



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

JONATHAN VELOSO COSTA

**A LOUCURA NOS DISCURSOS SOCIAIS EMERGENTES: UM ESTUDO DA
PERCEPÇÃO E SUBJETIVIDADE DE SERVIDORES DE NÍVEL MÉDIO DE UMA
INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR**

BOA VISTA – RR

2016

JONATHAN VELOSO COSTA

**A LOUCURA NOS DISCURSOS SOCIAIS EMERGENTES: UM ESTUDO DA
PERCEPÇÃO E SUBJETIVIDADE DE SERVIDORES DE NÍVEL MÉDIO DE UMA
INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Modelo de atenção e vigilância em saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Nilza Pereira de Araújo

BOA VISTA – RR

2016

JONATHAN VELOSO COSTA

A LOUCURA NOS DISCURSOS SOCIAIS EMERGENTES: UM ESTUDO DA
PERCEPÇÃO E SUBJETIVIDADE DE SERVIDORES DE NÍVEL MÉDIO DE UMA
INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Modelo de atenção e vigilância em saúde.

Defendida em 30 de março de 2016 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

Profa. Dra. Nilza Pereira de Araújo
Orientadora / Curso de Psicologia – UFRR

Prof. Dr. Alex Jardim da Fonseca
Curso de Medicina – UFRR

Profa. Dra. Deborah de Brito Albuquerque Pontes Freitas
Curso de Letras – UFRR

À DEUS,

Querido pai celestial, obrigado pela companhia espiritual tão necessária.

Às raízes,

meu pai Manoel Veloso pela presença, mesmo que pequena na minha vida, e minha mãe Maria Inês da Costa, pela educação, o apoio incondicional de sempre e por estar presente nos momentos de altos e baixos.

À família,

minha querida esposa Georgyna por tornar meu sonho possível, pelo seu amparo e exemplo diário de luta e fé na vida, e a quem também dedico todo o meu amor. Você me resgatou do abismo.

À prole,

Ao meu pequeno filho Heytor, minha singela centelha de luz. Você preencheu abismos, floresceu alegrias e trouxe vida a minha existência. Você é meu portal, minha dimensão e meu significado. Te amo.

Aos “filhos” postíços,

meus pequenos sobrinhos Guilherme e Murilo, pelas alegrias.

Aos familiares,

em especial, meus avós paternos e maternos e minhas queridas irmãs Jessika e Herika.

Força, Fé. Sempre em frente!

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Mestrado em Ciências da Saúde, na pessoa de seus professores e colaboradores, que de alguma forma contribuíram para realização deste trabalho.

Aos servidores de nível médio, sujeitos da pesquisa, pela sua disponibilidade durante as entrevistas. Sem seus discursos nada poderia ser feito.

À Professora Nilza Pereira de Araújo, pelos ensinamentos e pela sua constante disponibilidade de tempo.

E de tão louco que parecia aos olhos dos outros, entrou em
contraponto consigo mesmo, com seus desejos e
pensamentos. E diante da sociedade viu-se como um
animal, com a mesma animalidade a qual era observado,
se perdendo, se esquivando, se isolando. Daí só restava sua
loucura e nada mais

(Texto próprio)

RESUMO

As reflexões buscadas neste trabalho tiveram por objetivo encontrar um sentido à loucura através de uma perspectiva social. Imagina-se, então, uma sociedade mentalmente presa a um modelo institucional que visa isolar, corrigir e medicar o indivíduo em sofrimento mental, em uma relação direta com o modelo hospitalocêntrico construído pela psiquiatria moderna, modelo esse, todavia, exclusivista. Foram realizadas 98 entrevistas individuais com servidores de nível médio de uma IES na cidade de Boa Vista/RR, entre os anos de 2014 e 2015, norteadas por três questões abertas a respeito do conceito de loucura, de doença mental e de normalidade que as mesmas possuem. Os dados foram tabulados e analisados através da perspectiva de análise de conteúdo a questões abertas, pensado a partir de Bardin. Utilizou-se como marco teórico a obra de Foucault, intitulada *A História da Loucura na Idade Clássica* e, como apoio, a Teoria das Representações Sociais de Moscovici, este último, apropriado com fins de embasar o estudo social de forma generalizada através de pequenos grupos. Quanto ao sexo, observou-se um quantitativo de 62,24% (N=61) de mulheres e 37,76% (N=37) de homens. A maior faixa etária estava compreendida pelos servidores mais antigos com idade entre 26 e 35 anos, o que representa 145,92% (N=45) da amostra. Apenas 18,37% (N=18) dos entrevistados possuíam idade entre 18 a 25 anos. É observado, portanto, uma população de maioria feminina, essencialmente jovem e no auge da sua capacidade de trabalho. Pode-se evidenciar que a sociedade brasileira pensada a partir do grupo estudado concebe a loucura em uma relação direta com a ideia de doença, e em meio a uma frequente dualidade entre o normal e o anormal. O processo de desinstitucionalização, através de modelos substitutivos à assistência clínica, atualmente não tem obtido os resultados esperados. A sociedade não está preparada para lidar com o diferente, ainda carregando consigo um estigma que atravessa séculos, baseado no erro, na indiferença, na inferioridade e, principalmente, na doença mental (palavra carregada de um sentido exclusivista). Ser louco ou doente mental na sociedade atual é estar à margem da sociedade e longe de suas regras impostas. Torna-se, portanto, difícil e inquietante promover certa mudança de forma a desestigmatizar à loucura quando a própria sociedade não a aceita em seu meio como uma realidade. Um amplo debate precisa ser feito. As discussões devem ultrapassar as esferas federais e chegar aos bairros e às comunidades através de profissionais conscientes de si e de seu trabalho. Alternativas devem ser criadas com intervenções terapêuticas em saúde mental como forma efetiva para redução do estigma que assola os indivíduos em sofrimento mental.

Palavras-chave: Loucura, Saúde mental, Doença mental, Reforma psiquiátrica, Formação de conceito.

ABSTRACT

The reflections pursued in this work aimed to find a meaning to madness through a social perspective. It is thought, therefore, a society mentally stuck to an institutional model that isolates, corrects and medicates the mental-suffering individuals, in a direct relation with the hospitalocentric model built by modern psychiatry, this model, however, is exclusivist. Ninety-eight individual interviews were conducted with mid-level servers in a HEI in the city of Boa Vista/RR, between 2014 and 2015, guided by three open questions about the concept they have about madness, mental illness and normality. The data tabulation and analyses considered the perspective of content analysis of open questions, thought from Bardin. The theoretical framework involved Foucault's work entitled *The Madness of History in the Classical Age*, and to support that, the theory of social representations of Moscovici, the latter, appropriate for purposes of widely undergird social study in small groups. In regards to gender, there was a quantity of 62.24% (N = 61) of women and 37.76% (N = 37) of men. The largest age group was comprised of older servers aged between 46 and 60 years, which is 13.27% (N = 13) of the sample. Only 18.37% (N = 18) of respondents aged between 18 to 25 years old. It is possible to observe a population of mostly female individuals, mostly young and in the prime of their working capacity. It is an evidence that Brazilian society thought from the study group sees madness directly related with the idea of disease, and centered in an often duality between the normal and the abnormal. The process of deinstitutionalization through substitutive models of clinical care, has currently not obtained the expected results. Society is not prepared to deal with the different, still carrying with it a stigma that spans centuries, based on the error, indifference, inferiority and especially in mental illness (word charged with an exclusivist sense). Being crazy or mentally ill in our society is to be on the margins of society and away from their imposed rules. It is then difficult and disturbing to promote a certain change in order to destigmatize madness when society itself does not accept it in their midst as a reality. An extensive debate needs to be evolved. Discussions should exceed federal levels and reach out to neighborhoods and communities, through professionals conscious about themselves and their work. Alternatives must be created with therapeutic interventions in mental health as an effective way to reduce the stigma that plagues mental-suffering individuals.

Keywords: Madness, Mental health, Mental illness, Psychiatric reform, Concept formation.

LISTA DE SIGLAS

- RP (Reforma Psiquiátrica)
- ISM (Indivíduos em Sofrimento Mental).
- HD (Hospital Dia)
- LH (Leitos Hospitalares) (LH),
- LA (Lares Abridados)
- CAPS (Centros de Atenção Psicossocial)
- SRT (Serviços Residenciais Terapêuticos)
- SUS (Sistema Único de Saúde)
- UBS (Unidades Básicas de Saúde)
- BPC (Benefícios de Prestação Continuada)
- CA (Casa de Apoio)
- TRS (Teoria das Representações Sociais)
- TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL	17
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3	UMA BREVE DISCUSSÃO SOBRE A LOUCURA	18
3.1	DO ENDEUSADO AO DOENTE	18
3.1.1	Loucura na Grécia Antiga	19
3.1.2	Loucura na Idade Média: a lepra e os espaços malditos	21
3.1.3	A Era Clássica de Foucault e a Experiência da Loucura	22
3.1.4	A Internação, o Espaço Correcional e o <i>Cogito</i>	25
3.1.5	Razão Pineliana e o Despertar da Psiquiatria	29
3.2	A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A SAÚDE MENTAL	32
3.2.1	Contextualizando a Reforma Psiquiátrica e a Saúde Mental no Contexto Brasileiro	32
3.2.2	Modelos Substitutivos e de Atenção a Saúde Mental	37
3.2.3	Entraves na Reestruturação da Assistência em Saúde Mental	40
3.2.4	A Importância do Território na Descentralização da Atenção em Saúde Mental	41
3.3	O PAPEL DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA LOUCURA	43
3.2.1	A Instituição Família e os Desafios do Estigma da Loucura	44
3.2.2	A Necessidade do Engajamento no Processo de Cuidado	45
3.2.3	A Cidadania Perdida: um breve relato	47
3.4	DA COMPLEXIDADE DO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL	49
3.5	A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	52
4	MATERIAIS E MÉTODOS	55
4.1	TIPO DE PESQUISA	55
4.2	ANÁLISE DE DADOS	56
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	56
4.4	CRITÉRIO DE INCLUSÃO	57
4.5	CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	57
4.6	OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA	58
4.7	ÉTICA NA PESQUISA	58
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
5.1	DOS DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS	62
5.2	DA ANÁLISE QUALITATIVA	63
5.2.1	Eixo temático 1: Concepções de Loucura	65
5.2.1.1	Categoria 1: A Loucura como Comportamento Desviante e Imprevisível	68

5.2.1.2	Categoria 2: A Loucura Enquanto Análise da Doença	72
5.2.1.3	Categoria 3: O Discurso de Dualidade	76
5.2.2	Eixo Temático 2: Normalidade versus Anormalidade na Conceituação da Loucura	76
5.2.2.1	Categoria 1: O Padrão Socialmente Aceito	77
5.2.2.2	Categoria 2: O Discurso de Normalidade frente a Visão Organicista	81
5.2.3	Eixo Temático 3: Doença Mental versus Sofrimento Psíquico	84
5.2.3.1	Categoria 1: Loucura e o Universo da Clínica Médica	86
5.2.3.2	Categoria 2: O Discurso da Hereditariedade	92
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS	96

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a questão da saúde mental no Brasil passa por um processo lento de transformação causado pelo advento do movimento de Reforma Psiquiátrica (RP), iniciado na década de 1980 e ainda em continuidade. Esse processo vem de encontro com o desafio da inserção de um modelo de assistência à saúde mental que possibilite a inclusão do portador de sofrimento psíquico na sociedade, historicamente estigmatizado e marginalizado, ou seja, o desafio de fornecer um novo significado social para loucura a fim de facilitar a inserção dos Indivíduos em Sofrimento Mental (ISM).

Vivencia-se então, uma nova experiência da loucura, não mais enclausurada, ou, pelo menos, não totalmente, por detrás do muro asilar do manicômio, sofrendo violência moral e institucional em nome de um discurso médico de poder. A loucura, nesse sentido, não mais se anuncia como antes o fazia, através de sua magia e seu mistério, logo, se torna mergulha no erro, na periculosidade e na doença.

Eis os atuais questionamentos: qual tratamento se oferta a ela? Qual o limite de aproximação que determinamos para a convivência com a mesma? A experiência da loucura na atualidade vem se relacionando com a experiência da doença e da cura, presente no conhecimento clínico medico-psiquiátrico que a dominou há muitos séculos atrás e que para sociedades atuais foi passado como que por herança.

Partindo desse princípio e considerando a necessidade de se dar um novo significado à loucura, que não a doença mental em nível de sociedade, através de uma plena investigação sobre sua percepção, propõe-se o seguinte problema: o que revela o significado da loucura presente nos discursos sociais? Qual o sentido desse discurso que deságua no estigma?

Segundo Pinheiro (2006), “loucura é entendida como um distúrbio das paixões humanas, que incapacita o sujeito de partilha do pacto social”, já nas palavras de Amarante (2003), a loucura “é aquela que contradiz a razão, contribui para construir uma pessoa que se torna incapaz de julgar, de escolher, de ser livre, já que a liberdade implica no direito e na possibilidade de escolha”. Percebe-se que os conceitos auferidos sobre loucura são diferentes. Enquanto Pinheiro (2006) avalia a loucura com rótulo de distúrbios que torna os portadores incapazes de seguir regras sociais ou de participar da “partilha do pacto social” como se o louco fosse fadado ao fracasso das relações sociais, Amarante (2003) tem uma visão mais humanizada, oferecendo à loucura um sentido

diferente, utilizando-se dos termos *liberdade*, *direitos* e *escolhas* como forma de trazer vida à condição de ser louco, não dependendo da verdade social que o exclui e contradizendo a razão, encontrando-se diante do mundo do qual faz parte e reafirmando sua existência enquanto indivíduo social e um ser potencial partícipe da comunidade.

É importante conceber todo esse contexto sem deixar de lado a história da loucura dentro dos contextos sociais que se processaram durante os séculos. São de demanda urgente estudos voltados a concepções sobre a loucura em um contexto social amplo, visto que a mesma se processa em vários vieses culturais diferentes, ainda assim, tendo como característica ímpar a exclusão do portador de transtorno mental. Essa forma de pensar socialmente a loucura tem grande influência na forma de agir contra a rotulagem construída em torno desse sujeito social marginalizado.

Entende-se que as artimanhas da exclusão no campo da saúde mental aos ditos loucos foram construídas historicamente através dos sentidos construídos em torno da loucura. Esse saber comum construído pela sociedade dificulta a integração dos portadores em meio social, além do resgate de sua cidadania.

Analisando desta forma, pode-se concluir que a sociedade não se encontra preparada para receber esses indivíduos diferentes. Nesse aspecto, entender e conhecer os sentidos dados à loucura, pensados e construídos pelos discursos sociais, em muito facilitaria a tomada de decisão por ações em saúde mais efetivas em âmbito social com fins de ressignificar e combater o estigma que assola esta pequena parcela da população em um processo de aceitação do louco na comunidade, não como um ser rotulado como perigoso, mas como um indivíduo que se encontra em um estado de sofrimento. Esta é uma preocupação necessária já que um dos grandes desafios no campo saúde mental é o processo de exclusão ao quais esses indivíduos (loucos) são expostos, onde, mesmo com a inserção de modelos substitutivos ao modelo psiquiátrico tradicional (manicômios), ainda se mantém encrustada na sociedade o sentimento de não pertencimento desses indivíduos, pondo-os à margem da sociedade, além de ser uma saída para se almejar novos meios na criação de políticas públicas para intervenções mais efetivas.

De acordo com a literatura “a loucura é concebida como perigosa pela sociedade, um objeto cercado de insegurança e ambiguidade, representado como algo distante de quem o representa (WACHELK, 2005, p. 313)”.

Vista como contrária a razão, a loucura é avaliada na figura do louco, seu objeto de representação, como:

“o sujeito da desrazão, aquele que está fora de si, fora da realidade, e que tem alterada sua possibilidade de juízo”...), a loucura é associada a violência e ao perigo, cabendo, então aos não-loucos excluírem o louco, este sujeito considerado diferente do grupo social que o abarca (FIGUEIREDO, QUEIROZ e RAMOS, 2013, p. 31)”.

O discurso supracitado leva-nos a entender e a reafirmar a problemática da exclusão e a necessidade de intervenções em nível social a fim de se combater o estigma. Apesar dos avanços com a criação de meios substitutivos de assistência terapêutica como: Hospitais-dia (HD), Leitos Hospitalares (LH), Lares Abrigados (LA), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o portador de transtornos mentais ainda continua sendo alvo de preconceitos e visto como um louco sem cidadania.

Entende-se, portanto, após um estudo prévio, que a sociedade exclui, isola e marginaliza o indivíduo em sofrimento mental, enxergando-o como doente, um ser inimputável e perigoso, o que pode ser notado através dos discursos sociais ainda baseados em um conhecimento médico-psiquiátrico que associa a ideia de tratamento ao internamento e correção moral, inferindo uma moderna experiência da loucura. Entende-se, portanto, o grande desafio do processo de inclusão social.

Nesse sentido, existe uma real necessidade de construção de espaços para discussões amplas e subjetivas em torno de intervenções mais profundas na sociedade, de estudos grupais e participação social ativa sob a perspectiva inclusiva dos portadores de transtornos mentais no meio social, apresentando problemas e discutindo a realidade desses sujeitos, enfatizando a busca da cidadania e identidade dos mesmos, atingindo e disseminando de forma a desestigmatizar o preconceito enraizado na sociedade.

É importante frisar a preocupação com a problemática do estigma e suas causas, porém, o entendimento a respeito de como é construído o conhecimento sobre a loucura nas sociedades atuais e em seus espaços sociais possibilita a criação de ferramentas necessárias para se combater a indiferença sobre os indivíduos em sofrimento mental (ISM), termo utilizado sob uma perspectiva humanista, rotulados como perigosos para a sociedade.

Muitos dos trabalhos já realizados que envolvem os sentidos produzidos ou conceitos atribuídos em torno da temática da loucura tem como sujeitos envolvidos, direta ou indiretamente,

profissionais de saúde, cuidadores e familiares. Sem descartar a importância desses estudos, faz-se uma ressalva da necessidade de complementá-los com pesquisas que abordem também as subjetividades conceituais de parte da sociedade leiga, assim definida por não ter um envolvimento direto com a realidade da loucura, entendendo que estudos complementares nesse sentido ajudariam a definir qual a significação sobre a loucura naqueles indivíduos sem envolvimento direto com a realidade em questão, possibilitando uma noção mais ampla sobre os motivos que se manifestam nos discursos que levam à exclusão do ISM, a fim de fornecer maior dimensão de percepção nessa área de estudo.

Alguns conteúdos do imaginário social são construídos e lapidados pela cultura de cada povo, caracterizando peculiaridades na forma de se pensar o outro. Elucidar como se constrói e como se processa no meio social e particular a ideia de loucura, no seu sentido amplo ou simbólico, através dos relatos dos indivíduos em seu próprio contexto social, facilita as constantes tomadas de decisão na área da saúde mental a fim de reinserir socialmente os sujeitos em estado de sofrimento psíquico que se encontram à margem da sociedade, a partir do momento em que se entende como a própria sociedade e suas representações expostas em seus discursos digerem e interagem com a convivência ao lado do portador de sofrimento psíquico no espaço social de encontros e trocas, e sobre a tomada subjetiva da percepção por parte dos sãos de uma perspectiva cidadã de não estigmatizar o ser excluído.

Urge ainda que a sociedade seja sensibilizada pelos estudiosos da saúde mental a fim de que o preconceito ora existente seja transformado em ação humanizada, no sentido de compreender o fenômeno da loucura e romper com o paradigma excludente, Isso porque “a luta pela Reforma Psiquiátrica e pelo processo de desinstitucionalização em construção no Brasil, busca construir espaços de produção de encontro, solidariedade, afetividade, enfim, espaços de atenção psicossocial (OLIVEIRA, 2002, p.83)”.

Justifica-se, pois, da escolha deste tema, a necessidade de se discutir de forma aprofundada a saúde mental no tocante aos significados sociais através dos discursos populacionais em torno da loucura. Há um arrebatamento de entraves na efetivação das mudanças de paradigma efetuadas após a reforma psiquiátrica, mudanças estas que têm por objetivo principal a desospitalização da loucura e a inclusão social por meio de uma rede organizada de serviços substitutivos cada vez mais territorializados socialmente. Dessa forma, a partir da compreensão de que para a efetivação de tais mudanças há uma necessidade eminente de resignificar a loucura na mentalidade das pessoas e destruir, assim, a lógica psiquiátrica institucional, abordaremos a seguir todo um referencial teórico e os resultados obtidos em torno da proposta exercitada pela hipótese aferida anteriormente.

Ademais, este estudo contribuirá com a literatura disponível e servirá de base para construção de políticas públicas em saúde mental.

Entende-se, também, que a sociedade não está preparada para receber seus indivíduos diferentes e que essas representações dos discursos apresentados podem, posteriormente, oferecer meios para a construção de intervenções na busca pela redução do estigma social excludente, assim contribuindo para a criação e reformulação de políticas de atenção à saúde mais humanizada, além de enriquecer a pesquisa social em sua abordagem qualitativa, com a finalidade de alcançar uma resposta sobre a origem da exclusão, entendendo esse aspecto como de grande valia na construção de um aparato real de mudança cultural da sociedade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender o significado da loucura presente nos conceitos e percepções atribuídos à mesma através dos discursos sociais de servidores administrativos de nível médio de uma IES na cidade de Boa Vista no estado de Roraima.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a percepção de loucura e a relação entre doença mental e sofrimento psíquico presente nas narrativas de servidores administrativos de nível médio;
- Analisar a diferença entre normalidade e anormalidade presente no contexto social;
- Distinguir, nos discursos, as concepções de doença mental e de sofrimento psíquico;

3 UMA BREVE DISCUSSÃO SOBRE A LOUCURA

3.1 DO ENDEUSADO AO DOENTE

Discutir os conceitos atribuídos e construídos acerca da loucura através da utilização de vários métodos e estratégias, visando a chegar a um denominador comum, muitas vezes aberto a profundas reflexões, não é fácil. Ademais, percepções variadas, conceitos fabricados e ideias concebidas a respeito da loucura não têm uma definição universal para classificá-la. Existe, atualmente, um discurso profetizado na sociedade pela medicina mental (termo utilizado para descrever o psiquiatra no século XVIII), um discurso de poder, que envolve toda a sociedade em torno da patologização do comportamento humano, tornando a dialética em torno da saúde mental tendenciosa e, por si só, excludente.

Logo, sabendo a força que o saber tem para construir e transformar nossa realidade, põe-se o desafio de analisar a realidade desta loucura, seu passado, seu presente, não de forma organizada mas atemporal, considerando a influência e o poder de construção do conhecimento, não só pelo conjunto de sentidos que muitos autores forneceram em suas longas pesquisas teóricas e práticas em paralelo com os acontecimentos de cada época e a influência dada por cada momento social, mas buscando, de fato, o entendimento desses acontecimentos e suas causas, para compreender como se pensa ou se rotula a loucura e o louco (sua espécie de materialização) ao ponto de termos dificuldade para aceitar sua reinserção no meio social, de marginalizarmos e banirmos os mesmos dos muros das nossas cidades, das nossas casas, das nossas vidas com um grau severo de desumanidade que, até certo ponto, nos ocorre sem que percebamos, isso porque entende-se que é parte de todas uma construção coletiva de conhecimentos e atitudes que copiamos ou reproduzimos a cada dia.

No cenário atual da saúde mental pode-se perceber a grande dificuldade de se compreender a mentalidade da sociedade no que tange à maneira de lidar com essa temática desafiadora. Observa-se uma espécie de mal-estar, de fuga, de desespero em conviver e lidar com essa realidade. Mesmo após alguns anos de reforma psiquiátrica com certa humanização e reconfiguração dos espaços onde outrora se encontravam os manicômios, prevalece na relação entre o louco e o internamento uma espécie de força de atração que isola, exclui e controla. A grande questão é como e porque não aceitamos a loucura em nosso meio, como parte de nossas vidas? De que temos medo? O que mais nos assombra? Como essa loucura produziu problemas de adequação social, passíveis de discussão

em tantas literaturas pelo mundo afora?

3.1.1 Loucura na Grécia Antiga

A loucura sempre fez parte da realidade do homem. Sempre vista e analisada de diversas formas e de acordo com a época, características específicas compunham seu imaginário pela sociedade.

Na Grécia Antiga a loucura era deusa de sua própria história, em outras palavras, era eterna e atemporal. Podemos encontrá-la vagando por entre as pessoas, ocupando as comemorações dionisíacas, influenciando comportamentos e se mostrando aquela que traz consigo o recado dos deuses aos homens, sua maldição e infelicidade, temida e venerada, era a loucura, admirada era sua sabedoria e delirante sua insensatez.

Segundo Pelbart (1989, p. 45), “(...) em todas as manifestações da mania na Grécia Antiga – o louco está possuído por um *daimon*, isto é, por uma força divina (...), é um campo de presença divina, e é o que o torna sagrado”. A loucura aqui é analisada pelo autor, segundo suas pesquisas realizadas com o coribantismo, como uma espécie de religião onde se praticavam orgias, veneração e danças. Logo se percebe sua presença nas manifestações religiosas e comemorações onde ela é incluída no seio social da época, enfatizando sua influência.

Platão a comparava às forças do mundo na proximidade com os deuses, com seu poder de libertação e de transgressão, sendo assim um sentido para vida e encadeamento da comunidade, subdividindo a loucura em tipos proféticos, ritualísticos poéticos e eróticos, todos vinculados a um diferente tipo de deus. De forma análoga, Sócrates enfatizava a desrazão (contrário à razão, à verdade do pensamento) como um bem comum a todos, especificamente a loucura dita divina, criticando a humana.

Os deuses traziam liberdade aos humanos e à natureza envolta nos mesmos, provocadas por rituais de dança orgástica, acompanhada por timbales e flauta, em que, através da catarse coletiva, houvesse uma tentativa de cura homeopática, (DA SILVEIRA, 2009).

Toda essa magia envolta da loucura era trágica. Ser louco seria possuir uma força divina

dentro de si, força esta que o tornava sagrado, completo, carregado de luz, de sabedoria divina, no entanto era preciso ser curado para que a loucura não virasse mania (perder a cabeça) , para tanto o louco era submetido a um ritual com vários deuses até que ficasse curado tornando-se um curandeiro com relação direta com o referido deus responsável pela cura.

Hipócrates, considerado o pai da medicina foi um crítico assíduo destes discursos mitológicos. O mesmo explicava a loucura por meio de uma perspectiva mais organicista, onde haveria um desequilíbrio nos humores do organismo, provocando a mania (loucura leve) ou a melancolia (forma mais grave).

[...] os estados agitados eram explicados pela alteração da bílis, que aquecia o cérebro gerando gritalhões, perversos e não pacíficos. Enfim a loucura era entendida como mania, designação genérica de estados delirantes que significavam perder a cabeça (DA SILVEIRA, 2009, p. 17).

Existia uma relação próxima no enlouquecimento e na proximidade com o que é divino, uma espécie de desrazão para se chegar até a razão superior dos deuses, a qual, segundo Da Silveira (2009), explica uma ligação inicial entre loucura, razão e desrazão, que trazia uma certa positividade à ideia da loucura, logo, a possessão divina tornava os loucos mestres da verdade, sacerdotes e, posteriormente, reis.

É importante levar em conta que o significado de desrazão (contraditório da razão, inversão de verdade) ainda era imaturo para época, porém, não deixava de lançar as bases para um aprofundamento na questão de se conceber a loucura, de enxergá-la entre os mitos e os desvios.

Sob essas concepções, prevalentemente temos na Grécia Antiga uma loucura representada pelo *outro* que revela uma verdade divina, uma verdade tomada pelo misticismo e bem longe da razão. Paulatinamente, séculos à frente, encontramos uma ruptura dessa relação mística e divina passando pela Idade Média e chegando ao o Renascimento, o qual promove a separação destas figuras em meio às artes e da escrita, anunciando a chegada de uma razão que engole e desmistifica a loucura, tirando-lhe a capacidade de anunciar a verdade e a pondo como que anunciadora de sua própria loucura, revelando todo o mal presente no homem, através do próprio homem, logo o louco perde o poder sobre si, sobre seus devaneios, que frente à razão pura do classicismo e da

racionalidade, já não significa mais nada.

3.1.2 Loucura na Idade Média: a lepra e os espaços malditos

Alguns séculos à frente, o mundo mergulha em trevas que permaneceram por cerca de quase mil anos, entre os séculos V e XV, trazendo consigo sofrimento e morte. Surge assim uma nova era, a Idade Média. É através da experiência da doença, assim como foi com a lepra e outras doenças, que o ser humano passa a isolar seus doentes, mantendo-os longe. Durante esse período, cerca de um terço da população europeia é varrida pela lepra, restando apenas suas estruturas de isolamento, tratamento e exclusão, além do estigma, que nem o tempo conseguiria apagar.

[...] ao final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo ocidental. Às margens da comunidade, às portas das cidades abrem-se como grandes praias que esse mal deixou de assombrar, mas que também deixou estéreis e inabitáveis durante longo tempo. Durante séculos, essas extensões pertenceram ao desumano. Do século XIV ao XVII, vão esperar e solicitar, através de estranhas encantações, uma nova encarnação de purificação e exclusão (FOUCAULT, 2012, p. 3).

Relatando a transição já do final da Idade Média e início da era clássica, Foucault (2012), faz bem o paralelo existente entre a experiência da doença, neste caso da lepra, antes citada, e o estigma deixado pela mesma em meio aos vários lugares de internamento criados com a finalidade de segregá-la do convívio social, fator que, juntamente com o fim das migrações, contribuiu para seu desaparecimento. Estas estruturas de confinamento mais tarde serviriam como um meio de separar da comunidade os que perturbam seu sossego e invadem sua zona de conforto e, uma vez ocupando esse lugar, seriam excluídos, da mesma forma que os leprosos. Neste contexto aparece a loucura em meio a um processo lento de contradição com a razão. Assim, “aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, (...) são os valores e imagens que tinham aderido à personalidade do leproso; é o sentido dessa exclusão (FOUCAULT, 2012, p. 6)”.

A loucura então era entregue a uma relação próxima ao mal, um pandemônio de insensatez que tinha suas bases ligadas à moral religiosa, logo, todo e qualquer comportamento que ascendia a uma fuga da moral cristã daquela época era considerada um comportamento desviante, assim tínhamos indivíduos considerados loucos por inúmeros motivos, pelo abandono familiar, pelo

envolvimento sexual proibido e outros comportamentos que seriam julgados pela influência da igreja, pela própria sociedade e sua moral cristã e pelo setor jurídico, tão influenciado pela mesma moral.

Os loucos eram escorraçados às margens das cidades, suas figuras humanas eram carregadas de simbolismo e se aproximava do sonho em espaço trágico e cósmico, muitos eram levados à liberdade dentro de grandes embarcações oníricas e simbólicas como era descrito na *narrenschiff*, uma composição literária que representava uma viagem em busca de uma existência errante, mas que, na verdade, tinha como pano de fundo o ato de retirar o louco do convívio social e largá-lo às margens da cidade. Na verdade, o homem medieval enxergava na loucura seu contraditório, um avesso de sua personalidade e uma falha ética no seu comportamento, logo, a loucura denunciava uma vivência imoral no comportamento humano, mascarada por boas ações frente a moral religiosa.

No fim da Idade Média e na renascença, a loucura era uma expressividade do sujeito envolta em mistério, muitas vezes associada a forças místicas de uma dimensão sobrenatural, na qual o louco se apresentava como o revelador das contradições e hipocrisias sociais e na qual era expulso das cidades em naves que deslizavam pelos rios da Renânia e nos canais flamengos. Ainda reside nessa expressividade, singularidades e descontinuidades que impediriam a plena objetivação de seus discursos e a definição precisa de seus sujeitos, de acordo com parâmetros de uma medicina ainda bem rudimentar, do ponto de vista científico, “e que a ele ainda não se remetia, nos moldes da modernidade” (SILVEIRA & SIMANKE, 2009, p. 27).

Já próximo ao fim da Idade Média, temos uma espécie de imposição de normas de comportamento e condutas ditas normais pela sociedade, despontando no renascimento, um homem mais crítico de si mesmo e influenciado pelas instituições de controle moral, a exemplo da igreja e do estado. No século XV, observa-se uma mudança de percepção da loucura dentro do contexto social da emergente renascença do período clássico, é quando se perceberia uma reformulação na forma de capturar o entendimento do louco dentro do mundo de uma desrazão que expõe a loucura já no exterior do homem, descontrolando-a, tirando-lhe o poder de si mesma, submetendo-lhe a razão e modificando o binômio trágico-mágico pelo elemento trágico e crítico, mergulhando-a assim em uma razão crítica e moralizada.

3.1.3 A Era Clássica de Foucault e a Experiência da Loucura

Após algumas análises construtivas e contextualizadas sobre o percurso da loucura, chega-se

à era clássica e com ela a novas percepções que servirão de base para o despontar da experiência moderna. Para tanto, entendeu-se necessário seguir o ponto de vista de Michel Foucault em seu clássico *A história da loucura na Idade Clássica*, livro publicado como *folie et déraison* no ano de 1961 e até hoje usado como marco metodológico ou viés de várias pesquisas na área da saúde mental. Foucault lançou o que entendemos por arqueologia na pesquisa, uma forma de visualizar como as coisas produzem problemas ou mudanças na compreensão da sociedade, por isso, suas ideias merecem ser discutidas.

Em seu percurso arqueológico, Foucault entende a condição da loucura como um ponto passagem da renascença no interior temporal da era clássica para a era da razão também clássica da loucura, em meados do século XVII, como um “fenômeno específico do espírito humano a loucura é pertencente ao grupo dos profetas, visionários possuídos, santos, palhaços, obcecados pelo demônio e etc.” (ZIZEK, 2013, p. 174).

Segundo Amarante (2013, p. 23), “o percurso arqueológico de Foucault permite-nos acompanhar a partilha entre a razão e a loucura pela verdade”, esta última inspirada no famoso *cogito* de Descartes, no iluminismo e na existência pela verdade através da racionalidade.

Ainda sobre Foucault, o autor faz um paralelo entre as razões que levaram a loucura a se configurar como objeto de exclusão social, avaliando as formas de percepção da mesma entre os séculos XV e XVII, especificamente entre o renascimento e a modernidade. O autor faz um elo temporal histórico como o flagelo da lepra na Europa, a substituição desse mesmo flagelo pelas doenças venéreas, o internamento desses indivíduos doentes em instituições filantrópicas (futuros hospitais) vinculadas diretamente à religião e que, com o advento da medicina mental em um *despertar da razão*, transforma a loucura teatral e artística, divina e esotérica em objeto de perseguição e exclusão social pela sociedade. A loucura passa a ser então uma doença mental em detrimento do estado de sofrimento psíquico.

A era clássica ou classicismo vai desde o século XV a meados do século XVIII, resgatando os valores da antiguidade greco-romana e sofrendo grande influência das artes, da literatura e do cientificismo nascente.

A experiência da loucura no classicismo foi marcada por um longo momento de reflexão moral, em uma relação de alteridade entre a normalidade e a desrazão. O *outro*, objeto desta desrazão, passa a ser um estranho frente ao rotulado normal. Logo e sob influência do método cartesiano, se verá uma relação de contrariedade, em que os comportamentos desviantes passam a

ser subjugados como uma forma de erro de caráter, um erro ético não passível de enquadramento social nem de salvação divina.

Logo, a loucura não é mais interna ao homem. Ela o destaca na multidão, o expõe aos olhos acusadores, terminando por ser um exemplo contrário aos bons costumes e, assim, juntamente com toda uma classe composta dos mais variados tipos humanos, é retirada do convívio social e passa a ocupar os velhos leprosários malditos, como que herdeira. Este fator foi um passo dado a uma política de internação em massa e paralelo ao nascimento dos hospitais ou casas de correção.

Foucault (1972) aponta o seguinte:

[...] se o louco aparecia de forma familiar na paisagem humana da Idade Média, era como que vindo de um outro mundo. Agora, ele vai destacar-se sobre um fundo formado por um problema de 'polícia', referente à ordem dos indivíduos da cidade. Outrora ele era acolhido porque vinha de outro lugar; agora, será excluído porque vem daqui mesmo e porque seu lugar é entre os pobres, os miseráveis, os vagabundos. A hospitalidade que o acolhe se tornará num equivoco, a medida de saneamento que o põe fora do caminho [...] a loucura com a pobreza e a ociosidade, doravante surge, de modo seco na dialética imanente dos estados (FOUCAULT, 1972, p. 63).

A loucura então, no início da época clássica surge em um espaço onde a ética predomina. Dessa maneira, o louco possuía um desvio ético que o levava ao internamento. O louco era um ser de defeitos que se encontravam em seu comportamento imoral e em suas frases alheias e perdidas em um mal enraizado consigo. Não se tratava apenas de ser louco envolto de uma loucura tenebrosa que o incapacitasse de seguir normas e se mostre desrazoado, mas de ser um louco cujo comportamento era voltado para ações indesejadas, razões que diante da normatização religiosa ou ética da sociedade o impedissem de conviver e viver em sociedade, com uma insensatez tão soberana causada pelo desregramento dos bons costumes.

Os alienados, então, passavam a vagar entre figuras errantes e ociosas, presentes na sociedade europeia e frutos de uma grave desigualdade social. Muitas dessas figuras eram pobres, prisioneiros fugidos e desempregados, que viviam sua vida em meio a roubos, pela esmola e pela fome, sendo empecilhos à burguesia nascente e à monarquia absolutista. A solução seria a internação, afastá-los do convívio social em que os mesmos eram culpados por sua situação de exclusão.

Os novos hospitais abriam-se aos montes e se espalhavam como uma praga, a fim de servirem como ponto de resolutividade em meio ao crescimento desordenado das cidades, que

recebiam os indivíduos para serem castigados pelo *crime* da ociosidade, da preguiça e por vários outros motivos fúteis.

É nesse contexto que surge o hospital geral, como ferramenta de controle pela monarquia e os órgãos jurídicos, mantendo a salvo a sociedade destes “intransigentes desocupados”, se tornando, então, como diria Foucault a terceira ordem de repressão social, isto é, “uma instituição de estado entre o poder da polícia e o poder da justiça, responsável pelo recolhimento dos marginais de todos os gêneros” (DE ALVERGA, 2004, p. 63)

A loucura foi então silenciada e capturada como um signo do mal “no território maldito dos hospitais, em conjunto com a totalidade do rebotalho social, isto é, os criminosos, os infiéis, os blasfemadores, etc.” (BIRMAN, 2003, p. 14).

Quanto ao aspecto da grande internação descrita por Foucault em *A história da loucura*, conclui o pensador que:

[...] a internação é uma criação institucional própria ao século XVII [...], como medida econômica e precaução social, ele tem valor de invenção (...), mas na história do desatino, ele a designa um evento decisivo [...] as novas significações ligadas a pobreza, a obrigação do trabalho e os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modifica-lhe o sentido (FOUCAULT, 1072, p. 78).

É nesse universo moral que a loucura constrói sua história e sua passagem, na relação razão-ética no classicismo renascentista que, com o tempo, será sobreposta por uma razão-moral, já com ensaios médicos-mentais que dominam a loucura e a tornam caso de cura, de desordem não mais espiritual, mas desordem biológica, das quais os futuros psiquiatras e outros *psi* se apoderariam para rotulá-la através de uma organização de sinais e sintomas referentes ao comportamento em busca incessante pelo sinal de desvio.

3.1.4 A Internação, o Espaço Correcional e o *Cogito*

Ainda através de ideais de virtude a grande burguesia nascente, com o sonho de uma sociedade perfeita e livre de membros que não contribuía para seu crescimento oriundo do capitalismo e da livre oferta, principalmente por meio do trabalho, planejava e executava, junto ao

Estado, mecanismos de controle que não apenas internavam, mas que também corrigiam, fazendo-os pagar por seus pecados, pelo seu mal comportamento ocioso e preguiçoso, assim como por sua alienação.

Na verdade existe uma espécie de medo com o que se mostra como seu contrário. O *outro* da desrazão passou a ser o fruto de um mal que precisava ser escorraçado, posto fora da cidade, do mundo normal, às margens do muro construído pelo Estado. “O internamento seria assim a eliminação espontânea dos 'a-sociais'; a era clássica teria neutralizado, com segura eficácia – tanto mais segura quanto cega – aqueles que, não sem hesitação nem perigo distribuíamos entre as prisões, casas de correção, hospitais psiquiátricos ou gabinetes de psicanalistas” (FOUCAULT, 1972, p.79).

A criação destas instituições de encarceramento vão de encontro à própria história da psiquiatria, quando a loucura deixou de ser entendida como pertencente a um grupo exótico de indivíduos verdadeiros e integrais que, por vezes, se destacavam socialmente pela sua forma de entender e dar sentido ao mundo, algumas vezes mágica para algumas sociedades, muitas vezes divina para outras culturas.

De fato, o que se pode perceber nesta experiência do internamento e da correção é a existência de um conceito nascente sobre o louco desrazoado (aquele que é sem razão, que possui desrazão), que “é principalmente a invenção social da alienação através do isolamento dos excluídos em ambiente, não familiar, portanto, alienante” (SILVEIRA, 2000, p. 28). Através deste isolamento, concebe-se uma remodelação lenta da apropriação da loucura, principalmente dos seus conceitos sociais, como que uma estranheza à convivência. Essa desrazão anunciada e já exposta, é uma motivadora para uma ruptura na relação de alteridade existente entre os alienados e os razoados, logo o poder mágico-trágico, o qual era interiorizado, agora é exposto em uma crítica ao comportamento desviante, talvez isso seja, de fato, a grande questão de Foucault quando o mesmo refere-se que seu interesse recai sobre como se causou essa passagem de sentidos, culminando na percepção do louco como doente mental e excluído.

Temos assim, segundo Pelbart (1989), a desrazão entendida como tudo aquilo que uma sociedade enxerga como sendo seu *outro* a estranheza, a ameaça, a alteridade social, ou seja, o eu exterior agora é analisado e do alienado é roubado seu poder de encantamento, logo, sua existência-sofrimento não mais importa, por que para sociedade a ruptura subjetiva já existe e o louco agora passa a ser capturado pela percepção exclusivista, pelo olhar acusador e subjugar.

Toda essa questão sobre a concepção de loucura durante a era clássica até seu fim, no século XVII ou XVIII, é importante ser frisada, haja vista que cada autor a define conforme sua época, o

que facilita a análise desta discussão.

Não se pode escapar a noção hegeliana sobre a loucura. Hegel traz a loucura para dentro do próprio homem, a analisa e a conceitua. A loucura para Hegel faz parte da condição humana, não precisando o homem ser deslocado da sociedade por ser louco. O homem tem como necessária a loucura na em sua vida, em uma busca constante pela totalidade da consciência, em um encontro consigo mesmo, portanto a loucura para Hegel, não se resume ao seu contraditório, ou seja, a razão. A loucura então é um conflito interior do homem com ele mesmo, na busca de um equilíbrio de consciência em uma restauração de sua totalidade.

A ideia de totalidade do indivíduo é bem citada na obra hegeliana. Mesmo sendo um pensador humanista, Hegel fornece à loucura uma oportunidade de ter poder sobre si mesmo, ainda que pelos olhos dos outros, o que altera outra vez sua relação de alteridade entre os contrários (desrazoados x razoados), diferentemente do que define Descartes durante seu momento de meditação na análise de percepção sobre loucura e razão.

De acordo com o pensamento cartesiano ocorre uma ruptura entre o corpo e o espírito. Descartes descreveu o universo, dividindo-o em dois mundos: um que se referia ao conhecimento objetivo, científico – o mundo dos objetos; e outro, intuitivo e reflexivo – o mundo dos sujeitos. Paralelo a esta compreensão, criou-se uma oposição entre filosofia e ciência, de tal modo que, embora o sujeito se torne o fundamento de toda verdade possível, ele é excluído enquanto sujeito ativo do campo da cientificidade, pois, esta é compreendida como objetiva e racionalmente comprovável, não cabendo ao “sujeito observador influir sobre o objeto observado” (DESCARTES, 1983).

Lançando as bases para o racionalismo, Descartes se põe a duvidar sobre a existência do ser no mundo como base no sonho, questionando-se da influência da experiência onírica na realidade do indivíduo. Quando existo, provavelmente estou sonhando? Com esse princípio e com essa indagação, somente é possível saber o que é real através de métodos de investigação baseadas na razão. Foi exatamente isso que trouxe a noção do *cogito* (reflexão filosófica na qual o sujeito é uma necessidade do conhecimento através da unificação de pensamento e existência), tão questionado por Jacques Derrida quando Foucault discorda do pensamento de Descartes. O *cogito ergo sum* (penso, logo existo) é o que entendemos por edifício do conhecimento, onde mesmo no sonho existe uma fagulha de realidade, quando se pensa se vive, existe.

Estas discussões mesmo que muito filosóficas, são necessárias para visualizar o que se

propõe sobre a loucura nos postulados de Foucault, haja vista que o mesmo considera de suma importância à obra de Descartes, algo como um divisor de águas na mudança do conhecimento de mundo e do pensamento social.

Dessa maneira, o argumento do *cogito* de Descartes, segundo Foucault, foi a base para segregação entre normais e anormais em um exercício de razão absoluta que acabaria de vez com a empatia que ainda existia para com os alienados, submetendo-a para um exílio para lugar nenhum.

Nesse sentido, analisa a obra foucaultiana a loucura de acordo com o raciocínio do *cogito*, seria uma impossibilidade de pensamento, logo a mesma seria excluída da experiência da razão, ou seja, [...] “esse momento e, por isso mesmo, certa maneira de qualificar o sujeito meditador como não podendo ser louco [...]” (FOUCAULT, 2012, p. 86).

Esse sujeito meditador é o homem que pensa e, por isso, está a um passo do conhecimento pleno. Através do sonho o mesmo sujeito chega à razão, a menos que seja um louco. Essa experiência do conhecimento, uma experiência ocidental, ocuparia, segundo o filósofo, uma posição relativamente próxima entre loucura e razão.

No entanto, a história da loucura, apesar de ser à base de uma metodologia inovadora e de ter influenciado o percurso do conhecimento, foi muito criticada e alvo de incoerências pela comunidade filosófica. Jacques Derrida, também filósofo, rebateu as ideias de Foucault alegando que o mesmo teria mal interpretado a obra de Descartes, não entendendo as ideias do autor e o significado que a mesma queria repassar, assim, Derrida descreveu o objetivo de Foucault com sua obra:

Escrever a história da própria loucura, ou seja, a partir de seu próprio instante, de sua própria instância, e não na linguagem da razão, na linguagem da psiquiatria sobre a loucura [...] História não da psiquiatria', diz Foucault, mas da própria loucura, na sua vivacidade, antes de qualquer captura do saber (DERRIDA, 2001, p. 15).

Derrida então questiona um Foucault distante das amarras da razão, do pensamento crítico cartesiano e corajoso o suficiente para escrever uma história da loucura meio que como por instinto ou intuição. Fato é que o próprio Foucault não se considera filósofo ou historiador, mas alguém que estuda estereótipos humanos em uma sociedade excludente e como se chegou a esse ponto, o que determina sua qualificação na pesquisa arqueológica.

De acordo com Vandresen (2013. p. 123),

[...] a interpretação de Derrida é equivocada porque pretende analisar a obra de Foucault apenas teoricamente, apenas pelas três páginas dedicadas a descartes. Por outro lado, o objetivo de Foucault em a história da loucura e investigar a separação entre loucura e razão tanto na ordem teórica quanto prática.

De fato mesmo com esses contrapontos, a obra arqueológica de Foucault se sobressaiu. Não é o objetivo deste trabalho, relatar ainda mais pontos polêmicos discordantes, em geral, “a diferença é que, para Foucault, o *cogito* é fundamentado na exclusão da loucura, ao passo que, para Derrida, o *cogito* em si só pode surgir por meio de uma hipérbole 'louca' (dúvida universalizada)” (ZIZEK, 2013, p. 174).

Continuando com as discussões sobre internamento e correção dos alienados, com o tempo e com a recepção nas casas de correção, os loucos e uma série de outras figuras tiveram cada vez mais seu comportamento analisado e categorizado pelo recente saber médico do século XIX, que já os considerava doentes mentais, sendo, destarte, todos os casos já passíveis de cura e tratamento, porém as estruturas de correção moral se mantiveram internalizadas na característica da instituição e da mentalidade popular.

“No mundo do internamento, a loucura não explica nem desculpa coisa alguma; ela entra em cumplicidade como o mal a fim de multiplicá-lo, torná-lo mais insistente e atribuir-lhe novas caras” (FOUCAULT, 1972 p. 138).

Aos poucos, a medicina mental (forma de classificação da loucura muito utilizada no início do século XVII), se apoderou de classificar todos os comportamentos ditos desviantes de conduta, por vezes assim considerados pelas regras impostas e internalizadas pela sociedade.

3.1.5 Razão Pineliana e o Despertar da Psiquiatria

Com o final do século XVIII, a alienação mental passou a ser vista como distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso. Já no século XIX vemos surgir a aurora de uma nova

forma de lidar com a loucura, onde não somente se discutiria sobre desrazão e insensatez. Esta nosologia era baseada no ato de curar através de uma complexa organização e hierarquização dos comportamentos humanos ditos desviantes, conseqüentemente, a loucura passou a ser passível de cura, sendo criado posteriormente, no século XX, o modelo biomédico, junto com o advento da psiquiatria e a criação de lares de isolamento, os manicômios.

Não se via animalidade na loucura a qual se encerrava e caracterizava o homem em sua forma como, mais tarde, pôde-se observar, no fim do período conhecido por classicismo, já desenhando como seria a visão social da loucura na era moderna, faltando aos loucos apenas a qualidade de doentes mentais. Logo, se o homem e sua loucura tinham em sua forma extrema a aproximação à figura de um animal com toda irracionalidade herdada das ideias iluministas, era necessário domesticá-lo e trazer correção moral a sua loucura, calando-a e trazendo à tona a figura humana novamente. “O Animal no homem não funciona mais como um indicio do além; ele se tornou a sua loucura, que não mantém relação alguma a não ser consigo mesma: sua loucura em estado natural (FOUCAULT, 1972, p. 151)”.

Philip Pinel e Esquirol foram os principais representantes desta nova era, lançando a base de uma medicina mental cujo principal objetivo era o tratamento moral vinculado à ideia de internamento asilar, no qual os internos seriam submetidos a um método de intervenção baseado na autoridade médica, tendo como peça principal a ridicularização do estado de loucura atrelada à ideia de vigília e punição como formas de romper com os delírios, anulá-los confrontando-os uns com os outros em seus vários giros de loucura, ou seja, novas formas de tratamento e assistência em uma instituição única somente para loucos, o manicômio. “À época de Pinel, quando a relação fundamental da ética com razão será convertida num relacionamento segundo da razão com a moral e quando a loucura não será mais que um avatar involuntário, do exterior a razão e se descobrira com horror a situação dos loucos nas celas dos hospícios. (FOUCAULT, 1972 p. 144).

A experiência da loucura, já nesta época dita moderna, vai se estender até o século XX, quando experiências europeias, a exemplo da Itália, lançam bases para o surgimento de novos métodos de tratamento desinstitucionalizante e mergulhados em uma nova percepção social da loucura, e um novo sentido de cuidado.

A medicina mental, agora já pronta para se chamar *psiquiatria*, tem em seu âmago um significado óbvio, tornar-se uma peça de poder/dominação do louco. A psiquiatria enquanto ciência da mente tem um papel fundamental na constituição de uma nova forma de se pensar a loucura e o

sofrimento mental. Com seus paradigmas e instituições de internamento, mostrou-nos uma nova forma de contenção de segregação social da loucura às margens da sociedade. Nesse sentido, existe um discurso que traz à tona a percepção dos loucos como perigosos para sociedade e, em função de sua doença, não conseguem conviver de acordo com os padrões sociais. A partir disso, retira-se desse sujeito alienado o saber acerca de si e de sua doença, delegando-o ao especialista (SILVEIRA & BRAGA, 2005).

Em seus discursos, Foucault tenta encontrar na filosofia de Nietzsche uma explicação para transformação da loucura em doença mental, tomando como ensinamento as críticas de Nietzsche sobre a individualidade do sujeito fundamentado no pensamento científico. Sua busca tem um motivo, ele acreditava que o homem era fruto de uma construção de pensamento social e histórico, logo a história tinha papel fundamental na determinação dos fatos sociais que influenciavam a coletividade, o que pode explicar o aspecto negativo com o qual a sociedade excluiu os leprosos em instituições de internamento e, mais tarde, confinou a loucura com a ideia de doença mental, consequência do nascimento da clínica médica e da racionalidade.

Segundo Torre & Amarante (1984, p. 45),

[...] em outras palavras, repensar o sujeito a partir de uma nova concepção de loucura, nos leva a possibilidade de uma ruptura em relação à herança da tradição filosófica e cartesiana, e desta forma, a discussão sobre a crise do sujeito contemporâneo encontra caminhos e desenvolvimentos antes ignorados para invenção de novas formas de relação entre razão e desrazão.

Isso se deu devido à constituição, no interior do racionalismo moderno, de uma noção de sujeito do conhecimento, em que a razão como fundamento do sujeito garantia sua existência e a revelação da verdade sobre a natureza e sobre o homem (FOUCAULT, 2012).

Assim, o surgimento do Hospital Psiquiátrico é atrelado a um saber difundido sobre uma forma de poder médico, curativo e hospitalocêntrico em torno de uma ciência desesperada por seu espaço como especialidade, que leva ao internamento como o único meio de contenção para se descobrir a cura para loucura.

O manicômio é a tradução mais completa dessa exclusão, controle e violência. Seus muros escondem a violência (física e simbólica) através de uma roupagem protetora que desculpabiliza a sociedade e descontextualiza os processos sócio históricos da produção e

reprodução da loucura. (LUCHMANN & RODRIGUES, 2006, p. 404)

É importante atentar que ainda restam os manicômios mesmo com todo o processo de desinstitucionalização, os “manicômios mentais”, parafraseando Perlbart (2009), estes sim são grandes entraves no novo contexto da loucura.

3.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A SAÚDE MENTAL

Após algumas discussões acerca de toda uma contextualização sobre a loucura, é importante conhecer um pouco sobre os pós-movimentos surgidos a partir da influência de Michel Foucault e outros pensadores como Ervin Goffman, Gilles Deleuze, Felix Guattari, Robert Castel, entre outros, especialmente no que toca à relação entre a loucura e o discurso de poder psiquiátrico, sempre vinculado à realidade de cada país e sua experiência com o desatino e a assistência.

Não obstante, vários acontecimentos sociais e econômicos contribuíram para modificar ainda mais a realidade e instigaram mudanças de pensamento na estrutura social que vão desde o amadurecimento da ideia do processo saúde-doença ao surgimento de novos paradigmas de assistência em saúde.

3.2.1 Contextualizando a Reforma Psiquiátrica e a Saúde Mental no Contexto Brasileiro

A clínica psiquiátrica deu vida a um grande número de hospitais e uma enorme “indústria da loucura” como dizia, Gentile de Melo, um mercado forte e de grande expansão que estava disposto a se firmar. Países de primeiro mundo como os Estados Unidos, eram referência em seu modelo psiquiátrico preventivista e comunitário, influenciando inclusive o Brasil. Este tipo de tratamento e intervenção eram baseados em ações preventivas no seio da comunidade, no entanto sofrendo muitas críticas devido seu caráter normalizador de comportamentos relativos a exclusão social dos portadores de transtorno mental.

Pensar saúde mental atualmente é uma atividade complexa, política, social, coletiva, humana, jurídica e subjetiva. As discussões em torno da temática seguem vários vieses, todos necessários a

uma reformulação das práticas e das formas de pensar a saúde mental, haja vista que os problemas que existem dentro deste contexto não se resumem apenas à estrutura e organização da atenção em saúde, mas, também, ao modo de se pensar da sociedade, suas representações, sua cultura e todo um universo que envolve vários atores como a família, sociedade e governo.

Ao citarmos todo este aparato de medidas e reformas que tanto influenciaram o processo de reforma psiquiátrica contemporânea e atual brasileira quanto a reestruturação dos serviços de saúde mental, não se deve deixar de discutir o que concerne aos dois principais modelos europeus que o influenciaram, não somente o brasileiro, mas grande parte dos países do mundo, trata-se da referência da França (Psiquiatria de Setor) e da Itália (Psiquiatria Democrática), com ressalva ao modelo de Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos e que teve respaldo no Brasil ainda antes da década de 80.

O que há de comum é a grande mudança de paradigma que existiu no pós Segunda Guerra mundial, nesse sentido, podemos afirmar que a partir do momento em que o homem confrontou sua verdadeira face de desespero frente aos eventos sangüinários da segunda guerra, ele passou a questionar-se de suas ações e uma centelha de humanidade e pensamento crítico o fez questionar-se de seus atos. E é nesse contexto que começam a ocorrer as principais mudanças do século XX.

O modelo de reforma Francês, sofre atualmente grande influência da Psiquiatria de Setor (continuidade terapêutica com participação familiar e social no território), juntamente com a ideia de trabalho terapêutico, tendo sido esta última idealizada por François Tosquelles, estudioso influente que também criticava a relação de poder e aprisionamento da loucura do homem frente ao paradigma psiquiátrico, a experiência da loucura em torno do modelo hospitalocêntrico de saúde mental, difundido pelo trabalho com Comunidades Terapêuticas e Psicoterapia Institucional (mudanças no seio da instituição psiquiátrica, acreditando, portanto, que esta instituição havia perdido seus ideais e possibilidades de exercer sua verdadeira função terapêutica (AMARANTE, 2009).

Já na Itália é possível observar a Psiquiatria Democrática - tipicamente italiana e sob influência de várias correntes de psiquiatria comunitária, - a mais específica e influente experiência de reforma que se mantém atualmente no Brasil. Idealizada por Franco Basaglia a partir de uma experiência vivenciada em um grande manicômio na cidade de Trieste, na Itália, seu objetivo era a desinstitucionalização em massa dos indivíduos em estado de sofrimento psíquico dos manicômios em um movimento pela luta antimanicomial, que envolveu vários atores, e na qual, posteriormente esses indivíduos seriam reinseridos na sociedade por meio de serviços alternativos em saúde mental.

Segundo Basaglia (1985, p. 13), “a desinstitucionalização vai muito além de desospitalização e construção de serviços alternativos. Implica uma mudança não apenas das instituições, mas, antes de tudo, das práticas, ou seja, implica uma desconstrução da própria psiquiatria”.

Este processo de desinstitucionalização em massa, pensado por Franco Basaglia com certa experiência da comunidade terapêutica, como já citado, foi circunscrito a um asilo italiano de Trieste e amadurecido na cidade de Gorizia, pouco a pouco tornando-se um paradigma entre o modelo psiquiátrico vigente e organicista e o desinstitucionalizante, abrindo uma rachadura na política centralista dos manicômios e expondo a realidade brutal e desumana realizada nesta corporação (PASSOS, 2009, p. 127).

Essas reflexões nos levam a imaginar que no Brasil o processo de Reforma Psiquiátrica tem uma clara influência dos modelos europeus de internamento, principalmente o modelo italiano de Psiquiatria Democrática, como seu principal foco de ação, seu principal norte, além da influência do modelo francês e estadunidense de psiquiatria comunitária, este último contribuindo pouco com o processo pelo entendimento de o mesmo não acompanhar o processo de desinstitucionalização.

Dando continuidade ao histórico processo de reforma brasileira após as discussões em torno das experiências europeias, haja vista que o objetivo dessas discussões não é o modelo europeu, mas os acontecimentos ocorridos no Brasil observa-se uma contextualização histórica do processo de reforma psiquiátrica brasileira investida pelo regime militar quando surgiram as primeiras manifestações efetivas de mudança no pensamento social da loucura, quando se pôs em discussão a constituição de 1976 e a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), sob grande participação de estudiosos como Paulo Amarante, e do Movimento de Renovação Médica (REME), promovendo espaços efetivos para discussões e reflexões mais acirradas. A “reforma psiquiátrica brasileira surgiu a partir de denúncias sobre o caos da assistência em saúde no setor de saúde mental e de questões de ordem trabalhista e política, em meio, a um período de redemocratização do país.” (AMARANTE, 2003, p. 23).

Em torno dessas manifestações pode-se observar uma crítica à situação da assistência prestada nos manicômios, às terapias de eletrochoque e ao uso abusivo de medicamentos, causando repercussão na imprensa do país e culminando na realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria e do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições do Rio de Janeiro em 1978 (LUCHMANN & RODRIGUES, 2006).

Em contrapartida, em conformidade com Paulin e Turato (2004), de acordo com estudos

realizados:

“Os marcos que antecederam o movimento de reforma no Brasil foram os períodos compreendidos entre os anos de 1967 e 1978, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), este último com grande influência da crise da antiga Divisão Nacional de Saúde Mental (DNSM).” (PAULIN & TURATO, 2004, p. 34).

Em um momento anterior a 1967, ano da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) no Brasil, observou-se grande repercussão do modelo de Psiquiatria Preventivista, em curso nos Estados Unidos, devido à criação de uma paliativa assistência psiquiátrica pública, consolidada com a contratação de serviços privados de cuidados psiquiátricos em nível hospitalar, conforme se lê em Luchmann & Rodrigues (2006).

[...] para se compreender a política de assistência psiquiátrica brasileira, [...] faz-se necessário retornar a 1940 [...] quando Aduino Botelho assumiu o então cargo do recém-criado Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM). Botelho foi discípulo de Juliano Moreira, a figura mais proeminente da psiquiatria brasileira [...] que buscava conferir caráter científico à psiquiatria. Naquela época (1941-1954) predominavam os hospitais públicos, responsáveis por 80,7% dos leitos psiquiátricos no país [...] possuindo em meados de 1941, 62 hospitais psiquiátricos sendo 23 públicos e 39 privados, [...], em 1961, o Brasil já possuía 135 hospitais psiquiátricos, sendo 54 públicos e 81 privados [...].

Mesmo com o aumento do número de hospitais públicos e privados, o maior contingente de leitos hospitalares pertencia ao setor privado, mostrando, dessa forma, que o mesmo ganhou força após a contratação de leitos privados por parte do governo, a fim de atender as demandas dos hospitais públicos e de oferecer um melhor atendimento àquelas pessoas que faziam parte dos Institutos de Aposentadorias e Pensões como comerciários, bancários e etc. (SAMPAIO, 1988).

Em momento posterior e marcada pelos movimentos de Reforma Sanitária (RS), a 8ª e épica Conferência Nacional de Saúde (1986) lançou as bases para mudanças no setor saúde, a reestruturando da atenção e a assistência. Várias foram às modificações que transcenderam a reforma apenas administrativa, exigindo uma formulação mais profunda.

Foi nesse contexto que se lançou, no ano de 1987, a Conferência Nacional de Saúde Mental (mesmo ano da criação do MTSM, que assumia como lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”) - e seus debates a respeito da cidadania e do protagonismo, além dos direitos dos portadores de

transtorno mental, da reorganização do setor de assistência através do atestado de negação ao modelo vigente de medicina psiquiátrica organicista, expondo, destarte, as condições de tratamento e as contradições do cuidado terapêutico causador da exclusão social dos indivíduos em estado de sofrimento psíquico no bojo de uma sociedade que ainda carrega a noção segregacionista da loucura como objeto institucionalizante.

Rapidamente tornando-se mister no entendimento de todos,

[...] o combate a postura ambígua do Estado no campo das políticas sociais e resgatar para a saúde sua concepção revolucionária, baseada na luta pela igualdade de direitos e no exercício real da participação popular, combatendo a psiquiatrização do social, a miséria social e institucional e eliminando o paternalismo e a alienação das ações governamentais e privadas no campo da saúde (BRASIL, 1994).

Após esse acontecimento, a reafirmação dos ideais revolucionários de reforma em saúde, precisavam de um certo respaldo internacional, o que veio a calhar com a Declaração de Caracas (1990), que reestruturava a atenção psiquiátrica dentro de sistemas locais de saúde, da mercantilização da loucura e de uma política de inclusão social que tinha como ideal a reinserção do paciente ao meio comunitário e familiar.

No ano de 1989 começa a tramitar no congresso e senado a proposta de lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) que, na íntegra, propõe a redução do número de leitos psiquiátricos pela substituição imediata dos manicômios por meio do processo de desinstitucionalização e uma mudança no método terapêutico com fins de acabar com o isolamento moral e a violência institucional e criação de métodos substitutivos em saúde mental, atrelados na ideia de territorialização e setorialização paralelamente imposta pela constituição de 1988 e que traz um ganho expressivo no que tange a à reinserção social do louco.

A referida proposta somente tornou-se lei em 2001 (lei 10.216) após um gama de modificações, entre elas a que determina a substituição imediata dos hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos, talvez por uma questão de reorganização estrutural do setor saúde ou grande burocracia administrativa devido à demanda de investimentos no setor. Algumas inovações como a obrigação de comunicado ao Ministério Público em até 72 horas em caso de internação compulsória acabaram por permanecer na nova lei de atenção à saúde mental.

Fato é que durante o processo houve a participação ativa dos pacientes na luta antimanicomial a partir da década de 90 pela força da proposta de lei que propunha reconstruir a

ordem da assistência psiquiátrica no Brasil (DELGADO, 2011).

A nova proposta de lei, somente em vigor futuramente (2001), vinha a alterar a percepção sobre a assistência em saúde mental, de forma que:

A cidadania plena dos pacientes elenca nove direitos básicos, entre os quais o de prioridade no tratamento comunitário. Restringindo a internação como uma modalidade de tratamento, a ser utilizada apenas nos casos em que é indispensável. No entanto, observamos que sua aplicação, na prática, ainda não segue orientações normativas. Vemos muitos pacientes internados para que a família se livre do problema ou porque o estado ressarce os gastos que as clínicas virão a ter, então, a instituição opta pela via mais cômoda: a da internação (DELGADO, 2001 apud VILHENA & ROSA, 2012, p. 157).

3.2.2 Modelos Substitutivos e de Atenção à Saúde Mental

No Estado brasileiro, a própria sociedade ainda pensa e reflete a loucura de forma institucionalizada, representação esta expressada pela noção de periculosidade um tanto secularizada, que marca a história da loucura e da medicina mental.

O Brasil ainda tem muito em respeito à correta assistência ao indivíduo em estado de sofrimento psíquico. Mudaram-se as estruturas administrativas, porém, como reflete Pelbart (2009), “os 'manicômios mentais' continuam”, e para acabar com estes é necessário um longo processo social, complexo, de reformulação do pensamento social vigente, além de mudanças nas estruturas governo, estruturas humanas, de funcionalismo público, que acabam por reproduzir o mesmo comportamento preconceituoso e excludente, este seria, portanto, o maior desafio da saúde mental no momento.

No contexto atual brasileiro, um processo de desinstitucionalização em curso lento, responsável por mudanças significativas na oferta de uma assistência de saúde mental em um nível mais integrador, haja vista, que a ideia desse processo não é excluir as instituições, mas remodelá-las, transformar as formas de atenção em saúde mental com maior inserção social e resgatar a cidadania dos usuários. O processo de desinstitucionalizar é fruto das ações da reforma psiquiátrica e tem sido responsável por mudanças consideráveis no modelo biomédico dominante, oferecendo espaço para novas formas de assistência à saúde mental os modelos assistenciais substitutivos dos hospitais psiquiátricos.

Na mesma linha de pensamento, põemo-nos diante de políticas públicas direcionadas a investimentos erroneamente distribuídos, onde, ainda se investe a maior parte das verbas para a área de saúde mental em hospitais psiquiátricos.

Mas quais são esses modelos substitutivos? Com que intenção foram criados? Quais os principais desafios de sua efetivação?

Entre as mudanças que definitivamente não são espelhos do regime manicomial de repressão e internação, tem-se a necessidade de criar modelos de atenção em saúde mental de forma a intervir e facilitar o processo de desinstitucionalização associado a uma preocupação com a reinserção social dos loucos no âmago de uma sociedade tão segregacionista.

Os novos modelos substitutivos surgiram com a intenção de reduzir o estigma social excludente e resgatar a identidade social dos portadores de algum tipo de sofrimento psíquico, possibilitando uma política mais diferenciada no trato com esses indivíduos, com a oferta de cuidado em seu território, sendo este último um lugar de produção de sentidos em torno do processo de inclusão. Sua criação (modelos substitutivos) foi paralela às ideias de um novo Sistema Único de Saúde (SUS), mais integral, equitativo, descentralizado e mais humano, mesmo tendo se tornado parte das políticas de saúde mental estabelecidas quase duas décadas depois.

Vários são os programas criados com a finalidade de atuarem com modelos substitutivos, objetivando a diminuição de leitos de longa permanência em hospitais psiquiátricos, mantendo somente alguns em hospitais gerais para casos de urgência e emergência psiquiátricas, estando em paralelo a isso a reinserção social dos indivíduos em serviços alternativos, restaurando o impacto negativo dos manicômios, sobretudo na vida dos indivíduos com longo período de permanência.

Assim posto, restaurar sem incluir é uma contradição. Quando se fala em resgate de identidade social, verifica-se então, que “a produção da saúde mental se identifica diretamente com o projeto de produção de cidadão para o espaço social, garantindo ao portador o pleno exercício da cidadania e qualidade de vida (FERNANDES *et al.*, 2003)”.

Citamos os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, substitutivo manicomial mais importante nesse processo, e outros modelos substitutivos, como o Programa de Volta para Casa, os Serviços de Residenciais Terapêuticos, Hospitais Dia e Hospitais Noite, entre outros que, mesmo com alguma diferença em seu cerne, ajudam no processo de retirada do portador do manicômio, principalmente aqueles que sofreram violência institucional em longo prazo, além de várias iniciativas filantrópicas, como cooperativas de economia solidária, oficinas para geração de renda e

centros de convivência e cultura.

Segundo a revista eletrônica Rede Brasil Atual, no Brasil atual (referência ao ano de 2015), há em funcionamento 32 mil leitos de internação psiquiátrica, estando a maioria localizada no estado de São Paulo, porém, diante da realidade imposta pelo novo modelo de atenção ao processo de desinstitucionalização, esse cenário deveria estar mais avançado.

A proposta é a de alcançar a extinção dos manicômios, retirando indivíduos que há muito tempo foram esquecidos nessas instituições, inserindo-os em programas de cuidado humanizado, reintegrando-os, aos poucos, em uma espécie de restauração de convívio social, antes perdido, através do trabalho no campo social, onde a desconstrução do estigma atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura (TORRE & AMARANTE, 2001).

Atuando em rede junto às Unidades Básicas de Saúde (UBS), os CAPS, como política de saúde, foram introduzidos com o Sistema Único de Saúde (SUS), como “dispositivos estratégicos para organização da rede de atenção em saúde mental (...), são territorializados (...) e atuam no resgate das potencialidades dos recursos comunitários.” (NEVES, 2010, p. 668).

A ideia deste serviço é o favorecimento da inserção pela via comunitária, sempre com o apoio das UBS na busca ativa e preventiva de novos casos e no acompanhamento daqueles já existentes, de modo a auxiliar no processo inserção, que, diga-se de passagem, envolve a família, a sociedade, os profissionais, os indivíduos em estado de sofrimento mental e a administração pública, caracterizando um processo heterogêneo e plural.

Já os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa têm um investimento voltado aos casos crônicos de internação. Tratam de indivíduos com longo tempo de permanência que perderam sua identidade social e sua subjetividade frente ao lado de fora da clausura.

De acordo com Delgado (2001, p. 56), “as residências terapêuticas são o dispositivo estratégico mais importante no processo de reinserção social, funcionando como ponte relevante para a vida na cidade e para a autonomia de egressos de hospitais psiquiátricos”.

Estes dispositivos tem uma série de normas criadas, fazendo-nos refletir se realmente seria um ambiente adequado para morada desses indivíduos (FRANCO & STRALEN, 2015). Mesmo com o estímulo à conquista do protagonismo e das identidades perdidas durante o longo tempo de

internação é necessário refletir sobre a sua eficácia, já que seu sucesso depende também do ambiente cultural e social de relações extra-hospitalares, a fim de que os mesmos não se tornem presas de em um novo ambiente excludente.

Diferentemente dos SRTs, o Programa de Volta para Casa configura-se em um auxílio-reabilitação nos casos de longos períodos de internação e com necessidades crônicas de dependência institucional. Criado em 2003, através do lei 10.708, seu objetivo era também contribuir com o processo de reinserção social dos indivíduos portadores de sofrimento mental assegurando seus direitos de cidadão através de um planejamento na reabilitação psicossocial eminentemente atrelado a uma ajuda de custo abaixo do salário mínimo.

Todos esses modelos têm uma visão humanizada e cada vez menos institucionalizante, todavia necessitam de contínua reformulação e revisão de acordo com os benefícios e com as dificuldades que apresentam, para que os portadores não se tornem, novamente, instutucionalizados do lado de fora dos manicômios.

3.2.3 Entraves na Reestruturação da Assistência em Saúde Mental

O desafio da efetivação e manutenção dos modelos alternativos ou substitutivos tem relação direta com as dificuldades que o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta diante de políticas públicas direcionadas a investimentos erroneamente distribuídos, com boa quantia de repasse das verbas, ainda alimentando a área da saúde mental ligada ao atendimento clínico em leitos psiquiátricos de hospitais gerais, e espelhos do regime manicomial de repressão e internação.

Relata-se, sob essa perspectiva, a existência de uma gama de problemas de ordem de gestão do programa, de investimentos na atenção básica, da dificuldade encontrada na atenção primária em saúde, da referência e contra referência, do engajamento familiar e de uma maior participação social neste processo. Os passos rumo a uma nova forma de pensar e lidar com o sofrimento psíquico no Brasil merecem ainda, além de amplo debate, discussões e divulgações em prol da participação dos envolvidos e da sociedade em suas instâncias democráticas, para que apenas não seja implantado o novo, mas que seja passível de acompanhamento e gerência pela população (MEDEIROS & GUIMARÃES, 2002).

A criação de espaços mais efetivos deve atingir diretamente a população em todos os níveis

sociais, uma vez que se entende que enquanto não se moldar o pensamento social a respeito da importância da inclusão, qualquer modelo, por mais criativo que seja, não se consolidaria totalmente, pois interação e trabalho são necessários para que haja inclusão. A sociedade precisa ser sensibilizada para que o preconceito seja transformado de forma inovadora em uma ação humanizada e solidária. É fato a urgente necessidade de mudar pensamentos, práticas e atitudes de pessoas frente ao estigma que acompanha a saúde mental, dando aos portadores a cidadania que deles foi retirada forçadamente.

A reflexão sobre a perspectiva da atenção à saúde mental se relaciona com o novo modelo de atenção, pensado em uma abordagem integradora que envolve uma dimensão maior, compactuada em nível de territórios de saúde, humanização da assistência nos serviços ofertados e de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde.

Apesar das dificuldades, a assistência em saúde mental vem caminhando, mesmo que a passos lentos. Sua transformação e adequação aos novos modelos substitutivos de inclusão dos portadores de transtornos mentais no Brasil ainda encontra problemas de ordem sociopolítica. Ademais, os modelos vigentes de saúde mental no Brasil passam por uma série de problemas governamentais, como, por exemplo, a situação após 20 anos de reforma psiquiátrica, em que mais de 60% dos investimentos em saúde mental ainda alimentam manicômios espalhados pelo país e leitos psiquiátricos dentro dos hospitais. O problema é complexo, precisa ser entendido, avaliado, controlado e fiscalizado.

As mudanças devem acontecer de dentro do sistema de governo para uma perspectiva social com fins de educação permanente e intervenções efetivas em saúde mental. Talvez se a sociedade tomasse parte das atrocidades que ocorriam nas “instituições inventadas” (ROTELLI, 1990, p.89), poderia se sensibilizar reconhecendo os direitos civis que a ordem social, através do Estado, deveria manter.

3.2.4 A Importância do Território na Descentralização da Atenção em Saúde Mental

No que se refere à noção de território, observamos a necessidade de se considerar as demandas comunitárias, cada qual vista sob o prisma de sua realidade específica e considerando que o território é uma célula, um mundo diferente composto por seus próprios desafios e seu próprio perfil organizacional e administrativo. O território, “caracteriza-se por uma população específica,

vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde” (MONKEN & BARCELLOS, 2005, p. 898).

O espaço territorial ou região de saúde tem que ser conhecido e pensado como uma ferramenta existente para a redução de danos, rastreamento dos casos, ou seja, uma referência facilitadora do trabalho em saúde mental. A possibilidade de trabalhar-se com a ideia de um espaço potencial, singular e de pluralidades remete à facilidade de intervenções em nível socioeducativo e prático e seu bom funcionamento com boa intersectoralidade entre as regiões, refletindo assim uma melhoria da assistência em saúde.

Já a humanização nas mais diversas áreas da saúde, pôs entre parênteses a necessidade de se encontrar um espaço de diálogo, empatia e respeito ao outro. A ideia de humanização pode ser entendida pelas palavras de Teixeira (2005, p. 589), como “o que constitui o direito natural do homem é o que é conforme a essência do homem”, logo, a saúde constitui um direito do homem e precisa ser humanizada, pois avançar para este estado de saúde, além de ser a essência do cuidado, é também uma necessidade.

Sem a humanização em saúde, principalmente em saúde mental, nunca seríamos capazes de tentar entender a natureza do cuidado a ser oferecido conforme a necessidade alheia, assim como nunca passaríamos a tratar o doente e não a doença, já que tratar o doente é a finalidade da humanização, tratar a doença é a consequência para se chegar a um estado de saúde próximo da essência do cuidado.

Nesse sentido, ao discutir-se sobre humanização e território, refletimos o tratamento e as formas de concebê-lo, através do planejamento mais efetivo de uma assistência necessária, de forma planejada e se utilizando de recursos materiais e humanos que por vezes não enxerga-se o devido valor. O empoderamento dos usuários nesse caso é um fato a se considerar, pois, ao participar do processo de tratamento e acolhimento, a assistência torna-se mais efetiva.

Assim sendo, devemos pensar em um modelo de assistência em saúde mental como resgate do protagonismo e subjetividades dos portadores. Os usuários dos serviços devem ser participantes do processo de tomada de decisão sobre as perspectivas do seu cuidado. Os mesmos devem ser motivados a participar das discussões juntamente com engajamento dos familiares e profissionais da saúde, caso contrário, existirá uma lacuna permanente no serviço fornecido. Sem identificar as prioridades necessárias à atenção e sem avaliar as necessidades imediatas do cuidado em saúde mental, jamais será possível estabelecer-se um planejamento efetivo em uma perspectiva humana e

integral.

Esses alertas nos remetem a uma discussão sobre como proceder com as boas práticas de saúde no campo da saúde mental.

As boas práticas em saúde mental dependem tanto de uma dimensão profissional, quanto de uma pessoal, em que portadores de transtorno buscam formas de levar a vida com o máximo de liberdade possível, apesar da sua dificuldade. Por isto, várias correntes têm apontado como objetivo das práticas de saúde mental, não somente a remissão dos sintomas, mas principalmente, ampliar a capacidade de cada um lidar consigo mesmo e com os outros (CAMPOS, ONOCKO-CAMOS e DEL BARRIO, 2013, p. 2798).

Ora, faz todo sentido à citação acima, se pensarmos a atenção à saúde mental proposta pelos modelos substitutivos, não somente como uma forma de se trabalhar a reinserção social do louco, mas enchê-lo de confiança e potencializar sua capacidade decisória, fornecendo-o ferramentas para que o mesmo explore o ser-existência que existe dentro de si mesmo, além de permitir que esse mesmo ser relacione-se com o mundo, tendo a família e o serviço de saúde como suporte nesse processo.

Contudo, o exposto acima, só sairá do papel se o trabalho realizado junto às famílias for bem efetivo e a comunidade for cada vez mais conscientizada sobre a valorização destes sujeitos diferentes em seu meio, aprendendo a recebê-los e ajudando a inseri-los. Estas são dificuldades encontradas quando se trabalha no campo da saúde mental, pois a sociedade por muito tempo estigmatizou os indivíduos em estado de sofrimento psíquico, ao ponto que os rotulassem como perigosos potenciais à existência e à ordem da comunidade, procurando mantê-los longe, à margem.

É com esse contexto que o trabalho da equipe de saúde em nível territorial através das Unidades Básicas de Saúde é importante, já que a educação em saúde pode ser utilizada como arma contra o preconceito e estas ações podem ser de base para a multiplicação de atores sociais cada vez mais engajados com a causa da saúde mental e da reinserção dos indivíduos em situação de sofrimento psíquico, dando-lhes um novo sentido de existir e, conseqüentemente, um novo sentido à loucura.

3.3 O PAPEL DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA LOUCURA

Toma-se por base neste item relatar aspectos relacionados a família e sua convivência com o indivíduo em sofrimento mental em seu seio, no poder de seus cuidados e nas suas relações mais próximas.

3.3.1 A Instituição Família e os Desafios do Estigma da Loucura

O espaço familiar é o primeiro polo de ligação do indivíduo com o mundo externo, um elo inquebrável que determina como o indivíduo se percebe no mundo, nas relações e diante disso, avaliar qual seu papel enquanto cidadão em meio as normas de conduta que se expressam subjetivamente no tecido social. Dessa maneira, a família é a primeira rede social do indivíduo, devendo ser considerada a unidade básica de saúde, em um modelo de intervenção que possibilite resolver os problemas cotidianos, diminuir o estresse da família, do sujeito e evitar as recaídas/crises (SCEHIN & BOECKEL, 2012).

O papel da família, de tempos em tempos, se modificou de acordo com mudanças nos paradigmas éticos, morais, culturais, médicos, políticos e sociais. Antigamente, o espaço familiar após o iluminismo e de certo modo já próximo ao século XVIII, segundo a visão da nascente medicina mental (psiquiatria), alienava o indivíduo portador de algum sofrimento psíquico, submetendo-o a caprichos e liberdades que o tornavam ainda mais alienado, logo, era necessário retirá-los do convívio familiar e submetê-los ao isolamento terapêutico e correcional, proporcionando-o a cura da loucura. “A alienação provocada pela permanência junto à família poderia ocorrer em dois momentos diferentes que se referem a história pessoal ou no tempo presente e tempo estruturante da enfermidade mental” (BIRMAN, 1978 apud PEGORARO, 2009, p. 255).

Atualmente a medicina mental, depois de tantos questionamentos acerca de suas ações, não mais isola e corrige, impondo o tratamento moral em nome da cura com o objetivo de fixar suas bases médicas especializadas em tratar a loucura. Movimentos políticos e sociais, a exemplo do movimento dos trabalhadores em saúde mental e da reforma psiquiátrica, forçaram a tomada de atitude e mudança de pensamento a respeito do tratamento e da humanidade dos portadores de sofrimento psíquico.

Logo, observa-se nos modelos atuais de assistência em saúde mental, uma busca incansável da família enquanto espaço terapêutico e de apoio aos serviços substitutivos, migrando assim do *status* de culpada pelos comportamentos desviantes e geradores de deliberadas internações compulsórias por parte da medicina mental e suas instituições.

A família pôde então exercer seu papel pleno de cuidadora, oferecendo o conforto familiar necessário a vivência interpessoal dentro do seu seio e em meio a comunidade, tendo, pois grande importância no processo de inclusão dos indivíduos em estado de sofrimento psíquico. Juntamente com os serviços de saúde ofertados, percebe-se também uma necessidade de orientação por parte dos profissionais de saúde mental no que se refere ao esclarecimento sobre a doença e as formas de lidar com a mesma, haja vista que ainda existem espaços onde a influência do estigma é superior a necessidade de cuidado ao portador causando uma inversão dos sentidos de cuidado tão esperados pela equipe de saúde, além de lembrar que a instituição familiar é parte de um espaço social maior e excludente, sendo assim um reprodutora de ações estigmatizantes.

3.3.2 A Necessidade do Engajamento no Processo de Cuidado

Estudos atuais mostram a necessidade da parceria familiar no engajamento do processo de reabilitação psicossocial e assistência terapêutica não-psiquiátrica, ressaltando de certa forma, “a presença das famílias, na atualidade, como suporte para permanência do usuário na comunidade e a necessidade de criação de estratégias, pelos serviços de base comunitária, para o cuidado às famílias e não apenas ao doente mental” (PEGORARO, 2009, p. 253).

É de suma importância a participação da família no tratamento de seus entes queridos. Há de se observar que, em grande parte, esse tratamento é um apoio a uma assistência voltada para uma terapêutica de não-internação e isolamento do indivíduo, porém alguns serviços substitutivos, a exemplo dos CAPS e dos Hospitais Gerais com leitos psiquiátricos, devem permanecer com a ideia de tratamento a curto prazo e, de preferência, como estágios de permanência na residência da família com o apoio da UBS.

Há relevância em tratar desse assunto pois ainda existe na mentalidade social, familiar e profissional, a necessidade de existência de serviços de apoio para internação de longa permanência

(visão hospitalocêntrica do cuidado), ou o uso excessivo de medicação como absoluta terapia, em uma procura por “sossego” no cuidado do lar ou eliminação dos sintomas de crise. Dentro da família, existe um desejo de melhora presente nos discursos ligados ao estado de anormalidade, sendo esse pensamento influenciado pelo discurso de poder psiquiátrico (MELLO & SCHNEIDER, 2011).

A família enquanto instituição social é modeladora de comportamentos normatizados baseados em uma dinâmica de convivência grupal. A partir dela, ações e atitudes frente as aceitações sociais são construídas, preparando o indivíduo para vida. Entendermos a posição da família neste contexto social natural é eminentemente importante para compreender a sua contribuição na produção do estigma ao qual estão expostos aqueles que possuem algum tipo de sofrimento mental.

Ainda assim persiste uma espécie de receio na convivência com a loucura, muitas vezes oriunda de sentimentos variados, entre os quais, o medo diante das atitudes do indivíduo, sobretudo nos momentos em que ele se torna agressivo, pois, nesses casos, seus atos são imprevisíveis. Para esses familiares, receber e conviver com o diagnóstico de transtorno mental de um membro da família pode desencadear diversos sentimentos, principalmente os negativos: a tristeza, a vergonha, a não aceitação social, a piedade, um aglomerado de ações ou efeitos que acabam prejudicando a qualidade de vida de todos. (NAVARINI & HIRDES, 2008 apud VICENTE, et al., 2013).

Diante do exposto, visualiza-se em muitos casos um processo de extirpação do portador, do ambiente familiar, devido ao sofrimento, a deficiência da informação sobre a doença e a falta de apoio profissional enfrentada pela a família. Algumas apresentam tanto desconforto que as faz reproduzir o cárcere médico psiquiátrico dentro da residência, não com objetivo de curar mais de corrigir e esconder seus entes queridos seja por preconceito, ou falta de aceitação social. Logo, a família as vezes prefere o sentimento de pertencimento a coletividade em detrimento de um cuidado próximo ao seu parente.

Em estudo recente, Vicente *et al.* (2013), concluíram, a partir de entrevistas com familiares diretamente relacionadas com o cuidado de portadores de sofrimento psíquico, que as famílias sofrem um processo de desconstrução e reconstrução de hábitos para lidar com seu ente querido, e em algumas vezes, poucos desses familiares envolvidos no processo de cuidado, se destacam no interesse eminente de promover uma boa vivência no interior da instituição. Os autores por fim apontaram que, para tanto, a compreensão sobre o estado mental do indivíduo e sua “doença” no

interior familiar é essencial para uma aceitação conjunta, ainda enfatizando a importância do apoio das Unidades Básicas de Saúde – UBS, através da equipe multiprofissional, oferecendo-lhe suporte, esclarecendo dúvidas e apoiando nas atividades cotidianas, frente à pressão social e os estigma familiar e social enraizado.

Esse significado oferecido à loucura determina a relação que se estabelecerá dentro do universo familiar. De estigmatização ou acolhimento? De carinho ou agressão? De apoio ou abandono?

O medo do diferente ou da situação de periculosidade enxergada através da família é um reflexo social reproduzida no interior da instituição. Existem representações sociais a respeito da loucura e do sofrimento psíquico, construídas ao longo do tempo e de forma atemporal conforme a cultura a situação sócio-política e outros fatores. Esses são motivadores de um colapso familiar onde toda a estrutura construída em torno do cuidado e do suporte tornam-se escassos fazendo com que a transferência do cuidado seja feita pelo ambiente hospitalar que mesmo sendo um substitutivo ao modelo hospitalocêntrico pela falta de apoio e as frequentes internações acaba por tornar-se uma instituição de isolamento.

Assim, há de se falar em pelo menos dois desafios no campo da saúde mental no que se refere à busca da compreensão das famílias a fim de entender os contextos culturais onde se inserem e fornecendo uma assistência de acordo com sua própria dinâmica familiar. Trabalhar diante desses desafios implica aproximações e relacionamentos entre profissionais de saúde e famílias, os quais resultem numa construção conjunta de possibilidades terapêuticas. (MELMAN, 1998).

Nesse sentido é de suma importância o contato entre familiares e com os profissionais nas comunidades em uma interação contínua no favorecimento de cuidados coletivos e de inserção social desses indivíduos no seio da sociedade e da família. Conhecer a doença é sempre uma opção necessária no estabelecimento de cuidados ao portador junto aos seus.

3.3.3 A Cidadania Perdida: um breve relato

O conceito de cidadania, enquanto direito a ter direitos, tem passado por diversas interpretações. Cidadania, por um lado, é vista como um determinante de direitos civis e políticos

de liberdade, propriedade, de ir e vir, direito a organização política e social, por outro lado cidadania também significa direito à vida, à educação, à saúde, a algo mais coletivo pela intervenção do estado que por dever promove o bem estar social.

Nesse sentido, todo e qualquer indivíduo possui os seus direitos individuais. No campo da saúde mental, especificamente da loucura e sua relação com a sociedade, vemos que na prática isso não acontece com os ditos não normais. A sociedade os repreende mesmo que, de fato, o modelo universal de liberdade, igualdade e fraternidade seja posto em posição igualitária em uma sociedade ainda utópica.

Segundo Moreira *et al.* (2012), as práticas e as representações sociais em torno do fenômeno da loucura na modernidade acumulam um espaço com lacunas entre o que é realmente o direito social, incondicionalmente sobreposto sobre a supremacia dos direitos civis e políticos.

Assim, e de acordo com Spandini & Souza (2001, p. 124) “a estigmatização da loucura faz com que o doente perca sua cidadania, sofra preconceitos e seja segregado da sociedade”. Com essa marca profunda de exclusão, o indivíduo em sofrimento psíquico precisa conviver tanto com a enfermidade em si quanto com o estigma que lhe vem associado. (MONTEIRO *et al.*, 2010, p. 112).

Debater-se-á então, a necessidade de inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico, seja dos internados em instituições de longa permanência e com histórico de sucessivos abusos de direitos, dos que possuem algum desvio de conduta normatizada pelos normais que vivem em nossa sociedade excludente. Não adianta “restaurar” o fornecimento dos serviços de assistência em saúde mental, destruir os muros dos manicômios, sem praticar a inclusão. Trata-se de resgatar a existência, negar a instituição psiquiátrica organicista, produzir saúde mental em esfera ampla identificando-se diretamente com o projeto de produção de cidadão para o espaço social, garantindo ao portador o pleno exercício da cidadania e qualidade de vida (FERNANDES, 2015).

Os portadores de transtornos mentais são vistos como um problema social, em um discurso historicamente construído em torno de um espaço segregador, na caracterização dos portadores de distúrbios mentais como seres emocionalmente instáveis perigosos e irracionais, que provocam medo por serem diferentes do que é padrão normal pela comunidade. Toda essa distância social interfere no processo de inclusão tanto esperado pela reforma psiquiátrica, gerando o isolamento social, atingindo “no campo social a desconstrução em seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura” (TORRE e AMARANTE, 2001, p. 44).

Encontrar estratégias de intervenções que resgatem o protagonismo e a subjetividade dos portadores de algum tipo de transtorno mental em sua relação direta com a família e a equipe multiprofissional é de fato necessário para se encontrar saída às expectativas de um cuidado mais abrangente que envolva todos os atores do processo de cuidado.

O exemplo pode-se referenciar o trabalho como ferramenta essencial na busca pela identidade e pela inserção social do indivíduo em sofrimento psíquico, tornando-o produtivo para si mesmo e importante no campo social. Talvez esse seja a ferramenta de maior alcance no processo de inserção. Não somente os Benefícios de Prestação Continuada (BPC) ou as Casas de Apoio atrelados a vários serviços psicoterapêuticos e clínicos contrários a internação e o isolamento efetivamente resolvem o problema da inclusão. É preciso mais. É preciso junto à sociedade reformular o entendimento sobre a loucura, aceitá-la, torná-la produtiva, e o louco marginalizado e desprovido de razão e economicamente improdutivo, restaurado na sua condição de sujeito social inserido.

3.5 DA COMPLEXIDADE DO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

O conceito de loucura se desenvolve dentro do universo imaginário e cultural dos indivíduos que convivem em uma sociedade comum à mesma época, no mesmo lugar. Esse conhecimento já se encontra globalizado e compartilha com todo o mundo um desenho senão o parecido, diferente em pequenos detalhes, mas levando a mesma ideia original de exclusão. A loucura é difícil de ser definida. Temos um arcabouço de possibilidades, um mundo de saberes produzido em meio à desordem do pensamento através de conceitos adquiridos e transformados.

O tema acende uma pequena centelha na mente dos indivíduos que, de alguma forma, apresentam certo desconforto em tratar do assunto. Certa inibição misturada com alguns lapsos de perda de memória se desenha em cada resposta antes de a verdade vir à tona, a verdade presente nos discursos que, por vezes, parece universal, mesmo que subjetiva, vem carregada de poder descrevendo cenários e reproduzindo o mesmo conhecimento médico e medicalizante.

É em meio a esses questionamentos que indagamos: qual o lugar social da loucura? Fechada em si mesma? Forçosamente obrigada viver em abismo entre o normal e o patológico? Na incompletude, no isolamento, à margem? Capturada pela mentalidade social?

As respostas são complexas e nunca completas. Sua verdade é representada pelas atitudes exclusivistas, pela violência sócio institucional, somente assim a imaginamos, pois é assim que a vemos, que a enxergamos na nossa formas de ver, e assim a representamos, como um perigo, um erro, uma desrazão contrária a razão estabelecida.

São tantas as mudanças no paradigma das instituições de correção pensadas a partir de certa lógica médica mesquinha, por trás de um discurso de poder enigmático e convincente. Criamos serviços extra-hospitalares e desinstitucionalizamos nossos loucos, assim como fez Pinel quando retirou suas correntes e os manteve presos a si próprios, a sua loucura, a sua cientificidade egoísta. Assim a libertamos e, depois, aprendemos em nossas mentes, em nossa sociedade, prendemos a loucura não mais à margem dos muros da coletividade, mas dentro das cidades, dentro de nós mesmos.

Como não podia ser diferente se desde a idade clássica o lugar destinado à loucura sempre foi longe, afastada do bem estar social, enviada para um “não lugar (...), espaço rico em discriminação, em apartação, separando-a do físico e do social”. (LIMA & CORREIA, 2012, p. 143).

Em palavras referenciadas por Sérgio Alarcon, o seguinte excerto merece destaque:

Como seria possível supor algo diferente que uma integração da loucura [...] se desde a Idade Clássica (Foucault, 1978) ela se encontra formalizada por todo o peso de um complexo jogo de verdade no qual o sujeito enlouquecido que passa a ter o seu rosto objetificado no campo social tendo por base justamente certa ideia de incompletude – que inclusive se pode chamar doença, mas não apenas... – que nos leva a buscar não somente a expressão de uma lógica médica de sinais e sintomas, tratamento e cura; ou jurídica de periculosidade e tutela, exclusão e clausura; mas todo um emaranhado exercício de ‘salvação’ em nome da liberdade, da tomada de consciência, da boa vontade em se repararem as maldades históricas ou as más vontades presentes – e fala-se dos direitos humanos também –, em nome, enfim m, de uma humanidade que intrinsecamente não suporta a ideia de que por detrás da máscara que nos separa e segrega a loucura, pode não existir a nossa verdade mais íntima, nem nossa deficiência ontológica, nem rosto algum para além de outras máscaras possíveis? (ALARCON, 2001 in AMARANTE, 2000 apud LIMA & CORREIA, 2012, p. 143)

Poderíamos então nos referir a este outro lugar, ou seja, o “não lugar” atual da loucura no século XXI, mesmo após o conjunto de reformas em saúde mental que deram por fim, ao menos no papel, a ideia de manicômio como a nova clausura da loucura, fora dos muros destinados ao seu

isolamento, mas agora em algo que não podemos tocar algo pensado e exercitado diariamente, algo que isola mesmo com proximidade, o que Pelbart (2009) poderia chamar de “manicômios mentais”.

Quando se menciona que a sociedade atual não está preparada para lidar com a loucura, para recebê-la em seu meio e não enxerga-la como algo inteiramente normal, dentro das regras subjetivamente impostas e compartilhadas inconscientemente por cada ser social, não é um exagero. Entre as discussões promovidas em torno da não efetividade dos serviços antimanicômiais de atenção em saúde mental criados, como serviços substitutivos ao modelo asilar, por exemplo, aborda-se muito a necessidade de corrigir a infraestrutura ou a de investir mais em pessoal e, de fato, nada disso seria possível se pensarmos em inclusão sem uma educação literalmente social.

Fato é que muito não se considera a respeito do longo período de exposição das sociedades, da ideia de periculosidade e de irresponsabilidade rotuladas em torno da loucura como doença ou da ciência médica organicista e psiquiátrica. Ao analisarmos por esse prisma, impõe-se a necessidade eminente de se pensar a loucura e a saúde mental sob uma perspectiva maior, um campo em expansão, do qual se pretende, diante de sua complexidade, implantar sistemas inclusivos não somente sobre a ótica clínica, mas, também, sobre a humana. Todavia, não tutela a sociedade o dever de incluir quem tanto excluiu. Como na experiência dos habitantes de Ainay-le-Château (cidade francesa, palco de um processo de reinserção da loucura junto à comunidade, presente na obra *Loucuras e Representações Sociais*, de Denise Jodelet, não se “instalam doentes num vazio de sociedade, como se ninguém fosse afetado por isso” (JODELET, 2005, p. 15), então, não existem culpados, mas vítimas de um sistema secular de exclusão representado e reproduzido nos tecidos sociais pela verdade científica de apologia à cura.

O que se pode então absorver de toda essa discussão em torno de novas formas de se pensar a loucura através de um remodelamento social pensado a partir da inclusão? Do novo lugar social do louco em um novo conceito atribuído a loucura? Do resgate do protagonismo e subjetividade dos indivíduos em sofrimento mental?

Partindo do princípio de que o ser humano é por inteiro subjetivo, pode-se obter que: a construção do conhecimento individual ocorre na massa social, na relação de interdependência e da existência do outro. Logo incluir-se em meio a um pensamento fincado e estratificado individualmente não é tarefa fácil.

Atribuir-lhe novos conceitos desfazendo séculos de história é ainda mais difícil, porém,

partir deste princípio é fundamental, a fim de se gerar mudanças nas formas de conceber a loucura, mesmo em um ambiente tão diverso e normatizado. Portanto, temos um sujeito que, juntamente com seu tempo, alcança as mudanças necessárias para se enquadrar e viver de forma plena no meio social.

Isso posto, pode-se confirmar que os processos de mudança dentro de um contexto social amplo e revisitação de conceitos e atitudes sobre o sofrimento mental são complexos, mas necessários se levarmos em conta a grande herança sociopolítica e cultural que construiu uma noção negativa da loucura, um estigma enraizado nas sociedades atuais.

Estudos condizentes com essa perspectiva mergulham na importância de se explorar outras áreas de estudos afins que nos permitam entender melhor sobre a dinâmica social e as construções de conhecimento, como a Teoria das Representações Sociais, pensadas a partir de Serge Moscovici (2005).

Uma mescla de psicologia, sociologia, filosofia, fenomenologia, política, entre outras áreas do conhecimento, compõem a área da saúde mental, conferindo grande complexidade à disciplina. É portanto emergente que projetos e ações voltadas para a disseminação de informações no campo da saúde mental sejam cada vez mais executadas, para que as pessoas conheçam o que existiu e o que ainda permanece no âmbito da assistência em saúde mental no Brasil (MOREIRA *et al.* (2010, p. 67),

De acordo com o exposto, as ações no campo da prática e das representações sociais na modernidade e em torno da loucura percebe um abismo em expansão, esbarrando nos direitos sociopolíticos dos portadores de sofrimento mental ainda visto como um câncer em uma sociedade extremamente preconceituosa e estigmatizada pela noção de periculosidade e doença que ameaçam o padrão socialmente aceito.

3.6 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais (TRS) reflete sobre a construção do conhecimento social pelos indivíduos, grupos, os sujeitos sociais, a partir de sua inserção social e cultural. “Em outras palavras, como a sociedade se dá a conhecer e construir esse conhecimento com seus

indivíduos” (ARRUDA, 2002, p. 128).

O campo das Representações Sociais é um espaço vasto e preciso nos envolvimento de dimensões cognitivas e trocas de experiências dentro da estrutura e esqueleto do conhecimento gerado da sociedade para os sujeitos e dos sujeitos para a sociedade, significações e subjetividades são transformados em ferramentas para a compreensão de muitos problemas na área da pesquisa.

As representações não produziram de início desdobramentos visíveis para a época no ano de 1961, quando Moscovici publicou a matriz da teoria na obra *La Psychanalyse, son image, son public*. Somente a partir dos anos 80 ela chega com força relevante. Segundo Moscovici (1961, p. 46), “as representações sociais estudam o universo subjetivo dos indivíduos, percebidos indiretamente pelo profissional e dependiam de muita interpretação”.

A ciência, contudo, não ocorre de forma isolada na sociedade e, com o tempo, percebe-se a importância da aplicação da TRS nas várias áreas de estudo, inclusive na saúde mental, onde após a reforma psiquiátrica um universo de discussões teóricas passa a dominar o campo. Entendendo a diversidade e a dinâmica dos pensamentos e opiniões pautadas entre as políticas públicas e a sociedade, pode-se sonhar com um universo consensual contínuo na aplicação da nova proposta da Lei nº 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, criada em 2001.

A aplicabilidade da TRS à saúde está presente em obras de renome, como a tese de doutorado de Denise Jodelet, que mais tarde tornou-se o livro intitulado *Folies et Représentations Sociales*, nesta oportunidade, a autora entrevistou habitantes de um pequeno povoado que viviam em contato com doentes mentais advindos de instituições em processo de desinstitucionalização e que moravam na região, espaço de apoio de programas governamentais voltados para saúde mental. Em sua análise, Jodelet percebeu que os moradores normais consideravam a esses loucos como estranhos imprevisíveis e indiferentes, marginalizando-os, ou seja, “a representação social que os moradores construíram do louco, era de ameaça, e esta, era a responsável pelo distanciamento entre os habitantes da vila e os doentes” (JODELET, 2005, p. 32).

A TRS pode ser aplicada à saúde mental de forma a compreender o universo imaginário construído socialmente, entendendo a representação da própria loucura pela sociedade e contribuindo com intervenções de combate ao estigma gerado pela representação da mesma em um grupo social, não só por profissionais ou familiares, como encontramos na maioria dos estudos, mas na sociedade, enquanto meio onde se produz, através do senso comum consensual, uma representação estigmatizada.

Nesse sentido, entender os discursos sociais emergentes sobre a loucura propicia também conhecer a maneira de pensar e interpretar a realidade do indivíduo em estado de sofrimento psíquico, com o objetivo de enxergá-lo não como um ator social excluído e sem cidadania, mas como um ser humano com direitos a uma vida com qualidade, e também, de forma ativa na sociedade, com trabalho e relações sociais saudáveis, diminuindo, assim, as lacunas que separam loucura e dignidade humana.

Mais que isso, avaliar como os indivíduos entendem a loucura em seus espaços e entidade social é entender as representações sociais presentes nos discursos dos atores sociais que determinam a construção do estigma e constroem conceitos distorcidos, estes são fatores preponderantes de um meio para um fim, fazendo-nos “transitar pelo confuso e delicado terreno que se passa as discussões sobre exclusão social [...], nos impõe o desafio de entender o enigma da coesão social sob a lógica da exclusão social, física e mental (WEYLER, 2006, p. 382).

A TRS pode contribuir para um saber em construção que se processa no universo consensual dentro das discussões acerca da exclusão, de forma retificada, explica o desenho construído socialmente sobre as concepções da loucura a fim de se descobrir qual sistema de pensamento que provoca e tendência a se pensar o louco como perigoso e diferente dificultando a perspectiva de sua inserção social como se propõe a reforma psiquiátrica.

Apesar dos grandes esforços e vitórias alcançadas na área da saúde mental com a substituição dos modelos de assistência psiquiátrica biomédica por modelos substitutivos de reinserção social, não podemos fechar os olhos para o desafio do estigma emergente, visto que a sociedade não está preparada para receber seus diferentes e que estudos e intervenções nesse sentido são necessários, além de precisarmos estabelecer relações entre as discussões sobre saúde mental na perspectiva da loucura e do estigma social do portador de sofrimento psíquico, na tentativa de encontrar uma articulação sobre a exclusão e o pensamento socialmente construído que potencializa a mesma na relação indivíduo-sociedade.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Visando a cumprir os objetivos traçados, optou-se adotar no estudo uma pesquisa do tipo quanti-qualitativa, exploratória, “com vistas a tornar o problema mais explícito [...], pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado” (GIL, 2010, p. 25), e com uma tendência a ser considerado um levantamento, a não ser pelo seu caráter qualitativo e grau de liberdade na análise dos dados, mas, principalmente, no que se refere ao conhecimento direto da realidade em que, “à medida que as próprias pessoas informam acerca de seu comportamento, crenças e opiniões, a investigação torna-se mais livre de interpretações calcadas no subjetivismo dos pesquisadores” (GIL, 2010, p. 36).

4.2 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada segundo a proposta de Laurence Bardin sobre Análise de Conteúdo, a fim de categorizar os dados em resultados fidedignos e que respondam ao problema abordado, sabendo que, segundo a autora, “mensagens obscuras que exigem uma interpretação, mensagens com duplo sentido cuja significação profunda só pode surgir depois de uma observação cuidadosa ou de uma intuição carismática” (BARDIN, 2010, p. 15).

Nesse sentido, o pesquisador procura nos textos um sentido para os discursos provenientes das interpretações feitas durante a coleta e utiliza-se da metodologia de análise de conteúdo para desvendar o que está escrito.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo é de servidores administrativos de nível médio da Universidade

Federal de Roraima - UFRR/Campus Paricarana, a mesma foi escolhida pela facilidade de deslocamento durante a coleta dos dados e por ser parte da sociedade em geral, uma vez que os funcionários têm vida social fora do ambiente de trabalho, e conforme os critérios de inclusão a serem aplicados na seleção da amostra.

O tamanho da amostra (n) estudada foi calculado com base na fórmula para estudo de populações finitas (FONTELLES, 2012): $n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0}$ onde: N representa o tamanho populacional e

n_0 é a primeira aproximação do tamanho da amostra, sendo obtida por meio da fórmula: $n_0 = \frac{1}{E_0^2}$, tendo E_0 como sendo o erro amostral tolerável. Assim, considerando um erro amostral de 5%, obteve-se uma amostra de 98 indivíduos em 130 possíveis. Os indivíduos que não obedecerem aos critérios de inclusão e exclusão foram descartados.

Os indivíduos organizados em ordem numérica previamente crescente foram randomizados através da aleatoriedade em uma nova sequência sem duplicações que define uma ordem específica para realização das coletas. O *site* utilizado para a randomização dos dados é o www.random.org, criado em 1998 por Mads Haahr no Trinity College, em Dublin, na Irlanda e disponibilizado gratuitamente.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Como critérios de inclusão para os servidores, considerou-se a seguinte ordem de importância: 1º. Os servidores devem estar trabalhando ativamente durante a vigência do projeto, uma vez que de outra forma não seria possível realizar a entrevista individual; 2º. Os servidores devem aceitar participar espontaneamente do estudo através do consentimento livre e esclarecido—TCLE.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Como critério de exclusão foi levado em conta o fato de o servidor: 1º Estar afastado das

suas atividades de trabalho; 2º Não assinar o TCLE mesmo após ter sido informado sobre os objetivos desta pesquisa; 3º Ter algum contato direto com o fenômeno da loucura, em outras palavras, foi excluído o servidor que seja profissional da saúde, usuário de serviços de saúde mental ou que tenham parentesco familiar com portador de transtorno mental.

4.6 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA

A realização das atividades de coleta de dados e tabulação dos mesmos foi desenvolvida durante os meses de novembro de 2014 a outubro de 2015, em apenas um encontro previamente agendado, onde foi dado o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e realizada a entrevista individual. A coleta dos dados teve por intenção colher as falas dos sujeitos da pesquisa através de uma única entrevista. A mesma se norteou por três questionamentos abertos sobre a concepção de loucura. Os dados foram coletados com uso de recursos para gravação e anotações em diário de campo nas situações referentes à coleta de dados qualitativos.

A entrevista foi gravada com recursos de áudio para posterior análise dos dados. O servidor não fora identificado pelo nome, mas pela letra correspondente ao sexo do entrevistado seguido da sequência numérica fornecida pelo Departamento de Recursos Humanos da UFRR, como exemplo, para o caso do sujeito ser mulher “M1, M2... Mn”, caso ser homem “H1, H2... Hn”. É importante frisar que o sujeito não fora identificado e o conteúdo da gravação não será usado para outros fins que não sejam da pesquisa.

Foi aplicado, ainda, um questionário socioeconômico com o objetivo de descrever a amostra estudada para fins de comparações de discussões dos resultados encontrados. .

4.7 ÉTICA NA PESQUISA

A pesquisa foi aprovada após apreciação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRR, de acordo com a resolução de 466/2012, sob o parecer de nº 854.027 e protocolo CAAE de nº 36081714.4.0000.5302.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DOS DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

A análise quantitativa do perfil socioeconômico e demográfico pode permitir caracterizar a população estudada a fim de complementar os dados qualitativos. Trata-se de um grupo heterogêneo de indivíduos/sujeitos que compõem o quadro de funções no âmbito de nível médio, de uma instituição pública de ensino superior em Boa Vista, capital de Roraima. Em sua grande maioria os sujeitos da pesquisa estão envolvidos em funções administrativas e distribuídos em quase todos os setores da universidade pesquisada. Apenas um único setor não foi pesquisado devido à ausência do servidor, público da nossa pesquisa, à época apresentava-se em licença interesse.

Do universo populacional de 128 servidores aptos para as entrevistas, pretendeu-se chegar a uma amostra de 98 servidores. Destes, 89,06% (N=114) foram procurados, dos quais 14,03% (N=16) não puderam participar alguns por não se enquadrarem nos critérios de inclusão/exclusão, outros porque não quiseram participar do estudo ou porque estava de férias, licença, afastamento ou pediram demissão voluntária. Nesse caso, 10,94% dos servidores (N=14) não foram entrevistados, logo foram excluídos após o alcance do total da amostra.

Os dados quantitativos foram divididos em nove (7) categorias, distribuídas em classificações/características de cada uma, envolvendo respectivamente: sexo, idade, cor da pele, religião, estado civil, renda familiar, escolaridade, área de formação e educação formal em instituição pública ou privada. Todas as categorias foram inseridas em apenas uma única tabela (Tabela 1), com o intuito de evidenciar o perfil da população estudada.

Quanto ao gênero, foi observado um quantitativo de 62,24% (N=61) do sexo feminino e 37,76% (N=37) do sexo masculino. Nenhum servidor atribuiu a si outra classificação de gênero.

Em sua maioria, os indivíduos pesquisados compreendiam idades de 26 a 35 anos, ou seja, 45,92% (N=45), seguidos pela faixa etária de 36 a 45 anos, representando 22,45% (N=22) dos entrevistados. A menor faixa etária compreendia os servidores mais antigos com idade entre 46 a 60 anos, o que representa 13,27% (N=13) da amostra. Apenas 18,37% (N=18) possuíam idade entre 18 a 25 anos. É observado, portanto, uma população de maioria feminina, essencialmente jovem e

no auge da sua capacidade de trabalho.

Durante a realização da pesquisa, percebeu-se uma resistência a responder aos questionamentos por parte do público feminino, pelos mais variados motivos relacionados, ora pelo pouco conhecimento do assunto, ora pela falta de interesse em responder. Entre indivíduos do sexo masculino, observou-se maior disponibilidade, que normalmente se mostravam mais à vontade com a entrevista. Em números, pode-se avaliar que em um total de 5 desistências, destas 80% (N=4) foram de mulheres e o restante de homens.

Com relação à escolaridade, chamou-nos atenção o fato de que, apesar de ocuparem cargos de nível médio, os servidores em sua maioria possuíam curso superior, representando 77,55% (N=76) do total dos sujeitos entrevistados, destes, cerca de 30,4% (N=25), possuíam título de pós-graduação, fosse *stricto sensu* (mestrado), representando 5,1%, ou *lato sensu* (especialização), representando 20,41% (N=20) do total de entrevistados. Não havia doutores entre os pesquisados.

Logo, apenas 22,45% possuíam nível médio, muitos já cursando a graduação. Quanto avaliado a área de formação, a grande maioria, 70,4% (N=69) eram respectivamente da área de ciências humanas seguidos de exatas e da terra. Apenas 2,04% eram da área da saúde, envolvendo os cursos de biomedicina e educação física, ou seja, não possuindo relação direta com o fenômeno da loucura. Ainda, 68,37% (N=67) dos servidores são oriundos de escola pública entre aqueles com curso superior e médio.

No que diz respeito à cor da pele, os indivíduos foram indagados sobre como se declaravam em seis opções possíveis: pardo, branco, negro, mulato, indígena e amarelo. A análise quantitativa mostrou que 69,39% (N=68) em sua maioria são pardos, seguidos por 19,39% de brancos. O que foi interessante de se perceber é que não existe nenhum indígena autodeclarado durante a coleta do questionário socioeconômico. Esse fator não parece natural em uma região com 27.700 indígenas, entre aqueles localizados em comunidades e na capital, segundo fonte do senso 2010 (BRASIL, 2010).

Quanto à religião, percebeu-se um número eminentemente grande de cristãos (católicos e evangélicos) representando 70,41% (N=69), seguidos de 21,43% (N=21) sem religião declarada. Já ao se observar o estado civil, notou-se um número de 51,02% de solteiros (N=50), seguido por 37,36% (N=37) de casados. Não se computou nenhum viúvo durante as coletas. Segue a tabela (Tabela 1) evidenciando os dados supracitados:

Tabela 1 - Perfil Socioeconômico e Educacional de Servidores de uma Instituição de Ensino Superior (IES), Boa Vista, Roraima, Brasil, 2016 (n=98).

Característica	Categoria	N	%
<i>Sexo</i>	M	37	37,76
	F	61	62,24
<i>Idade</i>	18 a 25 anos	18	18,37
	26 a 35 anos	45	45,92
	36 a 45 anos	22	22,45
	46 a 60 anos	13	13,27
<i>Cor da Pele</i>	Pardo	68	69,39
	Branco	19	19,39
	Negro	9	9,18
	Mulato	1	1,02
	Indígena	0	0,00
	Amarelo	1	1,02
<i>Religião</i>	Católica	40	40,82
	Protestante	29	29,59
	Espírita	7	7,14
	Religião Afro-brasileira	1	1,02
	Sem religião declarada	21	21,43
<i>Estado civil</i>	Solteiro	50	51,02
	União estável	7	7,14
	Casado	37	37,76
	Viúvo	0	0,00
	Separado/divorciado	4	4,08
<i>Renda familiar*</i>	≤ 02 salários-mínimos	0	0,00
	02 a 04 salários-mínimos	41	41,84
	04 a 06 salários-mínimos	32	32,65
	>06 salários-mínimos	25	25,51
<i>Escolaridade</i>	Ensino médio	22	22,45
	Ensino superior	51	52,04
	Especialização	20	20,41
	Mestrado	5	5,10
	Doutorado	0	0,00
<i>Área do curso superior</i>	Ciências humanas	57	58,16
	Ciências da natureza	4	4,08
	Ciências da saúde	2	2,04
	Ciências exatas e da terra	12	12,24
	Ciências biológicas	2	2,04
	Engenharias	2	2,04
	Ciências agrárias	0	0,00
	Outros	19	19,39
<i>Cursou o ensino médio/superior</i>	Universidade pública	67	68,37
	Universidade particular	27	27,55

* Considerado salário-mínimo vigente a partir do ano de 2016

Fonte: Próprio autor.

5.2 DA ANÁLISE QUALITATIVA

Utilizou-se durante a análise dos dados, como marco metodológico a Análise de Conteúdo na perspectiva de Laurence Bardin (2010). Dentro dessa perspectiva, a Análise de Conteúdo se torna um instrumento útil de análise de comunicações, além disso, como se trata de uma pesquisa tipo quanti-quali, passível de uma ampla gama de interpretação e criatividade na concepção dos melhores significados presentes nos discursos dos sujeitos investigados, entende-se que é o meio mais efetivo “por detrás do discurso aparente geralmente simbólico e polissêmico que esconde certo sentido passível de desvendar” (BARDIN, 2010, p. 16).

Através dos discursos analisados pôde-se inferir que a relação que os sujeitos da pesquisa mantêm com a loucura é lastreada por uma condição estigmatizante que exclui o sujeito, rotulando-o através de discursos organicistas de adoecimento, quando diferente atribui a relação entre normalidade e a anormalidade inserida em um contexto social de comportamento socialmente aceito e padronizado, sem abandonar a ideia de periculosidade do sujeito.

Há de se considerar que os discursos proferidos que veremos a seguir e os quais foram analisados, seguem uma linha tênue de raciocínio em conformidade com o pensamento foucaultiano, quando os mesmos referem e posteriormente são capturados sobre a forma de uma doença mental, termo que tanto preocupava Foucault e que na sua percepção contribuíram efetivamente para o isolamento, o tratamento médico-organicista que ainda se mantém seja nos tecidos sociais ou na assistência. Assim como Foucault, Pelbart atribuía ao desatino à condição de ser representado com funções diferentes e de acordo com a cultura onde se estabelecia, porém, não alterando tanto a perspectiva hospitalocêntrica do cuidado. Para Pelbart, cada sociedade inventa um modo específico de adoecer e de estar louco.

Poderíamos então nos questionar a respeito da diversidade de concepções a respeito da loucura: como então poderia ser homogênea a percepção da loucura, se várias são as culturas na perspectiva da experiência ocidental? A resposta está nas representações sociais, área a qual não se convém estender-se, mas que, porém, é de grande valia para nos fazer entender sobre como os discursos se perpetuam no tempo e influencia formação do conhecimento

através do senso comum.

Continuando, de certa forma o discurso, nesta pesquisa, é analisado como uma reprodução da ciência médica psiquiátrica, onde a ideia de isolamento, tratamento moral, medicalizante e de exclusão se misturam a noção de periculosidade atribuída ao louco (aquele que materializa a loucura) por parte do indivíduo considerado normal. Percebendo, então, a relação ainda mantida à ideia de doença em consequência da presença de um manicômio mental arraigado da mentalidade social, manicômio esse abstrato que acaba por gerar um estigma social, simbolicamente representado pela ideia de distúrbio, inconsciência, comportamento desviante e etc., coloridos de preconceito.

Logo, a análise das respostas acabou por exprimir eixos temáticos necessários à organização dos resultados, também se percebeu a necessidade de se criarem categorias para os referidos eixos com o intuito de facilitar a interpretação e aprofundar o máximo possível o leque de significações considerando que por serem complexas e subjetivas, as respostas necessitaram de uma análise sistematizada, criativa e também subjetiva, atribuídos à loucura.

Logo os resultados foram distribuídos em Eixos Temáticos e organizados em categorias de “Análise de Respostas a Questões Abertas” (BARDIN, 2010, p. 13) não diretivas ou semiestruturadas, dividindo as respostas segundo o critério do Objeto de Referência presente nas respostas, tomando como base os discursos sobre loucura e relação com várias vertentes de estudo da área.

O primeiro eixo temático criado como elemento de análise envolveu o conhecimento capturado sobre a loucura, através da indagação O que você pensa sobre a loucura?. A partir deste eixo pretendeu-se entender o que referiram os discursos a respeito da loucura, a forma com a qual a classificavam, a influência na vida do sujeito em relação à experiência subjetiva em sociedade transformada em senso comum.

5.2.1 Eixo temático 1: Concepções de Loucura

A análise foi realizada através de um “procedimento de repartição do geral para o

particular, partindo de elementos particulares e reagrupando por aproximação de sentidos com a finalidade de responder a classificação da categoria” (BARDIN, 2010, p. 64).

Durante o estudo minucioso dos resultados pôde-se atribuir vários sentidos ao que foi dito pelos servidores tornando-se necessário a compilação dos dados em uma pequena ilustração, dada à complexidade das respostas e do raciocínio e a pluralidade de significações.

Figura 1: Análise dos sentidos encontrados a partir das falas dos sujeitos

Sentido da Loucura	Número de Repetições	Alguns Discursos Utilizados
Anormalidade	78	“estado da pessoa é fora do normal”
Padrão Social	73	“obedecer às regras sociais, né”
Doença Mental	32	“loucura é um distúrbio mental”
Inconsciente	23	“não têm noção de seus atos”
Imprevisível	21	“eles ataca a gente sem se esperar”
Desequilíbrio	16	“é uma pessoa totalmente desequilibrada”
Irracional	14	“não tem um raciocínio logico”
Irrealidade	12	“... é tá pensando o que não é real”
Sufrimento Espiritual	9	“é um problema espiritual que ela apresenta”
Insanidade	6	“realizar, fazer coisas fora da sanidade”
Esquizofrenia	3	“loucura eu entendo que é esquizofrenia,”

Fonte: Próprio autor.

Os dados expostos na figura acima representam o significado extraído do que foi proferido pelos servidores. Imediatamente, se percebe que o grande número de repetições leva a uma lógica de correlação, ou seja, a loucura era classificada e entendida sob vários aspectos.

Percebeu-se que grande parte do sentido dado à loucura se relacionada com a ideia de anormalidade e padrão social, ambos bem citados e aparecendo de forma frequente nas frases, ora se relacionando a doença, ora a insanidade, entre outros. Nesse contexto se detalha a ilustração acima de forma mais específica na construção das categorias.

Dividiu-se o 1º eixo temático, que trata sobre Concepções de Loucura em: A Loucura como Comportamento Desviante e Imprevisível, A Loucura Enquanto Análise da Doença, O Discurso de Dualidade.

5.2.1.1 Categoria 1: A Loucura como Comportamento Desviante e Imprevisível

A ideia central desta categoria é evidenciar a tendência de significação da loucura envolta de comportamentos desviantes de inadequação social, exemplificada em discursos padronizados de exigência a aceitação social de regras de bom comportamento, realizados através de um jogo perigoso e estigmatizante.

Pode-se referir nesta análise, em específico, a um padrão de respostas sempre no sentido do discurso de normalidade para o patológico-anormal, baseando-se na convivência e experiência do servidor (senso comum), como se podem conferir os discursos abaixo:

“Loucura, talvez é seguir um padrão que é aceito como normal pela sociedade [...]” (H23)

“[...] geralmente a gente entende loucura como sendo um desvio de comportamento daquilo que é estabelecido como normal [...] então é aquilo que é estabelecido como é, lucido né, se alguém se desviar dessa lucidez é considerado um louco [...]” (H 1)

“Loucura [...] eu posso dizer a pessoa louca? É a pessoa que não tem pensamentos coerentes vamos dizer assim que a gente pensa ser possível uma pessoa normal fazer, então uma pessoa louca tem umas atitudes que as pessoas que são normais não têm e a gente tem um pouco de receio de entrar em contato com essas pessoas porque elas podem de alguma forma nos atacar.” (M24)

“Estado anormal que uma pessoa desenvolve por “n” motivos [...]” (M23)

“É o que foge da normalidade [...]” (M 12)

Existe uma sequência de discursos sobre a loucura com um sentido de anormalidade, onde não seguir o padrão estabelecido para ser aceito significa um desvio. Mas que padrão é esse e como funciona esse jogo de normalidade? Posteriormente criar-se-á uma categoria somente para se discutir o sentido dado à normalidade.

Uma vez evidenciados nas respostas, os termos mais repetitivos nesta categoria tem uma relação direta com a noção de loucura, não a classificando diretamente como algo patológico, mas introduzindo como que o primeiro passo para não ser doente, ou seja, sendo normal.

Logo, os discursos são entendidos como uma noção relacional sob a tríade loucura - normalidade - padrão estabelecido, essa relação quando contrariada, são perpetradas na engrenagem social como comportamentos desviantes e anormais, em uma visão negativa do normal, do estado que se almeja reestabelecer.

Canguilhem (2002) atesta que o fato de se querer obter um padrão de normalidade vem da necessidade de se reestabelecer um padrão de saúde. Logo, então esse é o sentido dessa relação, a partir do momento que se crê a loucura enquanto doença mental e sua possibilidade de cura e para tal, de determinado tratamento, logo, até que a mesma aconteça, tem-se o estado de anormalidade como motivador do comportamento estigmatizador, levando a desconfiança e ao perigo de conviver com o indivíduo em sofrimento mental, talvez pelo não conhecimento da ideia atribuída à doença mental pelos próprios estigmatizadores, fazendo com o que a melhor saída continue sendo a distância imposta pelo isolamento.

Porém, segundo Foucault, isso não importa, já que a noção dada à anormalidade é deduzida sempre da análise da doença, ou seja, sempre existirá a ideia de doença nesse jogo de aceitação dos contrários, e o pior, não se admite contestação possível para se aceitar o louco, somente se o mesmo seguir os padrões sociais exigidos...

Evidencia-se abaixo a ideia de periculosidade e imprevisibilidade de comportamento:

“[...] loucura pra mim é [...] normalmente as pessoas estão bem aqui e numa hora para outra elas surtam né, isso é loucura para mim” (H21)

“[...] acho que é uma coisa muito ampla, depende muito da situação, tem pessoas que são calmas e outras que de uma hora para outra ficam doidas, tipo você fazer uma merda depois se arrepende, fazer algo contra um parente, isso é loucura” (H51)

As duas falas supracitadas trazem a ideia de surto e mudança súbita de humor para exemplificar o objeto de referência, a imprevisibilidade, atribuído aos indivíduos em sofrimento psíquico na forma de ações perigosas e inconstantes.

Já quando o objeto de referência traz a ideia de desvio de conduta:

“É uma pessoa que age fora do normal né, do ambiente ou da sociedade, diz-se que é louca [...] não existe aquela loucura total, existe a doença e o remédio, e também precisa da família [...]” (M66)

“Loucura foge um pouco do padrão de comportamento que a sociedade quer, ao padrão que é considerado moral [...]” (H64)

“Geralmente a gente entende loucura como sendo um desvio de comportamento daquilo que é estabelecido como normal [...] então e aquilo que é estabelecido como lucido, e se alguém se desviar dessa lucidez é considerado um louco [...]” (H41)

Observa-se certo sentido uma transgressão, envolvendo a lucidez, o estado de consciência e a ética e moralidades sociais, se assim podemos chamar, são afetados, ainda segundo as regras básicas de convivência social. Logo o desvio de conduta é lastreado a adequação comportamental onde o normal, ser civilizado, que não apresenta comportamentos desviantes e tem juízo, obedecem aos bons costumes ficando para si a responsabilidade de reparar da convivência o anormal, não seguro de si, com uma inconsciência de mundo frente à

realidade imposta.

E assim continua a fazer a sociedade, forçando o indivíduo em estado de sofrimento a aceitar sua verdade, a verdade humana, verdade moral e social consumindo a verdade da loucura. Essa é a base da busca do tratamento e da cura para a doença da inverdade através da repressão inadmissível e do mal que se impera na loucura e no erro que a mesma carrega atributo dos anormais. Logo a cura do louco está na razão do outro, sua própria razão sendo apenas a verdade da loucura, onde sua razão se torna a regra de conduta para os normais (FOUCAULT, 2012, p. 514).

Todos os objetos de referência citados tem uma relação direta uns com os outros todos são base para mesma definição. A anormalidade gera uma sensação de insegurança, pela imprevisibilidade que carrega de atos e comportamentos não esperados e pela certeza de que os mesmos não seguem uma regra socialmente imposta o que neste último caso evidencia o estigma para com a loucura, subjetivando o louco como perigoso e inconstante.

5.2.1.2 Categoria 2: A Loucura Enquanto Análise da Doença

Nessa categoria pôs-se a obter o conceito dado a loucura enquanto objeto de estigma, a partir dos discursos atribuídos a ela através de outra classificação de análise dos dados, agora relacionada à ideia de patologização. Entre os itens mais repetidos estão: doença mental descontrolada, irracionalidade, inconsciência, irrealidade, distúrbio, insanidade, deficiência.

Segue alguns trechos para análise:

“Loucura pra mim é um distúrbio neural e psicológico que um indivíduo vem a ter, é um problema orgânico e de saúde mesmo [...]”
(H37)

“[...] pode ser às vezes um distúrbio neurológico relacionada a obsessão e as vezes relacionada até uma coisa religiosa, as vezes as

“pessoas dizem que e devido a um problema espiritual [...]” (M8)

“[...] é um estado deficiente [...]” (H 18)

A loucura aqui é entendida segundo o exposto, como atos inconscientes e irracionais, que transcendem apenas o padrão de normalidade dos sujeitos e seu enquadramento social, passando a caracterizados por certo distúrbio ou doença, muitas vezes não entendido seu sinais/sintomas (o que mais uma vez evidencia o estigma e o pré-conceito).

São discursos de poder, representados de forma organicista, e relacionados a alterações no funcionamento do corpo, a exemplo, se repetem os termos: *distúrbio orgânico e psicológico, distúrbio interpretação da realidade e distúrbio psíquico*.

Em um estudo realizado com trabalhadores de saúde de certo hospital, através do método de conversação, (CARVALHO & LINS, 2015), perceberam também que a loucura foi apreendida como doença pelos trabalhadores através da utilização de termos como distúrbio, descontrole transtorno comparando seus resultados a referência de Foucault, no que concerne afirmação de uma modernidade onde a loucura é relacionada a um estado de alienação de si e do mundo. Esses achados são importantes de serem citados tanto para enriquecer o conteúdo desta dissertação assim como para validar os dados encontrados pela mesma. É importante também mostrar que, mesmo em locais diferentes e com públicos diferentes, é possível se obter os mesmos resultados, entendendo isso como uma representação social das mais diversas populações que evidenciam como anda a realidade das concepções referentes à loucura.

Alguns questionamentos precisam ser feitos: o que significa não estar dentro de sua consciência? O que significa não estar dentro do mundo real? Os discursos acontecem em meio a nenhum domínio teórico, ou seja, não são explicados ou esclarecidos, tornando os termos classificatórios como uma mera qualidade atribuída ao sujeito rotulado louco, como que formula pronta de classificação. A saber, tipificados dessa forma, são os que mais se aproximam da ideia de doença mental:

“[...] eu acho que a loucura é uma doença psicológica ele se faz através de atos da pessoa [...]” (M 44)

“[...] loucura pra mim é uma doença que o cara pode adquirir [...] eu não sei formas que se pode adquirir e que pode ser tratada, no entanto a gente não tá acostumando a ver o cara [...] primeiramente, o cara que tem distúrbio [...]” (H17)

O louco é taxado como ser da irrealidade que tem como deficiência, imaginar o mundo diferente do padrão estabelecido (ligação direta com a categoria 1) este fator levando-o a uma insanidade permanente onde a razão inexistente e se torna morada da doença mental.

Reflete-se neste sentido a preocupação intensa de Foucault a respeito da noção social de doença mental como marco da anexação da exclusão social da loucura pela sociedade desde séculos atrás, (FOUCAULT, 2012).

Dentro do mesmo padrão de resposta atribuímos nos exemplos abaixo a percepção de loucura enquanto discurso médico:

“Loucura pra mim é um distúrbio neural e psicológico que um indivíduo vem a ter, é um problema orgânico e de saúde mesmo [...]” (H 37)

“[...] loucura eu acho que é qualquer coisa que é a pessoa que tem defeito no córtex pré-frontal [...] se você tem deficiência nesta parte do cérebro provavelmente será considerado louco ou perturbado [...] um pessoa que mente muito [...] não tem noção do perigo” (H 29)

“[...] insanidade mental de um indivíduo” (M65)

Podemos aqui inserir o pensamento de Foucault a fim de tentar-se entender a dedução

dada à loucura na sua perspectiva de análise quando o mesmo diz:

[...] o pensamento deseja interrogar a loucura naquilo que ela é, não é a partir dos loucos que ele o faz, mas a partir da doença em geral. A resposta a uma pergunta como: 'Então, que é a loucura?' é deduzida de uma análise da doença, sem que o louco fale por si mesmo em sua existência concreta. O século XVIII percebe o louco, mas deduz a loucura. (FOUCAULT, 2012, p. 187)

Logo, o pensamento presente tecido social quanto à loucura é entendido a partir da doença, não existindo espaços defensáveis, pois a concretude se faz na experiência que se vive socialmente, experiência de exclusão, logo já se esvai a loucura enquanto sofrimento e permanece a percepção da doença e sua necessidade de cura, segundo o mesmo autor.

O que se pode atribuir a esses discursos senão uma agressividade na forma de eliminar a existência-sofrimento dos loucos reduzindo-os a simples objetos de doença a partir dos termos técnicos que qualificam a loucura como um diagnóstico médico.

Apesar dos referidos termos e outros mais como: a doença mental, a deficiência mental, e o distúrbio mental, estarem caindo em desuso, existe um sério desajuste no pensamento socialmente instituído que ainda põe a loucura sempre em evidencia como objeto de intervenção médica prejudicando os modelos substitutivos de intervenção e assistência atuais, assim como sua efetividade.

É importante frisar que existe para cada elemento repetitivo uma representação e subjetividade, mesmo que assim seja, todo conceito e significação segue um determinado sentido e tem relação direta uns com outros de acordo com o conceito atribuído. Vale ressaltar que cada indivíduo é um mundo bombardeando por experiências das mais diversas e em mundo de complexidade lógico, escrita, cultural e etc.

Os discursos dos servidores denunciam certa irrealidade e perda da razão por parte dos sujeitos em sofrimento mental, representada através de atos inconsequentes:

“[...] acho que é um [...] não é a pessoa louca é a loucura? [...] é uma visão distorcida da realidade das coisas [...] acreditar que coisas aparecem e acreditar de um modo diferente de como as coisas realmente são, distorcidas da realidade.” M 19

“[...] minha opinião é uma pessoa que não está inteirada da realidade dela, ela é completamente diferente das demais pessoas. [...]” (M21)

“[...] você não tem nenhum tipo de noção da consequência de seus atos.” (M 20)

A loucura aqui é tendenciosa ao erro, de escolha. O discurso tem como referência os termos irracionalidade, irrealidade e inconsciência, expressada pelos servidores que os levam a realização de atos impensados e inconscientes.

5.2.1.3 Categoria 3: O Discurso de Dualidade

“Loucura para mim, pode não ser loucura para você”. Esta colocação é frequente nos discursos de dualidade, onde a loucura pode ser uma doença, um sofrimento emocional ou uma ação desventurada.

“[...] existe a loucura que é medicada, e a loucura que é o despertar da memória de cada um [...]” (M5)

“[...] eu acho que da cabeça de cada um mais do estresse, falta de emprego, filho desempregado, então tem uma série de problemas e tudo isso vai acarretando a mente da pessoa... a loucura vem daí partindo do estresse [...]” (M57)

Esses discursos põem-se como complemento das categorias anteriores e não são menos importantes, mostram outra linha de classificação onde a representação é tendenciosa a se encontrar na experiência do dia a dia de cada sujeito diante de atos/ações percebidos que o mesmo considera estranho e anormal, para sua percepção de normalidade, à exemplo o uso dos seguintes temas: *sofrer por desemprego ou amor, pular de paraquedas, escalar o Everest*.

“[...] do ponto de vista que eu vejo é você fazer algo que haja um constrangimento pra sociedade, por exemplo: 'eu vou pular desta torre aqui', eu acho que isso é uma loucura entende né, para algumas pessoas pode não ser, mais para mim é uma loucura total. 'Olha eu vou ter que [...] 'pego uma arma e ponho no ouvido', é uma loucura, 'eu morro por amor', é loucura né, e mais coisas que agente as vezes até se entristece com algumas que as pessoas pensam que não é loucura mais é loucura total, [...]” (H 64)

Percebeu-se que os servidores mesmo proferindo o sentido de sofrimento-desventura para classificar a loucura, não abandona o discurso patológico de doença mental ligado as ações impensadas através de certa falta de controle e desequilíbrio como forma de desrazão e irracionalidade.

“[...] a loucura é uma insensatez extrema é um comportamento totalmente repulsivo no sentido que pra mim uma pessoa louca, mas eu acredito que parte de um cidadão doente que não tem domínio de suas faculdades mentais que não tem controle de suas ações, como também a loucura é um pessoa que vive um momento de emoção muito forte, é você com raiva e tomar uma decisão errada, são loucuras diferente tem a patológica e a emocional [...]” (H 30)

A ausência de razão, também percebida, seja ela momentânea ou efetiva, é marcante nessa classe de objetivação de referência discursiva. Podendo considerar esse tipo de discurso, de desrazão tão utilizada em contrapartida à razão, assim como nas análises de Michel Foucault (1972), tendencioso ao erro em contraponto a verdade expressada pela normalidade:

“Loucura seria falta de bom senso [...] uma coisa sem razão, tipo morrer por amor, isso é falta de razão né [...]” (H 7)

“[...] a loucura tem muitos tabus, muito paradigma, a ser diferente a fazer alguma coisa que as pessoas podem achar ou não loucura, quando a pessoa perde a razão ele faz isso, fica louca [...]” (M 13)

Razão é relatada pelos servidores como a ineficiência de pensamento equilibrado e condizente com o que é normalmente aceito, o comportamento padrão esperado.

A loucura, por vezes se comporta como um desafio, uma quebra de paradigmas sociais diante do diferente e do desconhecido, logo para muitos servidores há uma dificuldade em relatar seu conceito ou falar dela, pois a mesma põe diante de si um impasse, uma espécie de responsabilidade social, que o mesmo evita, promovendo então o discurso de anormalidade.

“[...] a loucura e portanto nessa categoria de discurso uma quebra de paradigma onde existe uma espécie de “coragem” em ser diferente dos padrões estabelecidos socialmente. O discurso de que “loucura para mim pode não ser para você [...]” (M 31)

Pode-se entender que existe uma noção de dualidade e de percepção que se difere quanto ao significado da loucura para cada pessoa, em sua forma subjetiva de avaliá-la, “loucura para mim pode não ser para você”, vem carregado de um estigma embutidos de forma contida nas frases onde atitudes se caracterizam por um comportamento do louco como condicionado ao erro diante a sociedade, onde podemos ver também nesse outro discurso:

“[...] existe a loucura que é medicada e a loucura que é o despertar da memória de cada um, ele tem que trabalhar, ele tem com que fazer que a memória trabalhe ela tenha se elevado num patamar, uma graduação de evolução conforme teu conhecimento a sua sabedoria porque exige um processo [...] se eu tivesse mantido minha mente com a minha juventude não tivesse casado estudado passado por experiências eu

teria parado ali naquele patamar, agregando sentimento para ter uma sanidade tranquila... de repente o jovem sofre o processo do caminho que ele tem que seguir e ele foge da mentalidade do normal... loucura e quando não se trabalha aquela mente.... tem que ter um trato espiritual para avançar na vida [...]” (M 5)

“[...] é um desequilíbrio emocional da pessoa. [...]” (H 43)

“[...] é um sofrimento do espírito [...]” (M 77)

[...] eu acho que da cabeça de cada um mais do estresse, falta de emprego, filho desempregado, então tem uma série de problemas e tudo isso vai acarretando a mente da pessoa loucura vem daí partindo do estresse [...]” (M 57)

Continuando por esse viés, existe, ainda, um lado emocional e espiritual para o louco, criando-se outra classificação para a loucura sem abandonar a visão hospitalocêntrica, essa última continua sendo percebida enquanto doença mental, porém existe, segundo os servidores outra loucura que acolhe aqueles que sofrem emocionalmente, espiritualmente e com a inconstância em certo momento da vida, como podemos perceber nos discursos abaixo:

Os discursos são também experiências de vida do próprio sujeito pertencente ao corpo social. A experiência da doença ainda tem grande poder presente nos discursos onde é realizada a todo o momento uma reprodução do saber médico instituído.

A psiquiátrica e sua ciência se tornaram uma religião por assim dizer, ou em certo modo uma intolerância religiosa onde a falta de aceitação social dos diferentes ainda é um desafio no processo de aceitação e inclusão social o que cada vez mais motiva discussões sobre a efetividade dos modelos atuais de assistência com base em modelos substitutivos.

De certa forma sua efetividade só acontecerá a partir do momento que forem trabalhadas estratégias de desconstrução de sentido da loucura/doença mental, assim como aconteceu com a lepra e as doenças venéreas (como a sífilis e mais atualmente com a AIDS),

onde da mesma forma, estigmatizaram os homossexuais, atribuindo-os a responsabilidade da propagação da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), rotulando-os como portadores de um *câncer gay*.

Porém observamos que a experiência com a AIDS propôs uma mudança na forma de pensar quando se esclareceu os verdadeiros motivos do processo saúde-doença e suas características assim como estratégias de combate. Essa comparação mostra importância de se trabalhar o estigma social excludente através da educação em saúde com fins de ressignificação. O mesmo processo caso ocorra com a loucura, trará mudanças quanto o sentido dado mesma, de forma positiva, em meio a uma realidade atual onde é mais fácil excluir para afastar o louco do convívio social.

5.2.2 Eixo Temático 2: Normalidade versus Anormalidade na Conceituação da Loucura

Abordado de forma recorrente durante as narrativas colhidas, quando da realização das entrevistas, a dualidade existente entre normalidade e anormalidade serviu de forma veemente como padrão para se classificar a loucura seja enquanto sofrimento ou como doença. A maior parte dos discursos dos sujeitos da pesquisa era orientada tendo como base essa dualidade, sempre marcada por uma espécie de conhecimento empírico e experiências do cotidiano de cada indivíduo.

Nesse sentido, é nos mostrado a experiência da loucura sendo revestida e dependente das relações sociais e normas que ditam como se portar diante da sociedade para se apreender o conceito de loucura, raramente tem-se um pensamento individual, em grande maioria encontramos esses mesmos pensamentos lastreados por uma segurança e subjetividade dependente do que podemos entender por discurso socialmente aceito em torno da loucura.

Logo ao se reproduzir esse pensamento moderno de loucura enquanto anormalidade, e esta última, como base para o que se rotula como doenças mentais, lembra-se o alerta foucaultiano de que não existe uma contestação possível em torno do que se apreende na sociedade sobre loucura expressada por cada sujeito individual, ainda segundo o autor, desde o século XVIII o conceito de loucura é atribuído a partir da ideia de doença, onde o louco não

se defende nem fala por si, da sua existência, desde esse mesmo século até a sociedade percebe o louco, porém deduz a loucura (FOUCAULT, 2012).

Ser louco ou doente mental na sociedade atual é estar a margem da sociedade e de suas regras que mantem unida toda uma moldagem de comportamento e aceitação social nas relações pessoais. É não pertencer a um grupo homogêneo superior. Durante as análises dos discursos em torno da conceitualização de loucura percebeu-se certa vinculação entre sua percepção por parte dos servidores e relação como já citado, entre normalidade e anormalidade. Foi necessário abordar de forma mais profunda e específica quais os sentidos presentes nesta dualidade, ademais, esse questionamento (normalidade versus anormalidade) foi interposto nas entrevistas, haja vista a gama de citações no material de pesquisa.

Criou-se, portanto dentro da perspectiva da dualidade entre normalidade e anormalidade, tão utilizada para se conceber a loucura enquanto conhecimento, duas categorias analíticas a respeito do sentido dado a esses termos.

5.2.2.1 Categoria 1: O Padrão Socialmente Aceito

Como já foi auferido anteriormente apreendeu-se a concepção da loucura através do comportamento expressado pelo indivíduo seja ele desviante ou não. Entende-se por comportamento desviante aquele tendencioso ao erro, negativo em sua essência e diferente do que se pensa nas coletividades. Esse tipo de comportamento define o que se esperar do indivíduo na complexa rede de relacionamentos sociais, marcando a fronteira entre normalidade e anormalidade.

Inicialmente podemos referenciar a diferença desta dualidade a partir das regras impostas pela sociedade, transformando os afazeres cotidianos em padrões de boa convivência entre os indivíduos, muitas vezes pode-se dizer que o padrão referido pelos discursos atua como um apelo para que as regras sejam seguidas a fim de não pôr a sociedade em risco. Acompanhem os falas a seguir:

“[...] normal é o imposto pela sociedade para seguir as regras [...]” (M 51)

“[...] normal é o que a sociedade aceita, o que não causa nenhum mal a sociedade, o que não causaria um impacto negativo [...]” (M 23)

“[...] normal, seria mais (...) pra mim o normal é fazer coisa que não vai agredir outra pessoa, que não vai contra os conceitos morais e em relação a fazer o mal mesmo [...]” (M 43)

“Normalidade é o que todo mundo faz, vive da forma certa, paga suas contas, trata bem as pessoas da forma correta [...]” (H 17)

As regras, de acordo com os indivíduos, realmente impostas, inconscientemente em uma preocupação constante com o equilíbrio do grupo, neste ponto, se traz à tona a ideia de periculosidade como certa imprevisibilidade quando se percebe o comportamento desviante, sendo normal aquele que segue os conceitos da moralidade e não faz mal (agride) ao grupo social que convive. Logo também agir com normalidade é seguir o padrão de comportamento relativo ao crescimento e a segurança grupal.

Já o comportamento anormal pode ser definido de acordo com a ideia de padrão socialmente aceito, como uma estranheza aos olhos daqueles que conhecem a rotina e as ações esperadas de boa convivência, logo ser anormal é não estar de acordo com os padrões impostos sejam eles culturais, econômicos, políticos e sociais, é o ser não adaptável e que traz risco a rotina pré-estabelecida. Segue os discursos:

“Anormal é o que causa espanto e assusta em certo sentido, causa estranheza a gente” (H27)

“Ser anormal é não seguir um padrão, seja ele de comportamento, de uma cultura, uma criação [...] por exemplo, se um indivíduo é colocado em uma cultura diferente ele não é adaptado aquela cultura,

por exemplo um europeu quando ele é levado aquelas regiões mais remotas da África ele é considerado um anormal” (M60)

“[...] normal é minha rotina que condizia com minha personalidade com meu caráter, se eu fizesse diferente eu serei anormal” (M33)

“[...] a normalidade é ir contra você mesmo” (H42)

Ratificando os dados observados em Moreira *et al.* (2009), em um estudo de pesquisa realizado com servidores administrativos de uma universidade federal. A autora percebeu que o pensamento que se tem do portador de transtorno mental, encontra-se sob uma condição que o confere anormalidade humana, colocando-o em posição de periculosidade, de incapacidade e de transgressão das normas morais sociais.

Adiante, os discursos de normalidade mostraram que os sentidos atribuídos ao que se entende de ser normal e anormal, são baseados nos padrões de vivência com o corpo social, estes últimos, são leis de convivência, muitas vezes conferidos sem a mínima noção teórica, apreendo a loucura em um jogo dualista sem possibilidade de resposta ou participação do ser excluído, mostrando assim que o entendimento social controla as ações particulares.

Alguns discursos referem à dificuldade em se estabelecer um conhecimento capaz de responder a esse dualismo, se abstendo, então, de responder o questionamento, onde, quase em todos os momentos justificaram que a relação entre normalidade e anormalidade poderia ser entendida de diferentes formas e de acordo com o momento, o espaço, o ambiente em que se vive:

“[...] não saberia te dizer, o que é normal pra mim, não é pra você” (M58)

“[...] aí, em relação a isso é bem interessante se você pensar o que é ser normal e ser anormal, porque isso depende muito da estrutura e do contexto em que você tá inserido, meio, cultura que você vive e as pessoas que você convive, portanto ser normal e anormal é um

conceito construído em uma determinada estrutura” (H34)

“[...] isso é bem relativo, a questão do ambiente, a cultura do estado em que a pessoa se encontra, normal é talvez a pessoa realizar atos dentro de um o padrão cultural e geralmente aqueles que agem fora desse padrão são anormais” (H41)

“[...] ser normal, eu acredito que ser normal é como você se auto conceitua, ser normal [...] só se você tiver um padrão dentro da sua cabeça do que é ser normal, senão, se você não tem esse padrão você é definido qualquer coisa, eu não diria que se tivesse esse padrão era normal porque a sociedade não tem nenhum padrão mais tudo agora é anormal” (M45)

Uma conclusão parecida foi atribuída por Leite, (2012), ao analisar a conceituação da loucura em trabalhadores da saúde mental. Na oportunidade a autora pode perceber de acordo com os discursos analisados, que cada sociedade possui regras e normas se tornando a definição dualista de normalidade e anormalidade como difícil de ser conceituada.

Ainda vinculado à ideia de padrão social, a diferença entre normalidade e anormalidade pode ser também analisada como ser ou não racional, onde quem segue o padrão, é racional, tem razão. O exposto reafirma o pensamento de Foucault, (2012) quando o mesmo refere que na atualidade a loucura é tida como um comportamento desviante totalmente dependente das regras para impor seu espaço social.

Percebe-se claramente certo reconhecimento da complexidade do pensamento social em torno da loucura, existindo um culto à anormalidade, como padrão de aceitação coletiva. Essa discussão, logo mostra a influência social na formação do pensamento individual, tornando o conhecimento condizente com os princípios estabelecidos pela coletividade e é por isso que em grande parte o posicionamento dos sujeitos não pode ser diferente ou ultrapassar a verdade imposta socialmente já que se tornariam também anormais ou diferentes.

Conclui-se, portanto, que a sociedade é normativa, haja vista que segue um padrão de

norma. A loucura é seu objeto de desrazão, incompletude e contrariedade, pondo a situação normativa social sempre a prova e causando-lhe medo e imprevisibilidade. A sociedade ao contrário não fornece a loucura possibilidades de resgate e conquista espacial, pois a mesma não vê a loucura, mas a doença que sempre abomina e que quer manter a distância. Deve-se levar em conta também que cada sociedade enxerga a loucura de forma diferente dependendo de seus aspectos políticos, culturais, econômicos e filosóficos e que, de acordo com Pelbart, (2009), ao referenciar a riqueza dos ensinamentos de Foucault, (2012), cada cultura de alguma forma atribui a loucura uma forma diferente de concepção, inventando um modo específico de ser ou estar louco.

A não definição social de algumas pessoas quando indagadas sobre o que se entende por normalidade e anormalidade, é uma resistência de uma pequena parte da população que capta uma espécie de empatia para com o louco, com o qual, por vezes mantém uma relação de alteridade.

5.2.2.2 Categoria 2: O Discurso de Normalidade frente a Visão Organicista

Presente na sociedade e nas instituições, mesmo após a inserção do ideal humanitário e a criação de modelos de assistência em saúde criados com a finalidade de aproximação e inserção social dos loucos após anos de internação. Parece não estar dando tão certo haja vista que a própria sociedade não está preparada para lidar com o diferente, ainda carregando consigo, medo, receio e um estigma que atravessa séculos, baseado no erro, na indiferença, na inferioridade e principalmente na doença mental (palavra carregada de um sentido exclusivista).

Parafraseando Canguilhem em seus ensaios sobre alguns problemas relativos ao normal e o patológico, “como já dissemos muitas vezes, o doente não é anormal por ausência de norma, e sim pela incapacidade de ser normativo” (CANGUILHEM, 2002, p. 148).

O indivíduo não é, então, normativo, e acaba por se tornar anormal e, por consequência, doente mental. Pode-se também auferir que essa incapacidade de ser normativo se apresenta ou porque o indivíduo em sofrimento mental não apreende a normatização social

imposta porque apenas dá conta de sua própria existência ou porque, avesso ao estigma que o destroça, que anula sua civilidade, se põe em estado de aversão social as pessoas e os grupos dessa forma mergulhando também em sua existência e em seu sofrimento. Então o destino final sempre é o isolamento, e a violência institucional e moral.

Fez-se necessário fazer essa análise a fim de que se possa ter um ponto de partida para se definir, segundo os discursos, a relação entre doença mental e a dualidade (normalidade e anormalidade) usada como referência à conceituação durante as narrativas.

Outras falas caracterizam a proximidade entre normalidade e anormalidade e noção de doença mental:

“[...] ser normal eu acho que é de acordo com as características físicas, psicológicas, do comportamento da pessoa, que vai definindo o padrão do que é normal e anormal [...]” (M55)

“[...] depende, o anormal seria uma pessoa que tem umas atitudes que não tem consciência do que tá fazendo por algum tipo de distúrbio mental [...] tem muitas pessoas que tem o distúrbio mental que sabem o que tá fazendo e rapidamente não sabem o que tá acontecendo, normalidade é uma pessoa agir normalmente, dentro do seu limite e faz qualquer tipo de atividade como ler e escrever, anormal tem algum tipo de distúrbio” (H 13)

“[...] é uma coisa bem relativa, pra mim quem é anormal tá doente, normal é seguir um padrão, acho que o normal é ficar copiando, o anormal são as pessoas que sofrem mais com esses problemas mentais, quem é normal sofre menos” (H 1)

Aqui a anormalidade é definida como seguir as rotinas e padrões de convivência e do cotidiano, não muito diferente do que já foi exposto. Já a noção de anormalidade tem relação

direta com a irracionalidade, a inconsciência, a irrealidade, presentes através da utilização de termos clínicos a exemplo do distúrbio, doença e problemas mentais.

A anormalidade também foi concebida como um passo para se tornar louco e doente, é como que a fronteira do pensamento enlouquecido expressado através de opiniões já pré-formadas sem grande consistência e características de um senso comum adquirido e exercitado pelo rotulo estigmatizante da loucura, esta última comparando ao inaceitável.

“[...] normal é dentro do que é aceitável, que a sociedade consegue entender que seja como moral e eticamente correto, com atitudes fora, daí a pessoas que acham que é simples andar seminua, e acha aquilo e parece com a figura de um estuprador, já anormal é fora do padrão, é o início da loucura” (M18)

Há em resultados de outros trabalhos essa percepção da anormalidade enquanto possibilidade de enlouquecimento pode citar Leite, (2012). Essas conclusões em partes são embasadas em outra visão da loucura como aquela classificada como sofrimento do indivíduo a frente de problemas emocionais e etc. Dentro da perspectiva da dualidade de anormalidade e normalidade essa separação entre a loucura doença e a loucura sofrimento é frequente, e de certo forma o fator usado para classificá-la não será outro senão a medida de perigo presente em cada caso.

5.2.3 Eixo Temático 3: Doença Mental versus Sofrimento Psíquico

Por séculos e de acordo com a visão foucaultiana de doença mental, a lepra deixou espaços entre abertos no tecido social que não foram preenchidos. Esses espaços deram lugar aqueles que de alguma forma eram avessos aos costumes, aos afazeres, ao crescimento econômico, se tratavam de vagabundos, prostitutas, pobres e as referidas cabeças alienadas (FOUCAULT, 2012).

Com o tempo e com apoderamento da medicina mental sobre a loucura percebemos, pois uma mudança na forma de percebê-la era necessária afastá-la do convívio social e familiar e foi nesse momento de ruptura que esvaziou da mentalidade social a mágica e verdade da loucura passando a preencher o abismo do hospital como lugar de controle moral e institucional que agora abriga o louco, o captura com fins de estudo e cura. Não é por acaso que temos uma sociedade tão avessa à ideia de loucura como anormalidade e distúrbio em torno de um desequilíbrio que torna a inverdade da loucura, e seu desvio social como fator preponderante para se excluir aquele que não tem mais razão, sendo irracional e imprevisível e avesso aos costumes sociais que tanto deixam os sãos seguros. Essa irracionalidade e inconsciência dos atos são percebidas como um erro.

A loucura enquanto objeto de estudo durante a passagem da era clássica até os dias atuais tivera um processo de significação negativa de doença, a partir do momento que foi tomada como meio científico de estudo pela medicina mental, a qual classificou seus comportamentos e a diagnosticou, isolou e tratou com fins de se chegar a um denominador comum: a cura.

Este eixo em particular sustenta a necessidade de se questionar sobre o que se pensa sobre doença mental e sobre o sofrimento psíquico? Existem diferenças? Como podemos conceber estes termos na perspectiva social? Em nível de curiosidade e como complemento do que também se pode entender sobre os discursos sobre o conceito de loucura no eixo anterior.

Logo se questiona aqui então, (O que você entende por doença mental e sofrimento psíquico?), tendo por objetivo entender o real motivo de como se processa o sentido do termo doença em contraponto com o sofrimento. Entende-se que mesmo com a interpretação sobre a loucura no eixo 1 (concepções de loucura) é necessário esse questionamento em questão, haja vista que a crítica ao modelo médico de saúde mental é direcionada justamente neste ponto, em que a loucura passou a ser vista por doença, assim como refere Foucault:

Nesse conhecimento, a doença mental está enfim presente, e o desatino desapareceu por si mesmo, salvo aos olhos daqueles que se perguntam o que pode significar no mundo moderno essa presença obstinada e repetida de uma loucura necessariamente acompanhada por sua ciência, sua medicina, seus médicos, de uma loucura inteiramente incluída no patético de uma doença mental (FOUCAULT, 1972, p. 230).

Segundo o autor, a ciência médica ou psiquiátrica foi responsável pela transformação da loucura em doença mental. Essa nova percepção de doença trouxe consigo uma gama de deturpações de sentido no que se refere à loucura e seu objeto de estudo e cura, ou seja, o louco.

Justamente pelo entendimento que a loucura enquanto doença mental, em um processo secular, alterou a forma de percepção da mesma no meio social, a transformando em puro medo, em uma periculosidade assombrada pelo comportamento desviante onde nada se pode esperar além do imprevisível, justamente por isso achou-se importante questionar o significado atribuído à doença mental enquanto auxílio no entendimento a conceituação de loucura na sociedade atual.

Este ponto em específico é de grande valia para entender como se processam esses sentidos com o intuito selecionar os tópicos a serem trabalhados em processos posteriores de intervenção. Não se pode trabalhar a ressignificação da loucura enquanto doença a partir de nosso conhecimento científico em torno disso, dada a polissemia em que são atribuídas as respostas em torno de um entendimento tão complexo por parte dos sujeitos de pesquisa.

A análise do eixo 2 nos permitiu identificar duas formas de percepção da doença mental: a doença mental como clínica médica, o discurso de hereditariedade. As análises foram distribuídas nas categorias a seguir.

5.2.3.1 Categoria 1: Loucura e o Universo da Clínica Médica

Durante as análises, as narrativas estão tendenciosas a reproduzir um pensamento a respeito da doença mental como uma patologia relacionada a algum tipo de alteração anatomopatológica do cérebro que de alguma forma originou ou não a loucura.

“[...] a doença mental [...] ela pode partir de uma lesão no cérebro da pessoa, a pessoa perde seu controle e estabilidade [...]” (H17)

“[...] doença mental [...] pode ser provocada por algum acidente um tumor que prejudica o funcionamento do cérebro [...]” (H29)

“[...] doença mental, são doenças diagnosticadas né, tipo como a síndrome de down [...]” (M18)

“[...] é a parte fisiológica oriunda de uma doença ou problema que ele teve e desenvolveu, um dano neural, um dano do organismo [...]” (H37)

Referiu-se posteriormente a doença mental como sujeita a uso constante de medicamentos como mecanismos de controle do doente, mantendo-o longe, não por trás dos muros manicomiais, porém dentro de seu próprio estado anestesia. Este fator pode ser caracterizado pelo pensamento social constante sobre a loucura de forma institucionalizada.

“[...] doença mental seria aquela patologia que pode ser tratada com medicamentos para controlar o doido [...]” (M 80)

Em muitos discursos está presente a seguinte ideia: *O ser não tem noção de se estar doente*, esse fator, muito citado, é um marco na atribuição à ideia de medo e imprevisibilidade, pois se o indivíduo não sabe quando está doente, o mesmo não tem noção de sua própria loucura, assim, não possuindo um logica sobre normalidade e anormalidade dentro de um padrão socialmente aceito, não mantendo sua própria integridade pode pôr em risco a do outro que vive ao seu lado. Logo, o indivíduo dito louco é inconsciente e inconstante, perigoso e deve ser tratada a distância para segurança da sociedade pensante. Seguem as falas:

“[...] eu sou meio leigo nesses conceitos, mas quanto ao sofrimento psíquico é qualquer fenômeno físico, mental, psicológico que possa interferir na integridade do ser humano, agora doença mental, a gente vê por outro ângulo como mensurar se uma pessoa tem uma doença

mental, pode causa uma mudança no comportamento humano [...]” (H 57)

“[...] sofrimento psíquico talvez seja uma situação em que a pessoa ela entende o que está ocorrendo com ela, a doença mental seria como se ela não soubesse sobre aquele mal que estaria lhe ocorrendo, um coisa que estivesse prejudicando ela bastante [...] e que acaba externando uma coisa que do ponto de vista médico seria ruim né assim pra saúde dela [...]” (H 44)

“[...] doença mental, é quando você não tem mais o discernimento do que tá fazendo, é aquela pessoa que realmente não tem controle dos seus atos [...], sofrimento psíquico pode ser aquele que tá passando por situações que estão mudando seu comportamento, o doente mental é aquele fixo que realmente é doente mental e o psíquico é uma fase [...] (M 48)

Em contrapondo, já o sofrimento psíquico é entendido empaticamente como uma gama de sentimentos de frustração e angustia muitas vezes atribuído a uma situação de desespero, de abalo emocional, porém sem tantas consequências já que além de ser passageiro, é tratável. A maneira empática que os servidores avaliam essa situação faz-nos entender que a sociedade compreende esse tipo de sofrimento, como algo que pode ocorrer com qualquer um, não nos permitindo perceber o sofrimento psíquico como doença, mas como um momento de loucura:

“[...] o sofrimento psíquico, pode acontecer com a pessoa no momento da pressão no sentido, de pressão por causa de um entendimento tipo como no bullying [...]” (H 17)

“[...] o sofrimento está relacionado a psique, a forma que a pessoa pensa, a pessoa está em desespero por uma coisa que n existe [...]” (H29)

“[...] na minha opinião o sofrimento psíquico vem da depressão né,

uma coisa que você adquire dependendo do estado que você tá vivendo é diferente de doença [...]” (M18)

“[...] sofrimento psíquico é quando se tem uma perda grande: - ter toc, ter depressão [...]” (H37)

Em uma análise parecida, também avaliando concepções de loucura e de seu tratamento através de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores de saúde mental, Púgin *et al.* (1997), interpretou seus resultados de modo que o sofrimento psíquico fosse representado também por fatores sociais, familiares, econômicos e políticos, aos quais, o indivíduo fica exposto, e que esse mesmo sofrimento fosse concebido socialmente como não loucura, onde os trabalhadores não determinaram loucas as pessoas com esse tipo de sofrimento. Essa visão é relevante para nossa análise mesmo sendo os sujeitos de pesquisa já envolvidos com saúde mental e tendo algum conhecimento prévio.

Continuando, a doença mental foi identificada como um problema funcional do cérebro onde os indivíduos eram levados a um estado falha na interpretação de mundo ou inconsciência. No eixo temático 1 vimos muitos desse mesmo discurso durante o questionamento conceitual do que seja loucura, essa repetição de padrão de resposta só reafirma o sentido dado à loucura como doença mental, evidenciado pela desordem, o desequilíbrio, o distúrbio das funções anato patológicas do cérebro.

Quando relacionada o conceito de doença ao de sofrimento, o entendimento entre essa diferença era feito de acordo com o tempo em que a pessoa era afetada e grau de intensidade da crise sendo a doença enquanto loucura algo crônico, enquanto o sofrimento psíquico era determinado como algo passageiro e em tratamento (não isolado, onde o portador desse sofrimento tem um determinado controle sobre seus atos).

“Doença mental é uma coisa assim: é uma patologia em que o cérebro ele não funciona, é [...] como é que se diz [...] de acordo com os estímulos, ele não tem respostas aos estímulos do ambiente igual as outras pessoas [...]” (H 13)

“[...] a doença mental é um tipo de patologia em que o cérebro responde diferente, em que o cérebro ele tem a deficiência de interpretar o ambiente, a realidade da forma correta, e o sofrimento psíquico é uma auto flagelação em que a pessoa ela se bloqueia pra resolver algum problema, ela não tem problema no cérebro para interpretar a realidade, ela mesma cria um problema na cabeça dela [...]” (H 53)

“[...] doença mental é uma enfermidade, uma patologia (...) seria mesmo como um câncer, se é sofrimento psíquico é como se fosse uma depressão [...]” (M 43)

“[...] eu acho que doença mental já é uma coisa mais crônica, e é diagnosticado como doença mental mesmo, o sofrimento psíquico pode ser em tratamento ainda [...]” (M 80)

Percebeu-se nos discursos em grande parte, que ao se referir a palavra doença, os servidores à trocavam por loucura, em uma forma de ato-falho, como que atestando a vinculação cognitiva entre loucura e doença. Os discursos são tendenciosos a imaginar a loucura enquanto doença mental e o sofrimento psíquico enquanto impactos emocionais na vida dos indivíduos.

Tem-se ainda que a sociedade não é segura de si quanto a loucura. Há um desafio quanto a sua ressignificação, o que é um fator preocupante já que a sua maneira de perceber a loucura mostra-se inimputável e não passível reestabelecimento de sentido. A reprodução do pensamento médico organicista é tamanha que os indivíduos chegam a estabelecer diagnósticos prévios de doença e até de tratamento:

“Doença mental é a parte fisiológica oriunda de uma doença ou problema que ele teve e desenvolveu, um dano neural, um dano do organismo [...]” (H37)

“Tô pensando na doença mental como um distúrbio [...] como por exemplo: a síndrome de down, a esquizofrenia, são distúrbio e também são doenças e tem muitas outras [...] tem que internar e medicar é o único jeito [...]” (M 48)

A doença mental na percepção dos servidores vai além da necessidade de tratamento e acompanhamento pelo fato de ser crônica e incurável diferente do que compreendem o sofrimento psíquico, ou seja, de forma passageira em um ensaio de irracionalidade temporária e tratamento curto. Segue as falas:

“[...] doença mental é quando o ser humano está com algo na mente que precisa de um tratamento e precisa de acompanhamento seja psicológico ou psiquiátrico, já o sofrimento psíquico vai mais do que estar no inconsciente ou subconsciente da pessoa, porque ela tem na mente que tá martirizando ela, é mais é questão emocional mesmo [...]” (M43)

É percebido certo descontrole do indivíduo diante dos seus atos errôneos e desviantes, devendo o mesmo ser controlado por medicamentos. Essa narrativa mostra a filosofia medico-psiquiátrica do cuidado ao louco disseminada dentro do tecido social, mais especificamente, na mentalidade institucionalizada da loucura na cabeça da sociedade, em contraponto o sofrimento psíquico tão utilizado na atualidade para se substituir a termo doença mental, passa a ser visto como um sofrimento causado por perda esse sofrimento pode evoluir para doença mental:

“[...] doença mental, é uma forma da pessoa tá sendo tratada com medicamentos, visa ser submetido aquele medicamento para ter um nível de controle dos seus atos, SP pode ser um momento de sofrimento por exemplo a perda de uma pessoa muito querida próxima de repente pode até acarretar uma sofrimento mais duradouro e

conforme seja a base da pessoa ela pode entrar até em depressão [...]”
(H 41).

Poderíamos refletir o sofrimento psíquico como uma alternativa ao ser doente mental.

Ao referenciarmos esse termo, o sofrimento, é perceptível que despertamos uma espécie de empatia como o indivíduo louco, onde os discursos de compreensão são paralelos aos verificados na classificação do tipo de sofrimento. Ainda temos uma complexa rede de sentidos auferidos a esse sofrimento que mesmo próximo da loucura e distante da doença ainda é visto com certa distância porém de forma diferente, já que esse tipo de loucura é condizente com alguns padrões sociais de comportamento. Aqui, há uma espécie de extravagância em meio a um turbilhão de sentimentos negativos e também positivos que, ainda segundo os servidores, fazem depender dos indivíduos que os apresentam, aqueles em sofrimento, logo, a vivência e a experiência com a loucura estabelece outro lado, outro sentido, onde há também uma conexão com a realidade extrema presentes em várias ocasiões como: a perda de um ente querido, uma situação de ansiedade, problemas familiares e etc.

Em trabalho realizado com profissionais da área de comunicação a respeito de concepções sobre loucura na mídia, CARDOSO & SANTOS (2011), concluíram que essa loucura oriunda de influências externas (o sofrimento psíquico) que alteram o estado de humor das pessoas, evidencia um tipo de loucura socialmente aceita atribuindo a essas influências, estados de insensatez condizentes com a validação social, haja vista que a mesma entende que não há como ter um controle absoluto, que ninguém é sempre normal, para essa exemplificação as autoras usaram a máxima popular que de médico e louco todo mundo tem um pouco.

Novamente é importante lembrar que a criação de estratégias interventivas, seja na assistência ou atenção básica, não será possível enquanto não se trabalhar o estigma e o preconceito inseridos após tantos anos de exposição social ao erro, a periculosidade e o estigma.

5.2.3.2 Categoria 2: O Discurso da Hereditariedade

Essa categoria foi criada para evidenciar a perspectiva da hereditariedade na atribuição de conceitos relacionados à doença mental. Por vezes ouve-se nos discursos dos sujeitos, a noção de hereditariedade, como uma herança da loucura como doença mental, de ordem genética, e transmitida aos descendentes daquelas que também já foram loucos, em contrapondo com o sofrimento psíquico que ainda é relacionado a certo descontrole ainda passível de intervenção do próprio indivíduo sobre seus atos, porém com momentânea perda da razão. Demonstramos isso a partir dos discursos que seguem:

“[...] doença mental tá relacionada a genética [...]” (M 58)

“[...] a doença mental pode ser algo que venha da genética, pode ser algo adquirido não por espontânea vontade, a doença mental por ser algo interno que passou de pai pra filho seria hereditário, ou alguma má formação e sofrimento é algo externo que afetou externamente no sentido de trauma [...]” (H22)

“[...] doença mental é algo que já vem, que já é adquirido, já vem de muito cedo, SP é algo meio parecido com depressão, algo muito grave que aconteceu na vida da pessoa, e ela desenvolveu a partir de um acontecimento [...]” (M 9)

Um estudo realizado por Leite, (2012), ao realizar entrevistas semi-dirigidas com profissionais da saúde sobre as concepções de doença mental, concluiu em seus resultados que houve uma predisposição hereditária isoladamente como preconizado pela psiquiatria tradicional sendo a doença mental considerada pelos seus sujeitos de pesquisa como uma estrutura psíquica deficitária.

Essa referência ao estudo mostra mais uma vez a validação dos resultados aqui apresentados e a disseminação dos conhecimentos em torno da loucura sob a forma de representações sociais. Evidenciar a loucura como uma doença hereditária é atestar que o estigma nunca sairá daquele espaço vivido pelo estigmatizado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegou-se, pois, nos resultados, após uma criteriosa análise de conteúdo. Foi utilizado de muita exaustividade e especificidade na separação dos eixos temáticos e determinação das categorias de estudo, devido à riqueza de informações e de sentidos tão polissêmicos.

Pode-se compreender com os resultados encontrados que, a relação que os sujeitos da pesquisa mantém com a loucura é lastreada por uma condição estigmatizante que exclui o sujeito, rotulando-o através de discursos organicistas de adoecimento, quando diferente atribui a relação entre normalidade e a anormalidade inserida em um contexto social de comportamento socialmente aceito e padronizado, sem abandonar a ideia de periculosidade do sujeito.

A loucura é difícil de ser definida. Tem-se um arcabouço de possibilidades, em um mundo de saberes produzido em meio à desordem do pensamento. Conceitos adquiridos e transformados. O termo loucura acende uma pequena centelha na mente dos indivíduos, que de alguma forma, apresentam certo desconforto em tratar do assunto.

Os discursos são organicistas e tendenciosos ao representar o adoecimento como explicação para o que significa estar louco. Todo esse jogo arbitrário de verdade abandona o erro presente no comportamento desviante e rotula-o, emergindo, dessa forma, o patológico.

O que resta para o indivíduo dito louco? O que será então de sua existência-sofrimento, de sua totalidade? Esse indivíduo *a-normativo* acaba, por fim, tornando-se anormal e, como decorrência, um doente mental. Essa incapacidade de ser normativo se apresenta ou porque o indivíduo em sofrimento mental não apreende a normatização social imposta porque apenas dá conta de sua própria existência ou porque, avesso ao estigma que o destroça, que anula sua civilidade, se põe em estado de aversão social as pessoas e os grupos dessa forma mergulhando também em sua existência e em seu sofrimento. Então o destino final sempre é o isolamento, e a violência institucional e moral.

De fato, a sociedade não estar preparada para lidar com o fenômeno da loucura. Seus conceitos são arraigados e cheios de um estigma compartilhado pelos indivíduos ditos

normais em coletividade, e que sempre se mantem e se renova.

O maior desafio da saúde mental na atualidade é o que Peter Pelbart chama de manicômio mental, entendidas como formas obscuras de se conceber a loucura com pré-conceito através de um pensamento institucionalizado (preso à ideia de tratamento pelo isolamento).

Tem-se, enfim, uma estrutura de saúde que no papel é viável. Um serviço proposto por políticas públicas de saúde, mais humano, territorializado, com serviços de referência e contra referência, serviços substitutivos ao manicômio, que somado à desinstitucionalização em andamento, cria uma espécie de assistência em saúde mental apta a conduzir cuidado inclusivo, porém ainda nos deparamos com as dificuldades impostas pelo estigma presente na sociedade, que de certa forma, impossibilita o relacionamento saudável junto ao corpo social e dificulta a efetividade da assistência pautada pela inclusão social.

Torna-se, difícil e inquietante promover certa mudança de forma a desestigmatizar à loucura quando a própria sociedade não a aceita em seu meio sua realidade. Um amplo debate deve ser instaurado. As discussões devem ultrapassar as esferas federais e chegar aos bairros e às comunidades, através de profissionais conscientes de si e de seu trabalho. Alternativas devem ser criadas com intervenções terapêuticas em saúde mental como forma efetiva para redução do estigma que assola os indivíduos em sofrimento mental.

Existe, pois, na área da saúde mental, uma necessidade constante da atualização dos conhecimentos em torno do que entendemos sobre o conceito de loucura, em meio a uma gama de subjetividade e complexidade que expressa um pensamento social tão polissêmico.

Precisa-se, urgentemente, de uma nova ressignificação da loucura na sociedade. Precisamos de uma reflexão teórica, precisamos conviver com a loucura e nos livras das amarras do medo extremo. Não se faz saúde mental apenas com investimentos em infraestrutura ou políticas publicas ineficazes. Devemos fazer a saúde mental a partir da perspectiva de quem precisa dela, com muita empatia e alteridade.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul. /set. 1995.

_____. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 202 p.

_____. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 132 p.

_____. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 141 p.

_____. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 314 p.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 117 p.

ALARCON, S. Aos homens de boa vontade: estudos sobre sujeição e singularidade. In: AMARANTE, P (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 314 p.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro, n. 117, p. 127-147, nov. 2002.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 7. ed. Lisboa – Portugal : Edições 70, 2010. 277. p.

BARROS, D. M. **Machado de Assis: a loucura e as leis**. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 2010. 253 p.

BASAGLIA, F (Coord.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 326 p.

BIRMAN, J. Loucura, Singularidade, Subjetividade. In Conselho Federal de Psicologia (Org.). **Loucura, Ética e Política**: Escritos Militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

_____. A psiquiatria como higiene moral. In PEGORARO, Renata. Papéis atribuídos à família na produção da loucura: algumas reflexões. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, Goiânia, v. 77, n. 2. p. 253-273, 2009.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Legislação em Saúde Mental: 1990 - 2004. 5ª ed. (ampl). Brasília, DF: Editora MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde do Brasil, 1994. p. 11-16.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**: características gerais dos indígenas. Portal Brasil, 2012. Disponível em: <<https://www.brasil.gov.br/governo/2012/08/brasil-tem-quase-900-mil-indios-de-305-etnias-e-274-idiomias>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

BRAUNSTEIN, N. Os sobrinhos de Vasconcelos no diálogo entre razão e loucura. **A Peste**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 315-330, 2009.

CAMPOS, G; ONOCKO-CAMPOS, R; DEL BARRIO, L. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 18, n. 10, p. 2797-2805, 2013.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. 307 p.

CAPONI, S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 95-103, 2009.

_____. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2012. 210 p.

CARVALHO, J; LINS, C. Um hospital geral e suas concepções da loucura. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, Pará, v. 18, n. 2, p. 383-393, 2015.

COLVERO, L; IDE, C; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

DE FREITAS, F. A história da psiquiatria não contada por Foucault. **Histórias, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jan-abr, 2004.

_____. Novas percepções sobre a loucura e os primeiros passos da psiquiatria na Espanha. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 664-667, 2015

DELGADO, P. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, mai-jun, 2001.

_____. Saúde mental e direitos humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 63, p. 1-121, 2011.

DERRIDA, J. Loucura. In FERRAZ, M.C.F. (Org.). **Três tempos sobre a historia da loucura**. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001. p. 67.

DESCARTES, R. **Meditações**. 6. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983. 157 p.

DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Rio

Grande do Norte, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009.

FERNANDES, J; OLIVEIRA, M; FERNANDES, J. Cidadania e qualidade de vida dos portadores de transtornos psiquiátricos: contradições e racionalidade . **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 35-42, 2003.

FERNANDES, S. **Ato pelo fim das internações em manicômios reúne 3 mil na Paulista**. Saúde e Ciência, 2015. Disponível em: <<https://redebrasilatual.com.br/saude/2015/05/ato-pelo-fim-dos-manicomios-e-da-privatizacao-da-saude-mental-reune-3-mil-na-paulista>>. Acesso em: 15 mai. 2015.

FIGUEIREDO, A; QUEIROZ, T; RAMOS, J. Estudos em saúde mental e seus efeitos de governo sobre a loucura. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 5, n. 12, p. 25-39, 2013.

FONTELLES, M. J. **Bioestatística Aplicada à Pesquisa Experimental**. 1. ed. São Paulo: Livraria da Física, 2012. 420 p.

FOUCAULT, M. **A História da loucura na idade clássica**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2012. 560 p.

_____. **Doença mental e psicologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 2000. 99 p.

_____. **História da loucura**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

_____. **Os anormais**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2013. 327 p.

_____. (Coord). **Eu, Pierre Riviere, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**. 9. ed. São Paulo: Graal, 2010. 294 p.

FRANCO, R; VAN STRALEN, C. Desinstitucionalização psiquiátrica: do confinamento ao

habitar na cidade de Belo Horizonte. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 312-321, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 179 p.

JABERT, A. Estratégias populares de identificação e tratamento da loucura na primeira metade do século XX: uma análise dos prontuários médicos do Sanatório Espírita de Uberaba. **História, Ciências, Saúde – Magalhães**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-120, jan-mar, 2011.

JODELET, D (Org.). **As Representações sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002. 44 p.

_____. **Loucuras e Representações Sociais**. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 2005. 391 p.

LEADER, D. **O que é loucura? Delírio e sanidade na vida cotidiana**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2013. 374 p.

LEÃO, A.; BARROS, S. As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental acerca do Modelo de Atenção e as Possibilidades de Inclusão Social. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.1, p.95-106, 2008.

LEITE, M. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência . *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 139-160, nov-fev, 2012.

LIMA, I; CORREIA, L. Sofrimento mental e os desafios do direito à saúde. **Rdisan**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 139-160, nov-fev, 2012.

LUCHMANN, L; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 399-407, 2007.

MEDEIROS, S; GUIMARÃES, Jacileide. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.7, n. 3, p. 571-579, 2002.

MELLO, R; SCHNEIDER, J. A família e a internação psiquiátrica em hospital geral. **Revista**

Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 226-233, 2011.

MELMAN, J. **Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental**. 1998. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da USP, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MONKEN, M; BARCELLOS, C Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai-jun, 2005.

MONTEIRO, C; VIEIRA, T. Serviços residenciais terapêuticos: um dispositivo de reinserção social no contexto da reforma psiquiátrica. **Interdisciplinar**, Piauí, v. 3, n. 3, p. 44-48, 2010.

MOTTA, M. Foucault e Derrida: super-interpretando a história da loucura. **Rev. Univ. Rural, Sér. Ciências Humanas**. Seropédica, RJ, v. 28, n. 1, p. 50-58, 2006.

MOREIRA, M et al. Concepts and prejudices on mental disorders: a necessary debate. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 110-117, Sept.-Dec. 2012.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003. 404 p.

MOURA, E. C. C. **Educação, arte e loucura: do significado ao sentido**. 1. ed. Teresina: Edufip, 2010. 160 p.

MUCHAIL, S. T. M; FONSECA, M. A; VEIGA-NETO, A. (Orgs.). **O mesmo e o outro: 50 anos de História da Loucura**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. 430 p.

NALLI, M. Figuras da loucura em historie de la folie. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 39-47, jul-dez, 2001.

NAVARINI, V; HIRDES, A. A Família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 680-688, out-dez, 2008.

NEVES, H; LUCCHESI, R; MUNARI, D. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Goiania, v. 63, n. 4, p. 666-670, jul-ago, 2010.

NEVES, A. V. M. **Políticas públicas de saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2012. 236 p.

NICÁCIO, F (Org.). **Desinstitucionalização**, 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1990. 134 p.

OLIVEIRA, D. Entre a clausura do desatino e a “inclusão” da anormalidade: vicissitudes da loucura na obra de Michel Foucault. **Fractal: Revista de Psicologia**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 395-410, mai-ago, 2010.

OLIVEIRA, A; CONCIANI, M. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Cuiabá, v. 14, n. 1, p. 319-331, 2009.

OLIVEIRA, A.G.B.;ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 191-203, 2005.

PAULIN, L; TURATO, E. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, maio-agosto, 2004.

PASSOS, I. C. F. **Reforma Psiquiátrica**: as experiências francesa e italiana. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 243 p.

PEGORARO, R. Papéis atribuídos à família na produção da loucura: algumas reflexões. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, Goiânia, v. 77, n. 2. p. 253-273, 2009.

PELBART, P. P. **Da clausura do fora ao fora da clausura**: loucura e desrazão. 1. ed. São Paulo: Iluminuras, 2009. 229 p.

PEREIRA, E; COSTA-ROSA, A. Problematizando a reforma psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1035-1043, 2012.

PINHO, L; HERNÁNDEZ, A; KANTORSKI, L. Reforma psiquiátria, trabalhadores de saúde mental e a “parceria da família: o discurso do distanciamento. **Interface**, Pelotas, v. 14, n. 32, p. 103-113, jan-mar, 2010.

POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

_____. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PRADO, T. Doença mental e autoria com base na arqueologia de Foucault. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 290-301, 2015.

RAMOS, R. Histórias da história da loucura. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 13, n. 1, p. 215-231, 2003.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização: uma outra via, pp. 17-59. In Nicácio MF. **Desinstitucionalização**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 1990. 30 p.

ROSA, C; VILHENA, J. Do manicômio ao caps da contenção (im) piedosa a responsabilização. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 37, p. 154-176, jul-dez, 2012.

SAMPAIO, J. J. C. **Hospital psiquiátrico público no Brasil**: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. 1988. 211 p. Dissertação de Mestrado – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

SANDER, J. A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 382-387, 2010.

SANTOS, J; CARDOSO, C. Narrativas e experiências acerca da loucura: uma reflexão de profissionais de Comunicação. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v.15, n.38, p.727-39, jul./set. 2011.

SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. 157 p.

SCHEIN, S; BOECKEL, M. Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 32-42, 2012.

SEVALHO, G. Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 349-363, jul./set. 1993.

SILVEIRA, F; SIMANKE, R. A psicologia em a história da loucura de Michel Foucault. **Fractal: Revista de Psicologia**, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 23-42, jan-abr, 2009.

SILVEIRA, L; BRAGA, V. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 591-595, jul-ago, 2005.

SPANDINI, L; MELLO E SOUSA, M. A doença mental sob o olhar de A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares pacientes e familiares. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 123-127, 2001.

TEIXEIRA, Ricardo. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

TORRE, E; AMARANTE, P. Michel Foucault e a “História da Loucura”: 50 anos transformando a história da psiquiatria. **Cadernos de Saúde Mental**, Florianópolis, 41-64, 2002.

_____; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Florianópolis, v. 6, n.1, p. 73-85, 2001.

VASCONCELOS, I. et al. Concepções de loucura em um traçado histórico-cultural: uma articulação com o Construcionismo Social. **Mental**, Barbacena, v. 8, n. 14, jan-jun, 2010.

VICENTE, J. et al. Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 54-61, 2013.

VANDRESEN, D. S. A razão da loucura e a loucura da razão. **Revista Litteris**, Paraná, v. 1 n. 11, p. 45-54, 2013.

WACHELKE, João. FERNANDO. Rech. O vácuo no contexto das representações sociais: uma hipótese explicativa para a representação social da loucura. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 2, p. 313-320, 2005.

WEYLER, A. O hospício e a cidade: novas possibilidades de circulação do louco. **Imaginário – USP**, São Paulo, v. 12, n. 13, p. 381-395, 2006.

ZIZEK, S. **Menos que nada:** Hegel e a sombra do materialismo dialético. 1. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2013. 643 p.

GLOSSÁRIO

COGITO: Termo utilizado na celebre frase de Descartes “cogito ergo sum” que significa “penso logo existo”.

CORIBANTISMO: Espécie de religião em que se praticavam orgias, veneração e danças.

DAIMON: Espécie de força divina. O sagrado na Grécia Antiga.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: Processo gradativo de eliminação da instituição manicomial pelos serviços substitutivos em saúde mental pós Reforma Psiquiátrica.

DESRAZÃO: O contrario de razão. Fora da razão. Termo muito utilizado para se representar a impossibilidade de pensamento durante o racionalismo.

GORIZIA: Cidade italiana onde Franco Basaglia (grande nome da reforma psiquiátrica italiana) implantou a experiência antimanicomial.

HOSPITALOCÊNTRICO: Termo usado para identificar o cuidado em saúde como efetivamente clínico e com caráter medico da doença e não do doente.

NARRENSCHIFF: Representa um grande navio, a Nau simbólica dos loucos na obra literária de Brant. Nau que levava muitos insensatos para lugar nenhum suas viagens com objetivo de afasta-los da sociedade.

PANDEMÔNIO: Termo usado para representar uma reunião de indivíduos que promovem a desordem publica.

PSI: Termo que representa a psicologia, geralmente usado para identificar as várias áreas relacionadas com o estudo da saúde mental.

RENÂNIA: Renânia é o nome genérico de uma região do oeste da Alemanha, nas duas margens do médio e baixo Reno, rio do qual tira seu nome. É utilizado para evidenciar o rio que corre na Renânia e por onde passavam as naus carregadas.

ANEXO – 1**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

A Loucura nos Discursos Sociais Emergentes: um estudo da percepção e subjetividade de servidores de nível médio de uma Instituição de Ensino Superior

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelo pesquisador Jonathan Veloso Costa, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Nilza Pereira de Araújo (CRP20/2833), em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado: A Loucura nos Discursos Sociais Emergentes: um estudo da percepção e subjetividade de servidores de nível médio de uma Instituição de Ensino Superior, cujo objetivo é analisar os significados atribuídos a loucura através dos discursos de servidores administrativos de nível médio de uma IES na cidade de Boa Vista, estado de Roraima. A coleta de dados e tabulação dos mesmos será desenvolvida durante os meses de novembro de 2014 a dezembro de 2015 em apenas um encontro que consistiu da seleção dos sujeitos e o aceite do TCLE, juntamente com a realização da entrevista individual. A coleta dos dados teve por intenção colher as falas dos sujeitos através de entrevista semiestruturadas norteadas por uma categoria de pergunta que envolve a concepção que os servidores têm sobre a loucura, além da aplicação de um questionário socioeconômico previamente elaborado. Os dados serão coletados com uso de recursos para gravação e anotações em diário de campo nas situações referentes à coleta de dados qualitativos para posterior análise dos dados. É importante frisar que você não será identificado e o conteúdo da gravação não será usado para outros fins, que não sejam da pesquisa. Você será identificado pela letra M ou H, conforme o sexo (Ex: M1, M2...Mn). A pesquisa trará riscos mínimos a sua saúde. Você não sofrerá prejuízos, desconforto ou lesões, ademais, você não experimentará constrangimento ao responder as perguntas da pesquisa. Você será solicitado a responder as perguntas direcionadas em apenas uma única vez em visita pré-agendada com o pesquisador, no horário do seu expediente de trabalho, em local confortável que prime pela discricção. Ao aceitar participar do estudo você contribuirá com a pesquisa científica relacionada ao tema acima mencionado, e com o desenvolvimento científico da UFRR, seja na graduação ou pós-graduação. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas através do telefone: (95) 8119-9905 (podendo até mesmo ligar a cobrar), e/ou e-mail: jvcenfermagem@hotmail.com. Você não terá despesas oriundas da sua participação neste estudo, de acordo com a Resolução nº 466/12, que preconiza que sua participação é voluntária e sem custos financeiros, assim sendo, sua única e importante contribuição será responder as perguntas feitas pelo pesquisador. Uma cópia do TCLE ficará com você e outra cópia com o pesquisador. A partir do momento que aceitar participar da pesquisa, você estará ciente e autorizará a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras, mantido em sigilo informações relacionadas à sua privacidade, bem como garantido seu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa. É possível retirar o seu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à sua pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com o Pesquisador Jonathan Veloso Costa, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE**, em participar do mesmo.

Boa Vista - RR, ____/____/____

Nome:

ANEXO – 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

1. Sexo: 1 () Homem 2 () Mulher

2 Idade: 1 () 18 - 25 2 () 26 - 35 3 () 36 - 45 4 () 46 - 60

3. Em relação à cor da pele, como você se autodeclara:

1 () Pardo 2 () Branco 3 () Negro 4 () Mulato 5 () Indígena 6 () Amarelo

4. Qual religião você pratica:

1 () Católica 2 () Protestante 3 () Espirita 4 () Religião Afro-brasileira 5 () Sem religião declarada

5 Qual seu estado civil:

1 () Solteiro 2 () União estável 3 () Casado(a) 4 () Viúvo(a) 5 () Separado/Divorciado

7. Nível de Escolaridade:

1 () Ensino médio 2 () Superior completo 3 () Especialização
4 () Mestrado 5 () Doutorado

8. Seu curso superior é em que área? Caso não possua, favor marcar “outros”:

1 () Ciências humanas 2 () Ciências da natureza 3 () Ciências da saúde
4 () Ciências exatas e da terra 5 () Ciências biológicas 6 () Engenharias
7 () Ciências agrárias 8 () outros

8. Você cursou seu o ensino médio ou superior em:

1 () Escola/Universidade Pública 2 () Escola/Universidade Privada

9. Sua renda familiar é de:

1 () Até 2 salários 2 () 2 a 4 salários 3 () 4 a 6 salários 4 () > 6 salários

ANEXO – 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1 . O que você pensa sobre loucura?

- 2 . Qual seu entendimento sobre doença mental e sofrimento psíquico?

- 3 . Fale sobre ser “normal” e ser ‘anormal” ?