fazia-se necessário criar regras para uma sociedade civilizada e que aspirava ser moderna. Isso fez aumentar o número de alienados confinados nas prisões e crescer a quantidade de casos recolhidos às horrorosas enfermarias da Santa Casa da Misericórdia. Posteriormente, Juliano Moreira (1907), irá descrever assim as condições dos alienados mentais nesse período histórico:

Através de todo o período colonial, os alienados, os idiotas, os imbecis foram tratados de acordo com as suas posses. Os abastados, se relativamente tranquilos, 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, tranquilos, 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.

Como parte das comemorações de consagração e Coroação do Imperador D. Pedro II, após dois dias de ter sido decretada a maioridade de D. Pedro II, José Clemente, o Provedor da Santa Casa de Misericórdia, declara: "Não sei que espírito de providência me inspira, a Chácara do Vigário-Geral há de um dia converter-se em hospício de alienados".¹³ Um ano depois, os pressentimentos caritativos do *Provedor* encontrariam sua realização.

¹³ A *Chácara do Vigário-Geral* havia pertencido ao Dr. Antonio Rodrigues de Miranda, Vigário-Geral do Cabido, sede vacante, e do Bispo D. José Caetano da Silva Coutinho, e por isso recebeu esse nome. Segundo descrição de 1787, a chácara limitava-se de um lado com a estrada que ia para o forte da Praia Vermelha e com terras de D. Tereza Ferreira; do outro, com o caminho de Copacabana e a chácara apelidada *do Secretário*. A *Santa Casa* comprou-a de D. Rosa Maria Miranda, sobrinha do Vigário-Geral. O termo Vigário-Geral designava a pessoa que representava o Bispo ou Arcebispo na administração eclesiástica da diocese ou arquidiocese (Ramos e Jeremias, 2006).

Em 15 de Julho de 1941, três dias antes da Cerimônia de Sagração e Coroação do Imperador, José Clemente¹⁴ 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 possam obter tratamento adequado a sua moléstia, por serem insuficientes as 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\$000¹⁵; 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 por 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 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\$000¹⁶. 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... 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 (RAMOS e GEREMIAS, 2006, p. 3).

O Conselho do Império, com o firme apoio do Ministro de Estado e Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, José Clemente Pereira, a fim de celebrar de forma marcante a ocasião, resolve criar o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil (também da América Latina), o que foi determinado pelo *Decreto Imperial n° 82*. O novo hospício é batizado em homenagem ao jovem Imperador: começa assim a surgir o *Hospício de*

¹⁴ José Clemente foi provedor do Hospital D. Pedro II.

¹⁵ O formato da grafia está correto, lê-se “Reis”. Como exemplo da grafia ver Anexo E: fragmento de um relatório sobre o ‘Movimento do porto do Rio de Janeiro durante o ano de 1905’.

¹⁶ Ver nota acima.

Pedro II.¹⁷ Contudo, a pedra fundamental do que viria a ser o imponente prédio do novo *hospício* somente será lançada um ano mais tarde, precisamente no dia 5 de setembro de 1842.

Decreto nº 82 de 18 de julho de 1841

Fundando hum hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com denominação de Hospício de Pedro Segundo.

Desejando assinalar o fausto dia da Minha Sagração com a criação de hum estabelecimento de publica beneficencia, hei por bem fundar hum Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo = o qual ficará anexo ao Hospital da Santa Casa da Misericórdia desta Corte, debaixo da Minha Imperial Proctecção, Aplicando desde já para principio de sua fundação o produto das subscrições promovidas por huma Commissao da Praça do Commercio, e pelo provedor da sobredita Santa Casa, alem das quantias com que Eu Houver por bem contribuir. Candido José de Araújo Vianna, do Meu Conselho, Ministro e Secretario de Estado dos Negocios do Império, o tenha assim entendido e faça executar com os Depachos necessários.

Palácio do Rio de Janeiro em desoito de julho de mil oito centos e quarenta e hum, Vigesimo da Independencia e do Imperio.¹⁸

As opiniões são unânimes em situar o marco institucional da assistência psiquiátrica no Brasil neste ano. Uma vez criados os asilos, se viam em curto espaço de tempo, assoberbados pela demanda, justificando o clamor por mais verbas e mais hospitais. Esta foi, segundo Costa e Tundis (1987), a tendência constante ao longo de toda a história da assistência psiquiátrica até os tempos recentes.

Aliás, sob a alegação da necessidade de se proporcionar calma aos doentes, tranquilidade e espaço, tornaram-se comum, nesses cem anos, isolar os hospitais em sítios afastados, alguns sendo recuados para mais longe tão logo o crescimento das cidades os deixava perigosamente próximos. A função segregadora do hospital psiquiátrico aparece sem véus ou disfarces de qualquer natureza.

¹⁷ Diversas variações são utilizadas nas referências da época para designar o Hospício de Pedro II, entre as quais: Hospício Pedro II, Hospício Dom Pedro Segundo, Hospício D. Pedro II e Hospício de Alienados Pedro II.

¹⁸ Este decreto é assinado com o selo Imperial do Imperador D. Pedro Segundo e encontra-se no Arquivo Público Nacional.

A premência e a preeminência da função saneadora – veremos, também, mais adiante que, outros interesses subjazem essa edificante preocupação nacional, particularmente entorno da figura embriomática do mentor da fundação do primeiro hospício do Brasil, o senhor José Clemente Pereira – dos primeiros hospícios dão as origens da assistência psiquiátrica no Brasil um aspecto bastante peculiar, qual seja a da precedência da criação de instituições destinadas especificamente a abrigar loucos sobre o nascimento da psiquiatria, enquanto corpo de saber médico especializado.

Diante da afirmação da medicina científica e positivista, o saber que havia dado nascimento à doença mental no continente europeu, no final do século anterior, que agora circulava em terras brasileiras, também pelas descobertas da bacteriologia, da imunologia e da neurologia, com tudo isso soava anacrônico deixar o cuidado dos doentes mentais entregues à religiosos; permitir que os pacientes ficassem à sanha de “enfermeiros boçais”. O discurso circulante era o de uma medicina social, e já apontamos reiteradas vezes que, a loucura não era mais permitida circular em lugares públicos e, nem nas prisões. Os indivíduos, agora postos sob suspeita da anormalidade, encontrariam na medicalização sua conseqüência¹⁹. Faltava o hospício, todo o pano de fundo, preparado por seus anfitriões-guardião do saber já esperava preparado.

De modo semelhante, o tratamento moral nos Estados Unidos, embora exercido por médicos, sucumbiu por parecer carente de base científica sólida, o advento da psiquiatria científica sepultou a fase empírica, e leiga, da assistência psiquiátrica brasileira dos seus primeiros quarenta anos.

Segundo Machado (1978, p. 380),

¹⁹ Em Vigiante e Punir, de Michel Foucault (2004, capítulo 1 e 2), ficamos sabendo que, no fim do século XVIII e início do século XIX, com variações no tempo e em lugares, há uma gradativa perda pelo interesse nas festas de punição; a ostentação dos suplícios e dos supliciados em praça pública foram se extinguindo. Uma nova relação entre castigo-corpo teriam outros desfechos: intervenções mais sutis, menos teatrais, mais abstratas; menos corporais, mais pudicas e mais veladas seriam aplicadas aos condenados. O suplício, mistura de técnica, arte, artefato jurídico – é substituída pela psicofarmacologia, ao menos nas penas capitais. A psicofarmacologia e outros “desligadores” fisiológicos privando o condenado da dor, efetivando-se a pena (morte sem dor física, operando um distanciamento do corpo), correspondem ao movimento moderno das ciências em ação, lado a lado, ao controle social.

A partir de então, a loucura e a prevenção estarão para sempre ligadas. Ainda não no sentido de uma intervenção sobre a loucura antes mesmo que ela ecloda, que é a grande pretensão da atualidade. Mas enquanto a loucura é um comportamento caracterizado medicamente no momento em que, formulando uma etiologia social da doença, a medicina urbana detecta os diversos perigos que pode ameaçar a existência de uma sociedade em vias de normalização. Coube a medicina social a tarefa de isolar preventivamente o louco com o objetivo de reduzir o perigo e impossibilitar o efeito destrutivo que ela viu caracterizada em sua doença. Nasce assim, no Brasil dos meados do século XIX, não uma 'psiquiatria preventiva', mas a psiquiatria como instrumento da prevenção.

Não bastando isso, a situação social e econômica que tinha determinado o nascimento de instituições, cuja função única que lhe exigia a sociedade, era a simples segregação de desviantes, alterava-se rapidamente e pedia novas providências. No emergente capitalismo comercial e industrial brasileiro somava-se ao problema da questão de manutenção da ordem pública, a ameaça à sobrevivência e à reprodução da força de trabalho e, em última análise, ao próprio processo de reprodução do capitalismo.

Após a Proclamação da República o período que se seguiu, um pouco mais, um pouco menos, pode-se estabelecer como marco divisório entre a psiquiatria empírica do vice-reinado e a psiquiatria científica, a laicização do asilo, ascensão dos representantes da classe médica ao controle das instituições e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que avocara a si a atribuição da assistência ao doente mental, tal como a gravidade da situação exigia.

Como antecipamos acima, a participação do provedor da Santa Casa, José Clemente Pereira pareceu ser de grande importância no advento da criação do Hospício. Observemos que foi mobilizado o próprio Imperador, em data de tamanha importância, o dia da própria Sagração.

Em 1831, Pedro I – de forma atabalhoada parte para Portugal, não sem antes ficar por seis dias com o restante de sua família, em uma fragata Inglesa ancorada no porto aguardando que o povo clamasse sua presença em terras brasileiras, como acontecera

anteriormente, no famoso dia do 'Fico'²⁰, como ninguém se manifestou²¹ – retorna a Portugal para defender a coroa de sua filha Maria II, deixando o trono brasileiro para seu único herdeiro varão, Pedro de Alcântara, na época uma criança de apenas 5 anos de idade²².

Para o papel de tutor do novo monarca foi então designado José Bonifácio de Andrada e Silva, o Patrono da Independência. Porém, José Bonifácio permanecerá na função apenas um ano, sendo afastado por disputas políticas, vindo a falecer em 1838, relegado ao esquecimento. Os nove anos de Regência que marcam o período, entre a abdicação de D. Pedro I e a maioridade antecipada do novo monarca, caracterizam-se por grande instabilidade e agitação políticas, tanto na Corte quanto nas províncias. Por fim, no ano de 1840, Dom Pedro de Alcântara, com a idade de 15 anos, durante a chamada Revolução da Maioridade, decide aceitar o parecer de delegação parlamentar, fato que ficou conhecido como 'Quero já!'; antecipando em três anos sua maioridade²³. Assim, em 23 de Julho desse mesmo ano é formalizada a decretação oficial de sua maioridade e, finalmente, no dia 18 de julho do ano seguinte, em 1841, Pedro II é sagrado e coroado Imperador do Brasil (OLIVEIRA, 2004).

Segundo Machado (1978), é nesse contexto político-institucional que começa a se esboçar a criação do primeiro hospício de alienados (hospital psiquiátrico) do Brasil. Por uma confluência de fatores políticos e sociais, profissionais e corporativos, econômicos e culturais, o momento histórico mostra-se extremamente propício à criação desse novo dispositivo médico, legal e social no Brasil.

²⁰ José Clemente Pereira, com carreira política de destaque no Império, também teve participação no famoso dia do 'Fico' (Oliveira, 2004).

²¹ Em um de seus ímpetos, renunciou ao trono. Não bastasse, abandonou o palácio no meio da noite, sem se despedir do filho de cinco anos e permaneceu numa Fragata Inglesa ancorada no Porto. Suas últimas palavras em solo brasileiro foram para a Imperatriz Dona Amélia, em alto e bom som, disse: "Cuidado para embarcar, querida. Você está sem calças" (Caldeira, 1995, p. 125).

²² Deixando ao filho, uma carta "repleta de previsões sombrias". No dia seguinte a criança é ovacionada em carruagem pelas ruas do Rio de Janeiro: "a multidão soltou os cavalos da carruagem real e puxou ela mesma o coche dourado (...) fizeram festa para um assustado órfão de cinco anos, deixado pelo pai para governar um país que este julgava ingovernável" (Caldeira, 1995, 126 e 127).

²³ Cf. O Palácio da Praia Vermelha, de Pedro Calmon - Universidade do Brasil (Rio de Janeiro, 1952, p. 8 - 10).

Por traz do contexto assinalado por Machado, surge, como principal coordenador e articulador dessas forças e, dos fatores conjunturais, o nome de José Clemente Pereira. Por isso a importância de nos atermos às questões tratadas acima.

Segundo Ramos e Geremias (2006, p.1), Pereira aparece com uma personalidade complexa e multifacetada,

[...] político conservador, mas moderado, exímio advogado, magistrado respeitado, maçom atuante, filantropo dedicado, hábil comerciante – homem de grande inteligência, de caráter obstinado, de temperamento pragmático mas de grande sensibilidade [...]

Estes autores apontam que, José Clemente Pereira havia ocupado elevadas funções de governo à época de D. João VI e de D. Pedro I, contudo, havia passado um período longe da cena nacional, período que compreendeu o “interregno da minoridade de Pedro II”. Seu retorno se deu concomitantemente o retorno dos centristas e conservadores ao poder. José Clemente orchestra seu retorno ao poder com “projeto ambicioso de reforma do velho *Hospital da Santa Casa da Misericórdia*, segundo as linhas propostas pela *Academia Imperial de Medicina*”). Segundo os autores, essa era uma estratégia para reabilitar sua reputação. Entre outras manobras, ganha o controle administrativo da *Santa Casa da Misericórdia*, ao ser eleito *Provedor*, em 25 de Julho de 1838.

A função de *Provedor* representava o cargo máximo da *Santa Casa*, trazendo grande prestígio social ao seu ocupante. De acréscimo, José Clemente torna-se vitalício, mantendo-se nessa função até o dia de sua morte, em 10 de Março de 1854.

Assim é descrito, no fragmento de uma crônica da época, a importância e influências da obra de José Clemente Pereira:

Na Praia Vermelha, denominada outrora de Santa Cecília, vê-se um edifício de arquitetura severa, um palácio construído em dez anos, levantado pela caridade pública; é o primeiro monumento da cidade, é o Hospício de D. Pedro II.

Vendo os alienados encerrados em um corredor térreo do Velho Hospital da Misericórdia, recolhidos em enxovais e tratados não como enfermos, porém como animais ferozes, tendo o chão frio por leito, o pão duro por alimento e

o azorrague como remédio, o provedor José Clemente Pereira, inspirado pela luz da caridade, resolveu levantar um hospital, aonde os doidos tivessem asilo decente e pudessem achar lenitivo a seus males. Vimos os esforços que fez para erguer o Hospício de D. Pedro II. Deus favoreceu a obra do homem caridoso (Oliveira, 2006, p. 28).

A cientificidade européia pouco a pouco ia sendo assimilada no Brasil. Contudo, o instrumentário tecnológico de Pinel continuou fortalecido até a segunda metade do século XIX, quando se iniciou questionamentos que reivindicavam novas definições da doença mental. Pois a medicina, nesse século, avançava seus estudos, sobretudo do sistema nervoso. Nessa nova perspectiva, a doença mental passa a ser compreendida como sendo de ordem neurocerebral – os processos mentais seriam, a partir daí, explicados com base na neurofisiologia e na bioquímica do sistema nervoso. Consequentemente, inicia-se a sanha do organicismo e da medicalização inspirados nos trabalhos de Morel sobre a degenerescência²⁴.

Há nesse momento uma nova ruptura, na qual o navio dos loucos muda de rumo: o que era moral (e imoral), o louco que se comportava mal, será em diante classificado como um organismo em mau funcionamento.

Segundo Birman (1978, p. 261), “A concepção ‘teórica’ da doença mental não se vinculava mais diretamente à fenomenologia social da desordem. Inversamente, ela tende a ser aproximar do tronco comum da medicina, cujas tendências organicistas se acentuam”.

²⁴ No século XIX, dentro das preposições de intervenções higiênicas, das propostas de ‘Profilaxias preservadoras’ que, visam “combater as causas das doenças e prevenir seus efeitos” (Castel, 1991, p. 262), Morel elabora a teoria da ‘Degenerescência’; segundo essa teoria: “se transmitiriam hereditariamente constituindo desvios patológicos com respeito ao padrão normal da humanidade, ou então seriam precocemente adquiridas, por causas diversas, como intoxicações, alcoolismo, malária, males congênitos, etc. Uma vez instalada, a patologia seguiria seu curso e se transmitiria aos descendentes até que a linhagem fosse instinta” (Silva Filho, 1987, p. 92).

1.1 Políticas Públicas de Saúde e Saúde Mental no Brasil

Em Costa e Tundis, 1987, seguiremos nessa análise até mais adiante, onde encontramos dados, alguns curiosos que, revelam especificamente o que se passava em nosso país. Veremos que no Brasil, em consequência do modo brasileiro em tomar decisões, a assistência pública a alienados na capital da República e nos demais Estados deixava a desejar. O Estado de São Paulo despontava-se como uma exceção; dado ao dinamismo de sua economia, havia interesse em preservar sua força de trabalho e de remover empecilhos à atração de imigrantes estrangeiros e investiu pesadamente em saneamento e saúde pública, na última década do século XIX, a ponto de chegar ao setor em 1892, expressivos 46% do seu orçamento.

Nesse período, no estado de São Paulo, a assistência a alienados foi entregue a Franco da Rocha²⁵ ; sob sua orientação constrói-se o Hospício Colônia do Juqueri, em 1898.

No Brasil, a entusiástica adesão à política de construção de colônias agrícolas não se deu apenas por exclusão das outras estratégias terapêuticas, de eficiência duvidosa, mas também por ter encontrado ambiente político e ideológico propício ao seu florescimento. As necessidades do incipiente capitalismo brasileiro tinham nas concepções e atividades em relação ao trabalho, prevalentes desde o tempo da colônia, um sério obstáculo. Além disso, a idéia da implantação de colônias agrícolas para doentes mentais se coadunava com a decadência vocação agrária da sociedade brasileira. A maioria dos Estados brasileiros incorporou colônias agrícolas à rede de oferta de serviços, seja em complemento a hospitais tradicionais já existentes, seja como opção única ou predominante.

²⁵ Franco da Rocha nasceu na cidade paulista de Amparo. Teve papel decisivo para a introdução da Psicanálise no Brasil. Filho do Doutor José Joaquim Franco da Rocha e de Dona Maria Isabel Galvão Bueno Franco da Rocha, concluiu a graduação na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e doutorou-se pela Universidade de São Paulo. Iniciou sua carreira de médico preocupando-se com o tratamento dos doentes mentais. Foi pioneiro na utilização da laborterapia. Faleceu em São Paulo, em consequência de enfisema pulmonar, aos 69 anos de idade, em 8 de novembro de 1933 (Biografia, 2007).

Estados como São Paulo e Minas Gerais se encaixam na segunda eventualidade; as instituições agrícolas propunham-se como soluções globais para o problema do louco, assistindo-o em todas as fases da evolução de sua doença. A experiência de São Paulo, onde Franco da Rocha fez construir um hospício-colônia no Juqueri, destinado inicialmente para abrigar oitocentos (800) pacientes, pretendia tratar o agudo, recuperá-lo pelo trabalho agrícola e devolvê-lo à comunidade como cidadão 'útil'. Esse retorno se faria diretamente ou pela via intermediária da adoção do ex-internado por famílias das redondezas, e que se supunha veriam de bom grado a possibilidade a participação na reinserção do egresso, lucrando ainda com os serviços que este poderia lhe prestar. Tentava-se, desse modo, a título de solução terapêutica, recriar artificialmente o ambiente rural pré-capitalista.

A contradição básica residia no fato de que os doentes seriam devolvidos a uma nova realidade externa (ao asilo) que já na época, estava longe do modelo idílico de sociedade rural. A nova e dinâmica lavoura cafeeira exportadora paulista pedia braços, é certo, mas é duvidoso que o hospício pudesse lhe fornecer o material humano eficiente e disciplinado de que necessitava. Restava, então, ao hospital agrícola ater-se à única função que já caracteriza a assistência ao alienado no país: exclusão.

Segundo Costa e Tundis (1987), ao final da década de 50 a situação era caótica e, o Hospital Juqueri, em São Paulo, por exemplo, abrigava 14 a 15 mil doentes.

A assistência psiquiátrica pública revelava ainda extraordinária lentidão em tomar conhecimento das importantes transformações que a prática psiquiátrica na Europa e nos EUA, a partir do período da Segunda Guerra, e em se adaptar às modificações por que passava a sociedade brasileira.

Nos primeiros vinte ou trinta anos deste século, a chamada questão social não se punha como uma preocupação central do Estado. Numa economia eminentemente agrário-exportadora e pouco exigente em termos de qualificação de sua mão-de-obra e na qual a força de trabalho à disposição do mercado confundia-se com o volume de pessoas em idade de trabalhar, não se justificava empenho maior em ações de preservação da mão-de-obra.

As instituições ou grupos privados de socorro mútuo, organizadas por empresas ou categorias profissionais, serão, na década de 30, incorporados pelo estado e organizados nos Institutos de Aposentadoria e Pensões; a assistência médica, que ao tempo das caixas já fazia parte dos benefícios concedidos, foi mantida e ampliada. No entanto, a atenção psiquiátrica só será incorporada a demais especialidade muito mais tarde, na década de 50, e mesmo assim de modo incipiente.

No ano de 1950, a Organização Mundial de Saúde (OMS) através de uma resolução de um comitê de peritos em saúde mental, recomendava às nações membros, especialmente aos países em desenvolvimento, que investissem em ações de saúde mental, usando como argumento o alto custo da doença mental para o processo produtivo.

Preservar, manter e adestrar a força de trabalho (e indiretamente, o próprio processo produtivo), bem como atenuar os aspectos disfuncionais inerentes ao desenvolvimento capitalista – o desemprego, as desigualdades de distribuição de renda, os desequilíbrios entre as regiões, o problema da velhice, do menos, a violência das cidades, etc – são estas essencialmente as funções das políticas sociais no capitalismo moderno e sem o recurso as quais o Estado se veria a braços com a crise de legitimidade e perderia suas bases de apoio.

Segundo Castel (1978, p. 32) “a prática psiquiátrica é a prática de uma contradição (...) entre uma finalidade terapêutica e certas funções político-administrativas”. Estas funções se resumiriam em um grupo de quatro que seriam: curar, produzir, normatizar e controlar.

O período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. Dadas as já mencionadas precárias condições dos hospitais da rede pública, que permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculos com previdência, e a notória ideologia privatista do movimento de 64, alegando-se ainda razões de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender a demanda.

Por volta de 1965 a 1970, com uma rede ambulatorial ainda incipiente e que funcionou como autêntica malha de captação de paciente para a hospitalização, o quinquênio de 65/70 foi marcado pelo fenômeno do afluxo maciço de doentes para os hospitais da rede privada. Neste período, enquanto a população internada nos hospitais públicos permaneceu estável, a clientela das instituições conveniadas saltou de 14.000 em 1965 para 30.000 ao final do período. O movimento de internação seguiu a mesma tendência pendendo a balança para o lado da empresa hospitalar, que em 1965, por exemplo, internou 35.000 e no ano de 1970 contava com 90.000 (Resende, 1987).

1.1.1 O Mito da Reforma

Em o que é Reforma Psiquiátrica, Tenório (2002) chama atenção para os dois vocábulos: *reforma* e *psiquiatria*, demonstrando que a parceria de ambas não traduz uma união tão recente, como se costuma pensar, mas antes, estas expressões andam lado a lado desde o nascimento da própria psiquiatria. Diz ele:

Sabemos que foram os reformadores da revolução francesa que delegaram a Pinel a tarefa de humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos encontravam-se recolhidos junto com outros marginalizados da sociedade. A história é conhecida e não cabe repeti-la aqui. Retomo apenas um episódio, contado pelo filho e biógrafo de Pinel, Scipion Pinel, e comentado, entre outros, por Foucault (1993, p. 460) e Serpa Jr. (1996, pp. 17-8). Reza a lenda que, em 1793, Couthon (uma das três maiores autoridades da revolução francesa, ao lado de Robespierre e Saint-Just) teria inspecionado pessoalmente o hospital de Bicêtre, recém-assumido por Pinel. Após os primeiros contatos com os loucos, Couthon teria dado por encerrada a inspeção, dizendo ao responsável: .Ah!, cidadão, você também é louco de querer desacorrentar tais animais? ... Faça o que quiser. Eu os abandono a você. Mas temo que você seja vítima de sua própria presunção... Ao que Pinel teria respondido: Tenho a convicção de que estes alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade, e eu ousar esperar muito de meios completamente diferentes... O gesto pineliano de desacorrentar os loucos para implementar meios completamente diferentes, mito de origem da psiquiatria, é o signo de que, desde a sua fundação, a ciência psiquiátrica nasceu como reforma.

1.1.2 Saúde Pública e Mudanças

Segundo a literatura atual, é comum encontrarmos a referência de que um incremento de ações que visavam às transformações de idéias e práticas nas instituições psiquiátricas tem seu início na década de 70, o que se convencionou chamar de reforma psiquiátrica²⁶.

Estas transformações iriam se apoiar principalmente nas críticas ao hospitalocentrismo, às práticas de isolamento, ao uso de eletro-choque e, se deparariam com o pano de fundo das vinculações existentes entre a psiquiatria com a rede hospitalar, com a indústria farmacêutica e com o consumo de psicofármacos. Essa rede de interesses econômicos orientando um projeto – internações e mais internações, venda e consumo de psicofármacos; pouca ou nenhuma resolutividade no processo de saúde-doença; ineficácia de tratamento.

Encontraríamos, a partir desse momento, movimentos reformistas como a Psiquiatria preventivo-Comunitária. Eram as décadas de 60 e 70 e, esse modelo norte-americano, tendo como interlocutor Luiz da Rocha Cerqueira influenciaria as mudanças na Saúde Mental brasileira, tendo mesmo norteado mudanças no estado de São Paulo.

Muitos são os atores desse processo de mudança, muitas datas significativas; uma diversidade de fatos e acontecimentos precipitou novas idéias, novas práticas e, também, a irrupção de novas crises. De importância capital nesse processo, uma em particular teve início no final da década de 70, com o movimento dos trabalhadores de saúde mental ou simplesmente MTSM.

²⁶ Amarante (1995, p. 91) considera a reforma psiquiátrica como sendo o processo “histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização”.

Relembremos que nesta década, ao Brasil, era vendida a idéia de “um Brasil que vai pra frente”, com a imagem de uma nação promissora que respirava o progresso; era o momento do milagre econômico, do bem estar, o país do “ame-o ou deixe-o”. Esta imagem contradizia com o aparato construído desde o pós-64, no qual esse período foi marcado – e manchado - pelas perseguições e torturas. Era um Brasil opressor, de um regime autoritário, norteado por um modelo capitalista selvagem, monopolista e dependente. Tendo como resposta – aqueles contrários, aos que se opunham ao modelo, nossos críticos, nossos intelectuais, a sociedade de pensantes cidadãos – a tortura, os assassinatos, os seqüestros e, por fim, o desaparecimento.

Embora houvesse um crescimento econômico, o mesmo não se passaria com o desenvolvimento social. Era o resultado das prioridades da política de prevalência de interesses econômicos sem uma contrapartida no social. E é aqui em que insurge as críticas à intensa miserabilidade e suas conseqüências no campo social. O processo de pauperização e degradação do povo brasileiro eram evidentes, os indicadores e diagnósticos técnicos apontavam esse grande risco, como por exemplo, um documento do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde – CEBES²⁷, que foi apresentado no I Simpósio sobre Política Nacional na Câmara Federal (1970).

O referido documento apontava que: “É praticamente consensual entre os especialistas, o diagnóstico, que a partir da década de 60” o nível de vida da população vinha abaixando. Piorando todos os indicadores: o da mortalidade infantil; da educação; o de acidentes de trânsito; das doenças endêmicas e, de doenças mentais.

Assim observamos junto a Tenório (2002, p. 34) que,

Documentos oficiais produzidos pelas autoridades sanitárias na década de 1980 já observavam com propriedade o caráter perverso da relação entre poder público, rede privada e modelo asilar: o Plano Conasp de Psiquiatria, divulgado pelo Inamps em 1983, apontava o “sinergismo que

²⁷ O Centro de Estudos de Saúde – CEBES “foi constituído em 1976 como espaço de organização e produção do pensamento crítico em saúde possibilitando, a estruturação de bases políticas para as reformas sanitárias e psiquiátricas” (Scarcelli, 1978). Outras informações sobre o CEBES e discussões mais pormenorizadas sobre o surgimento e a trajetória do MSTM podem ser encontradas no estudo de Amarante em *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira* (1995).

ocorre entre o modelo assistencial prevalente (asilar), a modalidade da contratação dos serviços no setor privado e a baixa eficiência do sistema de controle de qualidade exercido pelo Inamps” (Leal, op. cit., pp. 12, 13). A Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República, de 1985, mostrava que a crítica germinada nos dez ou 15 anos anteriores não mudara a política de financiamento de internações: dos recursos gastos pelo Inamps em serviços psiquiátricos contratados junto às clínicas privadas, 81,96% destinavam-se à área hospitalar, e 4%, á assistência ambulatorial.

O movimento do MSTM foi surgindo em meio a um descontentamento geral, intrincado junto às críticas por mudanças das instituições hospitalares²⁸ ou não, por mudanças nas relações, pela luta da democracia, entremeadas por questões de políticas públicas e políticas partidárias. A partir da década de 80 esse movimento vai ganhando maior autonomia.

Com as transformações no campo da saúde de modo geral, com a chamada reforma sanitária, incrementaram-se mudanças no espaço da saúde mental. Nesse momento, passou-se a denominar de reforma psiquiátrica o conjunto de ações e reivindicações ligadas ao setor.

Na década de 80 assistimos assim um amadurecimento das críticas ao modelo “privatista/asilarsegregador” e, podemos colocar didaticamente, seguindo o trabalho de Tenório (IBIDEM, p. 34), a constatação da “ocorrência de três processos que se mostraram importantes para a ‘consolidação das características atuais do movimento da reforma’, são elas:

- a. a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo,
- b. a iniciativa de reformulação legislativa;
- c. surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas em saúde mental.

²⁸ O processo de críticas e reivindicações tem como estopim a crise na DINSAN (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pelas políticas de saúde mental. Naquele episódio, tal era o estado de abandono e precariedade das instalações, do abandono dos usuários, aliados ao descontentamento das condições de trabalho que os profissionais ligados às quatro unidades da DINSAN, do Rio de Janeiro, entraram em greve; era abril de 1978. Foram demitidos 270 funcionários e estagiários. A crise ganhou destaque na imprensa, o que ajudou a mobilizar outros profissionais das mais variadas regiões e instituições (Amarante, 1998).

Com a incorporação de novos protagonistas, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica contou com a importante ocorrência de dois eventos no ano de 1987:

- a. I conferência Nacional de Saúde Mental e,
- b. II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental.

O mote do II Encontro foi ‘*A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA*’ decidida durante a I Conferência, pela constatação de que a perspectiva sanitaria de incorporar as propostas reformistas nas políticas oficiais vinha sendo anulada pela resistência passiva ou ativa da iniciativa privada, da estrutura manicomial, da burocracia estatal e do conservadorismo psiquiátrico (Tenório apud Bezerra Jr., op. cit., p. 180).

Segundo Tenório (2002, p. 35) na I Conferência assistimos o fim da trajetória sanitaria, em que se buscava transformar particularmente o sistema de saúde, e temos dali em diante uma nova “trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura... a chamada desinstitucionalização. O encontro que a ela se segue institui um novo lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios”.

As formulações neste momento passariam da preocupação de pequenas “macrorreformas” para uma “preocupação com o ato de saúde, que envolve profissional e cliente; não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades” (IBIDEM, p. 35).

Neste novo horizonte chega a cena novos aliados²⁹: “entre eles, os usuários e seus familiares, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de suas organizações, passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo.”(IBIDEM, p.54).

²⁹ Considerações sobre a complexidade da nova organização que se chega com a participação de novos atores no processo da luta antimanicomial. Os conflitos que surgem na relação que se dá entre familiares, usuários e técnicos nos bastidores do MLA pode ser encontrados no estudo de Scararcelli, 1998 p.30, em “Algumas Considerações sobre o MLA” – Movimento da luta Antimanicomial.



Figura 3 – Of greed (da ganância), Bosch, Sevendeadlysins (1475-1480)
Fonte: Wikipedia, 2008.

CAPÍTULO II

Capítulo II

Caracterização do Campo de Estudo — A cidade de Diadema

2.1 Município de Diadema

A cidade de Diadema é, notadamente, a segunda maior cidade do Brasil em densidade demográfica. Possui 357.064 habitantes (censo IBGE/2000), com uma taxa de crescimento populacional anual de 2,48 % . Em 2006, a estimativa populacional do Instituto era de 395.333 habitantes, resultando numa densidade demográfica de 12.898,3 hab/km². A população economicamente ativa é estimada em 215.000 pessoas, o número de analfabetos chega a 49.000 pessoas (IBGE/2000).

O Paço Municipal de Diadema está localizado a -23,6861° de latitude (23° 41' 10 S) e -46,6106° de longitude (46° 36' 38 W), distando 17 quilômetros do Marco Zero na Praça da Sé, na capital.

O processo de ocupação da cidade teve como fator predominante sua localização geográfica. Fica entre o litoral (Vila de São Vicente) e o planalto (Vila de São Paulo de Piratininga). Foi com a existência de uma via de ligação entre São Bernardo e Santo Amaro que proporcionou a chegada dos primeiro moradores, ainda no século XVIII. Suas duas principais avenidas, Antonio Piranga e Piraporinha, originam-se desses caminhos primitivos.

Na história da cidade, encontramos dados que dizem que até a década de 40, a região era constituída por quatro povoados pertencentes a São Bernardo: Piraporinha, Eldorado, Taboão e Vila Conceição. Ainda dispersos, eles eram ligados por caminhos precários e mantinham características próprias. Em item, mais adiante, intitulado '*Diadema em Dados e Números*' apresentamos outras informações sobre esse histórico.

Embora próximo a Capital, até os anos 50 a cidade pouco sentiu com os efeitos das transformações produzidas pela industrialização. A cidade de Diadema, nessas décadas, não tinha nenhuma importância econômica regionalmente. A expansão industrial ocorria ao longo da ferrovia Santos - Jundiaí, principal via de circulação de mercadorias à época. Era a década de 40 e, as beneficiadas com esse processo era, principalmente a cidade de São Caetano, Santo André e Mauá.

Em 1948, com a lei nº 233, criou-se o Distrito de Diadema. Com as transformações ocorridas a partir dos anos 50 na região do ABCD paulista: aberturas de estradas, industrialização, migrações, novos loteamentos, crescimento das cidades – despertou o interesse das lideranças políticas da região. 'Havia o entendimento de que a mudança de distrito para o município favorecia o desenvolvimento do lugar'. E, em 10 de janeiro de 1960 instalou-se oficialmente o novo município com a posse de seu primeiro prefeito e corpo administrativo.

Aos poucos Diadema deixou de ser uma cidade de recreação para a nata da sociedade paulista. Com a constante chegada de imigrantes vindo de toda parte do país, principalmente do norte e nordeste, com a atração produzida pelo parque industrial. Foi à época da chegada das grandes indústrias como a Volkswagen, a Willys (mais tarde a Ford), a Mercedes Benz e Scania. A indústria automotiva abriu mercado para outras áreas complementares, como o setor de autopeças e de embalagens.

Com essa atração por trabalho e melhores condições de existência, a região foi tomada por loteadores clandestinos, com ocupação do solo de modo desordenado e indiscriminado. Um grande ataque ocorreu aos Mananciais. Atualmente Diadema tem em

média 10m² de área verde por habitante. A maior parte das áreas verdes, no entanto, está concentrada ao sul do município, dentro da área delimitada com proteção e recuperação dos mananciais. Assim, os demais bairros apresentam índices inferiores, que variam desde 1m² no Bairro Casa Grande, a 6m² no centro.

Com o crescimento populacional de um lado e as crises econômicas na contra mão, com o desemprego desenfreado, a cidade de Diadema continuou a receber imigrantes que foram instalando-se e formando as inúmeras favelas hoje existentes.

Para além da constatação da necessidade de ampliar auxílio àqueles que padecem de sofrimento psíquico/mental, foram criados no território nacional, institutos assistenciais estaduais, municipais, e em grande proporção a assistência privada. Assim, na década de 80, em Diadema, o ambulatório de saúde mental mantido pelo Estado e Hospital Psiquiátrico do Eldorado eram as referências do município. Foi nessa década, que se iniciou a construção do Sistema Municipal de Saúde.

Com a tarefa inicial de reorganizar os incipientes serviços já existentes, priorizou-se a organização e redefinição dos Postos de Puericultura que nessa época existiam e do único Pronto Socorro Municipal do município. Implantou-se, então a Rede de *Unidades Básicas de Saúde* (UBS) e, o foco foi no sentido de buscar resolutividade às emergências. Nesse período implantou-se o atendimento de Psiquiatria no Pronto Socorro com a incorporação de psiquiatras plantonistas à equipe médica.

Ao final da gestão de 1988, conseguiu-se com a participação do *Escritório Regional de Saúde* (ERSA-9) e da Prefeitura a implantação na cidade de um ambulatório de Saúde Mental com remanejamento de profissionais e equipe mínima.

No período de 1989 a 1992 o ambulatório sofreu transformação e expansão passando a ocupar um novo local em novembro de 1991, o que possibilitou a contratação de novos profissionais.

Importante no processo de formação de um sistema de saúde em saúde mental, foi que paralelamente a essas iniciativas, estava sendo desenvolvida uma experiência pioneira na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Jardim Promissão, bairro da periferia de Diadema, a partir da ida de profissionais (psicólogos e fonoaudiólogo) originalmente membros da equipe de Saúde Escolar da Secretaria Estadual de Saúde do ERSA-9.

Após, aproximadamente, um ano de trabalho desenvolvido compreendeu-se que a natureza do trabalho era semelhante ao atendimento realizado na UBS, não havendo razão para naquele momento manter-se uma estrutura isolada. Com a disponibilidade de espaço físico no novo prédio do Ambulatório em novembro de 1991, incorporou-se a ele a equipe do *Centro de Atendimento Infantil (CEAC)* já que até então o ambulatório estava tão somente voltado para a clientela adulta.

O trabalho desenvolvido na UBS do Jardim Promissão refletia bem os ares produtivos e inovadores daquela década que desde o início caracterizou-se por uma equipe multiprofissional. Naquele momento, para o Departamento de Saúde e Higiene que procurava desenvolver suas ações tendo como base uma concepção ampla de saúde, este trabalho significou a possibilidade de integração de ações básicas em Saúde Mental, com as ações já desenvolvidas em suas UBS.

A equipe da UBS Promissão elegia como forma de atendimento prioritário o trabalho em grupo, o qual as pessoas teriam oportunidade de partilhar suas experiências. Pensava-se que as pessoas se sentiriam mais confortáveis juntos aos seus pares em um espaço que permitissem relatarem, refletirem e processarem o caminho da busca de transformação das condições que os levava a procurar o serviço.

Partindo da experiência iniciada na UBS Promissão, procurou-se expandir aquele trabalho para as outras UBS existentes no Município. Através de questionamentos e reflexões sobre a sistematização do serviço pontuou-se que a atenção não deveria ser voltada apenas para crianças e programas de saúde, mas ampliada para atendimento de adultos. De acordo com Nemes (2000), essa forma de pensar faria corpo nas idéias do

movimento médico sanitário americano da década de 1910, no qual os Centros de Saúde representavam a possibilidade de instauração de serviços de saúde de caráter público permanente. Segundo esse autor, este projeto de organização assistencial, proposto pelo sanitarista Geraldo H. de Paula Souza na década de 20 em São Paulo, os Centros de Saúde comporiam uma rede regionalizada e seriam responsáveis pela saúde de uma população adscrita em cada região.

O que não se previa era que a continuidade do projeto fosse interrompida com as sucessivas mudanças de governo, e na seqüência com mudanças de coordenadores – valiosas idéias iam surgindo, mas nunca efetivamente desenvolvidas. Outros fatores influenciaram para inviabilizar os planos que surgiam: a cidade cresceu, e com ela a demanda nas UBS e no Ambulatório de Saúde Mental aumentou vertiginosamente. A equipe tornou-se pequena e problemas que antes eram só abstratos, tópicos de discussões teóricas, tornaram-se a prática diária. A idéia inicial de um trabalho voltado para formação, reflexão das dificuldades da comunidade, em que os usuários tomariam em suas próprias mãos a responsabilidade e direcionamento de suas vidas foi atropelado por dificuldades pessoais, solicitação de atendimentos individuais. Haveria a necessidade de equipes maiores.

2.2 Diadema em Dados e Números

Como já assinalamos, encontraremos a seguir outros informes históricos sobre o município.

Foi a conjugação de vários fatores que determinou a emancipação político-administrativa de Diadema, como a expansão urbana e industrial paulista em direção ao ABCD paulista, a articulação de políticos da localidade, como o professor Evandro Caiaffa Esquível, com lideranças de influência no âmbito estadual, como o jurista Miguel Reale e a intensa participação dos moradores da Vila Conceição na campanha da emancipação.



Figura 4 – Visão aérea da região central da cidade



Figura 5 –Terminal de Tróibus e ônibus

A cobertura vegetal original do município era a Mata Atlântica de planície. O intenso processo de urbanização das áreas situadas nos limites da cidade de São Paulo descaracterizou completamente as feições desta composição vegetal.

A Altitude média é de 780 m, apresentando um relevo acidentado, com pequenas colinas e marrotes alongados; há poucas áreas planas no município.

Os limites da cidade são: a Oeste e Norte - a capital, a Nordeste, Leste e Sul, a São Bernardo do Campo.

Quanto aos demográficos encontramos em sua população total de 357.064 (Dados do Censo – 2000) uma subdivisão da seguinte ordem: a totalidade da população encontra-se na área urbana, o que equivale dizer que o índice rural é igual a zero (0). A população está dividida em 175.109 homens e 181.955 mulheres.

A densidade demográfica (hab./Km²) está estimada em 11.630,75.

Com uma mortalidade infantil até 1 ano (por mil): 18,38, a expectativa de vida gira em torno de 69,93 anos. A taxa de fecundidade está em: 2,15 filhos por mulher.

Segundo os últimos dados colhidos (2000) a taxa de Alfabetização encontrava-se em 93,20%.

Assim observamos que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M): 0,790 – apresenta-se da seguinte maneira: IDH-M Renda: 0,721; IDH-M Longevidade: 0,749; IDH-M Educação: 0,901 (Fonte: IPEADATA).

Quanto a etnias, apresentamos um quadro abaixo:

Cor/Raça	Percentagem
Branca	57,2%
Negra	5,1%
Parda	35,8%
Amarela	0,8%
Indígena	0,2%

Figura 6 – Discrição de Etnias em Diadema



Figura 7 – Of Newfangled Ways (das boas Maneiras) – Bosch, Sevendeadlysins (1475-1480)
Fonte: Wikipedia, 2008

CAPÍTULO III

Capítulo III

Referencial Teórico e Metodológico

3.1 A Teoria das representações Sociais

A teoria das Representações Sórias foi postulada por Serge Moscovici no final dos anos 1950, e tendo reconhecimento público em 1961, quando da publicação de seu estudo em forma de tese, “La psychanalyse, son image et son public”. Este estudo versava sobre a representação social da psicanálise na França, que buscava compreender o modo como o público, a sociedade de modo geral, percebia, absorvia e, dava significação – já podemos dizer, representava – ao tema psicanálise, que era difundida pelos meios de propaganda ao público parisiense.

Sua obra é de valor considerável, não só para a psicologia como para a história e as ciências sociais. Suas proposições a partir das discussões da relação entre linguagem e representação, constituem-se num marco histórico, apresentando uma nova postura diante das duas tendências da psicologia social à época: uma que seguia a tradição de pesquisa européia e, a outra com raízes americanas. Mais tarde, em 1976 sua teoria é publicada em forma de livro.

Serge Moscovici, nascido em 1925, de nacionalidade romena, naturalizado francês, é psicólogo de formação, construiu sua teoria tendo como referência o conceito de representações coletivas desenvolvido por Émile Durkheim (1858-1917), na sociologia, e

Lévi-Bruhl, na antropologia. Ainda, segundo o próprio Moscovici (1995), podemos encontrar referência sobre esse conceito em outros autores como Saussure, em sua teoria da linguagem; em Jean Piaget, responsável pela teoria das representações infantis e, ainda em Vygotsky, na teoria do desenvolvimento cultural.

Atualmente dirige o Laboratoire Européen de Psychologie Sociale, da Maison des Sciences de l'Homme., em Paris.

Psicossociólogo de reputação mundial, é o autor de obras como *Essai sur l'Histoire humaine de la Nature*, *Psychologie des minorités actives* e *l'Âge des Foules*, entre outras. E, fonte principal de nosso referencial teórico – as *Representações Sociais: investigações em psicologia social* (2003).

Recebeu o Prêmio europeu de Sociologia e Ciências Sociais, em 1989 e em 2003, foi laureado com um dos mais importantes prêmios internacionais, da Fondation Balzan, que assim justificou: “Os trabalhos de Moscovici se caracterizam pela sua grande novidade; eles sacudiram os paradigmas canônicos da disciplina , renovaram seu método de pesquisa e sua orientação ,criaram uma tradição européia em psicologia social da qual a originalidade é reconhecida universalmente”. (WIKIPÉDIA, 2007)

Tendo em mente a objetividade de nossa tarefa científica, não nos distanciando do rigor metodológico, contudo, não podemos nos furtar de informar – dada a contemporaneidade do autor e o atualíssimo fato de que – o professor Serge Moscovici receberá o prêmio Wilhelm Wundt-William James, em três de julho desse ano (2007), durante a cerimônia de abertura do 10º Congresso Europeu, na cidade de Praga devido a sua excepcional contribuição para a psicologia Européia e Americana. A homenagem tem como base o reconhecimento da importância e da amplitude de seu trabalho de pesquisa, do conjunto e expressão de suas publicações, além das inúmeras apresentações em congressos internacionais e do exercício de liderança em organizações para a promoção da psicologia, tanto francesas quanto internacionais.

3.2 Representações Sociais – Fragmentos de uma História

Desde os primórdios o homem comum se depara com questões como e de onde viemos, qual a finalidade da vida e, portanto, qual o sentido da morte. E, se há um Deus “irmanando tudo”, como diria Fernando Pessoa. Poderíamos apresentar as indagações em sentido inverso, ou talvez (também) em verso como Goethe (1806)^{29,30} magistralmente já o fez. Porém, como grandes indagações, elas permaneceriam.

A investigação filosófica, por outro lado, também, desde sua origem se debate com questões fundamentais: como chegamos a conhecer, como formamos conceitos e idéias em nossa mente e qual é a correspondência entre essas idéias e a realidade.

No século XX, encontramos a atualização dessas mesmas perguntas, de um lado na sociologia do conhecimento e, de outro na psicologia. Na primeira, “A preocupação não é como o indivíduo conhece, mas como o indivíduo dentro do grupo e como o próprio grupo chega ao conhecimento. Paralelamente, a psicologia quer saber qual é o processo psíquico do conhecimento” (MOTTA, 2002).

Eram os anos de 1950, 1960 e, as reflexões de Moscovici se situaram (e ainda, passados quarenta anos elas mantêm forte influência) na discussão histórica da dicotomia entre indivíduo e sociedade, entre o conhecimento de apropriação individual e um outro, de posse do coletivo. O posicionamento científico era claro: os fenômenos que explicavam o

²⁹ Fausto: romance de ficção, de autoria de Goethe, produzido em duas partes, tendo sido escrito e reescrito ao longo de quase sessenta anos. A primeira parte - mais famosa - foi publicada em 1806 e a segunda, em 1832 - às vésperas da morte do autor. que relata a tragédia do Dr. Fausto, homem das ciências que, desiludido com o conhecimento de seu tempo, faz um pacto com o demônio Mefistófeles, que lhe enche com a energia satânica insufladora da paixão pela técnica e pelo progresso (WIKIPÉDIA, 2007).

³⁰ No século XIX, o romantismo – no retorno ao medieval – trouxe de volta a *Dança Macabra*, não mais como símbolo representativo da metodologia cristã, mas como aspecto do medo e do desconhecido, que eles achavam esquecidos no mundo moderno. Goethe redescobriu a *Totentanz* (como é chamada a Dança Macabra em alemão), e utilizara numa balada, *Der Todtentanz* (WIKIPÉDIA, 2007).

comportamento individual eram diferentes dos fenômenos que explicavam o comportamento coletivo. Fatos sociais seriam explicados por fatos sociais.

A primazia do conhecimento centrada no positivismo (Comte)³¹, no cientificismo, demarcava claramente essa posição dualista. Para Motta (2006), o homem havia deixado de basear o conhecimento da natureza, na compreensão “da interação harmônica de seus elementos”. Em que, o sujeito, “que se propunha conhecer a natureza, não procurava conquistá-la ou dominá-la tendo em vista o seu (dele) benefício próprio – a realidade era vista como sendo algo intocável e divinizado”.

O novo olhar para o conhecimento da natureza, se baseava, agora, no método científico moderno e, seus fundadores procuravam contrapor suas idéias à visão de mundo, que fora predominante na Antiguidade e durante toda a Idade Média.

Seguindo um pouco mais a história da ciência no século XX, vamos nos deparar que essa

conquista e esse domínio da natureza passaram a ser a nova perspectiva da ciência a partir dos séculos XVI e XVII, quando alguns pensadores (Galileu, Newton, Bacon, Descartes, dentre outros) lançam as bases do método científico (que predominou até o início do século XX como paradigma da atividade científica) a partir d retomada de alguns elementos do pensamento grego. Ou seja, a partir daquelas áreas onde a civilização grega havia realizado os seus maiores progressos, a saber: na matemática, na estatística e na astronomia (MOTTA, 2006, P. 1).

Sob os ares do novo método científico, ou seja, sob a orientação da doutrina do racionalismo³², principalmente em Descartes, a nova ordenação da realidade seria promovida pela razão. Descartes, “partindo do *je pense donc je suis*, lança a ilusão de nos

³¹ Segundo Farr (1995, p. 32), Allport teria definido Augusto Comte (1798-1857), fundador do Positivismo, como, também, o fundador da Psicologia Social. O autor faz uma discussão sobre o que convinha essa escolha para a ciência experimental, principalmente na América do Norte.

³² Racionalismo: é a corrente filosófica que iniciou com a definição do racionalismo que é a operação mental, discursiva e lógica. Este usa uma ou mais proposições para extrair conclusões se uma ou outra proposição é verdadeira, falsa ou provável. Essa era a idéia central comum ao conjunto de doutrinas conhecidas tradicionalmente como racionalismo (WIKIPÉDIA. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/racionalismo>), acesso em: 27 de maio 2007.

tornarmos donos e senhores da natureza (*nous rendre maîtres et possesseurs de la nature*)”. Gera a separação entre o sujeito e o objeto, entre o homem e a natureza (MALTEZ, 2007).

No campo das ciências psicológicas, a orientação científica concentrava as pesquisas na tradição Behaviorista da verificação de comportamentos observáveis. A vertente behaviorista detinha a hegemonia sobre as ciências psicológicas, mantendo, assim fora de sua compreensão e análise os conteúdos subjetivos, implícitos do comportamento. Nesta perspectiva, a psicologia centrou seus estudos no indivíduo (Wundt) e a Sociologia (Durkheim) no campo social, com os fenômenos coletivos.

Quando as formulações de Moscovici entram no cenário científico, a psicologia social (de origem européia) já se encontrava numa situação de redescoberta de seu campo ou de sua identidade

[...] criar na Europa, uma psicologia social e de reunir um grupo de pessoas eu estão tentando – com maior ou menor sucesso – alcançar este objetivo. Muitos de nós tivemos de usar métodos autodidáticos: começamos aprendendo ou reinventando procedimentos, enquanto consultávamos a única literatura disponível... (MOSCOVICI, 2003, p. 111).

Era o burburinho de um novo tempo, no qual uma parcela da comunidade científica, já havia se apercebido de que,

diferentemente da noção de conhecimento da realidade vigente até [aquela] época, não se [pressupunha] mais a possibilidade de um conhecimento universal e perene, mas sim que [havia] apenas a alternativa de se conhecer parcelas da realidade. Ou seja, [descartava-se] a possibilidade de um conhecimento absoluto da realidade, pelo fato de se aperceber que a estrutura mesma do universo é dinâmica e instável. Isso se dá, sobretudo, pela formulação do “princípio de incerteza” por Wener Heisenberg, no qual é postulado que sempre que optamos em observar um aspecto da natureza, fatalmente negligenciamos outro; o que significa dizer que, no caso específico da física quântica, por exemplo, a impossibilidade de se conhecer simultaneamente a velocidade e a posição de uma determinada partícula subatômica (2006, Motta, p. 1).

E, dessa forma os cientistas – ao menos uma parcela considerável se apercebeu também que, eventualmente – teriam que

renunciar a sua interpretação objetiva dos fenômenos da natureza, visto que, em sua estrutura fundamental, a relação dos componentes dessa estrutura fundamental se apresenta caracteristicamente dinâmica e indeterminada. Conseqüentemente, os processos do mundo físico escapam a uma descrição precisa e objetiva, sendo possível apenas formulá-la em termos de probabilidade (ibidem, p. 1).

Nesse contexto de descobertas e de reafirmações de disciplinas que tomavam para si linhas de estudo, elegendo seus objetos de estudos, encontramos, no prefácio de “Representações Sociais” (MOSCOVICI, 2003), os comentários de Duveen apontando para o fato de que, no esforço de Durkheim para validar a sociologia como uma ciência autônoma, ele “levou a defender uma separação radical entre representações individuais e coletivas e a sugerir que as primeiras deveriam ser o campo da psicologia, enquanto as últimas formariam o objeto da sociologia...”.

Na continuidade, o autor assinala a dificuldade do empreendimento proposto por Durkheim – que espelha, também, a dos estudiosos dos fenômenos sociais, diz ele em um comentário entre parênteses:

[...] interessante notar que em alguns de seus escritos sobre esse tema [a representação individual e representação coletiva] Durkheim flertou com a idéia de chamar a esta ciência de *‘psicologia social’*, mas preferiu *‘sociologia’*, a fim de eliminar toda possível confusão com a psicologia. (DUVEEN, 2003, p. 13, grifo nosso).

E foi em Emile Durkheim, em sua obra denominada “As formas elementares da vida religiosa”, obra de 1912, que versava sobre a religião, a magia e o pensamento mítico que, Moscovici resgatou o conceito de Representação Social.

Cabe necessariamente fazer uma distinção nesse ponto. Trata-se de esclarecer o uso do termo “representações sociais”, por Moscovici e, “representações coletivas”, pelo próprio Durkheim. Importante, também, porque surge uma primeira divergência entre ambos.

Nesse sentido, podemos dizer que do uso terminológico, não há, marcadamente, divergências entre ambos, como aponta Oliveira (2005, p.5) “há pouca diferença substantiva entre os termos “coletivas” e “sociais”, pois ambas revelam a dimensão plural das associações humanas das idéias gerais (ou “forças coletivas”) no seio da sociedade...”.

Ainda, com respeito à diferença entre a adoção de um termo ou outro, responde

Moscovici:

Por favor, não espere que eu jamais seja capaz de explicar a diferença entre “coletivo” e “social”... A maior parte das vezes, as duas palavras são usadas como sinônimas. Eu prefiro, contudo, usar apenas “social”, porque ele se refere a uma noção clara, aquela da sociedade, uma idéia de diferenciação, de redes de pessoas e suas interações. (2003, p. 308).

Situado na fronteira entre a sociologia e a psicologia, a Representação Social tornou-se um instrumento da Psicologia Social. Em que, de importância fundamental, busca fazer a interface entre o sociológico e o psíquico; articulando o individual e o coletivo.

Durkheim abordava as representações coletivas procurando dar conta de fenômenos que

[...] abrangia uma cadeia completa de formas intelectuais que incluíam ciência, religião, mito, modalidades de tempo e espaço etc. De fato, qualquer tipo de idéia, emoção ou crença, que ocorresse dentro de uma comunidade [...] (MOSCOVICI, 2003, p. 46).

O que representava um problema para Moscovici, por ser um número e variado demais de conhecimentos para se querer debruçar. “A intuição, assim com a experiência, sugere que é impossível cobrir um raio de conhecimento e crenças tão amplo. Conhecimento e crença são, em primeiro lugar, demasiados heterogêneos e, além disso, não podem ser definidos por algumas poucas características gerais” (MOSCOVICI, 2003, p. 46). Além do fato, já mencionado de que as teorias sociológicas tradicionais, naquele momento histórico, relegavam a um segundo plano a dimensão psicológica humana. (MOSCOVICI, 1988).

Para o autor, as concepções de Durkheim acerca das representações sociais, eram reducionistas demais. Ele afirma que Durkheim era “fiel à tradição aristotélica e kantiniana” e, possuía uma “concepção bastante estática” das representações (MOSCOVICI, 2003, p. 47), não apresentavam mobilidade, eram imutáveis.

De maneira mais dinâmica, compreendendo um sujeito ativo do conhecimento, não passivo, como para Durkheim; as representações Sociais são entendidas como concepções que circulam em determinada coletividade contribuindo para a formação de uma visão de mundo própria àquele grupo social. Trata-se de compreendê-la como um fenômeno que, com sua força, plasticidade e dinamismo, possibilitam uma identidade social ao indivíduo, o posicionado no mundo; permite a comunicação, a interpretação e troca de idéias.

As contribuições, mencionadas anteriormente, de Jean Piaget, responsável pela teoria das representações infantis e Vygotsky, na teoria do desenvolvimento cultural propiciaram Moscovici a buscar, a origem profundamente social da construção do saber e resgatou o entendimento de que o saber social é simbólico.

E por ser simbólico põe em evidência um trabalho da psique. “Tal trabalho ocorre através dos processos inconscientes” (JOVCHELOVITCH, 1995). Ora, estamos num campo que bem definiu a psicanálise. Foi no trabalho de Freud e sua repercussão na França que, posteriormente veio a ser o assunto de *La Psychanalyse: Son image et son public*; trabalho do qual toda uma teoria vem sendo desenvolvida. Por si só, mereceria maiores deferências. Tomamos a liberdade expondo o depoimento de Farr:

Freud é importante, no contexto desse capítulo³³, porque ele se situava entre a cultura da Alemanha e a cultura da França (ele foi influenciado tanto por Wundt, como por Lê Bon)[...] Do mesmo modo que Wundt, Freud estava interessado na cultura (civilização, religião, etc.) e, como Le Bon, ele estava interessado nas formas de influência social (hipnose, psicoterapia, liderança, etc.) Diferentemente de ambos, contudo, ele foi capaz de inter-relacionar os dois campos. [...] ele desenvolveu sua própria técnica (isto é, a psicanálise) baseado na associação livre, principalmente em conexão com sua análise dos sonhos. Embora os sonhos sejam pessoais a quem sonha. A

³³ O autor se refere ao seu capítulo de *A pré-história da teoria das representações sociais in: Textos em Representações Sociais*, 1995.

forma (isto é, o visual) e o conteúdo dos sonhos são reflexos, sobre o indivíduo, daquelas representações coletivas que eram objetos de interesse tanto de Wundt como para Durkheim. (1995, FARR, p.39-40)

Embora seja tentador, não cabe nessa apresentação estendermos nossas observações sobre os aspectos (contundentes) da teoria psicanalítica que, acompanham a teoria das representações sociais. Teríamos outros tantos (e esclarecedores) comentários ao dizer, à luz dos teóricos consagrados, mas – nem seria necessário insistir – podemos assinalar que a contribuição da psicanálise de Freud é reconhecida. “Elas iluminam as fundações psicológicas das representações sociais e os intercâmbios que dão forma à relação entre investimentos psíquicos e realidade social” (IBIDEM, 1995, p. 78).

Sobre Farr, Moscovici (IBIDEM, 1995, p. 14) lhe presta uma deferência enquanto expressa o quanto esclarecedoras e profundas são as análises históricas realizadas por este; ele afirma serem “as mais esclarecedoras que existem em nossos dias”.

As representações sociais, por certo, constituem modalidades de conhecimento, pois parte do pressuposto da existência de algo objetivo para ser representado e, de outro lado, há um sujeito que opera a representação. Essa interação é possível pela mediação de situações de comunicação através de mecanismos de linguagem, que garantem a representação em relação à coisa representada. “Em poucas palavras, a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração dos comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (MOSCOVICI, 1976, p.26).

Trata-se de um ser que está no mundo, num mundo social, em que ele não só se relaciona com o ambiente, mas o interpreta, o traduz, constrói e reconstrói com base em sua individualidade. Ele se apresenta com todo seu aparato pessoal, o que podemos entender como sendo desde o seu lugar dentro do grupo social de pertença, com o seu potencial genético, seu mundo psíquico. E é na vida psíquica que se opera essa complexa tarefa de construção. “Ora, é exatamente essa capacidade de dar às coisas uma nova forma – através da atividade psíquica – que constrói a representação” (JOVCHELOVITCH, 1995, p. 77).

A atividade representacional em si mesma tem seu lugar na psique, através de processos inconscientes, no qual Jovchelovitch nos lembra, Freud já havia descrito como operações de condensação e de deslocamento. Nessa tarefa:

O sujeito constrói, na sua relação com o mundo, um novo mundo de significados. De um lado, é através de sua atividade e relação com outros que as representações têm origem, permitindo uma mediação entre o sujeito e o mundo que ele ao mesmo tempo descobre e constrói. De outro lado, as representações permitem a existência de símbolos – pedaços de realidade social mobilizados pela atividade criadora nas quais eles se encontram. (JOVCHELOVITCH, 1995, p. 78).

Se de um lado está posto que o trabalho psíquico é no ambiente, espaço social que se configurará outra complexa tarefa, a de constituir uma inteligibilidade de um material que, num primeiro momento, se restringia a um sujeito em particular. É no encontro desse sujeito com seus pares que se pode verificar toda a trama engendrada por imagens, conteúdos, onde deixamos à dimensão do individual e nos deparamos com o chamado mundo social.

Assim:

[...] são as mediações sociais, em suas mais variadas formas, que geram as representações sociais. Por isso elas são sociais – tanto na sua gênese como na sua forma de ser. Elas não teriam qualquer utilidade em um mundo de indivíduos isolados, ou melhor, elas não existiriam. (JOVCHELOVITCH, 1995, p. 81).

As representações sociais não se limitam, então, a configurações estáticas ou estáveis, pertencentes ao mundo imaginativo do sujeito, mas sim resultado de sua implicação no mundo de e com outros. Nascem, portanto, das experiências vivenciadas por esses personagens, em que resultarão na criação e re-criação de novos conteúdos representacionais, novas representações sociais.

Segundo Moscovici,

as representações sociais se apresentam como entidades:
[...] quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro em nosso universo cotidiano. A maioria das relações sociais estabelecidas, os objetos produzidos ou representações sociais correspondem, por um lado, à substância simbólica, tal como a ciência ou os mitos corresponde a uma prática científica e mítica (MOSCOVICI, 1976, 41).

Mas sua busca se estendeu em compreender como o conhecimento é produzido, para a análise da resultante destas, em práticas sociais. Oliveira (2006) analisa que Moscovici interessou-se no “poder da idéias”, de senso comum, isto é, no “estudo do como, e por que as pessoas partilham o conhecimento e desse modo constituem sua realidade comum, de como eles transformam idéias em prática”.

De acordo com Minayo (2000), a “Representação Social é o termo que significa a reprodução de uma percepção anterior [retida] na lembrança ou no conteúdo do pensamento” e pode ser entendida “como idéia, imagem, concepção ou visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade”.

Segundo Durkheim (1970), uma vez constituída as representações sociais, a partir da vida coletiva e mental dos indivíduos – as representações tornam-se realidades parcialmente autônomas, com vida própria – elas ganham certa independência. É em função das representações (e não necessariamente das realidades) que se movem indivíduos e coletivos (Oliveira, 2004).

Para Jodelet (2001, p.22), a representação social é:

Uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural [...].

Esta forma de conhecimento propicia e interfere na maneira do indivíduo pensar e interpretar seu cotidiano, na maneira de compartilhar uma realidade. E esse processo se dá a partir de um “conjunto de imagens, dotado de um sistema de referência que permite ao indivíduo interpretar sua vida e a ela dar sentido” (COSTA; ALMEIDA, 1999). Segundo Moscovici (2003), dois mecanismos entram em ação neste momento: a objetivação e a ancoragem. Dois mecanismos fundamentais para a formação de representações sociais.

A objetivação é descrita como um processo que possibilita transformar uma noção abstrata em concreto, em idéias objetivas, palpáveis. Esse processo, afirma Judelet (2001), envolve significações, no qual o indivíduo efetua uma materialização de idéias, imagens –

que forma e constituem a realidade cotidiana. O que é complementado com o processo de ancoragem “que transforma algo estranho e perturbador” (Moscovici,2003, p.61), em algo familiar, conhecido através da interpretação, da classificação e nomeação de comportamentos ou coisas mediante a compreensão e aceitação social. Estabelece-se aqui uma valoração de positivo ou negativo atribuído a essas conformações.

Assim vemos que, a teoria das representações sociais tem sido amplamente aplicada graças ao seu dinamismo e seu conjunto de elementos atuantes sobre a realidade. Segundo Guareschi (1995, p. 191) é:

- Ele é um conceito dinâmico e explicativo da realidade social, tanto física como cultural;
- Possui uma dimensão histórica e transformadora;
- Junta aspectos culturais, cognitivos e valorativos – isto é, ideológico³⁴;
- Presente nos meios e nas mentes – é uma realidade sempre presente e,
- Um conceito sempre relacional – por isso mesmo social.

Porque,

De fato, representar ou se representar corresponde a um ato de pensamento pelo qual o sujeito se reporta a um objeto. Este pode ser tanto uma pessoa, quanto uma coisa, um acontecimento material, psíquico ou social, um fenômeno natural, uma idéia, uma teoria etc.; poder ser tanto real como imaginário ou mítico, mas sempre é necessário. Não há representação sem objeto (2001, JODELET, p. 22).

Vale lembrar que autores – alguns citados ao longo desse trabalho – como a própria Jodelet, Palmonari, Abric, Farr, dentre outros da esfera internacional, e alguns da esfera nacional, como Pereira de Sá, Guareschi, Jovchelcovitch, Santos, Lacerda, Monteiro, e outros, têm apresentado importantes contribuições em suas aplicações no campo empírico; podemos afirmar, são bastante diversos.

³⁴ Guareschi, 1995, p. 199, discute o conceito de ideologia e representação social; abarca a tentativa de Moscovici de promover um afastamento do conceito de ideologia. Apresenta a posição de outros autores (p. 200) e, conclui em assumir uma definição de representação social que “inclua a dimensão ideológica” (p.202).

3.3 Metodologia

3.3.1 Objetivo geral

O objetivo que se propõe neste estudo é analisar As representações sociais sobre a Saúde Mental por psicólogos no sistema público de saúde.

3.3.2 Sujeitos

Os sujeitos deste estudo são seis psicólogos, funcionários estatutários da prefeitura municipal de Diadema, cinco do sexo feminino e um do sexo masculino (Tabela 1). Todos os sujeitos estiveram exercendo atividades na área da saúde, em saúde mental. Apresentam idade na faixa etária de 36 a 55 anos (Tabela 2). Referem atuação na saúde mental, particularmente no município, de 6 a 20 anos (Tabela 3).

A coleta de dados foi concluída quando se verificou, pela análise do conteúdo, a saturação.

O convite aos profissionais foi feito pessoalmente durante encontros de trabalho ou reuniões de profissionais, quando o pesquisador expôs o propósito do estudo e suas implicações. Informações mais pormenorizadas foram fornecidas na ocasião da entrevista a, propriamente, foi quando expusemos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução do CNS n. 196/96 (BRASIL, 1996), e explicamos o conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve negativas para o andamento da pesquisa.

Obtivemos confirmação da participação por telefone, quando foram acordados hora e local adequado ao pesquisado para a realização da entrevista. As entrevistas ocorreram nos locais de trabalho de cada participante.

Tabela 1 – Frequência dos participantes em relação ao sexo

CATEGORIA	FREQUÊNCIA
SEXO	F
MASCULINO	1
FEMININO	5
TOTAL	6

Tabela 2 – Frequência e Distribuição dos participantes quanto à idade

IDADE	F	%
36 anos	1	16,67
44 anos	1	16,67
56 anos	1	16,67
48 anos	1	16,67
46 anos	1	16,67
55 anos	1	16,67
TOTAL	6	100

A experiência de cada participante foi investigada durante o processo de entrevista quando os questionamos a respeito do tempo de sua atuação profissional na área de saúde mental. O tempo de atuação foi variável (tabela 3) entre seis anos a vinte anos. A relevância desses dados aparece na medida em que a convivência resulta diretamente na edificação, criação, mediação e manutenção de Representações Sociais.

Tabela 3 – Frequência dos participantes segundo tempo de atuação na área da saúde Mental

PARTICIPANTES	TEMPO
1	13 anos
2	6 anos
3	16 anos
4	16 anos
5	20 anos
6	12 anos

3.3.3 Estratégia de Investigação

Em todos os casos estudados foram realizados os mesmo procedimentos:

- 📌 Entrevista individual;
- 📌 Uso de gravador digital portátil.

O estudo compreendeu entrevistas semi-estruturadas. O objetivo do estudo foi coletar as percepções que se configurassem em representação social da saúde mental.

As entrevistas seguiram um roteiro (Apêndice A) que buscou explicitar os seguintes pontos: a) o significado de saúde mental; b) critérios para se avaliar a ocorrência da saúde mental; c) uma avaliação pessoal do psicólogo sobre a política de saúde mental nos últimos anos; d) sobre as condições de assistência para os usuários; e, e) sobre as condições de trabalho para os profissionais da assistência à saúde mental.

As entrevistas duraram em média duas horas e ocorreram nos locais de trabalho. Não houve ocorrências negativas quanto ao local privilegiado. O próprio pesquisador realizou todas as entrevistas.

Todos os participantes foram, reafirmamos, devidamente esclarecidos sobre o objetivo e finalidade da pesquisa, concordando e assinando voluntariamente o termo de livre e esclarecido (Apêndice B). Os nomes utilizados nas entrevistas são todos fictícios.

3.3.4 Análise dos Dados

Os dados obtidos na entrevistas foram analisados segundo o referencial das Representações Sociais. No tratamento dos dados utilizamos como técnica a análise de conteúdo, conforme orientações de Bardin (2004), em que buscamos a interpretação dos conteúdos categorizados, focando nossa análise para as objetivações e ancoragens presentes nas narrativas dos entrevistados. Como já assinalamos anteriormente esta etapa do processo é fundamental para a compreensão e acesso às representações sociais.

A categorização em si é uma parte operatória do processo de análise de conteúdo. Ela se funda na classificação dos elementos, ainda, em seu estado de material bruto buscando decifrar ou codificar esse material. Seu primeiro objetivo é “fornecer [...] uma representação simplificada” daqueles dados (Bardin, 2004, p 119).

Segundo Bardin (2004, p. 95) “as fases da análise de conteúdo, organizam-se em torno de três pólos cronológicos”, são elas:

1. Pré-análise;
2. Exploração do material;
3. Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Importante dizer que há sob a rubrica de ‘*análise de conteúdo*’ uma variedade de instrumentos metodológicos pautados em seu rigor que vai “desde os cálculos de freqüências que fornece dados cifrados até a extração de estruturas traduzíveis” que possibilitam a dedução, “a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” (BARDIN, 2004, p. 38).

Neste conjunto de técnicas³⁵, a análise por categorias é mais antiga e a que mais vem sendo utilizada. Sem explorar cada uma delas, apenas as citaremos - a título de complemento - a análise de avaliação, a análise da enunciação; a análise das relações e a análise do discurso.

Buscando ordenar os dados encontrados neste estudo seguimos, então, o método de categorização, que, segundo Bardin (2004) é um desmembramento dos textos em unidades de registro. A partir destas unidades se processa em seguida um agrupamento por semelhança, em função das características comuns. É um primeiro momento em que se busca uma representação simplificada. Esse agrupamento pode se dar através de dois critérios principais: a repetição, que define o que cada discurso tem em comum com os demais e a relevância, considerada a riqueza do conteúdo apresentado.

Segundo Ferreira (2008), há vários critérios para se escolher as categorias:

- Pode ser semântico (temas). Por exemplo, todos os temas que significam "introversão", na análise da personalidade, são agrupados nesta categoria e os que significam o contrário, caem na categoria "extroversão";
- Pode ser sintático. Por exemplo, agrupar verbos, adjetivos, pronomes, etc...
- Pode ser léxico – juntar pelo sentido das palavras. Por exemplo, agrupar os sinônimos, os antônimos, etc...
- Pode ser expressivo. Por exemplo, agrupar as perturbações da linguagem, da escrita, etc...

³⁵ Pode ser encontrado em ‘Análise de Conteúdo’ de Bardin, 2004; em ‘O Conhecimento no Cotidiano – As Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social de Spink, 1999 (Org). Ainda, um trabalho bastante esclarecedor é o de Freitas e Janissek, 2000.

O critério de categorização adotado neste trabalho foi o semântico, tomando-se como tema principal a dimensão “saúde mental”.

3.3.5 Limitação do método

A análise de conteúdo é considerada com bom nível de rigor, levando em conta o limite de todas as técnicas de análise de conteúdo. Críticas surgem quando é considerada “subjetiva e até mesmo impressionista, pois desde o início ela repousa sobre uma atividade interpretativa e uma ‘codificação intuitiva’ do pesquisador” (OLIVEIRA et. Al, 2003, p. 15). Já em Freitas e Janissekem (2000, p. 31-36), a análise de conteúdo é apresentada como uma técnica “refinada, delicada, e requer muita dedicação, paciência e tempo para satisfazer a curiosidade do investigador”. De modo geral, os autores concordam com as vantagens do método, principalmente porque ela ultrapassa os limites de uma análise voltada particularmente ao conteúdo manifesto. Nesta pesquisa optamos por realizar uma análise temática, em detrimento de uma análise de conteúdo manifesto, ou de outras análises possíveis, na qual os dados poderiam ser trabalhados de modo quantificáveis, por exemplo. Justifica-se esta opção pelo objetivo de se compreender o sentido pleno do discurso, inclusive o de assinalar os seus conteúdos latentes.



Figura 11 – Of Good Counselors (Dos bons conselhos) – Bosch, Sevedeadlysins (1475-1480)
Fonte: Wikipedia, 2008.

CAPÍTULO IV

“Creio que se pode atribuir um sentido ao Mundo, na medida em que ele constitui a moldura dentro da qual formamos a nossa própria vida, e, até certo ponto, à qual também damos forma. Claro que sempre dentro de determinados limites. Mas é uma moldura em que podemos formar a nossa vida de maneira curiosamente livre e personalizada e na qual também podemos exercer uma certa influência no desenvolvimento ulterior do Mundo, ainda que num domínio muito restrito do Mundo. Por conseguinte, temos assim uma grande responsabilidade na nossa vida. Não só para conosco, mas para com nossos semelhantes e por via deles. Uma responsabilidade por um pequeno domínio deste grande Mundo”.

(POPPER, 1987, p. 92)

Capítulo IV

Resultados e Discussão

Apresentamos, a seguir, os resultados e análise da pesquisa. Os dados que se seguem são referentes à compreensão das Representações Sociais dos entrevistados sobre a saúde mental à luz dos referenciais teóricos apresentados. Os dados foram agrupados em categorias e se distribuem em quadros explicativos ou em caixas, segundo Bardin (2003).

Os tópicos apreendidos na análise aparecem estruturados em quatro categorias abstraídas do enfoque semântico da análise, na repetição dos conteúdos das falas dos entrevistados, demonstrados no quadro abaixo.

4.1 Representações sociais da saúde Mental

Quadro 1 – QUADRO ILUSTRATIVO DE TEMAS E CATEGORIAS

DIMENSÃO	CATEGORIAS
SAÚDE MENTAL	PERCEPÇÕES A CERCA DO TEMA
	APOIO DA COORDENAÇÃO / GESTOR
	APOIO DE OUTROS PROFISSIONAIS
	DIREÇÃO e POLÍTICA
	EXPECTATIVAS PROFISSIONAIS

Percepções acerca de tema (4.1.1) refere-se a como os entrevistados percebem e se relacionam com o tema dado “o que é saúde mental?”. Surgem aqui reflexões sobre saúde e doença, sobre mudanças de conceitos e evolução pessoal.

Apoio da Coordenação/Gestor (4.1.2) – Aspectos mais concretos surgem a partir dessa categoria. É onde os participantes refletem e relembram fatos e acontecimentos de suas experiências com a hierarquia.

Apoio de outros profissionais (4.1.3), refletem os sentimentos da presença e, da ausência de um outro a quem contar. Destacam-se aqui aspectos da colaboração.

Em *Direção e Política* (4.1.4) surgem temas direcionados a compreensão dos rumos da saúde mental no município, compreensões calcadas na experiência cotidiana.

Expectativas Profissionais (4.1.5) – A trajetória profissional é repassada com sentimentos de alegria e de frustração. Perspectivas presentes e futuras são analisadas com base nas experiências vividas.

As imagens circulam, cristalizadas através da fala, de um gesto, de um encontro. Convidamos o leitor para seguir conosco a observação desse material construído, nas relações diárias do fazer profissional, no cotidiano, como já apontamos anteriormente.

Desvelar essas construções representacionais e dá de encontro com uma camada de substância – de substância simbólica tal como ensinou Moscovici (1976, p 41), tal como já a psicanálise descreve. Deparamo-nos, também, com o que há de mais singular no ser humano – sua humanidade. Veremos isto refletido em suas queixas, em seus ganhos; nas frustrações silenciadas e aspirações múltiplas.

4.1.1 Percepções a cerca do tema

De modo geral, de trinta e uma fala (31) colhidas sob esta grelha, quase sua totalidade, trinta (30) na verdade, chamam a atenção, logo de início, para o uso de termos para localizar um lugar, pessoa ou coisa para definir saúde mental. O que sugere um distanciamento que os participantes deram ao tema. Dizendo de outro modo, o lugar da saúde mental parece ser sempre localizado ‘num outro’ que não nele mesmo. Um artifício lingüístico ou uma estratégia por um mecanismo de defesa para lidar com as mazelas da vida mental. Por outro lado, pode indicar, também, como veremos mais adiante que, pode ser o indicador de uma compreensão da ‘saúde mental’ como um fato flexível, não circunscrito a um lugar definitivo.

“Isso mexe tanto com a pessoa [...]” – (Virginia).

“Quando a pessoa consegue [...]” – (Virginia).

“Eu vejo [...] no que ela relata [...]” – (Glória).

“Quanto a própria pessoa [...]” – (Nadia)..

“É [...]” – (Nadia).

“É algo [...]” – (Nadia).

“É uma parte [...]” – (Sílvia).

“Uma coisa [...]” – (Felix).

“As pessoas [...]” – (Virginia).

Esse outro, ou essa coisa é tratado pelos entrevistados como um lugar especial que permitirá o ser humano viver com consciência e enfrentar desafios. Eles não tratam, prioritariamente, o tema *saúde mental* sob o prisma de sofrimento, de sua presença ou ausência.

“Ainda existe (pessoa) que quando você fala em saúde mental, as pessoas só se lembrarem das psicoses, das neuroses graves, sendo que isso não é saúde mental é doença mental” (Sílvia).

É verdade que há falas que são diretamente ligadas ao adoecer, à enfermidade, mas em seu conjunto é permitido afirmar que a percepção dos entrevistados remete a uma visão mais ampla da questão de saúde mental. Ela gravita em torno do indivíduo enquanto membro de seu meio social, cultural, econômico, educacional. É, também, a partir de suas falas que vemos emergir um indivíduo com responsabilidade e coragem para viver em numa sociedade competitiva, individualista e traumatizante.

“Ainda mais hoje, em que a gente vive uma vida mais individualista. As pessoas tende a ficar enclausurada em seus umbigos, nos seus guetos. Uma indiferença muito grande é o que acontece a sua volta, no mundo. As pessoas até por defesa acabam fazendo assim. Isso é uma coisa interessante pra gente avaliar, é um aspecto da saúde mental que tem que ser vista: como você está diante do sofrimento, mas também, diante do sofrimento do outro, né?” (Virgínia)

“Então, o critério [...] pra gente identificar se a pessoa tem saúde mental é: através desse dialogo, quando ela procura a gente aqui no atendimento. A

gente perceber se ela está conseguindo se colocar nesse mundo, disponível hoje, com tudo isso - a competição no mercado de trabalho, com as exigências que existe, com a violência que é um tema recorrente pra eles, do dia-a-dia – de uma maneira equilibrada” (Virgínia).

“Apesar de que acho que não é só uma questão municipal, é meio geral, diante do estresse, da violência, do ritmo de vida, dessa qualidade, fica muito difícil, né?” (Nádia).

Deste modo, os entrevistados apontam para uma crítica do adoecer e do sentido sanador de sua profissão que está para além da prática de consultório.

“[...] é alguém que consegue ter consciência das dificuldades, dos problemas, consegue enfrentar” – (Félix).

“Tem estrutura para encarar os desafios da vida. Buscar o prazer. Tá construindo o ambiente, um mundo mais justo, mais igualitário. Pra si e pros outros” – (Félix).

“Quando uma pessoa está desenvolvendo a vida, mas não é só pra si” – (Félix).

“Então, o critério passa por aí... Quando a pessoa consegue conviver com toda essa situação de uma maneira harmoniosa, sem se desestruturar, a gente pode dizer que ela tem um certo equilíbrio” – (Virgínia).

“A pessoa tem que ter uma flexibilidade, uma aceitação. Recursos dentro dela pra conviver com tudo isso que é o mundo atual. Não dá pra gente imaginar e, tentar viver na década de 20. Nada disso existia lá, mas existiam outros desafios naquela época. A nossa época é essa mesma, então é aqui que a gente tem de conseguir, não é?” – (Virgínia).

“É o quanto a própria pessoa consegue se ver no mundo e conseguir lidar com suas angústias, que fazem parte da vida. Na medida que essa angústia começa a fazer com que a pessoa não consiga mais estar no mundo, buscar essas coisas, produzir e estar em contato com as pessoas; e percebe isso prejudicado e, vai ficando cada vez pior internamente, acho que isso já começa dar um sinal de que não tá bem. Não precisa ser um quadro psicótico nem um quadro neurótico instituído, as pessoas podem passar por isso. Então esse é um sinal de algo está acontecendo e que mentalmente ela não está muito bem, está precisando de ajuda” – (Nádia).

A saúde mental para os entrevistados, como assinalamos, não está circunscrito a um estado definitivo, a um lugar definido. E esta percepção foi claramente expressa por um entrevistado, retratando essa experiência no seguinte comentário:

“Se eu colocar um papel assim: encaminhado para saúde mental. Vamos supor que eu pegue uma carta e jogue em vários equipamentos da prefeitura: ‘para a equipe de saúde mental’ Onde essa carta vai parar?” – (Silvia).

Eu tenho certeza que um monte viria para cá, porque as pessoas acham que o lugar da saúde mental é o caps, por exemplo”– (Silvia).

“Aqui, ainda, existe esse vício, falou em saúde mental, fala-se em caps; isso nem tanto dos profissionais, aí eu já acho que é mais do lado do gestor” – (Nadia).

4.1.2 Apoio da Coordenação/Gestor

As falas, aqui, categorizadas delineiam dificuldades encontradas pelos profissionais diante de questões com a hierarquia, o profissionalismo; apontam a tão reclamada falta de recursos nos serviços públicos. A problemática da infra-estrutura surge no apontamento dos recursos materiais ausentes. E imateriais, como a compreensão e participação mais ativa da coordenação. Não há propriamente uma reflexão mais aprofundada dessas questões. A coordenação é percebida como ausente e inoperante.

“Não tinha nada, ia atender crianças e não tinha com que” – (Virgínia).

“Eu vou ser bem sincera, quando eu cheguei aqui não tinha salinha (sala de atendimento)” – (Virgínia).

“Aqui não há espaço físico, às vezes temos que atender no banco. Então, tem que ter condições materiais. A nossa Tecnologia é barata: lápis, testes, supervisão e, claro o salário” – (Nádia).

“Não dá pra trabalhar quarenta (40) horas, trinta (30) seria legal, desde que não fosse dedicado atendimento clínico. Locais físicos adequados para realizar o trabalho” – (Nádia).

“Salário decente: ninguém trabalha bem e sabe que o que vai receber o final do mês, não vai dar pra viver bem. Acho que essas condições, que eu acho, que não são só de Diadema, não é específico daqui, mas da saúde pública em geral – é um profissional que é mal remunerado, que é mal reconhecido. Cria um círculo assim, meio que vicioso, fica assim: “ganha pouco porque supostamente não trabalha, mas também não melhora o salário” – (Nádia).

“[...] nós não temos retorno dos gestores, há mais cobrança” (Silvia).

“Um dia eu questionei a coordenação sobre a supervisão, e ela respondeu ‘como assim? Supervisão, nunca’ [...]” – (Nádia).

“A coordenação teria que estar mais próxima dos profissionais, não com a função de cobrar, mas de dar subsídios para os profissionais” (Silvia).

“[...] era bom eu estar disposta a arcar com isso (supervisão), porque a prefeitura não podia. Porque simplesmente chegar lá assim e, começar a atender era muita irresponsabilidade” – (Virgínia).

“Esses materiais vieram de colegas que não iam mais atender crianças. Elas estavam saindo e ofereceram. Não tinha nada, ia atender crianças e não tinha com que” – (Virgínia).

“Dá importância para esse lado, mais técnico . A coordenação não está muito interessada nisso...” – (Magda).

“Acho que tem que ser assim mesmo, a gente tem que fazer isso, não a coordenação, não tem que dar palpite na área técnica” – (Magda).

“Quando você abre um dialogo, você é muitas vezes mal interpretado e aquilo se volta, muitas vezes, contra você” – (Virginia).

As condições de trabalho deficitárias não se limitam ao espaço estrutural dos profissionais, é o que sugerem as falas dos entrevistados quando suas críticas vêm em defesa dos usuários. Eles percebem como que um enfraquecimento de suas energias por um mal estar que vai se instalando aos poucos devido às precariedades a que se referem. Virginia faz um emocionado depoimento que abarca os comentários similares de seus colegas.

“Eu fiquei um tempo assim, à deriva . E esse ‘à deriva’ vai causando internamente no profissional. No profissional, que não chegou aqui ontem, que estava completando 20 anos de prefeitura, vai causando um mal estar imenso” – (Virgínia).

“Uma sensação de que você está sendo subutilizado . Sendo que você conhece seu valor profissional e, sabe que você não achou o seu diploma na lata de lixo” – (Virginia).

“Eu paguei supervisão até quando eu agüentei pagar de meu bolso, depois eu não agüentei mais porque as nossas condições salariais são mínimas, você sabe disso. Eu precisei parar e eu venho caminhando [...]” – (Virginia).

“Acho que ouvindo a gente, começaria pelas condições de trabalho”. (Virginia).

“[...] mas, quando eu vejo as crianças chegando aqui: elas vêm da miséria absoluta, chegando aqui e eu ofereço pra elas brinquedos todos quebrados, destruídos; jogos sem regras ou tudo meio rasgado” – (Virginia).

“E, elas têm esse chão e tá aquele frio; as crianças vêm de chininho e de bermuda, e de camiseta gelada; e eu ofereço pra ela esse chão gelado pra brincar. Ainda com sulcos de sujeita (que nem a limpeza é mantida), grudando tudo aquilo na roupinha. Eu tentando fazer alguma intervenção, tentando dar algum acolhimento” – (Virginia).

“Hoje em dias as pessoas estão insatisfeitas com a prefeitura além do salário, com as condições de trabalho, essas questões interferem. Acho sempre tudo muito indefinido” – (Glória).

4.1.3 Apoio de outros profissionais. Das percepções da ausência da coordenação mais presente no dia-a-dia desses profissionais ocorre um salto para a uma multiplicidade de percepções que se convergem para o companheirismo, para o sentimento de solidão e do exercício das atividades de modo compartilhado. Fica latente o pedido de maior aproximação entre profissionais, não só entre a classe de psicólogos, mas entre as diversas disciplinas.

“[...] (o serviço) Sempre muito individualizado pelos locais de trabalho, de acordo com os profissionais” – (Glória).

“Eu faço alguns grupos com ela (colega de trabalho) que é o que vai me dando algum suporte técnico, teórico, pra dar continuidade” – (Virginia).

“Eu acho muito importante trabalhar junto... Acho importante ter uma outra pessoa para dividir uma parceria; trabalhar sozinha é ruim” – (Glória).

“Equipe multiprofissional é importante. Está perdendo não trabalhar com outros profissionais [...]” – (Magda).

“[...] então foi legal que a gente foi montando como a gente achou melhor, tinha uma certa liberdade” – (Silvia).

As percepções dos entrevistados permitem múltiplas leituras. Elas demonstram uma inclinação para o trabalho em equipe o que é um aspecto altamente positivo para o serviço de saúde do município. Estão em concordância com os critérios necessários para um serviço de saúde mental. Do ponto de vista de um planejamento administrativo, esses relatos apontam para a grande crise da gestão pública, a de ação dissociada do planejamento (Matus, 1996).

“O profissional tem uma autonomia muito grande; só que essa autonomia ela é boa por um lado, mas ela é ruim por outro; porque fica cada um fazendo o que quer, cada um em seu canto. Isso não gera impacto no município” – (Nadia).

“Acho que os profissionais têm que se integrar mais nas condições de trabalho. Não pessoalmente, mas o trabalho: com outros profissionais, junto, por exemplo, com o ginecologista” – (Glória).

“Eu faço alguns grupos com ela (colega de trabalho) que é o que vai me dando algum suporte técnico [...]. E, aí, logicamente as pessoas são amigas” – (Virginia).

“Acho que é uma discussão, mas não é verdadeira. Pra mim o funcionário é que tem que ir a luta pelo trabalho. Não pode justificar seu trabalho pelo que ganha. Eu batalho para melhorar o trabalho” – (Glória).

4.1.4 Em *Direção e Política*, observamos um consenso dos entrevistados no que se refere a uma avaliação negativa e pessimista sobre os rumos da política de saúde mental no município. Por diversas falas se percebem o termo ‘tentativas’ para se definir o que observam como investimentos que não há continuidade, ao contrário o rompimento parece estar na expectativa, o que reforça um sentimento de frustração e desesperança.

“Existem coisas, são feitas coisas, isso é tudo desmontado e daí se começa tudo de novo como se aquela outra não tivesse existido. Então acho que esse é que é o processo... isso é o que eu venho observando em Diadema nesses 17 anos” – (Nadia).

“Olha, eu vim pra cá, eu acho assim, num período em que eu senti que ouve uma atitude por parte da administração em investi na saúde mental. E dentro de uma linha que eu pessoalmente acreditava” – (Felix).

“Então vou concluir: não tivemos política de saúde mental até hoje, de 2002 para 2007. Se houveram tentativas, aqui não refletiu. Se tem alguma coisa transcrita em algum papel, em algum documento, que essa coordenação, talvez, tenha encaminhado, eu não tenho conhecimento” – (Virginia).

Segundo Last, 1988, a saúde pública é um dos esforços organizados pela sociedade para proteger, promover e restaurar a saúde de populações. É a combinação de ciências, habilidades e crenças que estão direcionadas para a manutenção e melhora dos níveis de saúde de todas as pessoas através de ações coletivas e sociais.

Todavia, como sabemos o planejamento das ações e atividades é escasso em nossas instituições públicas de saúde. O excesso de improvisação domina a cena nas gestões públicas. “Planeja-se o que não se faz e faz-se o que não se planeja” (Matus, 1996, P. 106).

“Aqui no dia-a-dia não refletiu. E pra mim, política, tem que refletir, se não... fica engavetado. Porque se você não tiver uma política de saúde mental que não reflita em nada, mudança nenhuma no meu dia-a-dia, com os pacientes, guarda na gaveta” – (Virginia).

“Acho que nunca teve . Bom, acho que tiveram tentativas, propostas sempre muito parciais que não se mantiveram por muito tempo” – (Glória).

“Mas assim, o que acaba acontecendo, no meu ponto de vista, é que você começa processo, interrompe processos e, depois é como se começasse tudo de novo; como se não tivesse havido nada antes” – (Nadia).

“Hoje a gente vive um momento em que eu percebo que se tenta... que existe uma política de saúde mental que se tenta implementar; se isso vai acontecer eu não sei, mas pelo menos há uma tentativa pra que aconteça o que eles estão colocando como política de saúde mental” – (Nadia).

“Nunca foi um projeto de saúde mental na cidade de Diadema, sempre esbarrou na questão do fluxo” – (Glória).

“Assim, eu acho que Diadema é feito de altos e baixo: tem momentos em que se buscam um investimento maior, aí as coisas ficam meio paralisadas, você não sabe direito pra onde vai, pra onde vem; o que vai acontecer. Até que ressurgisse isso...” – (Nadia).

4.1.5 Expectativas Profissionais. As formulações encontradas nesta última categoria reafirmam o pensamento de recursos internos *versus* adversidades que, na categoria referente às percepções sobre ‘saúde mental’ já manifestara. A compreensão de trabalhar com uma clientela sofrida pelas condições estruturais, sintetizada na fala de Nadia logo abaixo, em conjunto às próprias condições pessoais de trabalho já referidas, não paralisam um movimento positivo desses profissionais.

“A gente trabalha num município onde impera uma questão de miséria muito grande, né? A questão do desemprego, enfim... ‘N’ questões. Essa violência; ‘n’ questões sociais [...]” – (Nadia).

Antes, expressam, se não superação das dificuldades, ao menos recriam condições administradas para controlarem a ansiedade, a frustração. Manifestam buscarem em si mesmos e, em seus pares ou não, alternativas viáveis e sanadoras para seu fazer sanador.

“Não, nunca pensei em sair daqui, estou bem adaptado... fui colocando as flores, bastante verde, né?” – (Felix).

“Então eu tive que me adaptar naquela realidade” – (Silvia).

Os profissionais de saúde mental, neste trabalho representado pelos psicólogos, têm a sua atividade ligada ao adoecer, mais precisamente – não exclusivamente – ao adoecer psíquico. E sabemos que a doença ou as doenças advindas desse padecer são estigmatizantes e leva os indivíduos a conviverem com a exclusão social. Não estariam os próprios profissionais enredados por estas circunstâncias? Estariam eles identificados com a condição de excluídos e abandonados, como os usuários a que se referiu Virginia e outros anteriormente?

“Em varias situações eu me senti desrespeitada, mas a gente vai criando recursos internos para conviver com isso, suportar isso” – (Virginia).

[...] “Na verdade nós temos a necessidade de alguém olhando para nosso trabalho” – (Silvia).

A realidade citada por Silvia (acima) não é outra senão a de estarem à margem, não de decisões, mas à margem da figura paterna (a coordenação). Essa é uma das queixas que já verificamos. A citação de adaptação enunciada, pelos entrevistados, repetidas vezes faz supor, tratar-se de uma adaptação para lidar, também, com as contradições relativas ao mal estar causado pela similitude da situação identificatória. Estas que causam alterações no comportamento e no cotidiano das pessoas acometidas.

Embora o foco de nosso trabalho seja outro, podemos inferir que as representações sobre o seu próprio adoecimento psíquico – ou a luta interna para distanciar dessa ameaça –

interferem significativamente na maneira de enfrentar as contradições que lhes aparecem. Com implicações em suas percepção sobre o tratamento, a cura, na auto-estima e nas suas ações na vida cotidiana.

“Jogo de cintura para lidar com as situações. Mas ao longo do tempo o que essa falta de respeito vai fazendo internamente com você, com seu desejo de trabalhar, com sua motivação” – (Virginia).

“Saúde mental [de cada um, de cada profissional] é uma área das mais delicadas talvez, ligada á vida, né? Ajudar a pessoa a lidar com a vida” – (Felix, grifo nosso).

Observemos, contudo, que o valor de seu trabalho é reconhecido e valorizados pelos entrevistados. A ênfase concedida ao trabalho propicia um lugar seguro numa parte da realidade. Em termos psicanalíticos, ela é uma técnica que permite deslocar para o trabalho profissional, quantidades importantes de componentes libidinais de caráter agressivo, de caráter narcísicos e sexuais. Isto também é valido para os relacionamentos humanos que a eles se vinculam (Freud, 1976).

“Claro! É assim: nós somos uma parte muito importante e, eu tenho que valorizar minha profissão também (risos). Acho que a gente tá lá pra ser o interlocutor desses conceitos, mas a saúde mental tem que pertencer também – a coisa de ser transdisciplinar – as outras áreas” – (Silvia).

“Nós temos uma função educativa muito forte. Nós podemos intervir na forma da pessoa pensar” – (Glória).

O desenvolvimento pessoal e a realização se lançam ao campo da satisfação no nível pessoal e intra-subjetivo das experiências de crescimento, de conhecimento e de prazer. Vislumbrando as oportunidades e poder gerenciá-las em plenitude com o trabalho e com a vida.

“Eu me sinto feliz, assim, né?” – (Magda).

“Mas eu gosto do que faço; procuro fazer da melhor forma possível. Meio remando contra a maré, com as coisas difíceis” – (Magda)

[...] “é uma oportunidade de você se desenvolver cada vez mais: conhecimento, parte técnica, parte ética também” – (Felix).

“Aqui dá margem pra gente desenvolver muito trabalho” – (Felix).

“Não dá pra gente imaginar e, tentar viver na década de 20. Nada disso existia lá, mas existiam outros desafios naquela época. A nossa época é essa mesma, então é aqui que a gente tem de conseguir, não é?” – (Virginia).

Considerações Finais

Os resultados apresentados neste trabalho buscaram a construção de significados que pudessem trazer à luz representações sobre a saúde mental. Verificamos que neste material os núcleos de sentidos contidos nas categorias de análise – quais sejam: percepções sobre o tema saúde mental; a categoria denominada *apoio*, que gerou duas subcategorias, a de apoio da coordenação e apoio de outros profissionais; direção e política – poderiam nos levar a releituras distintas e múltiplas. Como já havíamos sinalizado, nossa opção pautou-se na dos significados, na análise temática. O material se prestaria a outras formas de tratamento das informações. Segundo Bardin, 2000, a análise de conteúdo pode ser, também, uma análise dos significantes. Ficamos tentados a seguir esta última.

As concepções sobre saúde mental foram apresentadas pelos profissionais como uma capacidade estrutural interna que lhe permite de modo flexível lidar com as diversas situações da vida. Nesta visão, a maioria dos entrevistados se posicionou localizando a saúde mental na dimensão de uma dinâmica interna.

“É o quanto a própria pessoa consegue se ver no mundo e conseguir lidar com suas angustias, que fazem parte da vida. Na medida em que essa angustia começa a fazer com que a pessoa não consiga mais estar no mundo, buscar essas coisas, produzir e estar em contato com as pessoas; e percebe isso prejudicado e, vai ficando cada vez pior internamente, acho que isso já começa dar um sinal de que não tá bem. Não precisa ser um quadro psicótico nem um quadro neurótico instituído, as pessoas podem passar por isso. Então esse é um sinal de algo está acontecendo e que mentalmente ela não está muito bem, está precisando de ajuda” – (Nadia).

“Quando uma pessoa está desenvolvendo a vida, mas não é só pra si” – (Felix).

Por outro lado, de modo crítico fizeram notar a importância sempre urgente das implicações da conjuntura social. Estas críticas trouxeram, assim, o questionamento do próprio papel do profissional psicólogo nos serviços de saúde.

Na pesquisa bibliográfica que empreendemos no decorrer desse trabalho nos deparamos com pesquisas (BOCK, 1991; JACKSON E CAVALLARI, 1991; OLIVEIRA et. Al., 2004.) que analisaram o perfil dos psicólogos. Nestes, o psicólogo é visto como um profissional da vida, a profissão é percebida como de ajuda, “expressando o desejo de reconhecimento e prestígio social”. Embora encontremos concordância em nossa análise, há pouca expressividade no que concerne a esta concepção entre os entrevistados, apenas uma representação estaria em concordância, ela vem na fala de Felix:

“Saúde mental é uma área das mais delicadas talvez, ligada á vida, né? Ajudar a pessoa a lidar com a vida”.

Nas pesquisas de Bock, acima citado e em Oliveira (2004), que focou seu estudo na formação acadêmica e prática, verificamos que o psicólogo está mais relacionado ou direcionado para o trabalho em consultório particular, a referencia clinica é marcante. Esta, seguindo o modelo médico de atuação. E, segundo Bock (1991), “a categoria parece definir sua identidade de psicólogo através do ‘fazer de consultório’”. Compreendendo que por conta de frustrações profissionais e pessoais no trabalho em instituição, eles empreendem uma fuga para um lugar “que exige mais experiência, maiores conhecimentos e maior responsabilidade, o consultório particular. Também, aqui, ocorre uma diferenciação importante nas percepções de nossos entrevistados que não manifestaram opinião ou desejo de se afastarem do serviço público; o tema consultório não foi mencionado” (p. 212).

Nas contradições da atividade institucional apontadas encontram concordância; são elas a disputa de poder, a vivência de hierarquia e seus conflitos, as condições de trabalho, a instabilidade permanente, o trabalho exigente. .

“O que precisa redefinir é o que faz esse psicólogo na ub. É claro que ele tem uma parte assistencial de... as pessoas precisam de psicoterapia... às vezes acham que não, mas a gente tem uma população bastante significativa precisando desse tipo de atendimento, acho que tem que ser oferecido; mas

eu acho que tem que ser oferecido outras coisas: essa parte mais preventiva, de você manter a saúde mental das pessoas” – (Nadia).

O posicionamento de atitudes presentes nas construções das entrevistas permite intuir que o sentido da atividade profissional vem se transformando ao longo do tempo, o que corresponderia a representações diferentes. O envolvimento com a comunidade, o trabalho multiprofissional e, a própria concepção de saúde e doença, em tudo, denotam uma evolução. Com avanços e recuos, o exercício da profissão ligada à prática institucional se mostra mais fundamentada do que aos dez, quinze anos atrás.

Assim, ao se posicionarem como profissional, ligados a uma instituição formalmente definida, os entrevistados são representantes de um sistema cultural e simbólico, e esta adaptação se faz por meio do mecanismo de ancoragem. Em que vemos expressas na assimilação de novas regras, de uma nova realidade, com a integração de novos objetos.

“Saúde mental é uma parte... Então, vamos falar um pouquinho do conceito de saúde, que foi se transformando: “saúde não é ausência de doença”, “saúde é um bem estar psicossocial...” – (Silvia).

“Hoje em dia é dentro do movimento maior, que é do país, da coisa de desinstitucionalização do paciente; de tentar trabalhar mais próximo da comunidade [...]” – (Nadia).

Esta nova visão da saúde mental que faz parte de um “movimento maior”, como afirmou Nadia, repercute a integração de todo um movimento histórico, cultural, político que discutimos até aqui. Isso também se aplica para o conceito de saúde, para o conceito de doença. As queixas iniciais de nossos entrevistados encontram eco, agora, na legitimação e coesão da comunidade. E a partir das mesmas se pode generalizar esta visão para os psicólogos atuantes em saúde mental.

Com referência a compreensão do binômio saúde-doença, pode-se verificar que por vezes as premissas enunciadas pelos entrevistados aproximam-se do Modelo da Determinação Social da Doença, do adoecimento. Há um acento na apresentação da

realidade concreta, com o grupo social particularizado e marcado pelas condições materiais de vida.

Segundo Leavell e Clark (1976), no modelo a *História Natural da Doença*, as condições ligadas à estrutura social estão na explicação da saúde e da doença, a saúde e a prevenção da doença é focalizada em sentido bastante amplo. Os avanços que se sucederam desde então resultou na aprovação pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 1946 que, a “saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Passos seguinte, com a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 que responsabiliza o Estado pelo plano exercício da saúde e a formalização das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Expressões dos entrevistados demonstram essa aproximação com o tema, concepção que sugere novas possibilidades de práticas.

“Acho que é um bem estar físico, físico porque um assunto está ligado ao outro, é você esta inserido na sociedade, conseguindo ter uma realização pessoal, profissional” – (Nadia).

“Tem que ter uma saúde física razoável, o aspecto social, quanto a sua vida, também. Social inclui o financeiro, inclui acesso ao trabalho, ao lazer, a cultura; moradia, por exemplo” – (Sivlia).

As mudanças que apontamos na evolução do pensamento e críticas das práticas de assistência à saúde mental, seguindo as constatações de Tenório (2002) da consolidação de novas características que o movimento da reforma impôs a sociedade, abarcando em sua luta novos atores sociais, mudança na legislação e o surgimento de novas experiências bem-sucedidas, nos indica que um novo caminho para a saúde mental já chegou, independente das forças e interesses contrários. Nas falas de Glória e Nadia assistimos uma nova postura profissional:

“Acho que o grande erro é que... qualquer política de saúde não fala de saúde, fala de doença; e a saúde mental não é a mesma coisa. As pessoas acham que saúde mental é exclusividade de psiquiatra e psicólogo” – (Gloria).

“Hoje em dia é dentro do movimento maior, que é do país, da coisa de desinstitucionalização do paciente; de tentar trabalhar mais próximo da comunidade [...]” – (Nadia).

A inclinação para o trabalho em equipe é outro indicador de mudança nas atitudes, e nos referíamos a ela como positivo por estar em concordância com o pensamento da reforma psiquiátrica.

“A saúde mental é algo que não é concreto, você não vai comprar aparelho, enfim é uma questão de equipe” – (Nadia).

Neste sentido, as representações de modo geral distanciam da prática de assistencialismo na prestação de ajuda, tão lugar comum ainda hoje. Este é um ponto conflitante que se manifesta em falas repetidas dos psicólogos, as quais vislumbram aspectos do assistencialismo que consiste na prestação de ajuda arbitrária, inconstante e vinculada a relações personalizadas. Assistimos o desenrolar de sistemas diferentes atuantes em um mesmo espaço de tempo. Mecanismos autoritários, predominantemente corporativistas, fazendo dos próprios trabalhadores instrumentos de prestação de assistência à sua classe. Criando-se a partir de então, como exemplo, o clientelismo.

As pressões sentidas pelos psicólogos são ancoradas no viés das tensões da elaboração de políticas sociais. Quando manifestam a ausência, a não sensação de continuidade nas conduções das políticas. Falta o reconhecimento que, é aí que, o poder público se faz mais presente. É nas contradições que consiste o processo capitalista, não há um contínuo. Sabemos que “o capitalismo não visa o atendimento de necessidades, mas a produção para a troca, para a venda e a obtenção dos lucros” (Faleiros, 1996).

“E não é assim que tem que ser, política publica tem que ter uma certa permanência. Nós não temos um banco de dados e, nisso a saúde mental peca um pouco, inclusive os profissionais desse lado, pecam mais. A gente faz aquele mapinha de produção, que parece coisa de fábrica. [...] Mas a gente não tem dados qualitativos sobre esse trabalho que a gente desenvolve. Agora, a gente sabe que quando não há desejo político o profissional vai ficar lá, sambando sozinho. O dia que o profissional sai daquela unidade, tudo o que ele pensou acaba. Porque aquilo não é legitimado pelo poder publico, é legitimado pelo [...], pela Silvia, pelo Zé” – (Nadia, grifo nosso).

Assistimos também que não há um contínuo ou não são duradoras as configurações produtoras de modos de subjetivação (as representações mudam), antes, elas tendem a

metamorfoses conforme os embates políticos, os embates econômicos, em determinado momento histórico.

Foi justamente desse modo quando a loucura foi silenciada. O silêncio chegou quando do “princípio do fim do campesinato”, relata Resende (1987, p. 23). Com o declínio dos ofícios artesanais, o fim do campesinato como classe, foi selada a “sorte do louco e elevar a loucura à categoria de problema social”. Como assinala Kofler (1971 apud Resende, 1987, p 23) “aos empresários cabiam instaurar, em lugar da atitude hedonista habitual segundo a qual se trabalhava para viver, um espírito de cálculo e lucro que desembocava na idéias de que se deve viver para trabalhar...”.

O trabalho que era baseado na tradição aparecia neste momento como carente de disciplina, a rotina havia sido quebrada. Explica Kofler,

Primeiramente foi necessário descartar um sentimento ainda profundamente arraigado, próprios tanto do homem rural como do urbano, de que a liberdade individual é incompatível com a subordinação a um processo de trabalho estritamente vigiado e totalmente racionalizado que até aquele momento só era conhecido nos presídios e nas casa de correção...

A continuação da história seguiu-se com a legião de desocupados, mendigos e vagabundos ocupando de modo desordenado as cidades. E as medidas legislativas de repressão juntaram-se na criação de instituições, as casas de correção e de trabalho e os hospitais gerais. O que dava ancoragem a concepção do hospital psiquiátrico como lugar ideal de tratamento a pessoas com transtornos psíquicos. Este assunto já foi abordado no capítulo 1. Mas o fato é que podemos observar um movimento contrário, na contemporaneidade, de fato trata-se da recusa, do retraimento frente à inclusão social.

O respaldo que carecem os psicólogos entrevistados e todos nós profissionais é o da legitimação da prática. Assim diz uma de nossas entrevistadas:

“A política pública é importante porque ela que tem que ser a promotora de legitimar esse impacto que vai ser criado” (Nadia).

Por isso percebemos um tom de angústia nas percepções dos entrevistados e ela deve ser constante uma vez que se faz necessário um enfrentamento ininterrupto para sustentar ações em saúde mental. Por que se trata de criar uma ruptura com os modelos dominantes de subjetivação.

As percepções de adaptação, frustração, desenvolvimento e crescimento pessoal trilhado por esses profissionais em meio à descrição das atribuições e sentimentos conflituosos são vivências que merecem ser alinhavadas, agora, que chegamos ao final de nosso trabalho.

Parece-nos que o caminho já está dado e se apresenta na convergência de suas percepções da busca de compartilhar com o outro um saber, um estar junto. É lícito seus pedidos de maior formação, de investimentos. Como, também, não há outro caminho que não o exercício – que não se aprende nos bancos universitários – da nova ordem imperiosa dos cuidados em saúde mental, da inclusão permanente.

A tarefa na saúde mental não está acabada com o desenrolar do desmantelamento do arcabouço prático-jurídico, simplesmente com fechamento de manicômios, com abertura de serviços (caps e hospitais-dia, por exemplo) com caráter aberto como nos ensinou Rotelli (1987). A negação da instituição é “bem mais que o desmantelamento do manicômio, foi e é, a desmontagem desta causalidade linear e a reconstrução de uma concatenação de possibilidade-probabilidade: como toda ciência moderna nos ensina diante de objetos complexos”.

Amparada na *denominação de saúde mental* encontram-se muitas hipóteses que, segundo Saraceno (1991, p. 11) “às vezes simples modelos que se traduzem muito freqüentemente em uma intervenção prática limitada em medidas terapêuticas”; os quais são aplicados de “maneira repetitiva e estereotipados” sem controle e sem avaliação de suas eficácias. Ninguém tem culpa, avalia o autor,

pelas poucas informações corretas que se tem sobre as enfermidades mentais, porem muito têm culpa de não levar em conta essa incerteza que

envolve a prática psiquiátrica, e de fazerem crer que se pode afirmar com relativa segurança, e com essa bobagem de conhecimento e experiências construir um trabalho prático, único e verdadeiro ‘laboratório’ de experiência científica.

Neste universo os psicólogos se vêem enredados em aspectos subjetivos os quais tratamos ao falar dos enunciados de adaptação *em expectativas profissionais*. Refletimos sobre aquelas percepções dos entrevistados de mal estar e angustia, recorrendo à idéia de identificação com as situações de negligencia e abandono dos usuários. Acrescentaremos, ainda, ao tema, que na relação desses profissionais com seus clientes, no envolvimento terapêutico, portanto em processo de tratamento – há um confronto com aspectos da dimensão do inconsciente. Com o jogo das reedições de vivências passadas que ambos trazem para a situação presente e da interação desses elementos com as relações atuais, únicas e particulares. Pode-se compreender, assim, o que envolve uma relação composta de tantos fatores que se sobrepõe, sucedem, complementam ou antagonizam. Diz Winnicott, (1948.):

Você se dedica ao caso.
 Você aprende, a saber, como é sentir como o seu cliente.
 Você se torna digno de confiança para o campo limitado de sua experiência profissional.
 Você se comporta profissionalmente.
 Você se preocupa com o problema de seu cliente
 Você aceita ficar na posição de um objeto subjetivo na vida do cliente, ao mesmo tempo em que conserva seus pés na terra.
 Você aceita amor, e mesmo o estado enamorado, sem recusar e sem representar sua resposta.
 Você aceita ódio e o recebe com firmeza, ao invés de com vingança.
 Você tolera, em seu cliente, a falta de lógica, inconsistência, suspeita, confusão, debilidade, mesquinhez, etc., e reconhece todas estas coisas desagradáveis como sintomas de sofrimento.
 Você não fica assustado nem sobrecarregado com sentimentos de culpa quando seu cliente fica louco, se desintegra, corre pela rua de camisola, tenta suicídio, talvez com êxito.
 Se você é ameaçado de assassinato, chama a polícia não só para proteger a si mesmo, mas também ao cliente.
 Em todas essas emergências, você reconhece o pedido de socorro de seu cliente, ou um grito de desespero por causa da perda da esperança nessa ajuda.
 Em todos esses aspectos você é, em sua área profissional limitada, uma pessoa profundamente envolvida com sentimentos e ainda assim, à distância, sabendo que não tem culpa da doença do seu cliente e sabendo os limites de suas possibilidades de alterar a situação de crise.

E se você pode controlar a situação, há possibilidade de que a crise se resolva sozinha e então será por sua causa que o resultado foi alcançado.

É em meio a esta complexidade que o papel do psicólogo se mostra efetivo; é na sistematização teórica, é no embate das questões verdadeiramente importantes para a execução de seu trabalho; é na defesa dos usuários, na defesa de seus direitos, como nos demonstrou os entrevistados. Principalmente na possibilidade do uso de seu potencial criativo no recriar as relações. Por fim, é na dedicação da tarefa que se deseja e na inclusão de seus pares e de outros profissionais que as transformações se efetivam. É nesta permuta que se alcança um alento.



Figura 13 – The Stultifera Navis (Navio dos insanos) – Bosch, Sevendeadlysins (1475-1480)
Fonte: Wikipedia, 2008.

Referências Bibliográficas

Referências

AMARAL, M. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. Resumo da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1995. In: **Rev. Saúde Pública**, v.31, n. 3, p. 285-295, 1997.

AMARANTE, P.D.C. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1995.

AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 1996.

ASSIS, M. **O Alienista**. 9. ed. São Paulo: Ática, 1982.

BADHAM, P. **Dança da morte ou dança macabra**. In: Da Vida e da Morte. Folha de Poesia. Desenvolvido por José Carreiro.

Disponível em:

<<http://sol.sapo.pt/blogs/josecarreiro/archive/2007/02/28/morte.aspx>>. Acesso em: 02 Nov. 2007.

BALDELAIRE, C. **As flores do mal**. Poema. WIKIPÉDIA. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em:

<http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Les_fleurs_du_mal&oldid=10729117>. Acesso em: 21 Jul. 2008.

BALDELAIRE, C. **As flores do mal**. Poema Trad. de Fernando Pinto do Amaral. São Paulo: Ed. Assírio e Alvim, 1992. Disponível em:

<<http://sol.sapo.pt/blogs/josecarreiro/archive/2007/02/28/morte.aspx>>. Acesso em: 13 mar. 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 41 – 72.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal 1978.

BOCK, A.M.B. **Pensando a profissão de psicólogo ou eu, caçador de mim**. Dissertação (Mestrado Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1991.

BOSCH, H **Biografia**. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em:

<http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Hieronymus_Bosch&oldid=11206624>. Acesso em: 25 Jun 2008.

BOSCH, H. **Navio dos loucos**. 1 fotografia, color. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em:

<http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Navio_dos_Loucos_%28Bosch%29&oldid=11090650>. Acesso em: 25 Jun 2008.

BOSCH, H. **Danse macabre**. 1 fotografia, color. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em :

<http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Danse_Macabre&oldid=8161272>. Acesso em: 4 Nov 2007.

BOSCH, H. **Danse macabre**. 1 fotografia, color. WIKIPÉDIA. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em:

<http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Bernt_Notke&oldid=11011958>. Acesso em: 21 Jul 2008.

BOSCH, H. **Pedra da loucura**. 1 fotografia, color. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em:

<http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=A_Extra%C3%A7%C3%A3o_da_Pedra_da_Loucura&oldid=9171220>. Acesso em: 26 Jul 2008

CALDEIRA, J. **Mauá**: empresário do Império. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

CALMAON, P. **O palácio da praia vermelha**. Rio de Janeiro: Universidade do Brasil, 1952. p. 8-10.

CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. v. 37, p.16 – 19, 1992.

CASTEL, R. **O psicanalismo**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Trad. Maria Tereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.

CENTENO, Y. **Mais Brant e Bosch**. In: Literatura e arte. Disponível em: <http://literaturaearte.blogspot.com/2006_03_01_archive.html>. Acesso em: 05 nov. 2007.

COSTA, J.F. **História da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1981.

COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Ed. Graal. 1979.

COSTA, N. R. ; TUNDIS, S. A . **Cidadania e loucura** – políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987, p. 16.

COSTA-ROSA, A.; MONDONI, D. **Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo**. Assis: UNESP, 2006. Mimeogr.

COSTA, W.; ALMEIDA, A. **Teoria das Representações Sociais**: uma abordagem alternativa para se compreender o comportamento cotidiano dos indivíduos e dos grupos sociais. Rev. de Educação Pública v. 8, n. 13, p. 250-280. Cuiabá, jan./jun.1999. Disponível em: <www.educacaoonline.pro.br/representacoes_sociais_da_sala.asp?f_id_artigo=318>. Acesso em: 01 mar. 2008.

COUTINHO, C.N. Representação dos interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, S.F. (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Ed. Cortez/ABRASCO, 1989. p. 47 – 60.

DOWBOR L. **O que acontece com o Trabalho?** In: TREVISAN L. A REVOLUÇÃO DAS TECNOLOGIAS, Folha de São Paulo, São Paulo; 9 Mar. 2003.

DURKHEIM, É. **Sociologia e filosofia**. São Paulo: Ed. Forense, 1970.

DUVEEN, G. **Introdução. O poder das idéias**. In: MOSCOVICI, S. **Representações sociais**. Investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

FARR, R.M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 31-59.

FREITAS, H.M.R.; JANISSEK, R. **Análise léxica e análise de conteúdo**: técnicas complementares, sequenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos. Porto Alegre: Sphinx: Editora Sagra Luzzatto, 2000.

FREUD S. **Linhas de progresso na terapia psicanalítica**. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 17, p. 201-211; 1976.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2002, p.32.

GUARESCHI, A. e JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995.

GOETHE. **Biografia**. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Goethe&oldid=1835552>>. Acesso em: 31 Mai 2007.

JODELET, D. (Orgs.). **Representações sociais: um domínio em expansão**. In: As representações sociais. Tradução, Lilian Ulup. Rio de Janeiro, RJ: EDUERJ, 2001. P. 17-44.

JOVCHELOVITCH, S. Representações sociais e esfera pública: A Construção simbólica de espaços públicos no Brasil. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

JACKSON, A; CAVALLARI, C. (Orgs.). Estudos sobre a inserção do psicólogo nas unidades básica de saúde. São Paulo: CRP-06, 1991. p.31.

KODA, M. Y. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores em um núcleo de atenção psicossocial**. 2002. Dissertação (mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2002.

MACHADO, R et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MALTEZ, J.A. **Ideologia**. Disponível em: <<http://maltez.info/respublica/Cepp/ideologia.htm>>. Acesso em: 5 nov. 2007.

MATOS, AS. **Partir e estar com Cristo: atitudes cristãs quanto à morte e à vida futura**. Disponível em: <http://www.ultimato.com.br/danca_macabra/2007>. Acesso em: 15 maio 2007.

MOTTA, P.A.F. **A Ciência no século XX**. Curso on-line de metodologia científica e metodologia filosófica. Barbacena-MG, 2002. Disponível em: <<http://www.artnet.com.br/pmotta/textosmetod.htm>>. Acesso em: 16 nov. 2007.

MATUS, C. **Entrevista com Matus**. São Paulo: Ed. Fundap, 1996. p. 112-115.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Abrasco, 2000.

MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 89-111.

MINISTERIO DA JUSTIÇA E NEGÓCIOS INTERIORES. **Relatório**. Movimento do porto do Rio de Janeiro durante o ano de 1905. Rio de Janeiro, 1905. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. 1v. 1906.

Disponível em:

<http://www2.prossiga.br/ocruz/textocompleto/relatorios/RELATORIO_instmanguinhos2.PDF>. Acesso em: 25 jun. 2008.

MOSCOVICI, S. **Psicologia social. II**. Barcelona: Paidós, 1986.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

MOUTINHO, A.E. **Representações sociais na manutenção do peso corporal: o que e quem o discurso revela**. 2003. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, 2003.

NEMES FILHO, A. Saúde do adulto: programas e ações na UBS. **Saúde Debate**, v. 96, n. 3, 2000.

OLIVEIRA, E. **Engenho de Dentro do lado de fora: o território como um Engenho Novo**. Monografia (Especialização em gestão em saúde). 2004 Fundação João Goulart, Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, E.; ENS, R.; ANDRADE, D. **análise de conteúdo e pesquisa na área da educação**. Rev. Diálogo Educacional. Curitiba, v. 4, n.9, p.11-27. 2003. Disponível em: <www2.pucpr.br/reol/index.php/DIALOGO?dd1=637&dd99=pdf>. Acesso em: 03 ago. 2008.

OLIVEIRA, I. et al. **O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional**. Interações. [online], v. 9, n. 17, p. 71-89.

Disponível em:

<<http://pepsic.bvs-psi.org.br>>. Acesso em: 16 maio 2007.

OLIVEIRA, M.S.B.S. **Representações sociais e sociedade: a contribuição de Serge Moscovici**. Rev. bras. Cien. Soc., v. 55, n. 19, p.180-186, 2004.

PARAGUAY, A.I.B.B. Da organização do trabalho e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores. In: Mendes (Org). Patologia do trabalho. São Paulo: Atheneu, 2003.

PASQUALE, E. Gestão da psiquiatria na comunidade. Ciênc. Biol. Saúde, n. 2, p.27-34, 2000.

PENTEADO, M.H.B. **Manual para normalização e apresentação de trabalhos acadêmicos**. São Paulo: ESPM – Escola Superior de propaganda e Marketing, 2007.

PIRES, M. L. G. **Poetas do Período Barroco**. Lisboa: Ed.Comunicação, 1985. p. 34 – 35.

POPPER, K. **Sociedade aberta, universo aberto**.Lisboa: Ed. Dom Quixote, 1987, p.92.

RAMOS, F.A.C.; GEREMIAS, L. **Instituto Philippe Pinel: origens históricas**.

Disponível em:

www.sms.rio.rj.gov.br. Acesso em 17 mar. 2007.

REZENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In Tundis S.A.; Costa, N. R. (orgs.). **Cidadania e loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópoles: Vozes-Abrasco, 1987, p. 16.

ROCHA, F. Biografia.

Disponível em: < <http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/>>. Acesso em: 06 ago 2007.

ROTELLI, F. A instituição inventada: In NICÁCIO, M.F. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99.

SARACENO, B. Manual de saúde mental. São Paulo: Hucitec, 1997. p.11.

SAMPAIO, J.J.C. **Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis**. 1982. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1982.

SCARELLI, I. R. **O Movimento Antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo**. 1998. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1998.

SILVA FILHO, J.F. A Medicina, a psiquiatria, e a doença mental. In: TUNDIS e COSTA, N.R. (org.) – **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópoles, Vozes-Abrasco, 1987. p. 75-102.

SPINK (Org.). **O Conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

TELLES, F.S.P.; ANTOUNLL, H.; ARÊAS, J.B. **Doença e Tempo**. Cad. Saúde Pública v.9 n.3 Rio de Janeiro jul./set. 1993, p 6.

TENÓRIO F. **A Reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. **Hist. Ciênc. Saúde – Manguinhos**, v. 9, n. 2, p. 28-59, 2002.

TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. (orgs.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópoles: Vozes, 1987.

WOLGEMUT, M. **Biografia**. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em:
<http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Michael_Wolgemut&oldid=222210274>.
Acesso em: 25 Jun 2008.

Bibliografia Consultada

I Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório final. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde. **Textos básicos**. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. Ministério da Saúde. 2. ed. Ver. Atual. Brasília, 2001.(Série E,4).

Carta de Direitos dos Usuários e familiares de Serviço de Saúde Mental. Santos, 1994.

Carta dos Trabalhadores de Saúde Mental. In: CONGRESSO DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL DO ESTDADO DE SÃO PAULO, 1., 1985.

OPAS/OMS. **Declaração de Caracas**. Proclamadas pela Conferência Regional para a reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina no contexto dos sistemas locais de saúde, Caracas: OPAS/OMS, 1990.

Organização Panamericana da Saúde. **Reestruturação da Assistência psiquiátrica**: bases conceituais e caminhos para sua implementação. Memórias da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica. Caracas, 1990.

Relatório da II Conferência nacional de Saúde Mental. **A reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil**. Relatório final. Brasília, 1992.

Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. Salvador, 1993.

VIRGINIO. A. **Análise de conteúdo**: o conteúdo da análise. Cadernos de Sociologia n. 9, p. 91, 1998. Disponível em:
<www.alexandrevirginio.slg.br/banco_artigos/038_oconteudo.htm>. Acesso em: 03 ago. 2008.

APÊNDICE – A**QUESTIONÁRIO DE LEVANTAMENTO DA PERCEPÇÃO DOS PSICÓLOGOS
DA SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE DIADEMA – SÃO PAULO.**

1. Para o Sr. (a) o que significa Saúde Mental? Quais os critérios para se avalia a ocorrência da saúde mental, propriamente dito?
2. Como o sr.(a) avaliaria a política de saúde mental no município nos últimos anos?
3. Quais são as suas sugestões para melhorar as condições de assistência para os usuários e as condições de trabalho para os profissionais de saúde mental?

APÊNDICE – B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Rogério Fortunato da Rocha, venho solicitar vossa valiosa colaboração para meu estudo sobre Representações Sociais da Saúde Mental por Psicólogos do Sistema de Saúde da Cidade de Diadema – São Paulo: Concepções e Repercussões. Trabalho de pesquisa necessário como parte dos pré-requisitos para consecução do curso de pós-graduação- mestrado, pela UNESP- Universidade Estadual de São Paulo.

Para tal, são necessárias sua permissão e colaboração com suas respostas, nas questões que apresento.

Gostaria de deixar documentado o total sigilo de suas respostas, e de que as informações serão utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa, não acarretando prejuízo pessoal.

Como entrevistado(a), declaro que fui devidamente esclarecido(a) sobre o estudo e seus respectivos objetivos e tenho a consciência e total liberdade de abandonar a pesquisa ou negar informações.

Expresso minha espontânea participação em colaborar com a referida pesquisa científica e autorizo o uso de minhas respostas em futura publicação de informações e dados, mantendo completo anonimato. Caso venha a ser prejudicado de alguma forma, poderei solicitar indenização ou ressarcimento aos responsáveis pela pesquisa.

Local e data:

Profissional Entrevistado

Pesquisador

Após aprovação do CEP este documento será elaborado em 2 (duas) vias, sendo 1 (uma) entregue ao profissional e outra via mantida em arquivo pelo pesquisador.

Pesquisador: Rogério Fortunato da Rocha

End. Residencial: Rua José Setti, 43 – Jd. Três Marias – São Bernardo do Campo – SP; tel.: (011) 4121-3645

Orientador: Prof^o Dr. Alfredo Pereira Júnior

End. Residencial: Rua Antônio Amando de Barros, 172 – Botucatu - SP; tel: (014) 3882-2459



Figura 14 – Extração da pedra da loucura. Bosch, Hieronymus (1475-1480)
Fonte: Wikipedia, 2008.

ANEXOS

Anexo A – Estatueta de Ernest Cristophe



Figura 15 – La Danse Macabre, La Plume (A dança macabra). Christophe, E. Duval (Junho, 1903)
Fonte: Da vida e da Morte. Folha de poesia, 2007.

Anexo B – Poesia de Baudelaire

As Flores do Mal³⁶

(Poesia de Charles Baudelaire, 1857)

a Ernest Christophe,

Vaidosa, como um vivo, da nobre estatura,
Com as luvas e o lenço e o seu bouquet tão grande,
Tem a descontração e a desenvoltura
De uma coquette magra com ar extravagante.

Alguém já viu no baile cintura mais fina?
O esplêndido vestido, amplo e majestoso,
Cai abundantemente sobre os pés esguios
E os pompons dos sapatos, lindos como flores.

O folhinho a brincar-lhe junto às clavículas
Qual regato lascivo a esfregar-se a um rochedo,
Protege com pudor dos gracejos ridículos
Os fúnebres engodos que teima em esconder.

Os seus olhos são feitos do nada e de trevas
E o seu crânio florido, com arte penteado,
Vai oscilando inerte sobre as frágeis vértebras.
Ó charme do vazio loucamente enfeitado.

Alguns irão chamar-te uma caricatura,
Não percebendo, amantes bêbados de carne,
A elegância sem nome da humana armadura.

³⁶ Les fleurs du mal (As Flores do Mal). Livro escrito pelo poeta francês Charles Baudelaire, publicado em 1856. É considerado o marco da poesia moderna e simbolista. As Flores do Mal reúnem de modo exemplar uma série de motivos: a queda; a expulsão do paraíso; o amor; o erotismo; a decadência; a morte; o tempo; o exílio e o tédio.

Esqueleto, correspondeste ao meu gosto caro!

Virás tu perturbar com essa forte careta
Os festejos da Vida? ou um desejo antigo,
Que saiba esporear essa carcaça viva,
Ainda irá levar-te ao festim do Prazer?

Com a chama das velas e o som dos violinos
Queres expulsar o teu pesadelo gozão
E ainda vens pedir ao caudal das orgias
Pra refrescar o inferno do teu coração?

Inesgotável poço de erros e de asneiras!
Da mais antiga dor o eterno alambique!
Através das costelas, dessa curva grelha,
Eu vejo, errando ainda, a insaciável víbora.

A bem dizer, receio que a coqueteria
Não ache um prêmio digno de tantos esforços;
Quem, das almas mortais, entende a zombaria?
Os encantos do horror só extasiam os fortes!

O abismo desse olhar, com pensamentos trágicos,
Exala uma vertigem; os foliões prudentes
Não irão contemplar sem náuseas bem amargas
O eterno sorriso dos trinta e dois dentes.

Porém, quem não estreitou nos braços um esqueleto
E nunca se nutriu dessas coisas funéreas?
O que importa o perfume, a roupa, a toilette?
Quem se mostra enojado é porque se crê belo.

Bailando sem nariz, pécora irresistível,
Diz a estes convivas com ar tão chocado:

«Apesar de empoados, vaidosos e finos,
Vocês cheiram à morte! Ó esqueletos muscados,

«Antínoos ressequidos, dandies de pele glabra,
Grisalhos sedutores, cadáveres de verniz,
O universal vaivém desta dança macabra
Puxa-vos pra lugares ainda não conhecidos!

«Dos frios cais do Sena à ardente orla do Ganges
A manada mortal pula alegre, sem ver
Num buraco do tecto a trombeta do Anjo,
Essa bênção sinistra como um arcabuz negro.

«Sob os diversos climas, sóis, a Morte admira
As tuas contorções, cósmica Humanidade,
E às vezes como tu, perfumada de mirra,
Mescla a sua ironia à tua insanidade!»

Anexo C – Educação pedagógica



Figura 16 – A ortopedia ou a arte de prevenir e corrigir, ns crianças, as deformidades do copo (1749).
Fonte: Vigiar e Punir, Michel Foucault, 2002,p.32. Ed. Vozes.

Anexo D – Pintura de Bernet Notke



Figura 17 – Danse Macabre (Dança Macabra), na Igreja de São Nicolau, Tallinn, Estônia – Notke, Bernet (1435).

Fonte: Wikimédia, 2008.



Figura 18 – Danse Macabre (Dança Macabra). Wolgemut, Michael (1493)

Fonte: Da Vida e da Morte. Folha de Poesia, 2007.

**Anexo E – Relatório do movimento do porto do Rio de Janeiro durante o
“ano” de 1905**

RELATORIO apresentado ao Exmo. Sr. J. J. Seabra, Ministro da Justiça e Negocios Interiores, pelo Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz, Director Geral de Saude Publica - 1905.
Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1906. 1v.

MEZES	EMBARCAÇÕES NACIONAES	QUANTIAS	EMBARCAÇÕES ESTRANGEIRAS	QUANTIAS	TOTAL
JANEIRO	65	1:300\$000	75	3:000\$000	4:300\$000
FEVEREIRO	58	1.160\$000	68	3:800\$000	4.960\$000
ABRIL	61	1:220\$000	64	2:560\$0	3:780\$000
MAIO	68	1:360\$000	74	2:960\$000	4:320\$000
JUNHO	42	840\$000	59	2:360\$000	3:200\$000
SETEMBRO	51	1:020\$000	64	2:560\$000	3:580\$000
NOVEMBRO	63	1:260\$000	58	2:320\$000	3:980\$000

Figura 19 – Movimento do porto do Rio de Janeiro durante o “ano” de 1905
Fonte: www2.prossiga.br/ocruz/textocompleto/relatorios