

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

FIAMA ALICIA ZANINI

VOZES DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA
NA DEFENSORIA PÚBLICA:
Um estudo de representações sociais

São Paulo
2015

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

FIAMA ALICIA ZANINI

VOZES DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA
NA DEFENSORIA PÚBLICA:
Um estudo de representações sociais

Trabalho de conclusão de curso realizado como exigência parcial para obtenção de graduação no Curso de Psicologia, da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), sob orientação da Profa. Dra. Maria Claudia Tedeschi Vieira.

São Paulo
2015

Ficha catalográfica

Z31v

Zanini, Fiana Alicia

Vozes da internação psiquiátrica involuntária na defensoria pública: Um estudo de representações sociais/ Fiana Alicia Zanini. - São Paulo, 2015. 89 f.; 30 cm.

Orientadora: Maria Claudia Tedeschi Vieira.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2015.

1. Reforma psiquiátrica. 2. Internação psiquiátrica involuntária. 3. Teoria das representações sociais. 4. Família. 6. Defensoria Pública. I. Zanini, Fiana Alicia. II. Vieira, Maria Claudia Tedeschi. III. Título.

CDD 362.20981

FOLHA DE APROVAÇÃO

FIAMA ALICIA ZANINI

Título: Vozes da internação psiquiátrica involuntária na defensoria pública: Um estudo de representações sociais

Trabalho de conclusão de curso realizado como exigência parcial para obtenção de graduação no Curso de Psicologia, da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Orientador (a): Profa. Dra. Maria Claudia Tedeschi Vieira.

Conceito:

Banca examinadora

Prof.(a) Dra. Maria Claudia Tedeschi Vieira

Assinatura:

Prof.(a)

Assinatura:

Prof.(a)

Assinatura:

Data de aprovação: ____/____/2015.

Bem no fundo

No fundo, no fundo,
bem lá no fundo,
a gente gostaria
de ver nossos problemas
resolvidos por decreto

a partir desta data,
aquela mágoa sem remédio
é considerada nula
e sobre ela — silêncio perpétuo

extinto por lei todo o remorso,
maldito seja quem olhar pra trás,
lá pra trás não há nada,
e nada mais

mas problemas não se resolvem,
problemas têm família grande,
e aos domingos
saem todos a passear
o problema, sua senhora
e outros pequenos probleminhas.

(Paulo Leminski, Toda Poesia, Companhia das Letras, 2013)

AGRADECIMENTOS

À Profa. Maria Claudia Tedeschi Vieira pela orientação competente e compreensiva.

Aos meus queridos pais, pelo investimento financeiro e afetivo. Vocês têm o meu amor, hoje e sempre.

À Ayla Zanini, minha irmã e grande companheira, pela espera, carinho, zelo e amor incansável nessa trajetória de formação.

Ao Rodrigo Melgar e André Xavier, irmãos do coração, e a todos (as) os (as) familiares e amigos (as) que, longe ou perto, se fizeram presentes, oferecendo apoio e empolgação com os assuntos relacionados a este trabalho.

Às grandes companheiras de PUC, por compartilharem as crises e angústias sempre com muito carinho.

À Claudia Engel, grande terapeuta ocupacional, por ter me acompanhado nessa trajetória com interesse e incentivo. Foi a partir do seu olhar e da sua experiência que aprendi e me contagiei com o movimento de Reforma Psiquiátrica. Você mora no meu coração.

Aos queridos (as) técnicos (as) e estagiários (as) do CAM, pela paciência e ensinamentos. Em especial, à querida Bruna Paschoalini, grande supervisora e amiga, por todo o apoio, cuidado e atenção dispensada a esta pesquisa.

À Paula Cavalcante, Marília Marra, Melina Miranda e Lidiane Dias, pelo interesse depositado em cada supervisão, e, especialmente, por terem me ensinado as diretrizes de uma atuação crítica e comprometida com as necessidades da população.

Aos usuários da DPESP que se dispuseram a narrar suas histórias. Muito obrigada por terem me deixado entrar, ainda que por poucas horas, em seu mundo.

Por fim, à vida, por se mostrar plena e possível!

RESUMO

Em 06 de abril de 2001, com o advento da Lei nº 10.216, a Reforma Psiquiátrica Brasileira deixou de ser uma proposta alternativa e consolidou-se como um marco fundamental das políticas públicas. Desde então, o tratamento asilar, caracterizado pelo isolamento da comunidade e desrespeito aos direitos humanos, é incompatível com a estratégia de atenção psicossocial. Entretanto, apesar dos avanços nos saberes e práticas em saúde mental, observou-se um aumento expressivo de usuários que buscavam internação psiquiátrica involuntária e/ou compulsória para seus familiares na Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP). Assim, esta pesquisa qualitativa teve como objeto as representações sociais sobre loucura, dependência química e práticas em saúde mental elaboradas por alguns desses familiares. A partir disso, o objetivo geral proposto foi investigar as possíveis correlações entre essas representações sociais e os pedidos de internação psiquiátrica involuntária e/ou compulsória. Para tanto, foram realizadas, no Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM) - Triagem da DPESP, entrevistas semiestruturadas com nove familiares de doentes mentais. Como suporte teórico, considerou-se a “Teoria das Representações Sociais”, elaborada por Moscovici na década de 1960. Para a análise dos dados, foi utilizada a análise temática, proposta por M. C. d’Uring. Os resultados indicaram a prevalência de visões negativas e estereotipadas sobre a loucura e dependência química. As internações psiquiátricas involuntárias, por sua vez, apareceram de modo positivo, como a primeira e mais eficaz modalidade de tratamento em saúde mental. As tensões entre o novo e o tradicional revelaram a importância da participação familiar na construção e elaboração contínua da política pública de atenção psicossocial.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Internação Psiquiátrica Involuntária; Teoria das Representações Sociais; Família; Defensoria Pública.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. A TRANSIÇÃO PARADIGMÁTICA DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL BRASILEIRA: CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTOS	14
2.1 Loucura e toxicomania: uma perspectiva histórica	14
2.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira: revisitando paradigmas e tecendo a trajetória histórica do movimento	20
3. SAÚDE MENTAL E DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO ...	37
3.1 Origem e significados históricos da instituição.....	37
3.2 Interface entre Psicologia e Direito: a atuação do Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo	43
3.3 Dados sobre a atuação da Defensoria Pública em demandas de internação psiquiátrica involuntária.....	47
4. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS SABERES E PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL	53
4.1 A Teoria das Representações Sociais	53
4.2 Saberes e práticas em saúde mental compartilhados por familiares de usuários: um objeto de Representações Sociais.....	57
5. VOZES DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DA DEFENSORIA PÚBLICA	61
5.1 Trajetória metodológica.....	61
5.2 Perfil dos familiares entrevistados	63
5.3 Resultados e discussão	65
5.3.1 Representações Sociais sobre a loucura	65
5.3.2 Representações Sociais sobre a dependência química	68
5.3.3 Representações Sociais da internação psiquiátrica involuntária e outras modalidades de tratamento em saúde mental.....	71
5.3.4 Representações Sociais sobre cura	75
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS.....	82
ANEXOS	88

1. INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade do século XX, inicia-se uma radical transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas. Esse movimento, intitulado como Reforma Psiquiátrica, propõe a denúncia dos manicômios como instituições violentas e ineficazes no tratamento do transtorno mental, bem como a construção de uma rede de serviços substitutivos aos manicômios e estratégias territoriais e comunitárias, inclusivas e libertárias.

Em vários países do mundo, as Reformas Psiquiátricas se sedimentam sobre os pressupostos da desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental. A ênfase é atribuída a uma rede que contemple a atenção básica, ou primária, partindo da premissa de que um grande número de problemas em saúde mental pode ser resolvido nesse nível de assistência, sem ter necessidade de serem referidos a níveis especializados do sistema de saúde.

Nos últimos anos, a Reforma Psiquiátrica brasileira deixou de ser uma proposta alternativa, consolidando-se como um marco fundamental das políticas públicas de saúde mental, o que trouxe consigo uma quantidade crescente de desafios a serem refletidos e trabalhados.

No Brasil, a Lei nº 10.216/02, de 06 de abril de 2001, também conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, transformando o modelo assistencial de saúde mental e buscando consolidar um modelo de atenção que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidades e cidades.

Na atual política, o território é compreendido como espaço geográfico habitado, instituído de significados, afeto, laços sociais e de garantia de qualidade de vida, manutenção econômica e exercício político dos cidadãos. A geografia ganha centralidade nesse movimento, uma vez que, ao habitar os espaços da comunidade, as pessoas com transtornos mentais saem dos espaços de reclusão e de marginalização real e simbólica.

Com a finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em 23 de dezembro de 2011, é lançada a portaria nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) fazem parte da rede de atenção psicossocial e assumem especial relevância no cenário dessas novas práticas em saúde mental no país, configurando-se como dispositivo estratégico para a reversão do modelo hospitalar e relativização do papel dos hospitais psiquiátricos na atenção em saúde mental.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), além de oferecer tratamento e acompanhamento psicossocial, é preconizado para os CAPS o papel de articulador de uma lógica de rede calcada em várias instâncias, como as de cuidados básicos - Estratégia Saúde da Família (ESF) - ambulatórios, leitos de hospitais gerais e iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial - Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Deste modo, o tratamento asilar, caracterizado pelo isolamento da comunidade e desrespeito aos direitos humanos, é incompatível com a atual política de atenção em saúde mental. Entretanto, conforme apontam Nunes *et al.* (2007), ainda existe uma lacuna significativa entre o que essas diretrizes propõem e o que se observa na realidade concreta.

Apesar desses avanços nos saberes e práticas na psiquiatria brasileira, observa-se um aumento expressivo de pessoas que buscam a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP) para pedir internação involuntária e/ou compulsória de parentes com sofrimento, transtorno mental e/ou necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Dados internos da DPESP indicam que, de 1 de julho de 2014 a 19 de dezembro de 2014, foram realizados 759 atendimentos no Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM) Triagem Capital. Desses, 270 (35,5%) possuíam como temática em foco pedidos de internação involuntária. (DEFENSORIA, 2014).

A Defensoria Pública, instituição localizada no campo sócio-jurídico, assume a dimensão concreta e objetiva da garantia e defesa dos direitos sociais. Criada pela Lei Complementar Estadual nº 988/2006 (SÃO PAULO, 2006), é uma instituição

permanente cuja função, como expressão e instrumento do regime democrático é oferecer, de forma integral e gratuita aos cidadãos necessitados, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos. Ainda, segundo esta Lei, os Centros de Atendimento Multidisciplinar (CAM), destinam-se a garantir um atendimento integral aos cidadãos que procuram a Defensoria Pública. Com isso, são majoritariamente compostos por profissionais de Psicologia e Serviço Social, que fornecem assessoria aos Defensores. Em outras palavras, quando a questão manifestada não pode ser solucionada apenas com as prerrogativas do profissional do Direito é oferecida a intervenção dos profissionais da Psicologia e do Serviço Social.

Durante o trabalho realizado como estagiária de psicologia no CAM Triagem da DPESP, setor que apoia o atendimento inicial, foi possível observar que as demandas dos atendimentos iniciais se configuram como um grande observatório de Políticas Públicas. Sendo assim, o interesse por este tema vem a partir do questionamento e inquietação quanto às possíveis correlações entre os recorrentes pedidos de internação psiquiátrica involuntária e o imaginário social das famílias solicitantes, sobretudo referentes à loucura, dependência química e práticas em saúde mental.

É sabido que a família exerce uma importante função no acolhimento e na reinserção do sujeito com sofrimento, transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas de abuso. Tendo em vista essa importância, considero que o entendimento dos componentes representacionais sobre a loucura, a dependência química e a internação psiquiátrica involuntária permitem compreender em quais paradigmas os familiares ancoram as suas crenças acerca da necessidade de internação psiquiátrica involuntária/compulsória. Assim, levando em consideração que, apesar dos avanços epistemológicos e políticos referentes à saúde mental, o imaginário social ainda pode ser repleto de representações antagônicas à Reforma Psiquiátrica.

Desta maneira, tendo em vista que essas representações acabam por influenciar trajetórias, determinando os destinos e posições que constroem o real, o objetivo desta pesquisa foi identificar as Representações Sociais sobre loucura, dependência química e tratamento em saúde mental no discurso dos familiares de

pacientes psiquiátricos que buscam na Defensoria Pública a internação psiquiátrica involuntária e/ou compulsória para seus entes.

Durante a pesquisa qualitativa, utilizou-se como suporte teórico a “Teoria das Representações Sociais (TRS)”, desenvolvida por Serge Moscovici na década de 1960. Considerando a dimensão social ativa nesta construção, esse importante psicólogo identifica uma Representação Social como sendo:

[...] entidades quase tangíveis; circulam, se cruzam e se cristalizam continuamente através da fala, do gesto, do encontro no universo cotidiano. A maioria das relações sociais efetuadas, objetos produzidos e consumidos, comunicações trocadas estão impregnadas delas. (MOSCOVICI, 2010, p. 39).

Como modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos, Jodelet (1985) expõe que as representações são sociais e tão importantes na vida cotidiana, pois nos guiam na maneira de nomear e definir em conjunto os diferentes aspectos de nossa realidade, na maneira de interpretá-los, estatui-los e, se for o caso, de tomar uma posição a respeito e defendê-la.

Neste sentido, Moscovici (2010) explica que a função essencial da Representação Social é tornar o desconhecido, ou não familiar, em algo familiar e próximo, algo compreendido. Uma tarefa nada fácil, um desafio de transformar palavras, ideias, e expressões não familiares, em palavras usuais, palatáveis, próximas e atuais.

Por serem produzidas pelas interações e comunicações no interior dos grupos sociais, as Representações Sociais refletem a situação dos indivíduos no que diz respeito aos assuntos que são objeto do seu cotidiano. Portanto, são equivalentes aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, podendo até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum. (MOSCOVICI, 2010).

Presentes no imaginário social e pessoal, considera-se que as Representações Sociais têm consequências na atuação no mundo externo. Assim, a análise do discurso dos familiares de pacientes psiquiátricos reconhece e propicia a

consideração das experiências vividas por cada sujeito dentro de seus contextos e significados.

Na tentativa de identificar as Representações Sociais - acerca das variáveis definidas e das percepções sobre as pessoas com sofrimento, transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e seus respectivos tratamentos - foi construído um roteiro de entrevista semiestruturado.

Para a análise de dados das entrevistas, foi utilizada como orientação metodológica a proposta de Análise Temática, de M. C. d'Urung *apud* Bardin (2011) e, conforme descrevem, é desdobrada em três etapas: (1) pré-análise: período de intuições no qual se reuniu o material e foi feita a leitura das entrevistas, a fim de buscar compreender o pensamento dos sujeitos a respeito do tema estudado, analisando o que seria mais relevante para a pesquisa; (2) exploração do material: que consistiu na transformação dos dados brutos, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto; por fim, o (3) tratamento de dados: que se tratou da classificação das informações obtidas, estabelecendo as categorias teóricas que demandaram.

A análise do conteúdo das entrevistas foi separada dos capítulos que propiciaram subsídios teóricos para a interpretação. Deste modo, a construção da pesquisa em forma de capítulos se deu da seguinte maneira:

Capítulo 2 – Apresentou-se brevemente, a partir de uma perspectiva histórica, a transição paradigmática dos saberes e práticas em saúde mental referentes à loucura e toxicomania.

Capítulo 3 – Como o campo de pesquisa se deu na DPESP, órgão localizado no campo sócio-jurídico, fez-se uma pesquisa sobre as origens e significados históricos da instituição e sua presente atuação em demandas de saúde mental.

Capítulo 4 – Resumiu-se os principais conceitos teóricos sobre a “Teoria das Representações Sociais” de Moscovici (2010) e se justificou os saberes sobre loucura e toxicomania como objetos de estudo nesta perspectiva.

Capítulo 5 – Descreveu-se os procedimentos metodológicos para a coleta de dados, o perfil dos familiares entrevistados e foi apresentada a análise temática das entrevistas utilizando como subsídio teórico a Teoria das Representações Sociais.

Capítulo 6 – Considerações finais.

2. A TRANSIÇÃO PARADIGMÁTICA DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL BRASILEIRA: CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTOS

2.1 Loucura e toxicomania: uma perspectiva histórica

Compreende-se tanto a loucura¹ quanto a toxicomania² como fenômenos humanos instigantes por suas naturezas e expressões. Fenômenos amplos, que afetam e comprometem a vida das pessoas de maneiras e intensidades diferentes. O comprometimento provocado pela psicose, assim como pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, atinge várias dimensões da vida daqueles que por ela são acometidos: desde a vivência de sofrimento do sujeito em sua intimidade (experiência individual), até a marginalidade do lugar que a sociedade atual lhe reserva (lugar social).

Entre a experiência individual e o lugar social, existe uma infinidade de fatores associados. De acordo com Pacheco (2011), o lugar social de exclusão está também associado à experiência individual de sofrimento e vice-versa. Deste modo, pode-se considerar que esse ciclo de sofrimento e exclusão que caracteriza o fenômeno da loucura e da toxicomania é dinâmico, não sendo possível precisar o momento exato de seu início, nem no que se refere à experiência individual, nem no que diz respeito à experiência social.

Ainda, a autora afirma que, com relação à experiência individual, são inúmeras as possibilidades de construção subjetiva e manifestações do sofrimento. No que diz respeito à experiência social, é sabido que, tanto a loucura como a toxicomania acompanham o ser humano desde os tempos remotos. Essas experiências são alvos

¹ De acordo com o Michaelis (2015), a palavra “loucura” é definida como: 1. Estado de quem é louco; 2. Desarranjo mental que, sem a pessoa afetada estar ciente do seu estado, lhe modifica profundamente o comportamento e torna-a irresponsável; demência; psicose. 3. Ato próprio de louco. 4. Insensatez. 5. Aventura insensata. 6. Grande extravagância.

² Termo usado para designar o estado de dependência de drogas. Tóxico vem do grego *toxicon*, significando “veneno”. Mania, por sua vez, possui uma série de significados distintos, que vão de “loucura” até algum tipo de “excentricidade”, passando pela noção de “dependência”. (RIBEIRO, 2004, p. 9).

de diversas significações que se transformaram ao longo da história da humanidade, atualizando-se em sintonia com diferentes momentos históricos, políticos, econômicos e sociais. (PACHECO, 2011).

De início e na maioria das vezes, questionamo-nos sobre o medo e a aversão causados pelo transtorno mental³, assim como sobre a origem do processo de exclusão social desses indivíduos. Estas questões, por serem mobilizadoras, despertam o interesse em compreender como foram construídas historicamente as representações sociais que se têm hoje desse doente, tanto quanto as interferências destas representações na construção da cidadania.

Com o advento da reforma psiquiátrica, ocorre uma mudança paradigmática da atenção à saúde mental. O fechamento dos hospitais psiquiátricos e a criação de dispositivos substitutivos descentralizados buscam a inclusão do paciente em sua família e na sociedade. Entretanto, a transformação deste modelo de políticas públicas de saúde mental não garante, automaticamente, a aceitação e adesão da sociedade ao novo contexto de tratamento. Posto isso, busca-se neste subcapítulo, explorar a história da loucura e toxicomania, ressaltando a modificação dos saberes e práticas em saúde mental ao longo dos tempos.

O conceito sobre saúde e doença sempre foi pautado por diferentes elementos, impregnando as culturas, os valores e crenças dos povos, do mesmo modo que registrando diversas formas das sociedades representarem e se comportarem em relação aos fenômenos psíquicos. Nota-se que essas concepções caminharam do sobrenatural para o natural e, conseqüentemente, para o social, partindo de um paradigma que tem por finalidade a manutenção da saúde até chegar a um novo paradigma que apresenta como centro a questão da doença.

Apesar de ter em vista que a construção social da loucura e toxicomania perpassa o que é considerado normal e patológico em determinada cultura e tempo histórico, não cabe aqui discutir de modo aprofundado o conceito de normalidade. Entretanto, é válido citar a importância do conceito de “normatividade vital”

³ De acordo com o CID-10, tanto a Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F 20-F29), como os Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F 10- F29), estão incluídos na categoria de Transtornos Mentais e do Comportamento.

desenvolvido Georges Canguilhem, figura fundamental no desenvolvimento da epistemologia das ciências médicas, biológicas e humanas. Em sua obra mais audaciosa “O normal e o patológico”, Canguilhem (2002) discute o estatuto de definição e de partilha entre fenômenos normais e fenômenos patológicos, questão central não apenas para a medicina, mas também para a filosofia.

Na perspectiva “canguilhemeana”, a chave da distinção encontra-se na definição da normalidade como relação de flexibilidade entre organismo e meio ambiente. Isto é, o que nos faz sofrer, muda constantemente de configuração. Neste sentido, a saúde aparece como categoria fundamental de imposição de uma normatividade social à vida. Seguindo esse raciocínio, Safatle (2011) afirma que:

Uma das ideias fundamentais de uma combativa tradição epistemológica do século XX, que tem nomes como Michel Foucault e Georges Canguilhem, consistiu em lembrar que a doença, o patológico, não tem gramática própria. A maneira com que ela fala depende da maneira com que organizamos o que há a ser visto e ouvido. (...) neste sentido, podemos nos perguntar: afinal, o sofrimento é ‘um fato que fala por si mesmo’ ou é um fenômeno que é levado a falar no interior de contextos sócio-históricos determinados? (SAFATLE, 2011, p. 12).

Sabe-se que em alguns momentos da história ocidental, como na Grécia Antiga, houve uma relação de proximidade entre o que era considerado normal e o que era visto como loucura, não existindo oposição entre a normalidade e a loucura.

Hipócrates (460-377 A.C)⁴, considerado por muitos como o pai da medicina, foi o primeiro a afirmar que a epilepsia era uma doença cerebral. Considerava, sabiamente, que a cura das doenças se dava com a participação principal da própria natureza, sendo os médicos apenas auxiliares para os processos de cura.

Na Idade Média, o louco era visto de modo ambíguo: de um lado, um ser errante, candidato ao isolamento e expulsão de sua cidade; de outro, também considerado como alguém sagrado, isto é, dotado de um saber místico.

⁴ NICOLAU, P. F. M.; ROCHA, C. R. M. N. **Um breve resumo sobre a história da psiquiatria**. Psiquiatria Geral. Site, 2015. Disponível em: <http://www.psiquiatriageral.com.br/educacaomedica/historia_psiquiatria.htm>.

Tempos depois, na Idade Clássica, apesar de ainda ser representada como manifestação sagrada, a loucura ocupa o lugar da exclusão preenchido historicamente pela peste. Isto é, os locais nos quais os leprosos eram isolados passam a ser habitados pelos loucos. A percepção social da loucura encontrava-se com uma ideia de integralidade humana, permeada pela possibilidade de alteridade pura. Desta forma, o que configurava a experiência da loucura dizia respeito à transgressão, razão e moralidade. Com isso, os critérios de exclusão social não dependiam de uma ciência médica, mas de uma percepção do homem como ser social. (PEIXOTO; BERTANI, 2010).

No século XVII, é criado na França o Hospital Geral, com o intuito de segregar, isolar e controlar uma parcela da população que não se encaixava nos moldes propostos pela sociedade vigente. Neste período, a loucura, enquanto experiência desviante, ganha uma nova representação social, sendo enclausurada a partir de critérios morais.

Tempos depois, a partir do século XIX, inicia-se a produção de uma percepção dirigida pelo olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de reconhecimento: a doença mental. Seguindo a orientação das ciências naturais e positivistas, a Psiquiatria surge como um imperativo de ordenação dos sujeitos. Neste período, é iniciada a primeira Reforma Psiquiátrica, liderada pela figura de Pinel, conforme descreve Amarante (1995, p. 23).

No início do século XX, a partir do interesse de Sigmund Freud sobre o enigma clínico da histeria, surge a Psicanálise, que inaugura a estratégia de compreensão do transtorno mental na singularidade daquele que dela sofre. Através da escuta, busca respeitar o conceito de que qualquer doença será vivida por cada sujeito de modo individual, extrapolando o conhecimento universal sobre ela. Tempos depois, este campo clínico busca explicar, no contexto de sua própria metapsicologia, os mecanismos psíquicos envolvidos na gênese das psicoses.

Amarante (2007) também menciona que foi somente no período pós-guerra que surgiram os primeiros movimentos de reformas psiquiátricas. No subcapítulo a seguir será discutido alguns pressupostos das obras clássicas de Michael Foucault e Robert Castel.

Assim como a loucura, a toxicomania não é um fenômeno novo no repertório humano, e sim uma prática milenar e universal, não sendo, portanto, exclusivo da época em que vivemos. Como qualquer outro elemento presente na sociedade, segue a evolução das culturas. Ou seja, os padrões, a frequência de utilização e os tipos de droga consumidos mudam de uma época para outra de acordo com as condições socioculturais e econômicas existentes.

Para Pratta e Santos (2009), o homem sempre buscou maneiras de aumentar o seu prazer e diminuir o seu sofrimento. Historicamente, os hábitos e costumes de cada sociedade é que direcionavam o uso de drogas em cerimônias coletivas, rituais, festas, passando de um uso ritualístico na Antiguidade, com a finalidade de transcendência, para o consumo contemporâneo de busca de prazer e de alívio imediato de desconforto físico, psíquico ou social.

A toxicomania pode ser descrita como um transtorno no qual predomina a heterogeneidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias. Dada a absoluta singularidade de cada sujeito, o uso de drogas deve ser abordado no contexto da história e do conjunto de relações mantidas por cada indivíduo.

Isto posto, é possível afirmar que nenhuma droga vicia. São as pessoas que, eventualmente, se viciam em alguma droga. A decisão de uso e abuso de substâncias psicoativas sempre parte de um sujeito ativo. Em outras palavras, não é o uso de drogas que define a posição subjetiva e o sofrimento do sujeito toxicômano, pelo contrário, é a forma como cada indivíduo vivencia seus conflitos e relações que irá estabelecer a intensidade de uso de drogas. (RIBEIRO, 2010).

Com esse olhar, não se pretende ignorar os impactos do uso de substâncias psicoativas no organismo humano. Afinal, são chamadas substâncias psicoativas porque causam alterações no estado de consciência. Entretanto, como mencionado anteriormente, trata-se de uma dinâmica complexa, estabelecida entre o indivíduo, a substância e o contexto sociocultural. Cabe ressaltar que, nos tempos atuais, o tema vem sendo associado a práticas antissociais e à oferta de “tratamentos” inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social.

Conforme exposto em política do Ministério da Saúde:

A percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas promove a disseminação de uma cultura de combate a substâncias que são inertes por natureza. [...] Isto por vezes é confirmado pela multiplicidade de propostas e abordagens preventivas/terapêuticas consideravelmente ineficazes, por vezes reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência. (BRASIL, 2003, p. 7).

Apesar do uso de substâncias psicoativas ser antigo na história humana, em tempos mais recentes, a legitimidade desta prática passou a ser questionada e discutida em diversos segmentos sociais. A percepção do uso de drogas como algo problemático, como uma “toxicomania” aparece na passagem do século XIX para o século XX.

Macrae *et al.* (2013) afirmam que, para a psicanálise, o olhar contemporâneo para este fenômeno surge do encontro entre duas estruturas discursivas: o discurso capitalista, há muito em vigor, e o discurso da ciência, que ganha lugar a partir do advento da sociedade urbano-industrial. No universo da representação social e das ideologias que tecem as articulações sociais, é no início do século XX que o uso de drogas vai se construindo da forma como conhecemos hoje: um problema sociopolítico.

Segundo Ribeiro (2010), permeia o imaginário social a concepção de que as drogas são a encarnação do mal em nossa sociedade. Esta concepção parte de uma poderosa aliança entre os discursos religioso, científico e de segurança pública. Na atual sociedade de consumo, instaura-se o seguinte paradoxo: algumas drogas, as chamadas ilícitas, são identificadas como um problema social, enquanto outras (lícitas) são legitimadas como a solução.

Ribeiro (2010) também afirma que, do ponto de vista subjetivo, não há nenhuma diferença entre cheirar cocaína, fumar maconha, usar crack, beber cachaça, usar antidepressivos, anfetaminas e ansiolíticos. O uso, lícito e ilícito, insere-se em uma mesma lógica na medida em que produz uma desejada alteração do estado de consciência e humor.

Para o autor, a proibição e criminalização de algumas substâncias não possui nenhum fundamento epidemiológico, médico, psicológico ou antropológico. Isto é, certas drogas não são proibidas em função do potencial de dependência ou adoecimento, mas sim, em virtude de preconceitos morais e sectários oriundos do século XX. Reitera dizendo que o álcool, apesar de ser uma droga legalizada, conta com o maior número de dependentes. Portanto, o “controle” de substâncias psicoativas se refere muito mais às questões relativas à produção, circulação e, evidentemente, acumulação de lucros. Assim, o uso de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas), apesar de ser considerado ilegal e perigoso, não representa, de início, uma patologia. (RIBEIRO, 2010).

Nos próximos capítulos, busca-se encontrar os subsídios para a compreensão e análise da construção dos saberes e significados da loucura, toxicomania e práticas em saúde mental, tendo em vista a complexidade deste processo, que se dá na interface entre o indivíduo e o coletivo no qual está imerso.

2.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira: revisitando paradigmas e tecendo a trajetória histórica do movimento

Para Foucault (1978) é por meio do processo histórico, que institui práticas e saberes psiquiátricos, que são determinados os limites do corpo do doente mental. Isto é, para o autor, a própria instituição manicomial que dele cuida e disciplina, versa sobre o doente mental a fixação de sua identidade. Como afirma Peixoto e Bertani (2010), a história da loucura é a história da constituição do corpo do doente mental, ao mesmo tempo a composição de um aparato de saber, de poder, de atuações e de instituições que em torno dele se constituem e também participam de sua edificação.

A fim de melhor compreender os sentidos e significados da loucura e dependência química em nossa sociedade ocidental, se faz necessário entender a transformação dos saberes e das práticas em saúde mental.

Em 1978, com a obra intitulada “História da Loucura na Idade Clássica”, Michel Foucault se propõe a mostrar que a experiência da loucura, antes de ser fixada no sentido patológico e no saber médico, estava relacionada às mais diversas imagens e significados. Um dos objetivos de estudo de Foucault consistia em entender como a psiquiatria, a medicina moderna e as ciências humanas tiveram suas origens em práticas de exclusão e internamento anteriores.

Constata que a teoria psiquiátrica inventou, modelou e delimitou seu objeto: a doença mental. (ERIBON, 1990, p. 112). Isto é, o surgimento da psiquiatria como saber sobre a loucura oferece, em contrapartida, a loucura como objeto da psiquiatria, possibilitando o surgimento do louco como doente mental. A loucura entra numa relação de absoluta interferência com a psiquiatria, tornando-se uma a razão da outra, uma o porquê da outra:

Foucault mostra como a psiquiatria, em vez de ser quem descobriu a essência da loucura e a libertou, ou humanizou os procedimentos na lida com ela, é a radicalização de um processo de dominação da loucura que se iniciou antes pelas vias da reclusão. Dominação, mas também constituição que a loucura é aprisionada pelo saber médico que passa a dizer sobre o que ela é: corpo doente. (PEIXOTO; BERTANI, 2010, p. 3).

Conforme exposto anteriormente, no fim da Idade Média (séculos XIV e XV), a experiência da loucura era caracterizada pelo polimorfismo de sentidos. Na época, apesar das relações com os doentes mentais serem marcadas pela exclusão, a multiplicidade de sentidos conferia ao louco a possibilidade de fazer parte da vida cotidiana, habitar e circular pelo mundo ocidental. No decorrer da história, em virtude de questões sociais e políticas, ocorrem mudanças significativas na relação com os indivíduos marcados por esta experiência.

Tendo em vista a compreensão da transição dos saberes e práticas sobre a loucura, inicia-se uma breve discussão sobre o processo de transformação do hospital filantrópico em hospital médico.

Peixoto e Bertani (2010) afirmam que no século XVII, a sociedade europeia demandou a higienização social de uma parcela da população que não se encaixava nos moldes propostos pela nova sociedade. Neste período, fundou-se a primeira

instituição intitulada como Hospital Geral, com o intuito de cumprir uma função de ordem social, isto é, de exercer uma prática sistemática e generalizada de isolamento, segregação e controle de significativos segmentos sociais.

Loucos, prostitutas, hereges, alquimistas, devassos, suicidas, libertinos, venéreos, homossexuais jovens que perturbavam o repouso das famílias, pródigos, filhos ingratos, pais dissipadores, mágicos, blasfemadores, pretensas feiticeiras, insensatos, cabeças alienadas, espíritos transtornados e, acima de tudo, vagabundos e pobres de toda a natureza, foram capturados e encerrados no Hospital Geral. Para Peixoto e Bertani (2010, p. 4), apesar de heterogênea, esta população pode ser pensada a partir de quatro grandes grupos: o grupo das sexualidades imorais, o dos profanadores do sagrado, dos libertinos e dos loucos.

A estrutura do Hospital Geral foi uma das respostas aos problemas da crise econômica que afetou a Europa, trazidos pelas mudanças estabelecidas nos modos de produção mercantilistas. Conforme a população de pobres crescia verticalmente, o Hospital Geral assumia o papel de repressão original, e fora dos momentos de crise, assumia a utilidade de dar trabalho aos internados. Representou a incorporação de um projeto moral a um projeto político, criando uma população homogênea a partir da exclusão dos desviantes.

O Hospital Geral nasceu nos espaços vazios deixados pela lepra, os leprosários, que existiam aos milhares em toda a Europa desde a Idade Média. Peixoto e Bertani (2010) asseguram que a lepra desaparece do cenário europeu por volta do século XV, mas o espaço deixado às margens da sociedade foi preenchido por essa massa que, com o mercantilismo, passou a ser percebida como estorvo à ordem social.

Porém, para Foucault (1978), a questão econômica não era o sentido fundamental do Hospital Geral, já que, naquela sociedade, a pobreza não era relacionada à escassez de alimentos e desemprego, mas aos maus costumes, tratando-se, sobretudo, de uma questão moral. Ou seja, na Idade Clássica, o que configurava a experiência da loucura dizia respeito à transgressão, razão e moralidade. O autor reitera que o advento dessa instituição foi de fundamental importância para a definição de um novo lugar social para o louco e a loucura. Neste

período, a internação passou a ser determinada por autoridades reais e judiciárias, que possuíam poder absoluto sobre toda a população.

[...] o Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semi-jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes constituídos, e além dos tribunais decide julga e executa. [...] Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer -- o 'Hospital Geral' é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão. (FOUCAULT, 1978, p. 49).

Em 1789, inicia-se na França a Revolução Francesa, período de intensa agitação política e social, que teve um impacto duradouro na história do país, assim como em todo o continente europeu. Amarante (2007) afirma que essas transformações sociais do século XVIII, modificam a configuração institucional do Hospital Geral. Com o início das estruturas que formarão a sociedade capitalista, a população enclausurada passa a ser vista como produtora de riqueza, seja na condição de força para o trabalho, ou de massa consumidora.

Inspirados com o lema “Igualdade, Liberdade e Fraternidade”, que guiou o ideal revolucionário, muitos médicos passaram atuar de forma humanizada nos hospitais, transformando-os em instituições médicas. Neste período, o hospital perdeu suas funções primárias de caridade e de controle social, passando a assumir uma nova finalidade: a de tratar os enfermos. (AMARANTE, 2007).

Deste modo, os ideais libertários da Revolução Francesa, além de promoverem transformações econômicas, sociais e políticas, também propiciaram mudanças significativas na medicina mental da loucura. No mesmo momento histórico em que foi construído o conceito de cidadania, como responsabilidade e possibilidade de conviver e partilhar uma mesma estrutura política e social, foi construído também, em parte pelos mesmos atores sociais, o conceito de alienação mental, que, em virtude de sua impossibilidade de percepção da realidade, não era considerado um cidadão.

A ciência denominada “alienismo” é considerada pioneira no estudo dos transtornos mentais. Philippe Pinel, médico intitulado como o pai da psiquiatria,

influenciado pelo Iluminismo, adentra o espaço da clausura em que restou o louco com a finalidade de humanizar este espaço.

Para Pinel, a alienação mental consistia na perda da razão, isto é, no distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade. Na medida em que alguém nesta condição poderia representar um risco a sociedade, o conceito de alienação mental nasce associado a ideia de “periculosidade”.

Neste período, o primeiro e mais importante passo para o tratamento dos alienados era o completo e absoluto isolamento, baseado na premissa de que as causas da alienação mental estariam presentes no meio social. Com isso, apenas o tratamento poderia restituir ao homem a liberdade subtraída pela alienação. Além disso, o princípio do isolamento também estaria associado a produção do conhecimento, isto é, na observação apurada, na medida em que possibilitava conhecer a alienação no seu estado puro, livre de qualquer interferência. (AMARANTE, 2007).

Como detentor máximo do poder hospitalar, Philippe Pinel propõe a liberdade dos loucos que, embora liberados das correntes, devem ser submetidos a um tratamento asilar, como expõe Amarante (2007) ao descrever:

O histórico gesto de Pinel, desacorrentando os loucos poderia nos dar a ilusão de que os loucos teriam sido libertados das correntes e salvos da violência institucional. Na medida em que o hospital deixou de ser o espaço da filantropia e da assistência social para se tornar uma instituição de tratamento médico de alienados, desacorrentados, porém institucionalizados, os loucos permaneceram enclausurados, não mas por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico. (AMARANTE, 2007, p. 18).

Neste período ocorreu o processo intitulado como “medicalização do hospital”, operado por uma tecnologia política denominada “disciplina”, que consiste na distribuição espacial dos indivíduos, no exercício de um controle sobre o desenvolvimento de uma ação, e, conseqüentemente, na vigilância perpetua e constante dos doentes. O espaço foi apropriado pela medicina, assim como a medicina se tornou um saber e uma prática predominantemente hospitalar.

O asilo tornou-se, de forma simultânea, espaço de exame para o estudo das alienações mentais, espaço de tratamento, e espaço de reprodução do saber médico. Enquanto instituição disciplinar, o asilo impunha regras, condutas, horários, regimentos, aspirando uma função terapêutica capaz de reestabelecer a organização das paixões descontroladas do alienado.

Deste modo, a instituição possuía as seguintes funções: garantir a segurança pessoal do louco e de suas famílias, liberá-los das influências externas, vencer suas resistências pessoais, submetê-los a um regime médico, impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais.

Entretanto, na medida em que transforma a relação com a doença enquanto objeto abstrato e natural, este novo modelo de saberes e práticas referia-se a uma doença institucionalizada, isto é, modificada pela ação prévia da instituição. Neste período, inaugura-se uma relação hospitalocêntrica, especialística, verticalizada e hierarquizada, centrada na doença e não nos sujeitos frente às doenças.

Castel (1978) faz uma crítica ao alienismo, dizendo que essa prática ratifica as demandas da exclusão social e põe-se a serviço dela. O que era do âmbito sociopolítico global torna-se uma questão de competência de um especialista.

Pinel reuniu três dimensões, heterogêneas em aparência, cuja articulação vai constituir a síntese alienista: classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico das doenças mentais, imposição de uma relação específica de poder entre médico e doente, o 'tratamento moral'. (CASTÉL, 1978, p. 59).

Na última década do século XIX, na medida em que os primeiros asilos atingiram a superlotação de pacientes, passaram a ser notadas as dificuldades implícitas no modelo alienista. As práticas de isolamento e segregação social, bem como as constantes denúncias de violências contra os pacientes internados, fizeram com que a credibilidade do hospital psiquiátrico e da psiquiatria chegasse aos mais baixos níveis.

Neste período, surge enquanto alternativa aos manicômios as chamadas “colônias dos alienados”, comunidades terapêuticas que estimulavam a vontade e

energia dos loucos, fazendo desaparecer os vestígios do delírio. Entretanto, logo as comunidades mostraram-se iguais aos asilos tradicionais.

No início do século XX, sob a ótica da psicanálise, é inaugurado um novo saber sobre a loucura. Para Freud, a loucura se instala na medida em que ocorre a fragmentação do sujeito e a consequente ruptura da estrutura psíquica. Portanto, o delírio e a alucinação psicótica são vistos como uma tentativa de reestruturação psíquica. Isto é, encerram uma significação para o sujeito assim como a fala, os sonhos, chistes, sintomas e ato falhos para o neurótico. (COUTINHO, 2005).

A psicanálise confere à loucura uma positividade, isto é, reconhece a intensa angústia vivida pelo psicótico como consequência de sua percepção de isolamento, incompreensão e não pertencimento. Desta forma, de acordo com esta teoria, a escuta da psicose deve estar a serviço do indivíduo e daqueles que o cercam.

No período precedente à Segunda Guerra Mundial, inaugura-se a reflexão sobre a natureza humana em sua totalidade. Com isso, a sociedade dirige olhares para os hospícios e descobre que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos em nada se diferenciavam daquelas dos campos de concentração. Inicia-se uma radical crítica e transformação do saber e do tratamento e das instituições psiquiátricas.

Esse movimento, intitulado como “Reforma Psiquiátrica”, propõe a denúncia aos manicômios como instituições violentas, bem como a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, inclusivas e libertárias. Algumas experiências de Reforma Psiquiátrica foram marcantes por sua inovação e impacto. As experiências inspiradoras da Inglaterra, França, Itália e Estados Unidos, serão descritas a seguir.

Na Inglaterra, mostram-se significativas as experiências de “Comunidade Terapêutica” e “Antipsiquiatria”. O termo Comunidade Terapêutica foi utilizado por Maxwell Jones, a partir de 1959, para definir as experiências desenvolvidas em um hospital psiquiátrico, baseados nos trabalhos de Sullivan, Meninger, Bion e Reichman. Suas experiências eram baseadas na adoção de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes tendo como objetivo resgatar o processo terapêutico a

partir da transformação da dinâmica institucional. Main e Bion Reichman, do Monthfield Hospital (Birmingham, Inglaterra), assim como Maxwell Jones, por meio de grupos de discussão e assembleias, passaram a utilizar o potencial dos próprios pacientes, envolvendo-os em seus tratamentos, chamando-os a participar ativamente de todas as atividades disponíveis. Nestas comunidades terapêuticas inaugura-se a luta contra a verticalidade dos papéis sociais, buscando a democratização das relações. Considera-se que a expressão psicossocial tenha surgido neste contexto histórico.

Já a Antipsiquiatria teve início na Inglaterra no final dos anos 50. Ronald Laing e David Cooper merecem destaque neste movimento, que considerava que as pessoas ditas loucas eram oprimidas e violentadas, não apenas nas instituições psiquiátricas, como também, na família e sociedade. Juntos, elaboraram a hipótese de que o discurso dos loucos denunciava as tramas, os conflitos e as contradições existentes na família e sociedade. Nesta tradição teórica e política, o hospital psiquiátrico não apenas reproduziria, como também radicalizaria as mesmas estruturas opressoras e patogênicas da organização social.

No âmbito da Antipsiquiatria não existiria, enfim, a doença mental enquanto objeto natural como considera a psiquiatria, e sim uma determinada experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social. O princípio seria o de permitir que a pessoa vivenciasse a sua experiência; esta seria, por si só, terapêutica, na medida em que o próprio sintoma expressaria uma possibilidade de reorganização interior. Ao terapeuta competiria auxiliar a pessoa a vivenciar este processo, acompanhando-a, protegendo-a, inclusive da violência da própria psiquiatria. (AMARANTE, 2007, p. 54).

Na França os movimentos intitulados como “Psicoterapia Institucional” e “Psiquiatria de Setor” são inspiradores em virtude de suas propostas. Num contexto de pós guerra, François Tosquelles, no Hospital Saint-Alban, protagonizou a rica experiência que ficou conhecida como Psicoterapia Institucional. Inspirada pela psicanálise, o movimento considerava que os muros do hospital não eram o que construía o manicômio, mas sim as pessoas que faziam parte dele. Deste modo, considerando que a instituição deveria ser tratada como um todo, era imprescindível a participação de usuários e funcionários nas ações terapêuticas. Desenvolvidas no

interior do hospital psiquiátrico, a psicoterapia institucional buscava promover a reinvenção e revolução permanente da instituição.

Dentre as propostas mais interessantes está a busca por ampliação dos referenciais teóricos, assim como a noção de acolhimento, ressaltando a importância da equipe e dos vínculos de referência estabelecidos nas instituições.

A partir das limitações oriundas da experiência da Psicoterapia Institucional, Lucien Bonnafé ganha destaque no movimento de Psiquiatria de Setor. O movimento consistia na criação de Centros de Saúde Mental (CSM) em diferentes setores administrativos das regiões francesas, estabelecidos de acordo com a distribuição populacional dos diferentes territórios. Foi neste movimento que, pela primeira vez, foi implantado o modelo de regionalização. Além disso, outro marco importante desse movimento foi a ideia de que o acompanhamento terapêutico dos pacientes pudesse ser realizado em equipes multiprofissionais. Com isso, o tratamento deixava de ser exclusivo do médico psiquiatra.

Na Itália, o movimento inspirador denominado como “Psiquiatria Democrática”, surge a partir de um processo crítico sobre a natureza da instituição psiquiátrica e a inviabilidade de uma mera reorganização técnica, humanizadora, administrativa ou política. Franco Basaglia, após participar de um trabalho de transformações em Gorizia, na Itália, chega a Trieste e processa um empreendimento de demolição do aparato manicomial. Propunha a extinção dos tratamentos violentos, destruição de muros e constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura. As ideias de Basaglia são incorporadas na lei aprovada (Lei 180), e ficou conhecida como “Lei Basaglia” que entre diversas propostas estabelecia o fechamento gradual dos manicômios e sua substituição por serviços territoriais. Este movimento propõe que as transformações nos modelos psiquiátricos devem ir além da simples abolição das estruturas manicomiais, buscando a construção de novas formas de possibilidades e de inventividade, onde os atores envolvidos tenham participação ativa em todos os processos de mudanças.

Nos Estados Unidos (EUA), foi desenvolvida por Gerald Caplan a chamada “Psiquiatria Preventiva”, também conhecida por “Saúde Mental Comunitária”. Esta proposta, referendada pelo próprio presidente Kennedy, produziu uma perspectiva de

salvação quase milagrosa para um país que enfrentava naquele momento uma série de problemas sociais e políticos, dentre eles, o impacto da Guerra do Vietnã e o crescente envolvimento da juventude com drogas e *gangs*. Para Caplan, todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que detectadas precocemente. Com isso, é inaugurada a noção de prevenção. Foi também no âmbito da Psiquiatria Preventiva que surgiu o conceito de “desinstitucionalização”, que se tornou uma das principais diretrizes das políticas de saúde mental nos EUA, que objetivava tornar o hospital um recurso obsoleto na medida em que os serviços comunitários de saúde mental fossem adquirindo maior competência e efetividade.

Entretanto, para Amarante (2007), o efeito deste movimento americano foi inverso, na medida em que ocorreu um aumento importante da demanda psiquiátrica nos EUA, não apenas para os novos serviços extra-hospitalares, como também para os hospitais psiquiátricos. Alguns autores consideram que a Psiquiatria Preventiva representou um novo projeto de medicalização da ordem social, isto é, maior expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais.

No Brasil, sabe-se que até o final do século XX a assistência psiquiátrica esteve centrada em hospitais com características asilares, ainda que algumas experiências inovadoras isoladas pudessem ser observadas. Até a década de 60, esses hospitais eram quase que exclusivamente estatais ou filantrópicos.

Inspirada nos movimentos de Reforma Psiquiátrica europeus e americanos, surge, no final da década de 70, a Reforma Psiquiátrica Brasileira. A partir da mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais, no Brasil, a Reforma se consolida como um marco fundamental das políticas públicas de saúde mental.

A partir de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passa a reconhecer a dimensão dos problemas de saúde mental. Jorge e Franca (2001) descrevem que, neste período, em caráter de oposição, surgiram algumas iniciativas até mesmo de órgãos do governo que se opunham a essa tendência, mas que não saíam do papel. Em 1973, a Previdência Social aprova um Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica que já colocava em instâncias extra-hospitalares a função de evitar as

internações desnecessárias, condenando taxativamente as internações em macro-hospitais e consagrando a equipe multiprofissional.

Jorge e Franca (2001) também afirmam que, em censo hospitalar realizado em 1982, 70% das pessoas abrigadas em hospitais psiquiátricos públicos e privados estavam confinadas há mais de um ano e mais de 40% pareciam absolutamente segregadas da família e da sociedade por mais de cinco anos. Os autores ressaltam que, por ocasião de uma crise no Hospital do Juqueri no ano seguinte, durante todo o Governo Montoro, as ações da Coordenadoria de Saúde Mental visavam o que se denominou "a inversão de uma tendência perversa", isto é, a tentativa de desconstrução de um sistema hospitalocêntrico.

O final da década de 80 e início da década de 90 representam um marco na Reforma Psiquiátrica Brasileira. É neste período que se iniciam movimentos e são publicados documentos inovadores referentes aos direitos dos pacientes psiquiátricos, reconhecendo a sua cidadania e direito de ir e vir. Além disso, ocorrem mudanças na legislação que regula a assistência psiquiátrica, particularmente no que concerne ao modelo hospitalocêntrico vigente e à questão das internações involuntárias.

A Carta de Bauru, redigida pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental presentes no II Congresso Nacional em dezembro de 1987, marca uma ruptura e representa a primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção aos manicômios. O Congresso, que adotava o lema "Por uma sociedade sem manicômios!", foi um marco decisivo para a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Na ocasião, o evento reuniu 350 trabalhadores da Saúde Mental e, de lá para cá, o movimento cresceu muito. A discussão sobre os direitos de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico intenso foi aprofundada e os serviços de tratamento em Saúde Mental passaram, cada vez mais, a funcionar a partir da recusa do papel de agente da exclusão e da violência. As proposições tiradas no Congresso dirigiram a reorganização dos serviços de tratamento e a Carta de Bauru foi um documento central neste processo. Nesta carta, o manicômio é considerado como expressão de uma estrutura presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A relação entre trabalho e cidadania está presente no entendimento

do Movimento da Luta Antimanicomial desde 1987. Assim, é dito na Carta de Bauru (1987) que “[...] lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida”.

Em 1989 é realizada a Declaração de Luxor sobre os Direitos Humanos dos Doentes Mentais, da Federação Mundial para Saúde Mental. No Brasil, neste mesmo período, é lançado o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado. Em 1990, surge a Declaração de Caracas, documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela Organização Pan-americana da Saúde. Finalmente, nesse mesmo período, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas adota, em dezembro de 1991, os “Princípios para a Proteção dos Enfermos Mentais e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental”.

Esses documentos versavam os direitos básicos dos pacientes psiquiátricos, como o direito de viver inserido na comunidade; o direito à confidencialidade, às normas de atenção e a ser tratado em um ambiente o menos restritivo possível; e o direito de acesso à informação relativa a si mesmo, de consentimento para o tratamento (ou, na sua impossibilidade, dos procedimentos necessários para que tratamento necessário ou admissão involuntária possam ser adotados) e de condições adequadas nas instituições psiquiátricas.

Após um longo processo de reivindicação e mobilização social, no Brasil, em 6 de Abril de 2001, é promulgada a Lei Paulo Delgado, 10.216 (BRASIL, 2001), conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta Lei, que trouxe mudanças significativas nas formas de contato e tratamento em saúde mental, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, transformando o modelo assistencial de saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade.

Atualmente, a rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90. O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual.

Os princípios deste Sistema Único de Saúde são: o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

O princípio de controle social do SUS merece destaque, na medida em que impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva. Com isso, os Conselhos e as Conferências de Saúde desempenham papel fundamental na conformação do SUS, no ordenamento de serviços e ações e no direcionamento dos recursos para a saúde mental.

De fato, são as Conferências Nacionais de Saúde Mental, e em especial a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, que consolidam a Reforma Psiquiátrica como política oficial do SUS e propõem a conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para as pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (BRASIL, 2002).

Compartilhando destes princípios, em 23 de dezembro de 2011, é lançada a Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011) que institui a Rede de Atenção Psicossocial com a finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com esta Portaria, a rede de atenção à saúde mental é composta pela Atenção Básica em Saúde (UBS e Consultório de Rua), atenção psicossocial especializada (CAPS), atenção de urgência e emergência (UPA/SAMU), atenção residencial de caráter transitório (UA Adulto, UA Infanto-Juvenil, Comunidade Terapêutica), atenção hospitalar (leitos, enfermaria especializada), estratégias de desinstitucionalização (SRT, PVC) e reabilitação psicossocial (cooperativas). Caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

No Artigo II, são instituídas diversas diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, dentre elas: Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, combate a estigmas e preconceitos; atenção humanizada; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; promoção de estratégias de educação permanente e construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2011).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados como pontos especializados em atenção psicossocial. Constituído por equipe multiprofissional, deve atuar sob a ótica interdisciplinar, oferecendo tratamento às pessoas com transtornos mentais graves em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Importante ressaltar que o cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e a sua família. (BRASIL, 2011).

De acordo com esta mesma Portaria, no parágrafo 4, os CAPS estão organizados nas seguintes modalidades:

CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de vinte mil habitantes;

CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para municípios com população acima de setenta mil habitantes;

CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (BRASIL, 2011).

Porém, é importante ressaltar que, desde a sua constituição, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) transformam fortemente a estrutura de assistência em saúde mental. Além de oferecer atendimento médico e psicológico, os CAPS buscam acolher os pacientes com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, estimular sua integração social e familiar e apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia. A rede composta por este tipo de equipamento vem substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas.

O movimento representa uma mudança não apenas no modelo assistencial, mas uma mudança paradigmática, isto é, estrutural, uma vez que se desdobra em diversos campos. Para Bezerra Junior (2007), a construção de um sistema assistencial, um imaginário cultural e uma rede de laços sociais inspirados nos ideais da Reforma exige que a imaginação, a criatividade e a reflexão crítica encontrem uma maneira de delinear com clareza quais são os desafios específicos que este horizonte de transformação enfrenta nas condições de nosso país. O movimento de luta antimanicomial é uma das formas de luta contra a exclusão e a favor da tolerância e respeito pela diferença.

Amarante (2007) considera que um primeiro grande desafio consiste em superar a mera reestruturação dos serviços hospitalares. Reitera que essa transformação não deve ser o objeto em si, mas sim a consequência dos princípios e estratégias anteriores; ou seja, exige a superação da noção de uma simples reforma administrativa ou técnica do modelo assistencial psiquiátrico.

Para isso, Rotelli *apud* Amarante (2007) propõe que o ponto de partida seja pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo social e complexo. Processo este que envolve o entrelaçamento de dimensões simultâneas, que produzem paradoxos, pulsações, contradições, consensos e tensões.

De acordo com Bezerra Junior (2007), a própria consolidação da reforma vem trazendo à tona uma quantidade crescente de desafios que precisam ser refletidos e trabalhados. Segundo o autor, não há precedente de implantação de uma reforma deste tipo em um país com as características geográficas, políticas e sociais similares como o Brasil. Um importante desafio está em constituir uma rede que se adapte às demandas das grandes concentrações populacionais, assim como de regiões de população escassa. Dessa forma, tendo em vista esta diversidade continental e cultural brasileira, o modelo assistencial deve contemplar diferentes contextos socioculturais, abrangendo megalópoles e pequenas cidades do interior.

Além disso, Bezerra Junior (2007) também esclarece que é preciso preservar o horizonte ético fundamental da clínica e, ao mesmo tempo, constituir uma clínica ampliada, ou seja, incorporando várias categorias profissionais e diferentes dispositivos teóricos às estratégias terapêuticas.

A maior parte dos profissionais que hoje compõem a rede de saúde pública brasileira não passou pelo processo de luta política e ideológica que envolveu a criação do movimento antimanicomial. Desta forma, outro desafio imposto pela Reforma exige a formação de profissionais dotados de capacidade de reflexão crítica, elemento indispensável para a superação das imensas dificuldades inerentes ao trabalho.

No plano social, para Bezerra Junior (2007), almeja-se promover para além do discurso técnico a expansão das fronteiras do saber da loucura e do sofrimento

psíquico. Produzir uma desconstrução social dos estigmas e estereótipos vinculados à loucura e à figura do doente mental e/ou usuário abusivo de drogas, substituindo por um olhar solidário e compreensivo sobre a diversidade e os descaminhos que a experiência subjetiva pode apresentar, fundado numa atitude de respeito, tolerância e responsabilidade.

3. SAÚDE MENTAL E DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

3.1 Origem e significados históricos da Instituição

No capítulo anterior, foi discutido que a construção da reforma psiquiátrica é um processo complexo que deve superar uma simples reforma administrativa ou técnica do modelo assistencial psiquiátrico. Para isso, além de propor transformações nas dimensões epistemológica, assistencial e sociocultural, são também necessárias mudanças na dimensão jurídico-política, a fim de rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais.

A aprovação das leis nacionais e estaduais referentes à Reforma Psiquiátrica citadas anteriormente são fundamentais para que ocorra uma efetiva transformação social e política. Neste sentido, o constante questionamento prático das legislações e normas excludentes constrói estratégias efetivas de cidadania e participação social. Entretanto, não é possível determinar que as pessoas em sofrimento psíquico sejam cidadãos e sujeitos de direito apenas por decreto. Isto é, a construção da cidadania envolve, principalmente, mudanças de atitudes e relações sociais.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP) possui como um de seus valores fundantes a responsabilidade na democratização do acesso ao judiciário e o resgate da cidadania. Assim, assume um importante papel no movimento de reforma psiquiátrica brasileira.

Nesta pesquisa serão abordadas as representações sociais referentes aos saberes e práticas em saúde mental a partir do discurso de alguns familiares que buscam diariamente internação psiquiátrica para seus entes na Defensoria Pública. A especificidade do espaço no qual estes discursos e solicitações aparecem merece atenção. Assim, a fim de contribuir com o posterior estudo e análise do conteúdo destas entrevistas, é preciso retomar brevemente a origem e os significados históricos e culturais da Defensoria Pública.

Historicamente, o acesso ao judiciário é marcado pela exclusão promovida pela desigualdade social. Em virtude da grande contradição econômica presente em nossa sociedade, a pobreza pode ser considerada como a primeira e maior expressão da exclusão nas sociedades modernas, na medida em que impede o acesso a condições elementares da vida.

Para Sadek (2014), a conquista e a realização democrática se expressam na concretização e ampliação da cidadania. Neste sentido, ganhos em democracia correspondem a ganhos em cidadania. Tendo em vista que a democracia e a cidadania definem-se pela igualdade, cujo suposto básico é a prevalência da lei - universal e sem privilégios -, a supremacia da lei e a incorporação de direitos transmite implicações no âmbito da desigualdade. Desta forma, constata-se que o processo de ampliação dos direitos que compõem a cidadania representa expressivas diminuições nos níveis de exclusão social.

No final dos anos 80, com o advento da Constituição Federal (BRASIL, 1988), fica instituído que, todo indivíduo, brasileiro ou estrangeiro residente no país, deve ter o direito fundamental de acesso à justiça, ainda que não tenha condições de arcar com as despesas de um advogado. Neste período, torna-se dever do Estado Brasileiro garantir assistência jurídica gratuita.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo, apesar de ser um órgão de função essencial à Justiça e previsto desde a Constituição Federal de 1988, foi criada apenas em 2006 através da Lei Complementar Estadual nº 988 de 09 de janeiro (SÃO PAULO, 2006). Vale ressaltar que a promulgação desta Lei ocorreu em função de crescente pressão feita por diversos setores da sociedade civil - o que culminou na criação do “Movimento pela criação da Defensoria”, em meados de 2002.

Até a sua criação, o serviço de assistência jurídica gratuita à população sem recursos financeiros era oferecido pela Procuradoria de Assistência Judiciária (PAJ), criada por Decreto-Lei estadual em 1947 (SÃO PAULO, 1947). A PAJ era um sub-órgão da Procuradoria Geral do Estado, instituição prevista para prestar serviços jurídicos ao Governo do Estado.

Neste período, a assistência jurídica à população carente era prestada mediante convênio firmado entre a Procuradoria Geral do Estado e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) - Secção de São Paulo. Apesar de a PAJ ter conquistado enorme reconhecimento em função da qualidade de sua atuação perante o Judiciário, na época, os advogados não tinham dedicação exclusiva aos assistidos e tampouco eram fiscalizados pelo Estado ou coordenados pela própria OAB, signatária do convênio. Neste sentido, considera-se que a antiga atuação fragmentária da antiga PAJ promovia com frequência a violação de direitos e a criminalização da pobreza.

Em 2002, com a criação da Defensoria Pública, os Procuradores do Estado atuantes na PAJ puderam optar pela transferência para a Defensoria Pública. Na época, oitenta e sete procuradores realizaram essa opção, que foi considerada constitucional pelo Supremo Tribunal Federal (STF), promovendo a cisão da Procuradoria Geral do Estado, antes composta por três sub-órgãos: a Consultoria Jurídica, o Contencioso Jurídico e a Assistência Jurídica Gratuita, este último a PAJ.

A inauguração da Defensoria Pública foi o marco pelo qual a população carente do Estado passou a ser atendida por uma instituição autônoma e independente, com o intuito de colocar em evidência a efetividade do sistema político vigente, questionar a sua própria essência de violador de direitos, e legitimar a sua responsabilização judicial, com seus consequentes custos políticos e financeiros.

Buscando criar condições para que os usuários se tornem "sujeitos de direitos", a permanente função da DPESP, como expressão e instrumento do regime democrático, é oferecer, de forma integral e gratuita, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos. De acordo com a Lei de criação deste serviço, o Artigo 3º ressalta que:

A Defensoria Pública do Estado, no desempenho de suas funções, terá como fundamentos de atuação a prevenção dos conflitos e a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, a erradicação da pobreza e da marginalidade, e a redução das desigualdades sociais e regionais. (SÃO PAULO, 2006).

Nesta instituição são atendidos indivíduos que possuam renda de até três salários mínimos e que não sejam proprietários de bens e imóveis, cujos valores ultrapassem cinco mil unidades fiscais do Estado de São Paulo superior ao limite de isenção do Imposto de Renda. Caso a renda familiar ultrapasse o valor estabelecido, existe a possibilidade de comprovação de gastos extraordinários, como despesas de medicamentos, material especial de consumo, alimentação especial, entre outros, para ser atendido gratuitamente. Tem como referência o disposto no artigo 5º da Constituição Federal Brasileira, inciso LXXIV, segundo o qual o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos (BRASIL, 1988).

Segundo a Lei Complementar Estadual nº 988 (SÃO PAULO, 2006), que delimita tal órgão, são atribuições institucionais da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, dentre outras: informar, conscientizar e motivar a população, inclusive por intermédio dos diferentes meios de comunicação, a respeito de seus direitos e garantias fundamentais; prestar atendimento interdisciplinar; promover a conciliação e a mediação extrajudicial entre as partes em conflitos de interesses; promover a tutela dos direitos humanos em qualquer grau de jurisdição; promover a tutela individual e coletiva dos interesses e direitos da criança e do adolescente, do idoso, das pessoas com necessidades especiais, das minorias submetidas a tratamento discriminatório e das pessoas vítimas de qualquer forma de opressão ou violência; fornecer orientação jurídica e informação sobre direitos humanos e cidadania em prol das “pessoas e comunidades carentes”, de forma integrada e multidisciplinar; contribuir no planejamento, elaboração e proposição de políticas públicas que visem erradicar a pobreza e a marginalização e a reduzir as desigualdades sociais; receber, analisar, avaliar e encaminhar consultas, denúncias ou sugestões apresentadas por entidades representativas da sociedade civil, no âmbito de suas funções.

Dessa forma, a Defensoria Pública é uma instituição estadual, mas não está vinculada ao governo. Sua autonomia é prevista pela Constituição Federal e é uma garantia para que os Defensores Públicos possam representar os direitos da população sem possíveis constrangimentos. Os Defensores Públicos são profissionais formados em Direito aprovados em concurso público específico para prestar assistência jurídica

nas áreas cível, família, criminal e execução criminal - que estejam dentro da competência da Justiça estadual.

Os Defensores Públicos possuem prerrogativas, destacando-se: a independência funcional (conforme citada anteriormente), o acesso irrestrito a estabelecimentos prisionais e de internação de adolescentes, poder de requisitar documentos a órgãos públicos, examinar autos sem procuração, solicitar auxílio de demais autoridades para o desempenho de suas funções, entre outros. Além disso, os defensores também têm o poder de propor ações civis públicas que, em geral, estão relacionadas à moradia, saúde, educação, transporte, meio-ambiente e questões relativas à defesa do consumidor.

Contam, para isso, com o suporte dos “Núcleos Especializados” - de natureza permanente - que consolidam conhecimentos sobre temas específicos com o objetivo desses de promover uma atuação estratégica da instituição em áreas de sensível importância. É atribuição dos Núcleos Especializados coordenar os debates e materiais produzidos pelos Defensores Públicos em sua área respectiva, fornecendo a eles qualquer suporte técnico necessário e também propõem ações judiciais e são responsáveis por coordenar o acionamento de Cortes Internacionais quando for necessário. Cada Núcleo possui um Defensor Coordenador - com dedicação exclusiva ao cargo - e uma equipe de Defensores integrantes. Atualmente, a Defensoria conta com os seguintes núcleos: Cidadania e Direitos Humanos; Infância e Juventude; Habitação e Urbanismo; Segunda Instância e Tribunais Superiores; Situação Carcerária; Combate à Discriminação, Racismo e Preconceito; Proteção e Defesa dos Direitos da Mulher; Direitos do Idoso e Defesa do Consumidor.

Tendo em vista a promoção e tutela dos direitos da população, a Defensoria Pública atua nas áreas de Tutela Coletiva, responsável pela promoção de ações civis públicas na defesa coletiva dos cidadãos carentes; Área Criminal, na garantia da defesa dos réus e vítimas de forma ampla e abrangente; Área da Infância e Juventude, responsável pela defesa de crianças e adolescentes que cumprem medida socioeducativa por determinação judicial, e demais disposições relativas ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2010); e Área de Execução Criminal, que garante a defesa dos cidadãos que estejam cumprindo pena após condenação judicial pelo cometimento de um crime.

Com isso, a DPESP busca solucionar conflitos sem se valer, muitas vezes, de demandas judiciais. Isto é, não possui como diretriz uma atuação meramente judicial, mas sim, de assistência jurídica de forma integral. Vale a pena ressaltar que a assistência judiciária, em sentido estrito, visa não apenas à propositura de ação judicial, mas sim, o efetivo esclarecimento e orientação aos hipossuficientes de quais sejam seus direitos e obrigações numa relação jurídica.

Sadek (2013), em seu artigo denominado “A Defensoria Pública no Sistema de Justiça Brasileiro”, sobre a instituição, conclui que:

Nesta acepção mais ampla sobressai o papel da Defensoria Pública, como instituição absolutamente primordial. Não se trata apenas de um organismo incumbido de defender aqueles que não têm meios materiais de se fazer representar junto à Justiça estatal, mas de instituição com potencial de atuar em todo processo de construção da cidadania: da concretização de direitos até a busca de soluções, quer sejam judiciais ou extrajudiciais. (SADEK, 2013, p. 2).

A Defensoria Pública é colocada nesse contexto com a responsabilidade institucional de democratização dos processos decisórios, da humanização da intervenção estatal sobre a esfera particular, da pacificação dos conflitos privados, do resgate afetivo nas relações das famílias, da emancipação civil das pessoas num contexto mais sociabilizado de obrigações e da formação de um ambiente de respeito e cidadania.

Para dar conta desta atuação integral, a partir de 2010, foram criados cargos internos na Defensoria Pública do Estado de São Paulo, definidos como “Agentes de Defensoria”. Tal cargo prevê vagas para pessoas com formação em curso superior em diversas áreas, incluindo Psicologia. Também foi criado um órgão auxiliar dentro da Defensoria, o Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM). Assim, cada regional da Defensoria Pública do Estado de São Paulo passou a contar com um Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM), composto por psicólogos e assistentes sociais do quadro da instituição. No subcapítulo seguinte, será discutido de forma aprofundada o papel e a importância do CAM.

3.2 Interface entre Psicologia e Direito: a atuação do Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo

Sabe-se que o profissional psicólogo tem sido solicitado a colaborar nas mais diversas áreas. No que diz respeito às políticas públicas, em geral, sua inserção tem crescido nos últimos anos. Todavia, a relação entre os saberes construídos pela Psicologia, o Direito e as práticas judiciárias, apesar de antiga, ainda é pouco conhecida no Brasil.

Para Bobbio, *apud* Miranda Junior (1998), não se pode negar que as regras de convivência humana, bases da lei e do Direito, absorveram ao longo do tempo noções e conceitos de outras áreas de conhecimento tendo como meta o ideal da Justiça. Por sua vez, Almeida (2012) descreve que a importante comunicação entre a Psicologia e o Direito deriva de uma realidade complexa com diversas arestas que não cabem no corpo jurídico pré-definido.

Para Silva (2013), apesar de serem áreas do conhecimento científico voltadas para a compreensão do comportamento humano, diferem quanto ao seu objeto formal: enquanto a Psicologia volta-se ao mundo do “ser”, tendo como seu ponto de análise os processos psíquicos conscientes e inconscientes, individuais e sociais que governam a conduta humana, o Direito, por sua vez, volta-se ao mundo do “dever ser”. A autora reitera que os planos do *ser* e do *dever ser* são interdependentes, isto é, se justapõem e se entrelaçam de tal maneira que um não pode ser compreendido sem o outro.

Deste modo, torna-se impossível entender o mundo da Lei sem os modelos psicológicos que, direta ou indiretamente, o inspiraram; da mesma forma, é inviável compreender o comportamento humano em qualquer de seus níveis (individual ou grupal) sem compreender como a lei, enquanto direito positivo (normatizado), constitui o *self*, a identidade social e mesmo a própria constituição e organização do grupo social em que o indivíduo está inserido (família, instituição educacional, partidos políticos, administração territorial, etc.). (SILVA, 2013).

Portanto, é compreensível que muitas pessoas busquem o judiciário na esperança de que o poder decisório do juiz - figura paternalista cuja função é tomar para si as decisões e impor limites -, encontre uma solução instantânea para conflitos das mais diversas ordens. Dada a impossibilidade de resolução judicial de todos os conflitos da vida humana, os profissionais de Direito podem (e devem) recorrer ao auxílio do psicólogo, que deve proporcionar uma escuta que considera aquele sujeito único – com sua singularidade, experiência de vida e necessidades únicas – e inserido em um contexto maior, que deve ser considerado e analisado criticamente.

Apesar de previsto pela Lei Complementar nº 988 (SÃO PAULO, 2006), é apenas a partir de abril de 2010 que a DPESP passou a contar com o trabalho do Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM), destinado a garantir um atendimento integral aos cidadãos que procuram a instituição. Contando com profissionais da área da Psicologia e de Serviço Social, o CAM surge com a proposta de modificar as fronteiras do atendimento realizado, até então, pela Defensoria Pública.

Segundo Almeida (2012), ao abrir as portas o CAM recebe uma grande diversidade de demandas cuja identidade se constitui pela impossibilidade de resposta apenas no âmbito judicial. A Defensoria passa, então, por uma ampliação de sua escuta, aumentando seu potencial de intervenção frente àquelas demandas que chegam à justiça por motivos que transbordam a fronteira das respostas judiciais.

Com isso, o CAM é acionado sempre que o Defensor Público observa que a demanda apresentada excede a orientação jurídica. Tanto o psicólogo como o assistente social podem formar um quadro mais amplo dessas necessidades e encontrar, por meio de uma atuação interdisciplinar, formas alternativas de resolução. Em geral, as questões que chegam ao CAM envolvem conflitos familiares, necessidade de suporte psicológico, tratamentos em diversos segmentos da saúde, pedidos de internação psiquiátrica involuntária, violência doméstica, guarda de crianças ou acesso aos recursos e benefícios sócio-assistenciais.

Os agentes de Defensoria tanto podem agir diretamente nesses casos, como encaminhá-los para outros serviços. De modo geral, no âmbito da Assistência Social são acionados os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) ou Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS); na saúde, as Unidades

Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sempre mantendo o acompanhamento da demanda. No cotidiano de atendimento, podem também existir outros encaminhamentos realizados pelos profissionais como, por exemplo, para serviços de habitação, centros de referência de defesa da mulher, entre outros, buscando observar aspectos da demanda da população atendida de forma integral.

Dessa forma, entre outros, são princípios do CAM: a humanização do atendimento; o respeito à autonomia do usuário, considerando suas potencialidades e limitações individuais; a interdisciplinaridade e intersetorialidade do atendimento; a adoção da perspectiva preventiva, socioeducativa e promocional; a articulação com a rede de atendimento psicossocial e outras políticas sociais e de saúde.

Conforme delinea Cavalcante (2013), dentre suas atribuições, os CAMs devem contribuir na elaboração de projetos e de procedimentos técnicos de atuação; fomentar estratégias de soluções alternativas de conflitos na comunidade; atuar como conciliador, facilitador e mediador; mapear e articular com a rede de serviços; prestar apoio ao serviço de atendimento especializado ao público da Defensoria Pública; participar das atividades de educação em direitos e fortalecer a articulação com a sociedade civil.

A autora supracitada também relata que, na maioria das vezes, o atendimento no CAM é feito em separado, pelo psicólogo ou pelo assistente social. Também são frequentes atendimentos conjuntos quando essa necessidade se apresenta. Esse cenário interdisciplinar, contudo, ainda não é o padrão. Vale lembrar que, atualmente, em cada um dos CAMs existe um defensor designado para coordenar as atividades institucionais, sendo responsável pela interface entre defensores públicos e agentes. A expectativa, contudo, é de que haja um avanço na integração do trabalho. (CAVALCANTE, 2013).

Para se refletir de modo aprofundado sobre o papel do psicólogo na Defensoria Pública, seria importante abordar o exame crítico da profissão, retornando às raízes da própria Psicologia. Para este trabalho não cabe realizar esta análise de modo aprofundado; entretanto, de forma sucinta, pode-se dizer que a Psicologia cresceu comprometida com o capital e o consumo, isto é, nas suas diversas formas e facetas,

é estrutural e congenitamente ligada à produção de certa subjetividade individualizada e intimista. Historicamente, considera-se que a profissão muito pouco exerceu um papel questionador e transformador das instituições e das relações.

Sobre esse aspecto Bock (2010) explana que o trajeto da Psicologia pode ser sintetizado como o de uma profissão fundada e comprometida com os interesses da elite brasileira, e que, pouco a pouco começa a desenvolver um projeto de compromisso com as necessidades da maioria da população brasileira. Ainda, segundo a autora, precisamos ter um conhecimento que sirva para o Brasil, isto é, para todos os brasileiros.

A atuação da Psicologia na saúde dentro do serviço público se distingue completamente da saúde que se faz nas clínicas psicológicas particulares. Tudo isso transforma o papel social da profissão, significando um novo jeito de se colocar na sociedade, jeito este comprometido com as necessidades, carências e exigências de outros segmentos da população.

Por sua vez, para Martín-Baró (1997), o trabalho do psicólogo deve ser definido em função das circunstâncias concretas da população a que deve atender. Para o autor, o psicólogo deve ajudar as pessoas a superarem sua identidade alienada, pessoal e social, ao transformar as condições opressivas do seu contexto. Essa transformação não exige uma mudança do campo de trabalho, mas sim da perspectiva teórica e prática a partir da qual se trabalha.

Assim sendo, de acordo com autor:

[...] Na hora de definir a nossa identidade profissional e o papel que devemos desempenhar em nossas sociedades, é muito mais importante examinar a situação histórica de nossos povos e suas necessidades do que estabelecer o âmbito específico da psicologia como ciência ou atividade. (MARTÍN-BARÓ, 1997).

Pode-se verificar, anteriormente, que é recente na história da profissão o comprometimento com a transformação social, que toma como foco as necessidades, objetivos e experiências dos oprimidos.

As possibilidades de atuação do psicólogo na Defensoria Pública são alinhadas aos princípios éticos e políticos da profissão, assim como aos ideais e princípios da própria instituição. Assim, trata-se de um trabalho sobretudo político, comprometido com a transformação social, com a cidadania e com os direitos em relação à emancipação humana.

3.3 Dados sobre a atuação da Defensoria Pública em demandas de internação psiquiátrica involuntária

A Política de Saúde Mental Brasileira estimula práticas pautadas no território e articuladas em uma rede ampliada de serviços de saúde. O território é compreendido como espaço geográfico habitado, instituído de significados, afeto, laços sociais e de garantia de qualidade de vida, manutenção econômica e exercício político dos cidadãos. Dessa maneira, a geografia ganha centralidade nesse movimento, uma vez que, ao habitar os espaços da comunidade, pessoas com transtornos mentais saem dos espaços de reclusão, de marginalização real e simbólica, assim como de privação de seus direitos de cidadão.

Por esta razão, o tratamento asilar, caracterizado pelo isolamento da comunidade e desrespeito aos direitos humanos, é incompatível com a atual política de atenção em saúde mental, assim como com os princípios humanitários, éticos e universais. Tratando-se de toxicomania e outros transtornos mentais, em virtude da complexidade e singularidade de cada indivíduo, soluções simplistas não bastam. Terapias paliativas não são capazes de suprir e oferecer continência às necessidades dos indivíduos em intenso sofrimento psíquico. Nesses casos, a abordagem psicossocial é considerada a mais efetiva, inclusive para o tratamento da toxicomania. Entretanto, de acordo com Nunes *et al.* (2007), ainda existe uma lacuna significativa entre o que estas diretrizes propõem e o que se observa na realidade concreta.

Com a queda da ditadura militar e promulgação da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), a saúde se torna um direito social (*caput* do artigo 6º e nos artigos 196 a 200). O fim do liberalismo encerra a limitação de intervenção do juiz às relações

individuais, e com o estabelecimento do “Estado de Bem Estar Social”, trouxe-se ao Poder Judiciário a atribuição de garantir, na prática, o que a lei prevê. Isto é, embora caiba ao Poder Executivo a construção das políticas públicas e a efetivação dos direitos previstos na Constituição Federal de 1988, na omissão dele é possível, por meio do Poder Judiciário, o requerimento desses direitos.

Neste cenário, surge a importância da DPESP que, ao prestar assistência jurídica integral, é responsável por garantir acesso à justiça e efetivar direitos humanos para considerável parcela da população brasileira desprovida das mínimas condições que garantam o exercício pleno de sua cidadania. No contexto político de divisão de poderes, o Poder Judiciário acaba sendo também autor de políticas públicas de saúde.

Entretanto, a intervenção das instituições jurídicas, sobretudo no âmbito da saúde, é marcada por um importante paradoxo. Para Scisleski *apud* Duarte *et al.* (2013), a ordem judicial exerce uma dupla função. Serve, de certo modo, como uma importante estratégia de acesso ao serviço de saúde. Por outro lado, é tomada como uma espécie de punição, construindo uma relação entre “medicar” e “punir”.

Cavalcante (2013) afirma que uma das maiores demandas de atendimento que chegam à Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP) são relacionadas às políticas públicas de saúde. Seja por falta de acesso a serviços ou ineficiência desses, os cidadãos procuram a DPESP para terem seu direito à saúde - assegurada judicialmente ou extrajudicialmente, de forma individual ou coletiva. Os casos são, por exemplo: a solicitação de medicamentos (nos quais o sujeito tem a prescrição médica para uso, mas não consegue o fornecimento por meio de órgãos públicos, nem tem condições financeiras para obtê-lo); solicitação de tratamentos médicos ou de outras especialidades de saúde; pedido de internações involuntárias e/ou compulsórias para terceiros, visando tratamento para dependência química e/ou outros transtornos mentais, dentre outros.

Tratando-se de modo específico das demandas de saúde mental, observa-se um aumento expressivo de familiares que buscam a Defensoria Pública para pedir internação involuntária e/ou compulsória para seus filhos e parentes. Dados internos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2014) indicam que, de 01/07/2014 à

19/12/2014, ao todo, foram realizados 759 atendimentos no CAM Triagem Capital. Desses, 270 possuíam como temática principal pedidos de internação involuntária e/ou tratamento em saúde mental.

Levando em consideração o agravamento do quadro de saúde, a exposição a riscos e o vasto histórico de tratamentos voluntários aos quais o usuário de droga geralmente já foi submetido sem êxito, os familiares costumam depositar no judiciário a expectativa de resolução imediata do problema.

Scisleski, *apud* Duarte *et al.* (2013), observa que essa interferência das instituições jurídicas na área da saúde mental se compõe, muitas vezes, como uma via importante de acesso a internação. Em virtude do desconhecimento da opinião pública sobre esse tema, muitos usuários trazem expectativas equivocadas sobre a atuação da DPESP. Assim, nas triagens, é necessária a sensibilização de defensores, agentes e estagiários sobre a orientação jurídica apta a desconstruir a expectativa de que o judiciário articula internações psiquiátricas involuntárias, assim como construir a perspectiva de tratamento amparado na rede de atenção psicossocial.

O atendimento desses familiares no CAM é considerado imprescindível na medida em que envolve a escuta e o acolhimento, de modo a compreender o caso e avaliar as possibilidades de articulação e inserção dessas pessoas em atendimento na rede de serviços, evitando a reprodução do modelo asilar de assistência à saúde mental e integrando o indivíduo à comunidade. Tratando-se de um problema social que não exige necessariamente a intervenção direta do Poder Judiciário, acionar o CAM para escuta e orientação psicossocial ao assistido que busca a internação de familiar é regra nas unidades regionais e de triagem. Porém, não é atribuição do CAM decidir se é o caso de internação ou não, sendo tal incumbência exclusiva à rede e aos médicos. Aos CAMs cabe acompanhar a demanda, assim como verificar se todas as medidas extra-hospitalares foram tomadas, evitando, assim, pedidos de internações desnecessários, como prevê a Lei 10.216 (BRASIL, 2001).

Por meio da atuação de seus agentes e dentro das suas atribuições, identificando alternativas à internação, o CAM deverá, com a concordância do Defensor e da parte interessada, proceder aos devidos encaminhamentos, em vista de esgotar as possibilidades de atendimento e tratamento. Sendo identificada a

carência de recursos e inexistência do oferecimento de atendimento adequado, deverá o agente de defensoria realizar relatório circunstanciado a fim de subsidiar medida administrativa ou judicial, no intuito de compelir o Poder Público a proporcionar o oferecimento de recursos extra-hospitalares, equipamentos, atendimento médico adequado, fornecimento de medicamento ou tratamento alternativo à internação, seja no município, seja fora dele, e ainda que em estabelecimento particular.

A Lei nº 10.216, (BRASIL, 2001), traz três tipos de internação psiquiátrica: voluntária (com consentimento do usuário, mediante declaração assinada no momento da internação); involuntária (sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro, a ser comunicada ao Ministério Público em até 72 horas); e compulsória (determinada pela Justiça).

Contudo, é importante ressaltar que toda e qualquer modalidade de internação, inclusive a voluntária, primeiro, deve ser considerada medida excepcional e subsidiária (Artigo 4º), a ser utilizada apenas quando esgotados outros métodos de tratamento; e segundo, exige laudo médico circunstanciado que apresente detalhadamente os motivos que justifiquem a sua efetivação.

Entretanto, em casos urgentes ou extremos, nos quais o sujeito com transtorno mental coloca em risco a sua vida ou de seus familiares, a internação resta justificada pela situação em si. Contudo, a ser realizada por um período curto e de forma transitória, em CAPS III ou em hospitais gerais, a fim de controlar o surto ou momento de crise. Quando necessária, a internação deve ocorrer de acordo com os tratados internacionais de direitos humanos, ou seja, apenas em caso de surto, para desintoxicação, por períodos curtos e sempre tentando uma abordagem voluntária.

Do ponto de vista do sistema de direitos, os usuários de saúde mental não devem ser banidos da sociedade, tampouco maciçamente mantidos dentro das paredes de confinamento oficial da insanidade. Assim, amparada pela Lei nº 10.216, são repudiadas as internações em Hospitais Psiquiátricos:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.
§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (BRASIL, 2001).

Numa análise sob o prisma constitucional da liberdade e dignidade da pessoa humana, a internação involuntária só pode ser levada a efeito em situação de risco de vida atual ou iminente, devendo ser judicialmente ratificada. No âmbito do TJ/SP, há o entendimento jurisprudencial de que a internação não exige a prévia interdição do usuário. Ainda que necessária mediante a incapacidade da pessoa para os atos da vida civil, a interdição não é condição para levar a efeito a internação.

Com base na Constituição Federal (BRASIL, 1988), é dever da família zelar pela saúde e integridade física de seu ente, apenas podendo se furtar dessa responsabilidade em situações excepcionais, por justa causa. Na hipótese de incapacidade, total ou parcial, permanente ou transitória, é dever do familiar tomar as providências cabíveis para manutenção da integridade física e psíquica da pessoa carente de cuidados. Em caso de agressão ou ameaça à vida ou integridade física por parte do incapaz, o familiar poderá buscar medidas de cessar a violência ou ameaça, eximindo-se da responsabilidade pelo seu ente.

Cabe salientar que na Defensoria Pública, conforme aprovação da tese nº 10 do II Encontro Estadual de Defensores Públicos do Estado de São Paulo, a modalidade compulsória de internação é considerada, em verdade, como uma medida excepcional de segurança, perdendo-se, assim, o sentido das ações de internação compulsória:

[...] fácil perceber que a medida de segurança nada mais é que uma internação determinada pela Justiça, portanto, uma internação compulsória. Também é verdadeiro o contrário, pois por óbvio a lei não confere ao Poder Judiciário “carta branca” para decretar internações psiquiátricas. Desta feita, entende-se que a internação compulsória nada mais é (e somente isso) que uma medida de segurança. (Trecho retirado da Tese nº 10 aprovada no II Encontro de Defensores Públicos do Estado de São Paulo). (DEFENSORIA, s.d.)

Isto é, a internação compulsória continua sendo restrita às medidas de segurança, enquanto a possibilidade de internação involuntária passa a ser permitida apenas em casos específicos em que o tratamento ambulatorial não funcione como meio de reinserção social do indivíduo em sofrimento psíquico.

Todavia, cabe à Defensoria Pública também a atuação na defesa do internado involuntariamente, tendo em vista que, estando internado, muitas vezes pela vontade familiar, a pessoa em sofrimento psíquico é a parte mais hipossuficiente e vulnerável do processo.

A Reforma Psiquiátrica, ao transformar o modelo de cuidado em saúde mental, inaugura a necessidade de implantação de recursos extra-hospitalares de atendimento como alternativa à internação. Entretanto, conforme dito anteriormente, a rede ainda se mostra deficitária para o cumprimento de tais diretrizes. Além disso, em alguns casos, falta o esclarecimento da possibilidade que a própria rede de saúde tem de realizar internações psiquiátricas involuntárias quando imprescindível.

Deste modo, quando necessário, a Defensoria Pública atua para além do âmbito individual, no ajuizamento de ações civis públicas com o escopo da obtenção de políticas públicas de implantação de modelos assistenciais alternativos à internação. Também por meio de ações coletivas existe a possibilidade de busca por equipes adequadas para o atendimento da demanda. Ou seja, pode também ser objetos de ações coletivas o equipamento adequado aos CAPS, UBS, comunidades terapêuticas, consultórios de rua, grupos de apoio, dentre outros serviços.

4. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS SABERES E PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL

4.1 A Teoria das Representações Sociais

Possuímos, enquanto sujeitos, necessidade de conhecer o mundo a nossa volta para saber como nos ajustar nas diferentes situações do dia a dia. Isto é, a aquisição de conhecimento sobre o mundo em que vivemos parte da imprescindibilidade de reconhecer e dar conta das questões cotidianas (JODELET, 1989).

Na década de 1960, considerando a dimensão social ativa nesta construção, Serge Moscovici introduziu o conceito de “Representação Social”. O autor identifica uma representação social como:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social. (MOSCOVICI, 2003, p. 21).

Este conceito, fundante da Teoria das Representações Sociais, será utilizado como suporte teórico nesta pesquisa. Nessa teoria, a sociedade é considerada dinâmica, colocando em jogo inúmeros elementos de representação de cada grupo social. Moscovici (2003) circunscreve o campo de interesse da teoria ao momento em que o ser humano faz perguntas, procura respostas ou pensa. O autor critica uma tendência que, segundo ele, predomina nas ciências humanas, de considerar que a sociedade não pensa, e que as pessoas estão sempre e completamente sob controle de uma ideologia dominante.

Contrapondo esta postura, o autor afirma que as pessoas e os grupos pensam por si mesmos, produzem e comunicam constantemente suas próprias e específicas

representações e soluções a questões que eles mesmos colocam. (MOSCOVICI, 2003, p. 45).

Considerando a dimensão social ativa nesta construção, foi elaborado o conceito de “Representações Sociais”, que, segundo definição clássica apresentada por Jodelet (1985), são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos.

Moscovici (1961; 1978, p. 64), expõe que “é profunda a propensão para dar uma existência conosco aquilo que tinha uma existência sem nós, para nos fazermos presentes onde estamos ausentes, familiares em face do que nos é estranho”. Ou seja, compreender a realidade perpassa a exigência de nos aproximarmos do que nos é distante, de tornar o não-familiar em familiar e, assim, refazer o equilíbrio entre o que sabemos e o que não sabemos. Deste modo, a representação não é cópia do real, nem cópia do ideal, nem a parte subjetiva do objeto, nem a parte objetiva do sujeito, podendo ser descrita como o processo pelo qual se estabelece a relação entre o mundo e as coisas.

Todas as coisas que nos tocam no mundo são tanto efeito como causa de nossas representações. Nessa perspectiva epistemológica, a sociedade é vista como um todo pensante e criativo, já que a construção deste conhecimento mundano se dá nas relações cotidianas que os indivíduos estabelecem entre si por meio de conversações, negociações e ações.

O conceito de Representações Sociais é amplo na medida em que abarca as diversas dimensões que estão em jogo na apreensão da realidade. Sendo produzidas no contexto das comunicações sociais, possuem a característica de flexibilidade e permeabilidade que as distinguem das representações coletivas de Durkheim ou, mesmo, das representações culturais de Sperber. (MOSCOVICI *apud* SPINK, 1993, p. 305).

Esta especificidade teórica pressupõe uma ruptura com as vertentes clássicas das teorias do conhecimento, que focalizam o saber formalizado e epistemológico. Para Spink (1993), esta diferenciação implica na constatação de importantes

mudanças quanto ao estatuto da objetividade e busca da verdade. Muito além dos pressupostos didáticos, o estudo das representações sociais encontra-se inserido entre os esforços de desconstrução da retórica da verdade, componente intrínseco da Revolução Científica que inaugura a modernidade nas sociedades ocidentais.

Ao romper com a epistemologia clássica e incorporar a questão social, este campo de estudo epistemológico pós moderno relativiza a objetividade. Neste sentido, Moscovici (1961; 1978) faz saber que as representações sociais são consideradas teorias do senso comum, ou “ciências coletivas”, na medida em que se traduzem como uma forma de conhecimento socialmente elaborada ou partilhada. Portanto, são equivalentes aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, refletindo a situação dos indivíduos no que diz respeito aos assuntos que são objeto do seu cotidiano; Isto é, “os pensadores naturais” dessas teorias sobre o mundo não têm o compromisso com a objetividade ou com a “prudência do especialista”, seguindo, assim, as regras que lhe convém para “estar por dentro”, “não ser ignorante nem ficando de fora do circuito coletivo” (MOSCOVICI, 1961; 1978, p. 55).

Com esta ampliação de olhar, o conhecimento do homem comum passa a ser considerado como algo legítimo e motor das transformações sociais. Spink (1993) ressalta que este movimento busca, sobretudo, situar os saberes do senso comum como teia de significados capaz de criar efetivamente a realidade social.

Para Spink (1993), o estudo empírico das representações sociais revela a simultaneidade de conteúdos estáveis e conteúdos dinâmicos, o que permite que haja movimento, mudança e abertura à novidade. Em outras palavras, são campos socialmente estruturados na interface de contextos sociais de curto e longo alcance histórico, e, na medida em que são também alimentadas pelos produtos da ciência, que circulam através da mídia e das inúmeras versões populares destes produtos, vão além de meras recombinações de conteúdos arcaicos e pressão das forças do grupo.

Deste modo, tendo em vista a coexistência de permanências e novidades no campo socialmente estruturado, ao aprofundar a análise do senso comum, nos deparamos não com a lógica e coerência, mas com a contradição. (SPINK, 1993, p. 306).

Assim, a questão da Teoria das Representações Sociais é explicar os comportamentos e as relações entre os homens, segundo a maneira pela qual eles são representados e pela qual os representamos para nós, por meio de comportamentos e relações. Para Moscovici (2003, p. 13), “chega-se a isso apenas, ao contrário de uma rotina de método, acolhendo com confiança ‘o pensamento de dentro’ de cada um, a consciência e a fala sociais, e com uma certa suspeição, o real, ‘o pensamento de fora de todos’”.

Enquanto núcleos estruturantes e formas de conhecimento prático, são destacadas diversas funções das representações sociais, entre elas: a orientação das condutas e das comunicações (função social); a proteção e a legitimação de identidades sociais (função afetiva) e a familiarização com a novidade (função cognitiva).

A função social consiste nas trocas sociais, evidenciando o processo de negociação constitutivo das relações sociais. Aqui, a ênfase é dada no processo e na diversidade. O indivíduo é sempre visto como uma entidade social e, como tal, símbolo vivo do grupo que representa. A função cognitiva, segundo aborda Spink (1993), permite evidenciar os dois principais processos envolvidos na elaboração das representações sociais postulados por Moscovici (1961; 1978): a ancoragem e a objetivação. A ancoragem é descrita como a inserção orgânica do que é estranho no pensamento já constituído, sendo feita na realidade vivida. A objetivação, por sua vez, diz respeito a cristalização de uma representação, isto é, processo através do qual noções abstratas são transformadas em algo concreto. Por fim, a função afetiva remete a dinâmica da interação social e, mais especificamente, a elaboração de estratégias coletivas ou individuais para a manutenção das identidades ameaçadas.

Spink (1993, p. 300) afirma que, apesar das Representações Sociais se manifestarem e serem acessíveis por meio de elementos cognitivos (imagens, conceitos, categorias, teorias), jamais se reduzem a eles. Pelo contrário, por serem socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum, sendo essencialmente fenômenos sociais.

Conforme destaca Jodelet (1989), as representações sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais, sociais, integrando a cognição, a

linguagem e a comunicação às relações sociais que afetam as representações sociais e à realidade material, social e ideativa sobre a qual elas intervêm.

Situando-se na interface dos fenômenos individuais e coletivos, esta noção tem, como aponta Jodelet (1989), a vocação de interessar a todas as ciências humanas. Tendo em vista esta transversalidade, busca-se situar este estudo a partir da contribuição da Psicologia Social, ciência que busca superar a dicotomia entre indivíduo e sociedade, e entre psicologismo e sociologismo.

Reforçando esse ponto em específico, Spink (1993) considera que a contribuição mais valiosa da Psicologia Social para o estudo das representações sociais consiste na ênfase no processo de elaboração das representações a partir de práticas sociais que as definem e que por elas são definidas, bem como a abertura da capacidade de se trabalhar o particular como expressão do universal.

4.2 Saberes e práticas em saúde mental compartilhados por familiares de usuários: um objeto de Representações Sociais

Na perspectiva da Teoria das Representações Sociais, não basta que um fenômeno seja falado por um determinado grupo de pessoas para que se constitua em um objeto de representações sociais. É necessário que possua implicações para a vida cotidiana a ponto de provocar nas pessoas posicionamentos referentes às práticas sociais. Além disso, é preciso que exista uma circulação deste objeto entre diferentes grupos sociais para que ele se torne um ponto de negociação de concepções, de prática e de identidades entre os diferentes sujeitos que constituem esses grupos. Assim, os chamados objetos de representações sociais são por natureza fenômenos multifacetados, difusos, em constante movimento e presentes em inúmeras instancias da interação social. (PACHECO, 2011, p.18).

Segundo a Teoria Psicanalítica, o delírio, marcado pela certeza e rigidez de um saber, não é fonte de angústia apenas para o psicótico. Isto é, sua característica de irreduzibilidade, ou seja, sua absoluta inacessibilidade a qualquer argumentação externa é motivo de intensa angústia também para todos os que convivem com o

paciente, sejam eles familiares ou profissionais de Saúde Mental. (COUTINHO, 2005, p. 56).

Jovchelovitch (2005), por sua vez, afirma que, diferentemente dos profissionais, que podem ocupar a posição de um físico diante de seu objeto de estudo, os familiares dos usuários, pelo contrário, estão na posição constante de um escultor que também se preocupa com a textura e a cor, com as qualidades sensíveis da mesma matéria. Lidam com indivíduos singulares, estão submetidos às exigências de uma coabitação diária com eles, sob o olhar de vizinhos desconfiados.

Isto posto, a família (instituição), enquanto grupo primário no qual são atendidas as necessidades básicas do ser humano, biológicas e afetivas, que preenchem seu desamparo inicial, assume um papel central na vida dos indivíduos em intenso sofrimento psíquico. Na medida em que reúne vínculos de aliança, consanguinidade e filiação, é provedora de modelos de identificação que logo se ampliam em função de outros grupos que progressivamente se complementam ou contrapõem, possibilitando o processo de individuação de seus membros. Para Moscovici (2005), cabe aos familiares “resolver, enquanto dilema físico, aquilo que continua sendo, em geral, um dilema metafísico”.

Medeiros *et al.* (2003, p. 270) faz saber que os familiares de indivíduos com transtorno mental grave sofrem por terem um laço afetivo muito forte e por serem vistos como corresponsáveis pela formação dos filhos, estando diretamente atrelados ao seu desenvolvimento saudável ou doentio. Isto é, o adoecimento dos filhos abala profundamente a autoestima dos pais, uma vez que significa que houve falhas no sistema familiar. Na maioria das vezes, o adoecimento psíquico de um membro da família instaura uma crise, ocasionando a quebra do vínculo familiar. Além dos conflitos emocionais, ocorrem preocupações com a condição financeira, propiciando uma mudança de rotina e sobrecarga familiar.

Enquanto forma de conhecimento prático, foi visto anteriormente que as representações sociais possuem funções diferentes do conhecimento científico que, de acordo com Pacheco (2011, p. 17), são: a) função de saber, que permite aos indivíduos construir novos conhecimentos e, assim, e compreender a realidade; b) função identitária, que organiza as relações de pertencimento estabelecidas pelos

indivíduos nos diferentes grupos no campo social; c) função de orientação, que revela a íntima relação entre as representações e as práticas sociais e; d) função de justificação, pois além de servirem para orientar as práticas sociais, as representações também são utilizadas para justificá-las.

A partir dos critérios descritos anteriormente, pode-se considerar que os fenômenos da loucura e toxicomania se configuram como objeto de representações sociais, pois, enquanto sociedade, além de construir os saberes para compreender a realidade na qual essas manifestações se inserem, as representações sociais construídas sobre estes fenômenos servem para orientar e justificar as práticas em saúde mental estabelecidas com os indivíduos acometidos por esses transtornos mentais.

Hoje, com a Reforma Psiquiátrica, a participação da comunidade e da família é preconizada nos cuidados em saúde mental. Juridicamente, não há distinção entre o direito à cidadania conferido aos indivíduos em sofrimento psíquico e seus familiares. Entretanto, os usuários da rede de saúde mental ainda são mantidos à parte; dá-se um jeito para que não se misturem. Em diversas situações são acolhidos, mas isolados; e isolados, mas acolhidos.

Maciel *et al.* (2011, p. 194) considera que, por esta razão, observa-se um esforço de profissionais e pesquisadores em pensar nas condições de egresso do doente mental, isto é, de sua saída da instituição e retorno para a família e comunidade de origem. Essa preocupação se concentra justamente em indagar o modo como a família, também alvo de preconceito e dificuldades financeiras e emocionais, vai lidar com a nova configuração e, conseqüentemente, responsabilidade.

Jovchelovitch (2005, p. 7) faz saber que o contato, a proximidade e o hábito que marcam a relação entre pacientes e não pacientes provocam uma dinâmica própria, marcada pela necessidade urgente de estabelecer diferenças entre quem é e quem não é louco. Segundo a autora, provocada pela proximidade com a loucura e dependência química, a família, assim como a comunidade como um todo, se defende e busca nos rituais e nas práticas simbólicas do cotidiano estabelecer um saber que a reafirma enquanto comunidade sã e ao mesmo tempo explica e dá sentido à condição diferente do outro que vive junto a si. Isto é, ao risco de indiferenciação e a angústia

que emerge do medo da fusão provocada por um contágio sabidamente simbólico, muitas vezes a família, assim como a comunidade, contrapõe práticas de demarcação territorial, de separação de corpos e de delimitação identitária que não estão muito longe das barreiras materiais e dos muros concretos do asilo.

Maciel *et al.* (2011) destacam que está ocorrendo um grande choque entre as propostas da Reforma Psiquiátrica e a devolução ou a manutenção do doente mental na família e na sociedade. O doente mental está sendo entregue à família e à sociedade sem que se tenha o devido conhecimento de suas reais necessidades e condições, em termos materiais, psicossociais, de saúde e de qualidade de vida.

Como afirma Melman *apud* Maciel *et al.* (2011, p. 194), a sociedade ainda não está disposta para o desafio de abrigar e cuidar das pessoas com transtorno mental grave, e destaca que “[...] ainda predomina a visão preconceituosa em relação ao fenômeno da doença mental, o que continua propiciando o processo de exclusão e de marginalização social e afetiva dessas pessoas que necessitam de atenção psiquiátrica”.

O processo de transformação do modelo de tratamento psiquiátrico atribui um novo e importante papel para a comunidade, de modo geral, e familiares, de modo específico. Neste sentido, ao se pensar sobre tratamento e reinserção social do doente mental, se torna imprescindível considerar as dificuldades e potencialidades da participação da família neste processo.

5. VOZES DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DA DEFENSORIA PÚBLICA

5.1 Trajetória metodológica

O presente estudo se insere nos pressupostos dos métodos qualitativos de investigação. Segundo a lógica da pesquisa qualitativa, o número de sujeitos deve ser significativo, suficiente para conhecer suas vidas e obter os elementos necessários para se compreender melhor sua problemática e poder propor assistência para suas necessidades.

A fim de obter uma amostra aleatória simples e representativa, os indivíduos foram escolhidos de forma eventual. Em uma semana comum de atendimento do CAM triagem, após atendimento psicossocial, para todos os indivíduos que possuíam como demanda inicial o pedido de internação psiquiátrica involuntária, foi feito um convite para participação nesta pesquisa. Nove de treze indivíduos convidados aceitaram contribuir com a pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período de 06/04/2015 a 10/04/2015, utilizando-se duas técnicas: observação livre e entrevista semidirigida. Quanto ao aspecto ético, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Protocolo Nº 44466615.0.0000.5482), atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A técnica de observação foi utilizada pelo contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, para obter informações sobre a realidade dos atores sociais no contexto judiciário. Além disso, como instrumento para a coleta de dados, utilizou-se entrevistas semidirigidas uma vez que as mesmas permitem maior flexibilidade para possíveis intervenções e possibilitam investigação mais ampla sobre o entrevistado.

As entrevistas aconteceram individualmente, nas dependências da Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Unidade de Atendimento Inicial, numa sala fechada reservada para atendimento psicossocial.

Após a autorização dos participantes e garantia do anonimato, empregou-se o gravador para o registro das entrevistas, que tiveram uma média duração de 20 minutos. Em cada encontro, os sujeitos eram convidados a falar sobre suas concepções a respeito da loucura, dependência química, tratamento em saúde mental, internação psiquiátrica involuntária e cura em saúde mental (Anexo A - Roteiro de Entrevista).

É importante ressaltar que as eventuais intervenções feitas pela entrevistadora ocorreram no intuito de estimular a produção verbal dos sujeitos. Com isso, as entrevistas foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora. Este movimento de escuta e transcrição possibilitou um exercício de memória e reconstrução em que cada cena era peculiarmente revivida. As falas dos familiares permitiram apreender a “dramática” vivida por cada um.

Os sujeitos pertencentes à categoria de familiar de doentes mentais, construíram teorias que retratam suas vidas, experiências e dores. Reconhecendo os elementos da fala dos familiares como objeto de representações, buscou-se, além da concepção dos saberes e práticas sobre saúde mental, procurar as possíveis manifestações e impactos da loucura e dependência química em suas vidas.

Considerando a Teoria das Representações Sociais, verificou-se no discurso dos familiares as articulações, convergências e divergências, transitando entre as esferas individuais e sociais.

Para alcançar este objetivo, recorreu-se à Análise Temática, pertencente à primeira fase do processo de análise de enunciação. Segundo Bardin (2011, p. 217) “a análise de enunciação, diferentemente da Análise de Conteúdo, apoia-se numa concepção da comunicação como processo e não como dado”.

Proposto por M. C. d’Urung *apud* Bardin (2011, p. 135), o tema é considerado como uma unidade de significação complexa e de comprimento variável, sendo utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, valores, crenças e tendências. Assim, para o autor, fazer uma análise temática consiste em “descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo

analítico escolhido”.

Considerando que a análise temática é transversal, deteve-se nesta etapa por cumprir suficientemente aos objetivos deste trabalho. A análise temática desdobrou-se em três etapas:

- (1) Pré-análise: período de intuições no qual se reuniu o material e foi feita a leitura das entrevistas, a fim de buscar compreender o pensamento dos sujeitos a respeito do tema estudado, analisando o que seria mais relevante para a pesquisa;
- (2) Exploração do material: que consistiu na transformação dos dados brutos, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto;
- (3) Tratamento de dados: que se tratou da classificação dos dados obtidos, estabelecendo as categorias teóricas que demandaram.

A partir dessas etapas surgiram quatro classes temáticas: (1) Representações sociais sobre a loucura; (2) Representações sociais sobre a dependência química; (3) Representações sociais sobre internação psiquiátrica involuntária e outras modalidades de tratamento em saúde mental; e (4) Representações sociais sobre a cura.

5.2 Perfil dos familiares entrevistados

Antes de apresentar a análise das entrevistas, é importante descrever o perfil sociocultural dos familiares sujeitos deste estudo para melhor compreender as representações sociais. Assim, foram perguntados dados referentes à idade, gênero, estado civil, escolaridade, profissão, renda, vínculo estabelecido com o doente mental, conhecimento sobre a rede de atenção psicossocial (RAPS) e relato de violência/agressividade.

Ao total, foram entrevistados nove familiares com idade entre 43 a 70 anos, predominando a faixa etária entre 43 a 45 anos, que representou 66,6% das entrevistas.

De nove entrevistados, sete são mulheres e dois são homens, o que nos mostra a prevalência das mulheres na função social de cuidado e atenção ao doente mental.

Concernente ao estado civil, três entrevistados se declaram solteiros(as) (33,3%), três divorciados(as) (33,3%), dois casados(as) (22,2%), e um(a) viúvo(a) (11,1%).

No que se refere à escolaridade, cinco entrevistados (55,5%) declaram acesso ao ensino fundamental e (22,2%) são analfabetos. Os demais (22,2%) completaram o ensino médio.

De 9 familiares entrevistados, 3 (33,3%) são aposentados e 2 (22,2%) estão desempregos. Os demais (44,4%), declararam as seguintes profissões: auxiliar de serviços gerais, auxiliar de cozinha, cabelereira e cuidadora.

Na Defensoria Pública São atendidos os indivíduos que possuam renda de até três salários mínimos e que não sejam proprietários de bens e imóveis, cujos valores ultrapassem cinco mil unidades fiscais do Estado de São Paulo superior ao limite de isenção do Imposto de Renda. Assim, 44,4% dos entrevistados declaram a renda familiar de um salário mínimo. Os outros entrevistados (55,5%) revelam a renda familiar de até 2 salários mínimos.

Quanto ao tipo de vínculo familiar, observa-se que a maioria das entrevistadas são mães (55,5%). Os outros entrevistados dividem-se nas seguintes categorias: irmão(a) (22,2%), pai (11,1%) e esposa(o) (11,1%).

Esponaneamente, os entrevistados caracterizaram seus familiares como usuários de álcool e outras drogas (66,6%) e esquizofrênicos (33,3%). Relatam histórico de violência e/ou agressividade em 66,6% dos casos.

Cinco entrevistados (55,5%) declaram não conhecerem o CAPS e/ou outros dispositivos da rede, dois familiares (22,2%) declaram terem ido ao CAPS apenas uma vez. Apenas dois familiares (22,2%) afirmam adesão a algum dispositivo da rede

de atenção psicossocial (RAPS). Importante ressaltar que este dado nos permite refletir sobre o papel da Defensoria Pública como porta de entrada do SUS para tratamento em saúde mental.

5.3 Resultados e discussão

A apresentação dos resultados foi dividida em quatro classes temáticas: (1) Representações sociais sobre a loucura; (2) Representações sociais sobre a dependência química; (3) Representações sociais sobre internação psiquiátrica involuntária e outras modalidades de tratamento em saúde mental; e (4) Representações sociais sobre a cura.

5.3.1 Representações Sociais sobre a loucura

Diante da pergunta-estímulo “Para você, o que é loucura?”, surgiram dos familiares diversas respostas e representações. A reconstrução temática do discurso representacional do ponto de vista dos familiares é apresentada a seguir:

- 77,7% dos entrevistados relacionaram a loucura com a alienação e insensatez:

“É quando a pessoa faz as coisas sem saber que tá fazendo / é não ter consciência”.

“Não tem parâmetro para as coisas, para nada”.

“Loucura é quando o ser humano não tem mais controle do que pensa, do racional, do nada”.

“É a falta de medo, sei lá”.

“Não tem senso de nada”.

“Loucura é tanta coisa / de repente, pular de cima de um prédio é loucura também”.

“É muito difícil essa pergunta... é fugir de um problema, ficar fora de si”.

- 55,5% dos entrevistados associaram a loucura como algo ruim e negativo:

“Aqueles coisas bizarras”.

“Se fosse coisa boa, não se chamaria loucura / loucura é sempre ruim”.

“Um tratamento hostil, do nada”.

“Eu acho um absurdo”.

“[...] são rompantes, coisas que assim, a pessoa cria dentro de si, em relação ao mundo e aos outros / intransigência / não tem explicação”.

Cinco de nove entrevistados (55,5%) atribuem a agressividade e/ou periculosidade à loucura:

“Tem pessoas com problema mental que chega a ser bobo, mas tem pessoas de loucura que mata de repente”.

“Aquele loucura de um homicídio da destruição do lar”.

“Pode ser agressivo, chegar a matar ou cometer qualquer tipo de delito, qualquer coisa”.

“É ter paixão, é ir lá e matar outra pessoa”.

“Ele é agressivo”.

Em um dos discursos, observa-se o movimento de distinção entre os significantes “louco” e “loucura”, sendo o “louco” representado como alguém que só faz mal a si mesmo, e a loucura como um sentimento perigoso para a sociedade, dotado de periculosidade:

“Eu não tenho medo de louco, só a loucura mata as pessoas [...] louco, louco mesmo, pode até quebrar as coisas, mas não mata ninguém”.

Outro dado interessante diz respeito à associação da loucura com a dinâmica familiar, que aparece em 33,3% dos discursos:

“Loucura é o que o meu filho faz comigo”.

“Loucura é aquilo que minha filha tá fazendo agora, por exemplo, sair depois da meia noite, beber e voltar brigando até com o vento”.

“[...] na minha casa tem uma loucura e uns espíritos de bebedeira / tem confusão / é uma loucura”.

Três de nove entrevistados (33,3%) falaram sobre as possíveis origens da loucura, sendo que dois familiares associaram a loucura a um aspecto orgânico e um sobre as possibilidades de indução por uso problemático de substâncias psicoativas:

“É o estágio que envolve a mente, o cérebro da pessoa”.

“Já é uma coisa diferente [da dependência química]. Entra a cabeça, um problema psiquiátrico”.

“Pode ou não ser provocada. No caso da dependência química, [a loucura] pode ser provocada”.

A loucura como transtorno/doença, aparece apenas uma vez no total dos discursos:

“O louco é doença”.

Sob essa mesma incidência, aparecem os seguintes conteúdos representacionais:

- Loucura ligada a delírios/alucinações:

“Um vê bicho, outro vê barata, é uma coisa que você olha e vê a pessoa tão forte e tão bonita e a mente totalmente desequilibrada”.

- Loucura como uma possibilidade de existência, como uma escolha:

“Eu acho que tem opção sim, todo mundo tem, até o louco”.

- Loucura relacionada à incapacidade/improdutividade nos moldes capitalistas:

“Não trabalha, não faz nada da vida [...] é um comodismo”.

Por fim, também em apenas um dos discursos, aparece a identificação com a loucura com a seguinte ressalva:

“Hoje em dia todo mundo é meio louco, né? Mas o louco, se ele não é tratado, se não tem uma rotina, ele não pode ficar na sociedade não”.

5.3.2 Representações Sociais sobre a dependência química

A investigação sobre os conteúdos representacionais ligados à dependência química se orientou a partir das respostas dos familiares à seguinte pergunta: “Para você, o que é dependência química?”. Os resultados indicaram a representação das drogas como algo nocivo, que prejudica as relações familiares, sendo responsáveis por conflitos e desarmonia na família. A ausência das drogas foi apontada como uma das formas de se alcançar a qualidade de vida para os familiares. A seguir, apresenta-se o conteúdo representacional dos familiares por meio dos temas:

Em quatro de nove entrevistas (44,4%), apareceram as seguintes temáticas: definição de uso abusivo de drogas; aspectos orgânicos relacionados à dependência química; dependência química provocada por substâncias lícitas e ilícitas; dependência química como escolha; e sentimento de impotência e desespero frente à questão.

Diante da pergunta-estímulo, muitos familiares buscaram explicar a definição de uso abusivo de drogas, utilizando, muitas vezes, histórias pessoais como justificativa:

“São as pessoas que não tem como sobreviver sem aquilo. Daí, tipo meu filho, fica na rua, vende tudo o que tem pra manter o vício”.

“Como uma pessoa que não vive, vegeta / bebe todo dia, as vezes toma banho, as vezes não toma, não janta de noite, de manhã já vai beber de novo / vive só pra bebida”.

“Pra ele, não existe nada no mundo, porque ele não vai pra baile, não vai pra aniversário, não vai pra nada. O programa é só bar, logo de manhã, ai fica o dia inteirinho / cai da cama, vomita ali de noite, mijá e eu tenho que cuidar dele”.

“Não sabe fazer outra coisa, tudo gira em torno da droga pra aquela pessoa”.

Os conteúdos representacionais referentes aos aspectos e impactos orgânicos do uso abusivo de substâncias psicoativas, apareceram da seguinte maneira:

“Tem um pouco de loucura na dependência química sim [...] alguma parte da cabeça já tá afetada a ponto de estar meio louco”.

“Dizem que eles são sem vergonha, que não tem problema, que não trabalha porque não quer, que agem assim como qualquer outra pessoa, que não é um problema de saúde, mas pra mim, é a cabeça que não ajuda”.

“[A dependência química] pode chegar a loucura porque é provado cientificamente que destrói neurônio”.

“[A dependência química] prejudica o organismo e trazendo consequências mentais, sociais, familiares e profissionais”.

Nos discursos, em minoria, também aparecem os aspectos psicológicos:

“Uma defesa, uma falta de coragem de encarar qualquer situação de frente”.

“Uma panela fervendo, colocou a droga, sossega”.

“Na dependência química você se droga, você se destrói pra compensar aquele prazer que você tá buscando sentir por alguma dor que não conseguiu por pra fora [...] a droga supre tudo aquilo”.

É importante ressaltar que, além dos discursos sobre o reconhecimento dos impactos das drogas lícitas e ilícitas, também aparece, em uma das falas, de modo paradoxal, a questão referente à descriminalização das drogas:

“É quem depende de qualquer droga, não só de cocaína e maconha, mas de tudo, álcool, cigarro [...] mas tem aquelas que são mais fortes”.

“É quando você faz uso de bebida, droga ou remédio e frequentemente vai usando / não é só droga e bebida, tenho medo de ficar acostumada com calmantes, também pode virar dependência química”.

“Qualquer dependência química, seja lícita, que gera imposto, ou seja ilícita, que atinge a esfera criminal, é uma autodestruição”.

“Tava vendo um esquema aí de liberar droga, tudo quando é droga, eu acho que não tem que liberar [...] se bem que o traficante não vai na casa de ninguém / se meu filho não fosse comprar, ele não ia vender, né? / acima daqueles coitadinhos que fica querendo ganhar dinheiro pior é que tem um que ganha muito dinheiro né?”.

Quatro de nove familiares atribuem a intencionalidade, isto é, a possibilidade de escolha do usuário sobre o uso de drogas. Nota-se que esta representação aparece interligada à negação da dependência química como doença, e à importância da família no processo de reabilitação:

“Não tem outra possibilidade de vida porque não quer / o dependente químico não é doente”.

“É um refúgio. É querer tapar o sol com a peneira. Tudo é opção, tanto a loucura quanto a dependência química”.

“É uma coisa que eles escolheram pra viver nessa vida, que a bebida é uma coisa muito grave, disseram os médicos pra mim, e pra eles parar tem que ter ajuda das famílias”.

“É uma autodestruição do ser humano”.

- De modo paradoxal, três de nove familiares reconhecem e relacionam a dependência química a uma doença:

“É um doente, uma pessoa que não vive sem aquela coisa”.

“É um coitado, um doente, tem falta de espírito, falta de força”.

“É uma das piores doenças, pior do que qualquer tipo de doença”.

Por fim, um dos temas recorrentes no discurso dos familiares (44,4%) dizia respeito ao sentimento de responsabilidade, impotência e desamparo diante questão:

“Hoje tem em muitas famílias gente assim... é triste”.

“Ah, sinceramente? Pra mim que tô de fora e nunca cheguei nem a provar uma coisa dessa... não sei nem o que explicar pra você / eu me sinto fraca de ver minha filha usando, eu me sinto fraca, sinto que não tenho forças [...] o que posso fazer contra aquilo?”.

“Se Deus tirasse meu filho da droga, eu agradeceria / se levar embora de vez, também / não aguento mais ver meu filho ensanguentado”.

“E quando eu fechar os olhos? Quem vai cuidar deles? Cozinhar, lavar? É difícil”.

5.3.3 Representações Sociais da internação psiquiátrica involuntária e outras modalidades de tratamento em saúde mental

Para a reconstrução temática do discurso representacional referente às concepções de tratamento em saúde mental, de modo geral, e de internação psiquiátrica involuntária, de modo específico, foram realizadas as seguintes perguntas aos familiares: (1) “Para você, o que é tratamento em saúde mental?”; (2) “Você conhece o CAPS?”; (3) “O que é internação psiquiátrica involuntária?”; e (4) “O que a internação pode resolver que o CAPS não resolve?”.

A reconstrução temática do discurso representacional referente ao tratamento em saúde mental aparece, em 44,4% dos casos, apoiada na perspectiva de medicalização e internação:

“Se tiver remédio, é o remédio também / é querer e ter um canto onde possa buscar o socorro”.

“É dar remédio, na própria internação”.

“Quando não tem condições de dar remédio em casa, tratamento ideal é internação”.

“Tratamento é uma internação pra cuidar especificamente daquela anomalia”.

Internação involuntária que, por sua vez, em 44,4% das entrevistas, apesar de difícil, é justificada pelos familiares como algo necessário:

“Não deve ser uma coisa muito boa ir pra um canto assim e não saber porque está lá / bom mesmo é a pessoa querer um tempo pra refletir, com ou sem remédios, sobre o tratamento / a internação é boa nesse sentido”.

“Eu, como mãe, é doido, é triste, mas a gente tem que se sujeitar a ver um filho da gente ou parente próximo que a gente ama a ser internado contrariamente pelo bem dele, porque tentar falar com ele pra ir de espontânea vontade ele não quer ir, então é doido, mas é necessário”.

“O meu filho não quer ser internado, mas eu salvei a vida dele, que tava enfiado numa escuridão, juntou o problema da droga mais a cabeça/ tinha que internar mesmo, senão ele já tinha morrido”.

“Pra mim foi bom [a internação], porque deixei meu filho chutando lá no Hospital São Paulo, eles recolheram ele, tiveram até que amarar / por mais que meu coração doía, eu falei “não vou lá, vão amarrar e segurar porque tá precisando”.

O pedido de internação psiquiátrica involuntária também aparece junto à expectativa de afastamento/isolamento/reclusão:

“Não tem como, nem pra onde sair. Ele é obrigado a aceitar o tratamento. Posso até estar falando besteira, porque ele já ficou preso e o regime fechado não adiantou”.

“É a retirada do indivíduo que está ali com aquele problema pra colocar em um ambiente onde ele possa estar isento daquela ameaça de má companhia, droga, de ser vítima de alguma coisa”.

“Quando ela for internada quero sair de onde moro, fugir, ir pro interior, onde ela tenha poucas amigas, pra continuar o tratamento isolada”.

De modo contraditório, em duas entrevistas, familiares, que buscam internação psiquiátrica involuntária, manifestaram a imprescindibilidade de aceitação ao tratamento:

“A primeira coisa é a pessoa ter consciência que está com a doença, aceitar que precisa de ajuda / é a boa vontade / tem que procurar um médico, eles têm que querer ir, tratamento a gente tem que querer senão médico nenhum, internação nenhuma dá jeito”.

“Como que o médico vai pegar uma pessoa na marra pra dar remédio e fazer tratamento na pessoa?”.

Outro dado importante diz respeito ao desconhecimento inicial a respeito do tratamento em saúde mental. Estas manifestações nos fazem reforçar a importância

do atendimento do CAM-Triagem em pedidos de internação psiquiátrica involuntária. De início, em quatro entrevistas, aparecem as seguintes expressões:

“Tratamento? Nem sei te responder”.

“Não sei te explicar”.

“Não sei direito também, é pra tratar da droga, não é?”.

“Ai, eu não sei... Agora tô bem atrapalhada, porque né.... é difícil explicar”.

Talvez, algumas das contradições presentes no discurso dos familiares que pedem internação psiquiátrica involuntária/compulsória se justifique nos ganhos secundários da família neste período de isolamento. 44,4% dos familiares se posicionaram espontaneamente sobre o tema:

“É difícil, né? Eu vim buscar um socorro pra mim, digo, pra ele, mas acho que pros dois [...] como a menina falou, todo mundo precisa de socorro”.

“Eu acho assim, tratamento é pra ver eles bom, felizes, a mãe feliz, o pai feliz, eu acho assim”.

“É um pedido meu que vai trazer benefícios pra todos da família, inclusive pra ela”.

“Ah, eu acho que assim, a internação vai descansar o corpo dele, vai pôr a mente no lugar uns tempos, descansar o fígado dele, descansar a minha cabeça [...] To muito feliz com o meu outro filho que tá lá internado. Ele é bem cuidado lá, tá gordo, tá bonito. Chegou lá inchado, tá outra pessoa / Por isso, quero tirar meu filho da rua. Não quero ver ele atropelado [...] Se um dia ele quiser, volta a beber, mas pelo menos, se ficar lá um ano, vai sarar bem”.

“Ele é um doente mental e precisa viver e a família também precisa de viver”.

Levando em consideração que, apesar de 55,5% dos entrevistados não conhecerem o CAPS, as entrevistas foram antecedidas por um atendimento psicossocial realizado pela equipe do CAM, no qual os familiares eram informados sobre as diretrizes de atendimento da RAPS. Ainda assim, na entrevista, 88,8% dos usuários demonstraram uma compreensão parcial ou errônea sobre os CAPS, principalmente no que se refere a atuação em casos que são resistentes e/ou involuntários:

“Acho que o CAPS só serve para dar continuidade no tratamento”.

“Eu fui no CAPS uma vez, só que o CAPS trabalha só com acompanhamento, e na verdade ela nem se sente capaz de fazer acompanhamento [...] lá eles trabalham só com consulta, tipo assim, vai lá, faz um acompanhamento, vem embora pra casa / sei que no CAPS ela não vai nem buscar o tratamento que ela quer [...] ela disse que ouviu na rua que todo mundo vai pra lá pra fazer desenho”.

“O CAPS só resolveria se ele frequentasse por livre e espontânea vontade. Fosse lá, tomasse o remédio direitinho. Mas se ele não quer ir, não tem como”.

“Eles dizem lá no CAPS que o governo tem uma programação de os doentes mentais ficar com a família, porque muita família interna e larga lá, não vai visitar nem nada, então tem que ter convivência. Mas tem que ver o caso, né? Tem doente que não tem condição de ficar com a família, ai tem que ficar mesmo no hospital psiquiátrico, não dá pra ficar no CAPS”.

“Consiste em uma ajuda só pra quem tá em estado de loucura, pra quem precisa sair do fundo do poço ou tá na beira do precipício, na ripa da beirada”.

“Eu tenho três anos no CAPS ou quatro, mas eles tenta dar conta, eles tem dó de mim, mas não dá [...] eu ia nas reunião, participava de grupo de mulher mas deixei pra lá porque pra mim não tem resultado [...] sempre ficava na mesma coisa, que é assim: cada um conta seu caso, do seu filho, do seu marido, né? Fica desabafando, né? Mas chega em casa o problema é a mesma coisa [...] O CAPS não resolve porque eles não interna assim na marra. Só a justiça interna, acho que é isso. O CAPS quer tratar e eles não quer. Se o CAPS obrigasse ajudava, mas eles não fazem isso”.

Em apenas um dos discursos, aparece o conteúdo representacional do tratamento enquanto “direito”, o que nos leva a pensar sobre o papel da Defensoria Pública nesta apropriação:

“Tratamento é tudo aquilo que a constituição nos garante [...] todo cidadão tem diversos direitos, o tratamento em saúde mental é garantido então deve ser aplicado na medida do possível”.

Também em apenas uma das entrevistas, surge a representação social negativa sobre o tratamento do SUS:

“Tratamento bom pra quem tem condições vai num bom psiquiatra particular, toma os remédios que é super caro, diferente do posto que é tudo igual pra todo mundo / Que bom se eu saísse daqui e você me dissesse ‘seu filho vai ter tratamento decente’ / eu não tenho condições financeiras de dar pra ele, mas a esperança é última que morre”.

5.3.4 Representações Sociais sobre cura

Para a investigação sobre os conteúdos representacionais referentes às perspectivas e expectativas de cura dirigidas ao doente mental, foram realizadas as seguintes perguntas: “O que é ter saúde mental?” e “O que é a cura?”

Em 55,5% dos casos, a cura aparece associada a religiosidade:

“É ter fé, buscar a Deus [...] buscar coisas boas”.

“Dizem que não tem cura, não tem retorno, que já chegou um grau que não tem, é triste. Mas eu não sei, eu acredito em Deus, ele pode usar o médico e indicar a cura, sabe?”.

“Olha, é difícil, mas eu sei que a cura tem. Pelo que eu sigo, sabe, eu sou evangélico, a cura é possível. Eu bebia e fui curado, entreguei minha vida pra Jesus e parei de beber há cinco anos”.

“Há almas doentes. Às vezes as pessoas se afastam de Deus, estão com a sua alma doente”.

“Eu tenho que acreditar em Deus porque logo vou embora e ele vai ficar aí [...] seguindo o caminho dele, mesmo que Deus me levar, ele não vai depender de ninguém”.

Importante ressaltar que, além da religiosidade, aparecem no discurso destas duas mães idosas o desejo de ver o filho conquistar a independência atrelado à angústia de finitude:

“Eu tenho que acreditar em Deus porque logo vou embora e ele vai ficar aí [...] seguindo o caminho dele, mesmo que Deus me levar, ele não vai depender de ninguém”.

“E quando eu fechar os olhos? Quem vai cuidar dele? Cozinhar e lavar? É difícil, é só por Deus”.

Em 22,2% das entrevistas, a cura se mostra como aceitação ao tratamento:

“É a aceitação, aceitar que tem o problema e buscar ajuda [...] ter saúde mental é uma escolha de coisas boas”.

“Cura é a pessoa querer se tratar. Se interessar e querer se tratar”.

“É ter a mente no lugar, pensamentos bons, andar no caminho certo, sem más companhias, ser uma pessoa do bem”.

Em 44,4% dos casos, a cura é associada ao tratamento medicamentoso e/ou abstinência:

“Eu acho que cura é só dentro dos remédios, eu sei que deixa dopado, mas se não tomar, vai piorar”.

“Curado, curado, ele nunca vai ficar, porque vai ter que tomar remédio pro resto da vida”.

“A cura pode vim de uma internação, através de medicamentos, terapias e programas”.

“Ter saúde mental é ser uma pessoa lúcida, sem problemas com droga ou bebida, raciocínio perfeito, com conduta de vida e caráter, isso é o mais importante”.

“É ter a mente no lugar, pensamentos bons, andar no caminho certo, sem más companhias, sem drogas ser uma pessoa do bem”.

Por fim, também em 44,4% dos casos a cura é associada a reinserção social e elaboração de projetos de futuro:

“A cura é reinseri-lo na sociedade”.

“Todo mundo que não tem problema de saúde mental tem projeto de vida, sonhos, namora, quer casar, estudar, fazer faculdade, fazer família, ter bom emprego, sabe? Projetos de futuro”.

“[...] ficar trancado pra sempre não pode, ai dá pra ele ir onde ele gosta, passear, namorar, vai depender dele, se tomar direitinho o remédio, daqui há uns anos, quem sabe? É possível”.

“Ter saúde mental é ter dinheiro pra ficar em uma praia, curtir, não precisar trabalhar. Acho que assim dá pra ficar com uma saúde mental bem legal”.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica, enquanto um processo complexo, busca rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais. Para isso, deve promover implicações e transformações nas dimensões epistemológica política, jurídica, assistencial e sociocultural.

É inegável a importância do constante questionamento prático das legislações e normas excludentes na construção de estratégias efetivas de cidadania e participação social. Da mesma forma, a aprovação das leis nacionais e estaduais referentes à Reforma Psiquiátrica citadas neste trabalho são fundamentais para que ocorra uma efetiva transformação social e política. Entretanto, não é possível determinar que as pessoas em sofrimento psíquico sejam cidadãos e sujeitos de direito apenas por decreto, isto é, a construção da cidadania envolve, principalmente, mudanças de atitudes e relações sociais.

Este trabalho, ao trazer à tona a dinâmica das Representações Sociais sobre loucura, dependência química e tratamento em saúde mental elaboradas por familiares que buscam internação psiquiátrica involuntária e/ou compulsória, mostrou alguns dos desafios sociais, emocionais e culturais que podem dificultar a implantação e a aceitação da atual Política Pública de Saúde Mental Brasileira.

A Análise Temática dos discursos permitiu vislumbrar que, ao demonstrar as suas concepções sobre a loucura, os familiares ainda remetem às referências do modelo manicomial de exclusão, o que, de acordo com o que foi entendido, propicia e reforça a manutenção do estigma social. Na maioria das falas, o fenômeno aparece associado a alienação e insensatez, como algo ruim, negativo e perigoso, favorecendo uma tendência crescente de evitar o contato com os indivíduos acometidos por transtornos mentais desta ordem.

A dependência química, por sua vez, aparece atrelada a algo externo, nocivo, que promove desarmonia e prejudica as relações familiares. A partir da presença de um discurso hegemônico pautado na abstinência, associou-se que, para grande parte

das famílias que buscam internações psiquiátricas na DPESP, o problema ainda é a droga, e não o indivíduo que dela faz uso.

Na fala dos familiares referente à loucura e dependência química, os aspectos orgânicos se sobrepõem aos psicodinâmicos, o que pode refletir na recorrente associação e defesa às práticas de medicalização e hospitalização.

Os componentes representacionais referentes à internação psiquiátrica involuntária e outras modalidades de tratamento em saúde mental aparecem permeados por equívocos e contradições. De início e na maioria das vezes, apesar de difícil, a internação psiquiátrica é considerada pelos familiares como a primeira e mais efetiva modalidade de tratamento. Portanto, avalia-se que, apesar de equivocado, o aparecimento recorrente destas representações que associam a atuação do CAPS como algo exclusivo e restrito às demandas voluntárias, assim como as representações de que o dispositivo não realiza internações involuntárias, devem ser considerados como um importante indicativo, tanto para a DPESP, como para os profissionais da RAPS.

Deste modo, é preciso ressaltar a importância em trabalhar com as famílias que, do ponto de vista do sistema de direitos, os usuários de saúde mental não devem ser banidos da sociedade, tampouco mantidos dentro das paredes de confinamento oficial da insanidade. Por esta razão, são repudiadas as internações em Hospitais Psiquiátricos. Entretanto, em casos urgentes ou extremos, nos quais o sujeito com transtorno mental coloca em risco a sua vida ou de seus familiares, a internação resta justificada pela situação em si. Contudo, a ser realizada por um período curto e de forma transitória, em CAPS III ou em hospitais gerais, a fim de controlar o surto ou momento de crise.

Ao realizar uma análise individual do conteúdo representacional de cada entrevista, notou-se, no decorrer dos discursos o surgimento de dúvidas e inquietações significativas. Assim sendo, considera-se que o desconhecimento inicial, as contradições e equívocos presentes nas concepções dos familiares sobre tratamento em saúde mental e a rede de atenção psicossocial (RAPS) podem também ser interpretados como uma abertura a novas representações.

A discussão sobre a compreensão dos familiares a respeito da mudança paradigmática da atenção psicossocial esbarra nos seguintes dados: Cinco de nove entrevistados declararam não conhecer o CAPS e/ou outros dispositivos da rede, dois familiares declaram terem ido ao CAPS apenas uma vez, e dois familiares afirmaram adesão a algum dispositivo da rede de atenção psicossocial (RAPS). A partir desta informação, é possível refletir sobre as possíveis barreiras reais e simbólicas que impedem o acesso e a chegada dessas demandas aos dispositivos de saúde. Para esta pesquisa não é desconsiderado os impactos sociais associados a vulnerabilidade dessas famílias. A desigualdade social, reconhecida como a primeira forma de violência, atua na exclusão dos direitos básicos, dentre eles, o direito à saúde, à educação, ao lazer e trabalho.

Assim, enquanto psicólogos, é necessário realizar um trabalho sobretudo político, comprometido com a transformação social, com a cidadania e com os direitos em relação à emancipação humana. Conforme nos ensina Martin-Baró (1997), pensando na especificidade das necessidades, carências e exigências de cada população, deve-se ajudar as pessoas a superarem sua identidade alienada, pessoal e social ao transformar as condições opressivas de seu contexto.

O CAM triagem da DPESP, ao acolher e atender essas famílias, muitas vezes, antes mesmo da sua chegada à algum dispositivo da RAPS, assume um importante papel. O movimento de acolhimento, escuta, encaminhamento e acompanhamento em rede, reforça as diretrizes da política pública de saúde mental na medida em que indica o CAPS como dispositivo substitutivo à internação, possibilitando a mudança e transformação das representações sociais sobre tratamento em saúde mental.

A postura de valorização do saber cotidiano propiciou o surgimento, de modo transversal, do sentimento de responsabilidade, impotência e, principalmente, desamparo na fala dos familiares. Isto é, sem que houvesse uma pergunta disparadora específica que para questão, em 66,6% dos casos aparece o relato de violência física e/ou psicológica. Com isso, pôde-se pensar que, além de estarem relacionados ao imaginário social referente às práticas de tratamento manicomiais, os pedidos de internação psiquiátrica involuntária também aparecem como uma resposta a este sentimento de desvalia; ou seja, os familiares, ao se posicionarem acerca da

necessidade de internação psiquiátrica involuntária/ compulsória, esperam do judiciário, mesmo que inconscientemente, ganhos secundários e/ou compensatórios.

As perspectivas de cura aparecem, em grande parte, associadas a religiosidade, medicalização e abstinência. Para a maioria dos familiares, o indivíduo acometido pelo sofrimento, transtorno mental e/ou necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas é visto como alguém que não “está” apenas doente, mas que “é” doente e, conseqüentemente, com pouca ou nenhuma perspectiva de futuro. Entretanto, em 44,4% dos casos, a cura aparece associada a reinserção social e elaboração de projetos de futuro.

Para justificar a importância da reforma cultural, reuniu-se a essas concepções de cura trazidas pelos familiares com a fala de Amarante (2014), que diz ser “necessário mudar as bases conceituais dos serviços: as noções de doença, terapia, cura, tratamento. Se o ideal for a remissão total dos sintomas, não vai ser alcançado, com ou sem medicamento.”

Enquanto modalidade de conhecimento prático, as representações são mutáveis e distintas. Seguindo essa perspectiva, intervenções culturais, sociais e psicológicas baseadas no trabalho de vínculo, reconhecimento, escuta ativa e diálogo horizontal com a família e comunidade em geral podem promover mudanças e transições paradigmas, transformando o saber estigmatizado em olhar realista e atitude inclusiva.

Deste modo, é reconhecido nesta pesquisa a importância da atenção e suporte psicossocial à família. Isto é, tanto os indivíduos acometidos pela loucura e/ou dependência química, como os familiares devem ser vistos, escutados e reconhecidos em sua integralidade, como sujeitos dotados de subjetividade, saberes e desejos próprios. Espera-se que os resultados encontrados nesse estudo ampliem os conhecimentos existentes na área, incentivando a realização de novas pesquisas.

Por fim, embora o propósito desse trabalho não tenha sido o de avaliar os serviços disponíveis ao indivíduo com sofrimento, transtorno mental e/ou usuário de crack, álcool e outras drogas, cabe a sugestão de ampliação da atenção psicossocial aos familiares. Espera-se, ainda, que os dados encontrados possam estimular

reflexões sobre a promoção da saúde e a assistência a essas famílias, de modo a minimizar os impactos psicológicos e sociais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. M. O Torto e o Direito: Desafios do Trabalho Interdisciplinar na Defensoria Pública. **Revista da Defensoria Pública**, v. 5, n.1, 2012. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/20/6artigo.revista2012.pdf>> Acesso: 25 jan.15.
- AMARANTE, P. **A fábrica da loucura e da depressão não acabou**. Entrevista a Bruno Dominguez, na Revista Rádis. Outras mídias, 27 nov. 2014. Disponível em: <<http://outras-palavras.net/outrasmidias/?p=64864>>. Acesso em: 17 maio 2015.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BEZERRA JUNIOR, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2015.
- BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 9. ed. Brasília: Câmara dos Deputados; Edições Câmara, 2010. 207 p. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/fdedcf6e511c.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2015.
- BRASIL. **Constituição Federal Brasileira**, de 5 de Outubro de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 de abr.2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 20 fev. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de**

álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20 fev. 2015.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., Brasília, 2002. **Relatório Final da III Conferência...** Brasília: Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2015.

BOCK, A. A Psicologia como Profissão: Entrevista com Ana Bock. Entrevista para Tada, I. N. C.; Andrade, E. G. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. spe, p. 246-271, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932010000500013&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jan. 2015.

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

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CARTA DE BAURU. Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, 2., Bauru, dez. 1987. **Carta...** Disponível em: <<https://redeagrega.files.wordpress.com/2012/12/carta-de-bauru.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica:** a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CAVALCANTE, P. R. A atuação do psicólogo na Defensoria Pública: o campo das políticas públicas de saúde como uma das possibilidades de intervenção. In: FÓRUM SÓCIO-JURÍDICO: Direito à saúde e à dignidade humana, 5., Franca-SP, maio 2013. **Ensaio...** p. 566-581. Disponível em: <<http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/a-Atua%C3%A7%C3%A3o-Do-Psic%C3%B3logo-Na-Defensoria/39982324.html>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

COUTINHO, A. H. S. A. Schreber e as psicoses na psiquiatria e na psicanálise: uma breve leitura. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 27, n. 52, set. 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v27n52/v27n52a08.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

DEFENSORIA Pública do Estado de São Paulo (DPESP). Centro de Atendimento Multidisciplinar - Triagem. Unidade Atendimento Inicial Especializado. [Dados Internos] **Atendimentos realizados pelo CAM no período de jan. a dez. de 2014**. São Paulo: DPESP, 2014.

DEFENSORIA Pública do Estado de São Paulo (DPESP). **Institucional**. Portal, 2015. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

DEFENSORIA Pública do Estado de São Paulo (DPESP). **Tese 10**: A Lei nº 10.216/01, marco da reforma psiquiátrica no Brasil, derogou a parte geral do Código Penal e da Lei de Execuções Penais no que diz respeito à medida de segurança. In: Encontro de Defensores Públicos do Estado de São Paulo, 2., São Paulo. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, s. d. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/20/Documentos/Teses/Execu%C3%A7%C3%A3o%20Penal/10.doc>>. Acesso em: 24 fev. 2015.

DUARTE, C. G.; INÁCIO, G. X. V. S.; SOUZA, E. M. R. A Defensoria Pública como porta de entrada do sus para tratamento de pessoas com necessidades decorrentes do abuso de álcool e outras drogas. In: FÓRUM SÓCIO-JURÍDICO: Direito à saúde e à dignidade humana, 5., Franca-SP, maio 2013. **Anais...** Franca, SP: UNESP, 2013.

ERIBON, D. **Michel Foucault: 1926-1984**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S. (Org.) **Psicología social II**. Pensamento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona: Paidós, 1985. p. 465-494.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, D. **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989. Tradução: Mazzotti, T. B. Revisão Técnica: Mazzotti, A. J. A. Rio de Janeiro: UFRJ, 1993. Disponível em: <<http://portal.estacio.br/media/3432753/jodelet-drs-um-dominio-em-expansao.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

JORGE, M. R.; FRANCA, J. M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 3-6, mar. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1516-44462001000100002&pid=S1516-44462001000100002&pdf_path=rbp/v23n1/a02v23n1.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2015.

JOVCHELOVITCH, S. Apresentação à edição brasileira. In: JODELET, D. **Loucuras e Representações Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

MACIEL, S. C.; BARROS, D. R.; CAMINO, L. F.; MELO, J. R. F. Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar. 2015.

MACRAE, E.; TAVARES, L. A.; NUÑEZ, M. E. **Crack: contextos, padrões e propósitos de uso**. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2013.

MARTIN-BARÓ, I. O papel do Psicólogo. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 2, n. 1, p. 7-27, jun. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v2n1/a02v2n1.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

MEDEIROS, K. T.; MACIEL, S. C.; SOUSA, P. F.; TENÓRIO-SOUZA, F. M.; DIAS, C. C. V. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 269-279, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722013000200008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2015.

MICHAELIS. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. **Loucura**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

MIRANDA JUNIOR, H. C. Psicologia e justiça: a psicologia e as práticas judiciais na construção do ideal de justiça. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 18, n. 1, 1998.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1961; 1978.

MOSCOVICI, S. Prefácio. In: JODELET, D. **Loucuras e Representações Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

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

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Rio de Janeiro; Petrópolis: Vozes, 2010.

NICOLAU, P. F. M.; ROCHA, C. R. M. N. **Um breve resumo sobre a história da psiquiatria**. *Psiquiatria Geral*. Site, 2015. Disponível em: <http://www.psiquiatriageral.com.br/educacaomedica/historia_psiquiatria.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10,

p. 2375-2583, out. 2007. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

PACHECO, J. G. **Representações sociais da loucura e práticas sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização**. Tese (Doutorado em Psicologia Social) Universidade de Brasília - Instituto de Psicologia, Brasília, 2011. Disponível em:
<http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10194/1/2011_JulianaGarciaPacheco.pdf>
. Acesso em: 20 abr. 2015.

PEIXOTO, P. C.; BERTANI, I. F. A constituição do corpo do doente mental. In: SEMINARIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, 7., 2010, Franca. **Proceedings online...** UNESP Franca. Disponível em:
<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000112010000100026&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 04 mar. 2015.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 25, n.2, p. 203-211, abr./jun. 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

RIBEIRO, E. M. A. Droga não é demônio. **Revista Época**. Entrevista concedida a Eliane Brum, 2010. Disponível em:
<<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI147338-15230,00-DROGA+NAO+E+DEMONIO.html>>. Acesso em: 23 mar. 2014.

RIBEIRO, E. M. A. Entre Tóxicos e Manias. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, n. 26, 2004. Disponível em:
<<https://chasqueweb.ufrgs.br/~slomp/psicanalise/toxicos-e-manias-eduardo.rtf>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

SADEK, M. T. **A Defensoria Pública no Sistema de Justiça Brasileiro**. Associação dos Defensores Públicos do Estado do Espírito Santo. Artigos, 4 mar. 2013. Disponível em:
<http://www.adespes.com.br/Arquivo/Documents/PUB/4_3_2013_artigo_sadek.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2015.

SADEK, M. T. Defensoria Pública: a conquista da cidadania. p. 19-33. In: RE, A. I. M. R. **Temas aprofundados da Defensoria Pública**. v. 1. Salvador: JUSPODIVM, 2014.

SAFATLE, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 11-27, 2011. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ss/v9n1/a02v9n1>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

SANTOS, T. C.; OLIVEIRA, F. L. G. Teoria e clínica psicanalítica da psicose em Freud e Lacan. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 73-82, mar. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000100009>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

SÃO PAULO. Assembleia Legislativa. Secretaria Geral Parlamentar. Departamento de Documentação e Informação. **Decreto-Lei nº 17.330**, de 27 jun. 1947. Cria o Departamento Jurídico do Estado, subordinado à Secretaria da Justiça e Negócios do Interior e dá outras providências. São Paulo: Diário Oficial do Estado de São Paulo, 28 jun. 1947. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=70320>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

SÃO PAULO. **Lei Complementar nº 988**, de 9 de janeiro de 2006. Organiza a Defensoria Pública do Estado, institui o regime jurídico da carreira de Defensor Público do Estado. São Paulo: Diário Oficial do Estado de São Paulo, 10 jan. 2006. Disponível em: <<http://www.legislacao.sp.gov.br/legislacao/dg280202.nsf/6279925b177ee40183256b6f00692f13/c0d6d0e646a70b99032570f30071f083?OpenDocument>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Humanização: Saúde Mental**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/areas-tematicas/saude-mental>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

SILVA, D. M. P. Psicologia, direito e o ideal de justiça na atuação da psicologia jurídica. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 16, n. 112, maio 2013. Disponível em: <http://ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12758&revista_caderno=14>. Acesso em: 14 fev. 2015.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul./set. 1993.

TERRA de Direitos. **O que é a Defensoria Pública?** Terra de Direitos: Organização de Direitos Humanos, 22 nov. 2010. Disponível em: <<http://terradedireitos.org.br/2010/11/22/o-que-e-a-defensoria-publica/>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

ANEXOS

Anexo A - Roteiro de Entrevista Semi-dirigida

Pré-requisito: Casos que apresentem como demanda principal a demanda de INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA (dependência química e/ou transtorno mental)

Perguntas disparadoras:

- Para você, o que é loucura?
- Para você, o que é dependência química?
- Para você, o que é tratamento em saúde mental?
- Você conhece o CAPS?
(Se sim, para você, o CAPS daria conta da sua demanda?)
- Para você, o que é internação psiquiátrica involuntária?
- O que a internação pode resolver que o CAPS não resolve?
- Para você, o que é cura?
- Para você, o que é saúde mental?