

**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Mestrado em Psicologia**

**Simone Kelly Cetolin**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA: um estudo  
com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da  
Bahia - HCT/BA**

Salvador  
2011

**SIMONE KELLY CETOLIN**

**Representações sociais da loucura: um estudo com profissionais do Hospital de  
Custódia e Tratamento da Bahia - HCT/BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração:  
Psicologia Social e do Trabalho

Orientador: Prof. Dr. Antonio Marcos Chaves

Salvador  
2011

Nome: Cetolin, Simone Kelly

Título: Representações sociais da loucura: um estudo com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia - HCT/BA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

A minha mãe Sirlei, sempre ela. A fortaleza que não permite que eu sucumba às intempéries nem desista dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal da Bahia, especialmente à coordenação, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – POSPI pela oportunidade de crescimento, aprendizado, realização profissional e pessoal materializada pela inserção referido programa.

A CAPES pelo apoio e financiamento concedidos, sem o qual seria inviável a concretização desta dissertação.

Ao meu estimado orientador, Professor Antonio Marcos Chaves, por me privilegiar com a honra de ser sua orientanda. Por sua solicitude, compreensão e sabedoria em suas considerações.

A minha família pelo apoio incondicional, estímulo e amor.

Aos colegas dos grupos de pesquisa Infância e Significados, e Laboratório de Estudos Vinculares e Saúde Mental – LEV, pelos momentos maravilhosos de compartilhamento de conhecimentos.

Aos colegas do Pospsi, que de braços abertos acolheram esta ‘catarina’, em especial os amigos para a vida toda, cuja existência tornou a minha vida mais iluminada: Ana Cristina Passos Gomes, Igor Gomes Menezes, Magno Macambira e Alessivânia Mota.

A família do primo Clídio Cettolin, Jane, Queise e Queiti, pelo carinho e suporte, impreterível para a concretização desta dissertação.

Aos trabalhadores do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia, pela amabilidade com que fomos recepcionados e tratados e disponibilidade em participar de nossa pesquisa.

Aos membros da banca examinadora Prof. Dr. José Carlos Santos Ribeiro e Prof. Dr. Gilberto Lima dos Santos pela disponibilidade em apreciar o trabalho e pelas valorosas considerações.



O motivo que me impulsionou é muito simples. Para alguns, espero que ele baste por si só. É a curiosidade; o único tipo de curiosidade que, de qualquer forma, vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que busca se assimilar ao que convém conhecer, mas a que permite desprender-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ela apenas garantisse a aquisição de conhecimento, e não, de uma certa maneira e tanto quanto possível, o extravio daquele que conhece? Há momentos na vida em que a questão de saber se é possível pensar de forma diferente da que se pensa e perceber de forma diferente da que se vê é indispensável para continuar a ver ou a refletir (FOUCAULT, 2004a, p. 196–7).

## RESUMO

Cetolin, Simone Kelly (2011). Representações sociais da loucura: um estudo com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia - HCT/BA. Dissertação de Mestrado, Instituto de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade da Bahia, Salvador.

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Bahia - HCT é uma instituição penitenciária, vinculada à Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Estado. Abriga indivíduos considerados judicialmente loucos e infratores, os quais estão submetidos ao regime de medida de segurança, internação e/ou tratamento ambulatorial. Elegeu-se o HCT para realização da pesquisa de campo, por se tratar de uma instituição ambivalente com um ambiente peculiar de atuação profissional, seja na área da psicologia ou na área jurídica. É um espaço singular de atuação, tanto pelo público-alvo da intervenção estatal, quanto pela natureza da atuação profissional dos servidores que exercem neste local suas atividades. O estudo empreendido está localizado no campo da Psicologia Social, e baseado nos constructos da Teoria das Representações Sociais, precisamente na análise que objetivou compreender as representações sociais acerca da loucura, verificando a sua correspondência com as práticas profissionais da área da saúde mental do HCT. Pode-se afirmar que o objeto loucura ali personificado, encontra-se especializado em razão do caráter ilícito das condutas dos pacientes psiquiátricos. Percebeu-se que os saberes veiculados pela Reforma Psiquiátrica estão sendo paulatinamente absorvidos pelos profissionais. Cabe observar que o nível em que tais saberes se encontram absorvidos por cada profissional irá demarcar significativamente a forma com que desenvolverão a prática profissional, haja vista que as RS são guias condutoras dos grupos.

Palavras-chave: Loucura; Representações Sociais; Desinstitucionalização; Profissionais; Reforma Psiquiátrica.



## ABSTRACT

Cetolin, Simone Kelly (2011). Social Representations of madness: a study with professionals of the Custody and Psychiatric Treatment of Bahia Hospital - HCT/BA. Masters Dissertation, Postgraduate Institute in Psychology, Universidade da Bahia, Salvador.

The Custody and Psychiatric Treatment of Bahia Hospital - HCT is a prison institution, tied to the Justice, Citizenship and Human Rights Secretariat of the State. The institution shelters individuals considered judicially insane and infractors, which are submitted to measures of security regimen, internment and/or ambulatory treatment. The HCT was chosen to perform the field research for being an ambivalent institution with a peculiar environment of professional performance, either in the psychology or the juridical area. It is a singular space of performance, as much for the target public of the state intervention, as for the professional performance nature of the servers who exert their activities in this place. The undertaken study is located in the Social Psychology field, and it is based on the constructors of the Social Representations Theory, precisely in the analysis that aimed to understand the social representations concerning madness, verifying its relation to professional practices of the mental health area of the HCT. It can be affirmed that the object madness personified there, is specialized because of the illicit character of the psychiatric patients' behaviors. It was perceived that the knowledge propagated by the Psychiatric Reformation is being gradually absorbed by the professionals. It is appropriate to observe that the level of knowledge that each professional absorbs will demarcate significantly the form they will develop their professional practice, considering that the RS are the groups conducting guides.

Key words: Madness; Social representations; Deinstitutionalization; Professionals; The Psychiatric Reformation

**LISTA DE FIGURAS**

- Figura 1 - Interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais no desenvolvimento, segundo a Organização Mundial de Saúde.....42
- Figura 2 – Hospital de Custódia e Tratamento - Pavilhão Madeira de Pinho, em primeiro plano a linha amarela.....82

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Tipos de crimes e frequência entre os custodiados do HCT (Salvador, Bahia).....	65
Tabela 2: Profissionais do HCT.....	76
Tabela 3: Caracterizando os sujeitos da Pesquisa – dados gerais.....	78
Tabela 4: Caracterizando os sujeitos da pesquisa – profissão e tempo no Hospital de Custódia e Tratamento.....	78
Tabela 5: Roteiro da Entrevista Semi-estruturada.....	79

## LISTA DE SIGLAS

APA	American Psychological Association
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
COSAM	Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DRFR	Delegacia de Repressão a Furtos e Roubos
HCT	Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAI	Plano de Atendimento Individual
PAILI-GO	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator de Goiás
PAI-PJ	Programa e Atenção Integral ao Paciente Judiciário
REDA	Regime Especial em Direito Administrativo
RS	Representações Sociais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>1 PARADIGMAS DA LOUCURA – BREVE REVISÃO.....</b>	<b>23</b>
1.1 OS LUGARES DA LOUCURA NA HISTÓRIA.....	23
1.2 LOUCURA <i>VERSUS</i> DOENÇA MENTAL – TRANSTORNO MENTAL.....	25
1.3 A LOUCURA CRIMINOSA – OBJETO JURÍDICO.....	28
1.4 O LOUCO CRIMINOSO NO BRASIL.....	32
<b>2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: PRESSUPOSTOS</b> <b>.....</b>	<b>38</b>
2.1 ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	38
2.2 SAÚDE MENTAL – NOVOS ENTENDIMENTOS.....	41
2.3 TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	44
<b>3 MODELO TEÓRICO DE INVESTIGAÇÃO - A Teoria das Representações Sociais.....</b>	<b>48</b>
3.1 ESTADO DA TEORIA EM FACE AO OBJETO DE ESTUDO.....	54
<b>3.1.1 Importantes estudos em Representações Sociais da Loucura.....</b>	<b>54</b>
<b>4 SITUANDO O CAMPO DE PESQUISA.....</b>	<b>62</b>
4.1 OBJETIVO GERAL.....	66
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	66
<b>5 DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>68</b>
5.1 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS.....	69
5.2 ORDENAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS.....	71

5.3 CARACTERIZANDO OS PARTICIPANTES DA PESQUISA – TRABALHADORES DO HCT.....	75
<b>5.3.1 Universo e Amostragem da Pesquisa.....</b>	<b>75</b>
<b>5.3.2 Perfil dos Participantes da pesquisa.....</b>	<b>77</b>
<b>6 CONTATO COM O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO relato de uma experiência.....</b>	<b>81</b>
6.1 CATEGORIAS DE ANÁLISE – DISCUSSÃO DOS CONSTRUCTOS.....	83
<b>6.1.1 O Ambiente Institucional.....</b>	<b>84</b>
<b>6.1.2 Vínculo empregatício.....</b>	<b>91</b>
<b>6.1.3 Práticas Profissionais Cotidianas.....</b>	<b>97</b>
6.2 OS CONSTRUTOS DA ABORDAGEM PROCESSUAL: ANCORAGENS E OBJETIVAÇÕES QUE CONSTITUEM AS RS DE TRABALHADORES DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO SOBRE A LOUCURA.....	108
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>119</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>APÊNDICE</b>	

## INTRODUÇÃO

Temas em saúde mental, suas nuances e contextos, encontram-se longe de ser esgotados. Estudos em Psicologia, que priorizem as pessoas que cometeram algum tipo de infração e possuem doença mental, seus cuidadores ou familiares, têm chamado a atenção de alguns pesquisadores, contudo, ainda de forma frágil e incipiente. Quem sabe pela invisibilidade destes atores, ou quem sabe pela própria condição da Psicologia que no passado, contribuiu para a manutenção das estruturas de aprisionamento já consagradas. O fato é que interessar-se pela própria instituição totalizante como um manicômio judiciário, não tem merecido atenção de muitos estudos, o que para nós tornou-se um grande desafio. O presente estudo é fruto de uma inquietude profissional e pessoal. Desde algum tempo, já em nossa graduação em Direito, o interesse no espaço do ‘manicômio judiciário’ se mostrava presente. Com a posterior graduação em Psicologia, o desejo em inserir-se neste espaço somente cresceu. E, finalmente, com a seleção para o Mestrado em Psicologia da UFBA, nos lançamos por desvelar uma realidade, que de certa forma, nos possibilitaria integrar os nossos conhecimentos acadêmicos da área jurídica e da psicologia, principalmente, através da oportunidade de inclusão num local tão ambíguo, hospital e prisão concomitantemente.

Entre o desejo inicial e caminho para o efetivo projeto, surgiram diversos questionamentos, alguns passíveis de transformarem-se em objeto de estudos, outros que não passaram de delírios de uma jovem pesquisadora inexperiente. A realidade é que entre a idealização do pesquisador e a efetivação deste desejo, surgiram diversas forças que acabaram indicando-nos caminhos a ser seguidos, tornando assim, a pesquisa algo orgânico, com vontade própria. O certo é que com a colaboração de nosso orientador, acabamos por formatar o presente estudo, onde se privilegiou as

representações sociais da loucura e a sua relação com as práticas profissionais de trabalhadores do HCT.

Estudos em Representações Sociais tem se configurado como objeto de muitos pesquisadores nos últimos anos, especialmente, na América Latina. Tal fato origina-se em parte da necessidade de priorizar atenção às populações em condições específicas de vida e/ou atuação profissional. Somam-se a imensa diversidade de possibilidades de desenvolvimento de estudos por esta corrente teórica.

Desta forma, nossa escolha pela Teoria das Representações Sociais como modelo teórico de investigação, vem a assinalar a interdisciplinaridade de seu campo de estudo, que agrega valorização à Psicologia Social, visando à superação da dicotomia sujeito X sociedade e permitindo um diálogo com as mais diversas ciências, tais como a Sociologia, o Direito e a Filosofia.

O tema a que se propõe o presente projeto tem como escopo demonstrar através da técnica da análise de conteúdo e do modelo teórico das Representações Sociais, as construções sobre loucura de profissionais da área da saúde e sua relação com as práticas de cuidado do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia. Definindo-se como objeto de estudo a relação entre as representações sociais da loucura e as práticas de cuidado de profissionais de saúde do HCT. A opção pelo referido objeto de estudo, volta-se para a possibilidade da construção de um conhecimento sobre a relação entre a pessoa que cometeu algum ato infrator e possui doença mental e os profissionais encarregados de ‘tutelar’ seu direito à saúde mental dentro da instituição.

As formas de pensamento objetivo a que nomeamos como representações sociais são campos socialmente estruturados de produção e núcleos estruturantes da realidade social de um grupo (Moscovici, 2001; Spink, 1993). Sendo assim, pensamos que suscitar o questionamento, quanto à discussão acerca da relação entre



representações sociais da loucura e as práticas de cuidado entre os profissionais que são os responsáveis por ‘tutelar’ sobre a saúde mental dos indivíduos dentro da instituição manicomial, poderá vir a contribuir com saberes e alternativas, haja vista que estas elaborações ‘comuns’ não se constroem no vácuo existencial, mas são baseadas na interação entre o indivíduo e o grupo.

Ressaltamos que o manicômio judiciário, apresenta-se enquanto um espaço privilegiado de observação e estudo, ainda pouco explorado pelos pesquisadores. Diversos estudos são realizados em contextos que figuram a loucura como protagonista, porém estudos que se insiram no contexto judiciário da loucura, que se voltem para este lugar ainda mais estigmatizado do que os Hospitais Psiquiátricos, são praticamente inexistentes. Tratam-se de espaços de exclusão, a que muitos sujeitos nem sonham existir na sociedade, haja vista que, geralmente, até o espaço geográfico é regalado às margens das cidades. Poucos indivíduos têm ciência de que no Brasil, os doentes mentais que infringem as leis são declarados legalmente inimputáveis mediante perícia, de acordo com o artigo 26<sup>1</sup> do Código Penal Brasileiro (1940), não sendo submetidos a penas, mas a medidas de segurança<sup>2</sup>. Estas sanções legais podem ser a internação do sujeito infrator em instituições específicas e/ou tratamento e acompanhamento especializado.

---

<sup>1</sup> Art. 26 – É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Código Penal (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11/7/1984).

<sup>2</sup> Art. 96 – As medidas de segurança são:

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado

II - sujeição a tratamento ambulatorial

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos. Código Penal (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11/7/1984)

Este sujeito, assinalado pelo codinome de ‘louco infrator’, que em virtude de transtorno mental não possuía consciência do caráter ilícito de sua conduta, no momento da prática, é considerado inimputável, ou seja, ao qual não há possibilidade de imputação de pena, tornando-se isento da mesma. Esta condição, de inimputabilidade, é declarada mediante a realização de laudo pericial, definindo a patologia e o grau de periculosidade do sujeito. Para que o indivíduo seja considerado inimputável, este é submetido a exame de insanidade mental, realizado pela Junta Médica Oficial do Poder Judiciário (Mattos, 2006).

Com a comprovação do transtorno mental, será determinada pelo magistrado a medida de segurança que julgar ser a mais adequada, na modalidade de internação e/ou tratamento ambulatorial e pelo tempo que estimar suficiente. Para Birman (1978) ‘(...) os loucos cumprem não um tempo necessário para a sua cura, mas um tempo de detenção estabelecido por lei que definiu a sua periculosidade moral’ (p.292).

Em nosso estudo ocupamo-nos com a condição destes sujeitos no Estado da Bahia, focalizando-nos na instituição primordial de cumprimento das medidas de segurança, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Bahia (HCT) (Manicômio Judiciário), instituição vinculada à Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, na capital, Salvador. O HCT inicialmente funcionava numa ala do Hospital Juliano Moreira, transferindo, em meados de 1973, para o Pavilhão Madereira de Pinho, localizado à Av. Afrânio Peixoto, s/n na Baixa do Fiscal.

Atualmente, conta com 146<sup>3</sup> custodiados, sejam eles internos ou submetidos a tratamento ambulatorial. Centrado no modelo hospitalocêntrico, o HCT caracteriza-se pelo que Goffman (1961) conceitua como instituição total, delimitando a relação social dos membros com o mundo externo através de barreiras simbólicas ou reais, possuindo

---

<sup>3</sup> Disponível em: [www.sjcdh.ba.gov.br](http://www.sjcdh.ba.gov.br). Acesso em: 26/09/2011.

estrutura social própria de funcionamento em que todas as atividades são realizadas neste mesmo local, suprimindo as heterogeneidades ao tratar todos igualmente, obrigando os indivíduos a realizar tarefas em conjunto, sob a supervisão de regras explícitas e por um corpo de funcionários. Podemos dizer que este tipo de instituição serve como instrumento de controle social, através da institucionalização forçada do sujeito.

Com o advento da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001<sup>4</sup> redireciona-se o tratamento do doente mental para os serviços comunitários em saúde, para os hospitais-dia e os CAPS (Centros Atenção Psicossocial). A Resolução nº 5 de 04/05/2004 (anexo 1), do Conselho Nacional de Políticas Criminais e Penitenciárias, tem como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos e a superação do modelo tutelar, visando a reinserção social do paciente ao seu meio, através da adequação das medidas de segurança impostas aos loucos infratores às disposições da referida lei, possibilitando a realização dos atendimentos ambulatoriais na comunidade do indivíduo, mantendo seus vínculos com a família e a sociedade. Os pacientes com histórico de longa permanência na instituição, sem suporte familiar devem ser sujeitos de política específica e reabilitação psicossocial assistida. Contudo, é importante que a Reforma Psiquiátrica não passe a significar exclusivamente a supressão do modelo asilar por outro modelo, mas sim que se problematize os modos de atendimento entre os atores envolvidos, sejam pacientes, legisladores, familiares, entre outros, e no estudo aqui proposto, os profissionais do HCT.

A relação de proximidade e afastamento entre internos e os mais diversos profissionais que ali atuam se apresenta num primeiro momento a olho nu: ambos caminham pelo mesmo pátio, porém identifica-se claramente ‘quem é o que’ na

---

<sup>4</sup> Lei ‘Paulo Delgado’, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

instituição: os internos usam fardas amarelas, os agentes penitenciários fardas policiais, os profissionais de limpeza uniformes azuis e os profissionais de saúde ‘fardas’ brancas (jalecos). É possível que com desenrolar do ensejado processo de desinstitucionalização com a criação de alternativas em detrimento ao modelo vigente, além-muros se tornará mais difícil (pelo menos num primeiro momento) segregar tão facilmente os ‘sãos’ dos ‘loucos’. Isso, se os profissionais de saúde estiverem de acordo com a liberação destes pacientes ao convívio em sociedade, sendo que, estes sujeitos são ‘especializados’ pelo fato de que além de loucos sejam infratores. Diante de tais constatações, alguns questionamentos nos parecem necessários. Qual é a visão dos profissionais que trabalham diretamente com esses indivíduos, acerca de sua reinserção na sociedade? Quais são as representações que possuem acerca destes indivíduos? Seriam estas representações, os guias condutores de suas práticas? De que maneira a relação entre as representações sociais se refletem em suas práticas profissionais de cuidado?

A atenção integral em saúde mental deve propor um conjunto de dispositivos sanitários e sócio-culturais que partam de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenções: educativo, assistencial e de reabilitação. Consideramos que investigações em locais ‘obscuros’, que a sociedade prefere não ver, tais como as instituições totais e, neste caso o HCT, possam contribuir com conhecimento não só acerca do objeto de estudo, mas sim da própria condição humana.

A análise empreendida no estudo direciona-se pela investigação acerca das práticas cotidianas inerentes à instituição, que são compartilhadas entre os diferentes atores sociais que compõem o cenário em questão, haja vista que são conhecimentos compartilhados, construídos no âmbito dos grupos, que constroem significados e guiam práticas. A questão norteadora de pesquisa resumiu-se na seguinte pergunta:

✓ **Qual é a relação entre as representações sociais da loucura de profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia e suas práticas profissionais/de cuidado/atendimento aos pacientes psiquiátricos judiciários?**

A partir da questão norteadora de pesquisa definiram-se os objetivos para a construção do estudo. Contemplando-se como objetivo geral: Compreender as representações sociais acerca da loucura, verificando a sua correspondência com as práticas profissionais da área da saúde mental do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Bahia.

E, como objetivos específicos: Descrever as representações sociais do objeto loucura, pelos profissionais da saúde do HCT, priorizando revelar se o ambiente institucional e a relação profissional *versus* interno, influencia nos constructos identificados; Verificar se o fator tempo de vínculo empregatício com a instituição contribuiria com uma possível diversidade de representações; apontar as objetivações e ancoragens presentes no processo de (re) formulação das representações; identificar e apontar a existência (ou não) da relação entre as representações sociais da loucura e as práticas profissionais de cuidado dos sujeitos da pesquisa; e apontar a partir das elaborações dos profissionais sujeitos da pesquisa, suas próprias barreiras simbólicas e materiais quanto ao convívio em sociedade do louco infrator e desta forma contribuir com saberes que venham a incrementar as tecnologias de cuidado e as políticas públicas que atendam as demandas específicas da condição do louco infrator.

A sistematização do estudo que se apresenta na forma desta dissertação configura-se da seguinte maneira. No primeiro capítulo, fez-se uma revisão de literatura acerca da história da loucura, tecendo considerações sobre a historicidade de nosso objeto de estudo, privilegiando a aspectos históricos do louco infrator no Brasil através

de autores consagrados como Foucault (2002, 2004, 2006, 2007, 2008), Mattos (2006), Goffman (1961) e Birman (1978).

No segundo capítulo, são apresentadas considerações referentes à Reforma Psiquiátrica no Brasil, o desenvolvimento do conceito de saúde mental, e os trabalhadores em saúde mental no Brasil. Para tanto, o aporte teórico fora subsidiado por Amarante (1994, 2001, 2003), Carrara (1998), Merhy, (2000, 2003), Rotelli et al. (1990), dentre outros.

No terceiro capítulo é introduzido o modelo teórico de investigação – A teoria das Representações Sociais, que guiou o estudo e respaldou a análise. Partiu-se da Grande Teoria de Moscovici, (1978, 2001) e apontou-se para as linhas de investigação apresentadas por Sá (1995, 1998, 2002) e Jodelet (2005), finalizando com recorte teórico acerca do estado da teoria em face ao objeto de estudo.

O quarto capítulo deu conta de contextualizar o campo de pesquisa, para na seqüência no capítulo quinto apresenta-se a opção metodológica, delimitando os participantes, as técnicas e os instrumentos utilizados e a forma de tratamento dos dados.

No capítulo sexto discorreu-se sobre as categorias de análise, estabelecendo o diálogo teórico entre estas e a teoria das Representações Sociais, a fim de triangular a construção teórica com os dados empíricos.

Por fim, são apresentadas considerações finais julgadas pertinentes de merecimento e algumas sugestões esperando contribuir no debate acerca da temática suscitada no estudo, especialmente, no sentido de propiciar reflexões sobre a construção de práticas profissionais que permitam atender aos propósitos da Reforma Psiquiátrica, da efetiva re-organização do modelo em Atenção à Saúde Mental fortalecendo a Luta Antimanicomial.

# 1 PARADIGMAS DA LOUCURA – BREVE REVISÃO

## 1.1 OS LUGARES DA LOUCURA NA HISTÓRIA

Nesta parte se apresenta breve revisão de literatura acerca do objeto de estudo, a fim de contextualizá-lo historicamente. Ressalta-se que a revisão de literatura constitui fundamento importante para se aproximar do conhecimento produzido na área, avaliá-lo em busca de aprofundamento.

A loucura é fenômeno presente nas sociedades desde as mais remotas épocas, porém as condutas ou comportamentos que atualmente denominam-se doenças mentais, inicialmente foram entendidos de diversas maneiras, sejam possessões demoníacas na Idade Média, sejam manifestações paranormais, em outros momentos no decorrer da história da humanidade. Essa nomeação varia de acordo com o espaço social ocupado e pelas representações sociais do indivíduo louco, que variam no tempo e na sociedade. Assim torna possível esclarecer como este signo possa ser marcado pela exclusão em alguns momentos, e pela piedade, em outros.

No princípio do século XVIII, os loucos eram habitantes do espaço social tais como outros indivíduos, não existindo a necessidade de segregação ou internação, haja vista que a loucura era concebida enquanto particularidade própria do humano, constituindo-se de erros ou ilusões (Foucault, 2004).

De acordo com Foucault (2004), na Idade Clássica atribuiu-se aos considerados insanos o lugar de exclusão que, durante a Idade Média, fora ocupado pelos leprosos. Excluída a ameaça representada pelos leprosos, restaram vazios os espaços físicos, sociais e ideológicos que estes ocupavam, vindo a serem tomados pelos loucos, aos quais se impunha a necessidade de separação do corpo social.

Com o avanço da chamada ciência alienista e o nascimento do hospital psiquiátrico, surge também o movimento de substituir os conceitos religiosos pelos saberes científicos, inaugurando a Psiquiatria e lançando sobre a loucura o *status* de enfermidade. Como qualquer doença, o diagnóstico da loucura implicava em tratamento adequado, em lugar próprio e constituído para o tratamento e para a cura: o hospital psiquiátrico e o saber médico, incontestável ferramenta responsável pela futura reinserção do louco à sociedade (Szaz, 1984; Foucault, 2004). Segundo Birman (1978) através do discurso da enfermidade se autorizaria a exclusão social do louco.

A instituição psiquiátrica organizava-se em torno dos saberes médicos, que afirmavam a possibilidade de ‘retomar’ a racionalidade do louco através da permanência do sujeito na instituição psiquiátrica e do tratamento moral, concebido enquanto modelo disciplinar de atuação, a fim de tornar os seres dóceis. Esse mecanismo de exclusão iria ao encontro da perspectiva de controle social, a fim de ‘livrar’ a sociedade de heterogeneidades indesejáveis (Foucault, 2004).

A emergência da racionalidade de Descartes se refletiu nos modelos de tratamentos aos loucos na cultura ocidental. Ao proclamar a dúvida como o método de construção do conhecimento do homem, separando-o do erro ou da ilusão, através da renúncia aos sentidos humanos, Descartes separa a razão da loucura, excluindo o louco de qualquer forma de pensamento racional e assim, captura a loucura e a transforma em objeto de estudo da psiquiatria. Sendo a sociedade moldada a partir da racionalidade humana, não cabe neste contexto a loucura e o discurso da razão acabou por justificar a exclusão e o tratamento destinado aos loucos. Esta lógica racional retira o caráter humano da loucura passando a enxergá-la enquanto uma entidade externa, que extrapola a lógica e a vontade humana (Foucault, 2004; Jacobina, 2006).



## 1.2 LOUCURA *VERSUS* DOENÇA MENTAL – TRANSTORNO MENTAL

Discorrer acerca da conceituação da loucura ou da doença mental é caminhar sobre uma linha muito tênue entre os saberes psiquiátricos, que assim a denominam e o conhecimento quotidiano, que a alcunham de loucura. Adentrar o tema da loucura é revisitar, dentre diversas leituras obrigatórias, a obra fundamental de Michel Foucault, *A história da Loucura na idade Clássica* (2004). Através de sua reflexão acerca da ‘desrazão’ da Idade Média para o estabelecimento da razão da ciência e por meio de intenso resgate histórico, expõe-se que fora regalado aos ‘perturbados’ o espaço de segregação, antes ocupado pelos leprosos, banindo a loucura do mundo social.

Ainda, segundo Foucault (2004), a sociedade optou por sufocar qualquer resquício do que no passado denominou-se de loucura, sob o manto da infalível supremacia da racionalidade humana:

(...) Em meio ao plácido mundo da doença mental, o homem moderno não se comunica mais com o louco: há, de um lado, o homem da razão que delega a loucura ao médico, autorizando, assim, somente relações por intermédio da universalidade abstrata da doença; e há, de outro lado, o homem da loucura, que se comunica com o outro pela intermediação de uma razão também totalmente abstrata, que é ordem, impedimento físico e moral, versão anônima do grupo e exigência de conformidade (...). A linguagem da psiquiatria, que é monólogo da razão sobre a loucura, só pode se estabelecer a partir de tal silêncio.

Com respeito a isso, Mattos (2006) expõe sobre a transmutação da conceituação de loucura para doença mental, ao afirmar que “(...) na modernidade, a experiência trágica é confiscada quando a loucura torna-se doença mental. A loucura passa, então a ser objeto construído de conhecimento. A existência do louco não é

excluída - como a peste -, mas confinada, dominada. O alienismo não acolhe a diferença; ele conjura os seus perigos (de diferença)” (p.77).

O primeiro conceito médico sobre a loucura ou sobre o que viria a ser posteriormente doença mental fora cunhado por Philippe Pinel, o qual afirmava que o louco seria um indivíduo que se deixa dominar por paixões artificiais, distantes da realidade objetiva. Impulsos subjetivos definiriam a conduta do indivíduo através do assédio das ilusões por vezes agressivas e por outras irresponsáveis. Sendo assim, a alienação mental seria o rompimento com a razão, que poderia ser classificada e agrupada, em certa forma de nosografia, modelo retirado das ciências naturais. Através da observação, Pinel desenvolveu delineamentos de uma primeira classificação das doenças mentais, assim dispostas: melancolias; manias sem delírio; manias com delírio; e demências. Pinel desafiou a sociedade francesa ao soltar as amarras dos loucos do Hospital Geral de Paris (Amarante, 1994, 2003).

Tal ato é considerado por alguns autores como a primeira revolução psiquiátrica que se tem notícia, seguida pela criação do modelo de inconsciente de Freud e a instituição da prática da psicanálise no final do século XIX, e a partir de meados da década de 1960, a criação da Psiquiatria comunitária (Birman, 1978). Ainda sobre Freud e Lacan, o primeiro expôs a psicose enquanto uma variante da neurose, passível de tratamento, embora sem cura, visto que as chamadas parafrenias de Freud se fundamentavam nos laços sociais. O segundo expunha que a psicose se estruturava subjetivamente na relação parental, precipuamente na função paterna. Neste concerne à loucura está situada no laço social precário e sem sentido. Numa perspectiva sociológica, percebemos que a loucura é um fenômeno social maior do que a própria conceituação. Conforme Silva (2007):

O ponto de corte para o comportamento bizarro ou desviante como alvo das intenções psiquiátricas, sobretudo na geração de demandas de internações, situa-se antes em marcadores sociais do que em marcadores clínicos ou na sintomatologia estritamente psíquica. Todo fato psíquico é social. Não existe fato psíquico que não se inscreva como fato social. Não existe fato social que não se inscreva como psiquismo (p.41).

A psiquiatria moderna, com o desenvolvimento dos psicofármacos, enclausurou a loucura em seus manuais, independente da categoria do *transtorno*, seja por causas orgânicas ou do desenvolvimento ou ainda, por abuso de substâncias psicoativas, toda a forma se encontra descrita no DSM – IV. E a esquizofrenia e suas diversas faces, aparece como a locução substituta para a loucura na contemporaneidade.

Tal distinção se mostrou necessária pela evolução dos conceitos de saúde x doença, sendo a saúde o oposto da doença, para cada doença existiria, no imaginário popular, uma cura equivalente. A abrangência que o conceito de *transtorno* abarca, vem a categorizar uma diversidade de condições que permeiam os conceitos de normalidade e patologia. No DSM-IV (APA, 1995), é representada a definição de transtorno mental “como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico, clinicamente importante que ocorre no indivíduo, associado com sofrimento (...) ou incapacitação (...) ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento atual, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade, e ainda (...) não deve ser meramente uma resposta previsível e culturalmente sancionada a um determinado evento, por exemplo, a morte de um ente querido...(...) ainda que a causa original deva ser considerada no momento como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no indivíduo (pxxi)”.

### 1.3 A LOUCURA CRIMINOSA – OBJETO JURÍDICO

A criação dos manicômios judiciários é fruto de amplos embates entre os campos jurídico e penal, acerca do insano que cometia crimes, o chamado louco infrator e, também, àqueles que se tornavam loucos a partir da institucionalização das prisões. Segundo Birman (1978), esta separação dos loucos delinquentes dos dóceis, se ratificava por razões de ordem pública, de segurança e de prevenção ao crime, ou seja, ao separarem-se os vários ‘tipos’ de insanos, contribuir-se-ia para a segurança social.

De acordo com Carrara, (1998), “a idéia central é de que ‘loucos perigosos, ou que estivessem envolvidos com a justiça ou polícia’, deveriam ser separados dos alienados comuns, constituindo-se em objeto institucional distinto (p.148)”.

Pela segregação por sexo e doença, produzir-se-iam seres submissos, com as mãos e mentes ocupadas. Através dos saberes do direito penal e da psiquiatria, cunhou-se o rótulo da periculosidade, utilizado até os dias atuais para qualificar os indivíduos que possam ameaçar a sua segurança e a segurança dos demais (Foucault. 2007). De acordo com Mattos (p.57, 2006) “(...) cumpriria duplo papel a rotulação da periculosidade, sempre indelével: imantaria a necessidade de tratamento e também contemplaria a necessidade de neutralização penal, via exclusão”.

Dentro desta linha de discussão, Durkheim, (2007) contribuiu com a seguinte reflexão:

Com efeito, se o crime é uma doença, a pena é seu remédio e não pode ser concebida de outro modo; assim, todas as discussões que ela suscita têm por objetivo saber o que ela deve ser para cumprir o seu papel de remédio. Mas, se o crime nada tem de mórbido, a pena não poderia ter por objeto curá-lo e sua verdadeira função deve ser buscada em outra parte (p.71).

Com efeito, se o crime é uma doença, a pena é seu remédio e não pode ser concebida de outro modo; assim, todas as discussões que ela suscita têm por objetivo saber o que ela deve ser para cumprir o seu papel de remédio. Mas, se o crime nada tem de mórbido, a pena não poderia ter por objeto curá-lo e sua verdadeira função deve ser buscada em outra parte (p.71).

Com esta forma de categorização construiu-se a noção de caráter perigoso, que resultaria posteriormente, no conceito de periculosidade. Há que se ressaltar a importância do caso de Pierre Rivière, relatado na obra de Foucault (2007), ocorrência de parricídio que desafiou os argumentos médicos e penais, vindo a reforçar o conceito de periculosidade. Pierre Rivière matou sua mãe, irmã e irmão alegando fazê-lo em nome de uma força divina. Durante as investigações, testemunhas afirmaram que era do conhecimento público que Pierre era conhecido por ‘louco’ ou ‘o imbecil’ do Rivière. Mesmo sendo considerado um ‘idiota’, durante sua prisão redige mais de quarenta páginas de auto-relato e explicações acerca dos homicídios que praticou. Tal material suscitou uma batalha entre os peritos legais responsáveis pelo caso, resultando no indulto proferido pelo próprio Rei da França a Pierre Rivière, condenando-o à prisão perpétua, ao invés de pena de morte.

Foucault (2007) explana que o estado de mal estar gerado pelos crimes de Rivière, acionou a máquina da justiça e da medicina, ao mesmo tempo, coligadas e adversárias na operação de conter, numa torrente de discursos, que não encontra solução. Os discursos pelos quais se distorce a verdade dos fatos serviram para que peritos, médicos e magistrados pudessem mirar-se ao espelho sem sentir medo. Neste sentido, os saberes estabelecidos pela psiquiatria e pelos dispositivos legais serviram para avistar o louco e o são, porém tais saberes não foram suficientes para aplacar o

clamor social, diante de um caso tão complexo. Ainda, segundo Foucault (2007) “(...) podem eles fazer crer que não temeram, descobrindo a cada vez que a monstrosidade agressiva do Outro recaía sobre eles; que entre eles qualquer um falava a mesma linguagem, que o desejo pode transpor barreiras, que o normal é apenas uma palavra que se aplica? (...)” (p.200).

A partir desta necessidade de classificação entre o indivíduo ‘louco’ e o indivíduo ‘normal’, a noção de periculosidade toma a frente, tornando-se a principal característica do louco, de forma a inaugurar a diferenciação entre imputabilidade e inimputabilidade, devido à necessidade de segregação por meio da defesa social que resultou no aparecimento das medidas de segurança no final do século XIX (Mattos, 2006; Foucault, 2000, 2004).

Ainda, segundo Foucault (2008), as demandas jurídicas oriundas dos delitos cometidos pelos loucos, acabaram por aproximar os saberes da psiquiatria à criminologia. Como resultante desta aproximação, a justiça é incumbida a desempenhar todo um procedimento mais complexo do que revelar a autoria e cominar a pena. Já não basta descobrir o autor e classificar o delito, mas inquirir em que nível de realidade se encontra alocado o crime: é fruto de surto psicótico? de delírio? de mera perversidade? Reconhecer o autor não é mais o suficiente, há que se conhecer a origem do crime, seja no instinto, no ambiente ou no inconsciente. Porém uma vez descoberta essa origem, como punir? (Foucault, 2008).

No decorrer do avanço das ciências, especialmente, da psiquiatria, foram desenvolvidas teorias sobre possíveis características biológicas do louco criminoso. Diversos estudiosos ocuparam-se em formular teorias que dessem conta do louco infrator. Cita-se Esquirol e a monomania, caracterizada pelo reconhecimento do sujeito ‘normal’ em todas as ações, menos no tocante ao crime que cometeu, sendo louco

somente no momento do cometimento da ação, geralmente deixando este estado após o desatino, o que o tornaria irresponsável pelo ato. As monomanias desdobrar-se-iam em monomanias raciocinantes, através das quais o sujeito preservaria suas faculdades mentais, porém despir-se-ia de qualquer emoção, e monomanias instintivas, nas quais a razão estaria comprometida em função de desordens da vontade, caracterizados por momentos de impulso no cometimento do delito e posterior remorso (Jacobina, 2003, Foucault, 2004). Há que se ressaltar que este modelo trouxe à tona a questão do não rompimento total com a razão para o desdobramento da loucura.

A psiquiatria de Morel buscava localizar a degeneração moral, psiquiátrica e física do indivíduo louco a partir de sua vida, seus hábitos, vícios, os casos de loucura encontrados na família, seu desenvolvimento físico e motor, entre outros pontos, que ainda na atualidade são utilizados na elaboração dos laudos psiquiátricos. A partir desse inquérito, Morel classificava os sujeitos em sãos num primeiro patamar; originais, excêntricos, suicidas, indivíduos que cometem atos insólitos e impulsivos; monomaniacos, loucos morais e perversos sexuais, num segundo estágio; os sujeitos propensos ao mal (o que Lombroso nomeou de criminoso nato) num terceiro ponto; e por fim, os cretinos, imbecis e idiotas (Carrara, 1998; Jacobina, 2003).

Numa visão determinista e sob alguns aspectos, ainda utilizada na atualidade, Cesare Lombroso tornou-se célebre no meio científico por seus constructos acerca do ‘criminoso nato’, uma teoria que possuía como pano de fundo os saberes médicos, que asseguravam que alguns indivíduos seriam biologicamente preparados para delinquir, nascendo nesta condição. Possuindo características físicas próprias (tais como, nariz aquilino, testa proeminente, abundantes cabelos escuros, entre outras), o criminoso nato seria passível de reconhecimento, e desta forma, passível de segregação e cura (Mattos, 2006; Amarante, 2003).

Neste concerne, a teoria lombrosiana foi incorporada pela Psiquiatria brasileira, precipuamente pela Escola de Medicina da Bahia, através da influência gerada pelos estudos do antropólogo Nina Rodrigues, cujos artigos científicos vinham de encontro também aos constructos de Morel, através de conjecturas acerca da suposta disposição natural dos negros e mestiços à degeneração. Abordando aspectos biológicos, étnicos, entre outras características, Nina Rodrigues influenciou toda uma geração de psiquiatras brasileiros, ao afirmar que os negros possuiriam uma predisposição à criminalidade, bem como, que a miscigenação do povo brasileiro era um dos motivos do atraso intelectual do país (Pacheco, 2009).

No Brasil colonial o tratamento destinado ao louco era realizado precipuamente nos hospitais e casas de misericórdia, instituições religiosas e pelos saberes do senso comum: curandeiros, benzedores, entre outros. A psiquiatria começa a se desenvolver no país a partir da criação dos cursos de medicina no século XIX, ancorados na influência europeia de tratamento. A instituição do Hospício Dom Pedro II, posteriormente renomeado Hospital Nacional, inaugurou a tecnologia asilar no Brasil (Amarante, 2001, 2003).

#### 1.4 O LOUCO CRIMINOSO NO BRASIL

A criação do Manicômio Judiciário no Rio de Janeiro, em 1920, é fruto do debate dos próprios profissionais, como expõe Juliano Moreira (apud Carrara, 1998, p. 193), afirmando que os loucos criminosos “não deveriam estar alojados aqui no Hospício, mas numa prisão de caráter especial, prisão e manicômio ao mesmo tempo”. No desenrolar do tempo, outros manicômios foram criados, e outras propostas de asilamento surgiram, como as colônias agrícolas de tratamento, e, posteriormente, a



Liga Brasileira da Higiene Mental e os movimentos dos trabalhadores em saúde e, finalmente, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica, baseado na antipsiquiatria e na psiquiatria democrática, formuladas a partir das experiências na Itália, de Franco Basaglia.

Este movimento de reforma implica em profundos redirecionamentos nas ações jurídicas, sociais e em saúde dirigidas aos portadores de transtornos mentais (não mais loucos), privilegiando mecanismos que preservem a singularidade do louco e seus laços de afeto. Ressalta-se a abordagem interdisciplinar da saúde mental e a total negação do caráter terapêutico do internamento, bem como o reconhecimento da natureza humana da loucura (Amarante, 1994; Basaglia, 1994).

No Brasil atualmente, o sujeito considerado louco e infrator é considerado inimputável, ou seja, a quem não cabe cominar uma pena. Sendo assim, o ordenamento pátrio não prevê uma sanção comum, mas medida de *atendimento* sob a forma de medida de segurança, que possuirá caráter ambulatorial ou de internação, nas instituições denominadas para tanto: os manicômios judiciários de outrora, hoje renomeados de Hospitais de Custódia e Tratamento. Há que se ressaltar que a condição primeira para que se ateste a imputabilidade do sujeito é a falta de consciência do caráter ilícito de sua conduta, no momento da prática, devido ao transtorno mental ou desenvolvimento mental incompleto. Tal condição é afirmada através de laudo pericial, que define a patologia e o grau de periculosidade do sujeito, laudo este realizado pela Junta Médica Oficial do Poder Judiciário do Hospital de Custódia e Tratamento para onde o sujeito for remetido (Brasil, 2009; Mattos, 2006).

A efetiva reorientação do modelo de atenção em saúde mental, ancorada pelas propostas do Sistema Único de Saúde, pela Lei Paulo Delgado e pela Resolução nº 5 de 04/05/2004, conjeturam a paulatina extinção dos hospícios e manicômios judiciários,

ensejando novas formas de tratamento humanizado aos sujeitos, sejam em Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, sejam em espaços alternativos de cuidado e tratamento tais como o PAI-PJ, que devem ser discutidos e criados,

Neste sentido, a inovação originada pelo Programa e Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ, nascido em 2001 enquanto fruto da parceria entre o Tribunal de Justiça de Minas Gerais com o centro Universitário Newton Paiva e o Projeto de Saúde Mental do Município de Belo Horizonte, lança um novo olhar de atuação sobre o paciente psiquiátrico judiciário. Este programa tem como objetivo, o acolhimento dos doentes mentais que cometeram crimes, oferecendo-lhes um atendimento global, tanto clínico quanto jurídico, através de sua reinserção social e familiar.

Neste concerne, outra tentativa de reinserção familiar e comunitária do sujeito portador de transtorno mental infrator, é o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI-GO), ligado à Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde do Estado de Goiás. A cartilha do programa (GOIÁS, 2009) delimita, atento ao código penal, os sujeitos atendidos pelo referido programa, ou seja, aqueles que possuem doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, ao tempo do crime, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de se determinar de acordo com esse entendimento e, assim sendo inimputáveis, sendo sujeitos a medidas de segurança, que possuem caráter terapêutico (BATISTA & SILVA, 2010).

O PAILI-GO foi inspirado justamente no ‘primo’ mineiro, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAIPJ-MG), ligado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Ainda que tratem dos mesmos sujeitos, com nomenclaturas diferentes –, “paciente judiciário” para um e, “louco infrator” para outro, e sejam pertencentes a

instituições distintas – um à Saúde outro à Justiça – os programas têm o mesmo intento, que é de proporcionar uma escuta diferenciada e o necessário acompanhamento aos pacientes/usuários, oportunizando terapêutica diferenciada ao tradicional mix de isolamento e sedativos (BATISTA e SILVA, 2010).

Com três anos de vida, o PAILI-GO conta com equipe multiprofissional (acompanhante terapêutico, psicólogo, assistente social, advogado, assistente administrativo e médico), que baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): interdisciplinaridade; a integralidade; a atenção ao atendimento ambulatorial na própria comunidade; e a intersetorialidade, através da mediação do usuário com as demais instituições, como o Ministério Público e o Poder Judiciário. Segundo dados, o PAILI-GO atende mais de 100 usuários, sendo que alguns já tiveram a sentença de medida de segurança extinta, o que poderíamos entender como a “cessação de periculosidade”. Aí nota-se a lógica do atendimento, bem como as diretrizes que norteiam as ações de tais programas alternativos. A própria terminologia vem a ressaltar o elemento terapêutico da sentença de medida de segurança (BATISTA & SILVA, 2010).

Há que se ressaltar que o debate entre as ciências médicas, precipuamente a psicopatologia e a psiquiatria forense, e o Direito, seguem em desacordo com as delimitações acerca da conceituação de saúde e normalidade. Tendo em vista a particularidade de cada ação, de cada processo judicial, de cada infração ou crime, enquanto alguns episódios são passivelmente considerados decorrentes de transtornos mentais, outros apresentam características mais sutis, que no próprio diagnóstico nosológico é contestável e impreciso. Sendo assim, tem-se um amplo terreno de atuação, muito imbricado em divergências, cujas consequências são por vezes decidir

entre o aprisionamento em instituição carcerária ou a ‘prisão perpétua’ em instituição psiquiátrica.

A natureza objetiva do Direito – que reconhece o criminoso - desvenda a motivação e comina a pena, regalou à psiquiatria forense, a busca por traçar um perfil criminológico que abarcasse as características dos indivíduos propensos às condutas delituosas, visando uma *antecipação* das ações. Antevendo os comportamentos, seria possível preveni-los, controlando a criminalidade. A suposta *‘imprevisibilidade’* do louco reforça o estigma da periculosidade, da ameaça latente, que há qualquer momento pode personificar o pior pesadelo da sociedade: um parricídio, um homicídio em massa, um assassino em série. Quando, de uma infeliz combinação de fatores ambientais, sociais e biológicos resultam em um crime brutal cometido por um louco, a mídia nos inunda de descrições dos detalhes sórdidos, que inundam o senso comum de reforço ao estigma do louco perigoso, imprevisível (MATTOS, 2006; FOUCAULT 2004, 2006).

Mas como, a despeito de toda essa lógica estabelecida durante séculos de história que corrobora a periculosidade dos doentes mentais, confiar num tratamento ambulatorial, que permite a esse louco, ou a esse potencial louco infrator permanecer nos mesmos espaços de saúde que nós e os nossos temos por direito? Se estas ações integrativas e inéditas venham a apresentar resultados satisfatórios (alguns já apresentados, segundos seus dados) ou se o grande esforço de construir uma ‘sentença’ diferenciada irá realmente vingar e migrar para outras instituições e outros estados país a fora, é uma questão de tempo, de esforço e comprometimento dos profissionais, dos familiares e dos próprios usuários, que juntos necessitam ir à contramão da lógica dominante segregação – internação – sedação.

## 2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: PRESSUPOSTOS

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é um movimento social formado pelo intuito primordial de discutir a problemática da saúde mental em sua ampla conjuntura: tanto debater os saberes instituídos pela psiquiatria e a função dos hospitais psiquiátricos, bem como as diretrizes de atendimento desenvolvidas pelos trabalhadores em saúde, como o protagonismo do portador de transtorno mental frente à sua doença (Amarante, 2009).

### 2.1 ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

O chamado movimento pela Reforma Psiquiátrica demorou certo tempo para desembarcar no Brasil, haja vista que nos EUA e na Europa, nasceu após a segunda guerra mundial, e pelos solos brasileiros apresentou os primeiros indicativos marcantes somente no final da década de 1970. O marco da reforma psiquiátrica brasileira fora o evento conhecido como a ‘Crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental)’ órgão do Ministério da Saúde responsável pelas formulações das políticas de saúde do subsetor saúde mental. Os profissionais das quatro unidades da DINSAM (todas localizadas no Rio de Janeiro) entraram em greve em abril de 1978 e, posteriormente, pediram demissão (Amarante, 2009).

No mesmo ano ocorreu o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú (SC), e I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro, o qual contou com presenças ilustres no campo da saúde mental tais como: Erwin Goffman, Robert Castel, e Franco Basaglia, este último o precursor do

movimento ‘revolucionário’ da psiquiatria democrática italiana, cujas idéias influenciaram de forma marcante os profissionais brasileiros até os dias atuais (Amarante, 1994, 2009).

No ano seguinte, aconteceu I Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental e II Encontro Mineiro de Psiquiatria, novamente contando com as contribuições de Basaglia e Castel. Inaugurando a década de 1980 foram realizados dois eventos marcantes para a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira: I Encontro Regional de Trabalhadores Saúde Mental, no Rio de Janeiro; e II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em Salvador (Amarante 1994, 2009).

A VIII Conferência Nacional de Saúde e da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru, São Paulo, inauguraram o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, através do Manifesto de Bauru, que apregoando a necessidade de solidificar a possibilidade do estabelecimento de uma sociedade sem manicômios, apontando para a urgência em desenvolver formas alternativas ao acolhimento manicomial (Amarante 1994, 2009).

No início de 1990, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (COSAM), reconhece que o péssimo atendimento psiquiátrico brasileiro, centrado no modelo hospitalocêntrico, indica como prioridade a substituição deste modelo assistencial vigente, através da proposição de diferentes estratégias para a modificação das ações no campo de Saúde Mental (Barros, 1996).

A instituição do Sistema Único de Saúde<sup>5</sup> (SUS) e seu modelo de descentralização de atendimento incitam a construção e o fortalecimento de redes de

---

<sup>5</sup> Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

atenção psicossocial, em substituição ao modelo que situava como referência de atendimento a internação hospitalar (Delgado et al, 2001).

Outra ação respeitável neste sentido foi a regulamentação da Portaria GM/MS n.º106, de 11 de fevereiro de 2000, que cunhava as residências terapêuticas. Através da Portaria GM/MS n.º 1.220 de 07 de novembro de 2000, criou-se os procedimentos assistenciais das residências no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), o que deu possibilidades de fato aos municípios implementarem ações concretas que visassem a desinstitucionalização de pacientes asilados por longo período. (Brasil, 2004).

Finalmente, em 6 de abril de 2001 com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei n.º 10.216, ou Lei Paulo Delgado, apregoam-se no país os princípios do atendimento comunitário humanizado, precipuamente extra-hospitalar e que visa a reinserção social do portador de transtorno mental. A internação, antes conduta primeira frente ao sujeito, agora é a última opção de atendimento, e quando inevitável, deverá ocorrer em ambiente pertinente e de forma digna. Orienta o imperativo de que os gestores públicos redirecionem recursos financeiros e humanos, a fim de que substitua de forma gradual, o sistema hospitalar para o sistema substitutivo, e ainda, co-responsabiliza as três instâncias do Sistema Único de Saúde pelo suporte social aos pacientes de longa permanência que vinculados à instituição hospitalocêntrica. Esta Lei direciona inevitavelmente à atenção aos direitos dos portadores de transtornos mentais e seus familiares, como ponto central das políticas públicas voltadas à Saúde Mental (Brasil, 2001).

A Lei Paulo Delgado vai ao encontro da perspectiva de modificar a proposta de atendimento, questionando os espaços até então regalados à loucura: as instituições manicomial, propondo formas substitutivas de atendimento a fim de transformar o

portador de transtorno mental um dos protagonistas do seu processo de vida. Neste sentido:

(...) desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalar, na medida em que desospitalar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos (Aranha e Silva [et al.], 2008).

Com a realização da III Conferência Nacional da Saúde Mental (III CNSM), que aconteceu em dezembro de 2001, através do Conselho Nacional de Saúde, oportunizou-se a necessária discussão da orientação da política nacional de Saúde Mental, as formas de financiamento das ações de Saúde Mental, bem como a inspeção dos hospitalais e instituições psiquiátricas, a fim de mensurar a inauguração dos serviços substitutivos, entre outras demandas (Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2002).

A III Conferência Nacional da Saúde Mental é fruto do exercício de grupos de trabalho que previamente haviam elaborado propostas, aceitas pelo Ministério de Saúde, em especial atenção à ampliação e normatização dos serviços oferecidos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2002).

Não restam dúvidas de que os CAPSs (Centros de Atenção Psicossocial) constituem o núcleo estratégico da rede assistencial em Saúde Mental. Os CAPS visam disponibilizar atendimento à população de sua área de abrangência, efetuando tanto o acompanhamento clínico como a reinserção social dos usuários, através do acesso ao trabalho, lazer e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários.



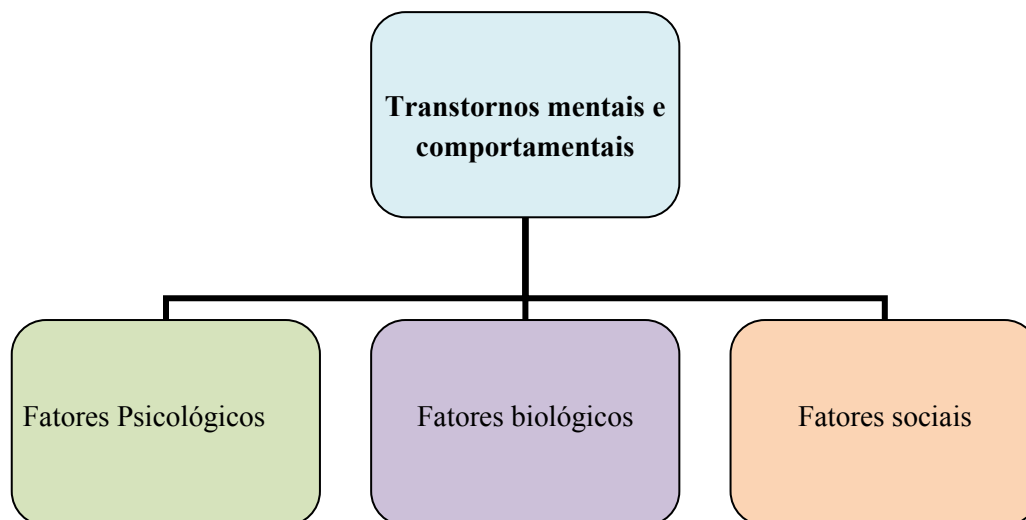
Há que se ressaltar progresso constitucional para o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, o Programa<sup>6</sup> “De Volta para Casa”. Este programa objetiva a reintegração social de pessoas portadoras de transtornos mentais e egressas de longas internações, oferecendo com suporte ao portador de transtornos mentais e aos familiares, o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial (Brasil, 2003).

## 2.2 SAÚDE MENTAL – NOVOS ENTENDIMENTOS

A saúde mental, enquanto objeto de tutela, foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde a sua criação, demonstrada pela definição de saúde estabelecida na Constituição da OMS (1946), como “não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, mas sim, “um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social (...)”. Entretanto, é sabido que esta definição tem passado por reformulações, visto que os avanços nas ciências neurobiológicas, com a ampliação da compreensão do funcionamento cerebral e da relação entre os aspectos físico, mental, e social da saúde dos indivíduos, conforme pode ser observado na Figura 1.

---

<sup>6</sup> O Programa ‘De volta pra Casa’ fora regulamentado pela Lei n.º 10.708, de 13 de julho de 2003 e, trata-se de uma política de inclusão e de redistribuição de renda.



*Figura 1.* Interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais no desenvolvimento, segundo a Organização Mundial de Saúde<sup>7</sup>

*Nota:* Disponível em: [www.direitoshumanos.usp.br](http://www.direitoshumanos.usp.br) Acesso em: 04/06/2009

Ainda segundo a OMS (2001), de uma forma geral, conceitos de saúde mental incluem bem-estar subjetivo, percepção de auto-eficácia, autonomia, a competência, dependência intergeracional e a auto-realização de um potencial intelectual e emocional, entre outros aspectos. Sendo assim, é praticamente impossível definir saúde mental de uma forma multicultural e abrangente, haja vista que cada cultura elege suas prerrogativas. Entretanto, tem-se um consenso quanto à premissa que a saúde mental trata-se de um constructo que abrange ou extrapola os limites da simples ausência de um transtorno mental. Por fim, torna-se pacífico que o funcionamento mental e fisiológico encontra-se fundamentalmente interligado com o aparato físico, social e de saúde.

As políticas de saúde mental no Brasil podem ser consideradas medidas recentes no cenário social, haja vista o enraizamento do modelo médico nas práticas clínicas, herdado da Escola Francesa, centralizado em práticas medicamentosas e

---

<sup>7</sup> Disponível em: [www.who.int](http://www.who.int) Acesso em 04/06/2009.

internações. Pois, somente, a partir da década de 70, que experiências de transformação da assistência, pautadas por uma reforma intramuros das instituições psiquiátricas e posteriormente, pela proposição de um modelo centrado na comunidade e em programas substitutivos, especialmente reivindicados pelos trabalhadores em saúde mental, indignados com as precárias condições de trabalho e do tratamento oferecido aos pacientes, que surgem as primeiras Conferências Estaduais em Saúde Mental, trazendo à tona a problemática da saúde mental no país (Amarante, 2003).

A proclamação da Constituição de 1988 implanta o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo medidas institucionais para a implantação de políticas de saúde mental. Desta forma, optou-se por acatar as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contidas na Carta de Caracas (1990), definindo uma política de saúde mental brasileira, pautada no redirecionamento dos recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária e ao incentivo na criação de serviços em saúde mental de atenção comunitária, pública, de base territorial, determinando, também, critérios mínimos de adequação e humanização dos hospitais especializados. Por fim, a Lei Federal 10.216/01 e III Conferência Nacional de Saúde Mental ratificaram estas diretrizes (Brasil, 2001).

Finalmente, ilustram-se alguns critérios base para conceituação de saúde mental no Brasil, tomando como referência o constructo exposto pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná:

Os seguintes itens foram identificados como critérios de saúde mental:

1. Atitudes positivas em relação a si próprio;
2. Crescimento, desenvolvimento e auto-realização;
3. Integração e resposta emocional;
4. Autonomia e autodeterminação;

5. Percepção apurada da realidade;
6. Domínio ambiental e competência social<sup>8</sup>.

### 2.3 TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O papel desempenhado pelos trabalhadores em saúde mental na história da psiquiatria e no movimento de Reforma Psiquiátrica não pode ser relegado ao posto de coadjuvante, pelo contrário. Desde as primeiras mobilizações e eventos que viriam a ter como consequência a Constituição Federal de 1988 e ulteriormente, a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001 (Lei Paulo Delgado), os trabalhadores em saúde mental, num primeiro momento reunidos através da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM)<sup>7</sup>, e, posteriormente, Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), organizaram vários eventos que mobilizariam diversos segmentos da sociedade, tais como CNBB e OAB, figurando como os protagonistas do movimento de transformação. Desempenharam papel preponderante tanto nas denúncias de abusos, mortes e violações de direitos humanos por parte das instituições, bem como, mantiveram uma postura crítica em relação às políticas de saúde mental e à assistência psiquiátrica baseada na privatização do atendimento (Amarante, 2001, 2003).

A psiquiatra baiana Nise da Silveira, figura enquanto um dos expoentes na humanização do atendimento ao paciente psiquiátrico, ao fundar em 1955, a Casa das Palmeiras no Rio de Janeiro, constituindo-se num centro de referência pós-alta dos pacientes, visando o atendimento contínuo e a não reinternação em caso de reincidência (Pacheco, 2009).

---

<sup>8</sup> Disponível em: [www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br) Acessado em: 14/05/2009

Ressalta-se que o Estado da Bahia figura como um dos mais reticentes quanto ao fechamento de leitos psiquiátricos e à adequação à Resolução nº 5, de 04/05/2004, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, que prevê o ajustamento das medidas de segurança cominadas aos loucos infratores às disposições da referida lei, permitindo a realização de atendimentos ambulatoriais na comunidade do indivíduo, mantendo seus vínculos com a família e a sociedade.

Os profissionais de saúde mental desempenham suas funções laborativas em um espaço singular de atuação, em que suas práticas pressupõem saberes técnicos específicos, bem como a manutenção de sua própria saúde mental. Desta forma, os trabalhadores tornam-se figuras centrais no modelo de atenção empregado nas instituições psiquiátricas. Ressalta-se que a assistência oferecida tanto pelos técnicos quanto pelos trabalhadores com pouca escolaridade, pode ser comprometida por suas crenças e valores (Merhy, 2007).

Uma das proposições construída pela Teoria das Representações Sociais é que sua explicação deve se dar nos níveis posicional e ideológico, haja vista que a posição ocupada pelo indivíduo na instituição, comunidade ou agrupamento, interfere fundamentalmente em suas formas de representação (Abric, 1998, Sá, 2002). Neste sentido, poderíamos supor que os trabalhadores que possuem nível de escolaridade superior desenvolveriam dispor de tecnologias de trabalho condizentes com sua formação superando o senso comum.

Elenca-se os constructos de Merhy (2000, 2007), acerca do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores em saúde, que no decorrer de suas práticas cotidianas fariam uso de três tipos de ‘valises<sup>9</sup>’: uma atrelada a sua mão ou à sua prática física, de

---

<sup>9</sup> Entendidas enquanto caixas ou depósitos de ferramentas tecnológicas, saberes e seus desdobramentos materiais e não materiais, de acordo com o lugar que ocupa e a finalidade que almeja (Merhy, 2000, 2007).

intervenção mecânica, as quais o autor nomeia como ‘tecnologias duras’; outra valise situada em sua mente que diz respeito a saberes consolidados, tais como a epidemiologia ou a hematologia, denominadas de ‘tecnologias leve-duras’ e; por fim, uma valise presente no espaço relacional trabalhador-usuário, que contém ‘tecnologias leves’, imbricadas com a produção das relações entre dois sujeitos, materilizando-se no momento que atua. São as ferramentas contidas na valise da mente que guiarão os fazeres no espaço relacional trabalhador-sujeito.

Este ambiente tomado pelos processos produtivos, que se realizam somente no momento da ação entre os sujeitos, é conduzido pelas tecnologias leves que produzem relações, e acabam por determinar, ou não, vínculos e acolhimento, entre outras manifestações. Ressalta-se que “este momento produtivo, essencialmente do trabalho vivo em ato, é aberto à disputa de capturas por várias lógicas sociais, que procuram tornar a produção das ações de saúde de acordo com certos interesses e interditar outros” (Merhy, 2000)

É mister que se perceba o profissional em seus fazeres, a partir da dimensão apreendida da teoria e de sua dimensão simbólica de regulação da teoria, haja vista que os profissionais são sujeitos deliberativos em suas práticas, as quais são perpassadas por suas representações, sua cultura, e diversos outros fatores. Compreendemos que a Teoria das Representações Sociais pode, nesse sentido, clarificar *os modus operandis* destes profissionais, haja vista que, de acordo com Abric (1998) ‘(...) a visão de mundo que os indivíduos e grupos têm e utilizam para agir e utilizam para agir e tomar posição, sendo indispensável para compreender a dinâmica das interações sociais e clarificar os determinantes das práticas sociais’ (p.27).

Apresentaram-se algumas perspectivas históricas acerca da loucura, e sendo assim, o que poderíamos tecer acerca do contexto de um sujeito asilado no Hospital de

Custódia e Tratamento da Bahia? Tratam-se de dois signos de exclusão: louco e infrator, ambos marcados por processos discriminatórios e nos arriscamos a dizer até ‘descivilizatórios’. Na sequência deste estudo, apresenta-se o modelo teórico de investigação.

### **3 MODELO TEÓRICO DE INVESTIGAÇÃO - A Teoria das Representações Sociais**

Nesta parte, apresentam-se a escolha de modelo teórico de investigação, o qual basileu a construção do trabalho, bem como, orientou na análise dos dados colhidos em campo.

O ser humano traz consigo dimensões que não podem ser descartadas, sob pena de restringir a Psicologia ao comportamento. A Psicologia Social assume a especificidade histórico-social do ser humano, objetivando conhecer o indivíduo em suas relações sociais, em seus aspectos particulares e como este se manifesta grupal e socialmente. O indivíduo não se constitui somente de sua individualidade e subjetividade, mas é produto e produtor do meio em que vive (Lane, 1987).

Neste sentido, o grande desafio da psicologia social é interessar-se pelas crenças e pelo cotidiano do pensamento e sentimento comum, em ressaltar a importância na construção dos saberes e comportamentos da coletividade (Lane, 1987). Diante das várias linhas teóricas da Psicologia Social, optou-se por utilizar o referencial teórico das Representações Sociais (RS) na presente pesquisa.

O termo Representações Sociais designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba, bem como a teoria construída para explicá-los, caracterizando-se como um amplo campo de possibilidade de estudos psicossociológicos (Sá, 2002). Foi cunhado por Serge Moscovici enquanto uma revisitação do conceito de Representações Coletivas, as quais seriam homogêneas e permanentes, propostas por Durkheim, na obra *La Psychanalyse, son image et son public*, publicada em 1961, Moscovici aborda sobre a representação social da psicanálise apresentada pela população parisiense e inaugura o que se definiu



posteriormente como A Grande Teoria das Representações Sociais, das quais deriva-se uma gama de posicionamentos teóricos.

De acordo com Moscovici (2001) as RS podem ser entendidas enquanto um conjunto de conceitos, proposições e explicações desenvolvido no correr da vida cotidiana, no movimento das comunicações interpessoais. Podem ser comparadas aos mitos e crenças das sociedades tradicionais e também podem ser vistas como a versão contemporânea do senso comum. As representações sociais são criadas a partir dos mecanismos da ancoragem e da objetivação, em que o primeiro diz respeito ao ato de ‘ancorar’ idéias ou processos estranhos ao sistema particular de categorias, comparando-o com algum paradigma de uma categoria que o indivíduo possua em seu repertório. Quanto ao mecanismo de objetivação, este diz respeito a transformar algo abstrato em algo quase palpável, transferindo a figura mental, para algo que exista no meio físico. Através destes mecanismos se possibilita que algo estranho torne-se familiar, através da classificação e da nomenclatura. De acordo com Moscovici (1978):

(...) mediante o processo de amarração, a sociedade converte o objeto social num instrumento de que ela pode dispor, e esse objeto é colocado em numa escala de preferência nas relações sociais existentes. (...) transforma a ciência em um saber útil a todos (p.178-179).

Quanto a sua estrutura, Moscovici (1976, 2009) apostila que as representações sociais se estruturam em três dimensões: a dimensão da informação, que se refere à forma de organização dos conhecimentos que determinado grupo detém acerca de um objeto social; a dimensão do campo de representação, que diz respeito à idéia de imagem ou modelo social, bem como ao conteúdo concreto e limitado das conjecturas

acerca de um elemento específico do objeto da representação; e a dimensão da atitude que orienta as ações em relação ao objeto da representação social.

De acordo com Moscovici (1978, 2001), as RS seriam em parte responsáveis pela formação das atitudes e pensamentos em relação às coisas, às situações cotidianas, às pessoas e as situações experienciadas no cotidiano do indivíduo. Mais do que um espectro da realidade, as RS são recriações da realidade, entendidas a partir do conjunto de signos de linguagem e da subjetividade de cada grupo social. O movimento incessante de interação entre objetivação e ancoragem, na formação de representações, seria o mecanismo que possibilitaria compreender o processo de construção de uma representação; a significação dada ao objeto, a interpretação da realidade em questão e os comportamentos em relação àquela representação.

A partir da conceituação de representações sociais de Moscovici, apresentamos alguns outros estudiosos e suas contribuições à teoria. Para Jodelet (1984) *in* Sá (1995), defende que “O conceito de Representação Social designa uma forma específica de conhecimento, o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcionais, socialmente marcados. Mais amplamente, designa uma forma de pensamento social” (p. 32).

Neste ‘jogo’ de saberes do senso comum, emerge o escopo da Psicologia Social, através das representações sociais, em ir além dos fatos afirmados institucionalmente, de documentos de pesquisa e saberes já constituídos, reconhece nas elaborações espontâneas dos sujeitos, a construção cotidiana dos saberes, as condutas e expressões dos grupos, a conexão entre os comportamentos individuais e coletivos. (Jodelet, 2005).

Fazendo-se uso das palavras de Spink (2007), espelham-se a sua escolha teórica pela Teoria das Representações Sociais:

(...) por serem elas conceituadas como conhecimentos práticos constituídos a partir das relações sociais, e, simultaneamente, ser o quadro de referência que permite dar sentido ao mundo e as ferramentas que instrumentalizam a comunicação. Tratando-se de conhecimentos socialmente construídos, suas raízes extrapolam o momento presente; são inevitavelmente a expressão de uma ordem social constituída, mas também resíduos arqueológicos de saberes e crenças passadas que ficaram impregnadas no imaginário social pela ação intertemporal dos artefatos culturais que cultuamos e transformamos em monumentos. (p.13)

Ainda, de acordo com Sá (2002), as representações sociais são reconhecidas enquanto fenômenos psicossociais condicionados à história e à cultura dos indivíduos, e sua explicação perpassa necessariamente pelos níveis de análise posicional e ideológico, bem como, pelos níveis intrapessoal e interpessoal, haja vista que as representações estão alocadas tanto na cognição quanto na cultura, circulando por meio do diálogo social cotidiano, diferenciando-se a partir dos arranjos sociais que as elaboram e as utilizam. Sendo assim, as pesquisas empíricas em representações sociais não produzem resultados replicáveis ou generalizáveis para outros contextos, o que não desmerece ou desqualifica sua aplicabilidade e importância.

Embora exista certa dificuldade em construir uma conceituação mais precisa para este campo, obstáculo este reconhecido por seu fundador, haja vista que sua composição heterogênea é circunscrita por uma série de conceitos mais amplos, de acordo com Sá (2002) este ‘espaço’ produzido por Moscovici acabou por não permitir uma solidificação antecipada de um conjunto operacionalizado de conceitos, não encerrando a teoria das representações em uma micro teoria, pelo contrário, acabou por proporcionar um terreno fértil de desenvolvimento científico, bem como o desenvolvimento de outras facetas da Grande Teoria.

Conforme Doise (1993), as grandes teorias nas ciências humanas são concepções gerais sobre o indivíduo e/ou sociedade, que deverão ser colmatadas por detalhamentos de processos compatíveis com a teoria geral elegida como enquadre, mas podendo, às vezes, ser compatível com outras teorias. Nos estudos em representações sociais não seria diferente. Sendo assim, outros estudiosos desenvolveram trabalhos como complementares à Grande Teoria, destacamos três correntes principais: uma primeira corrente cujos interesses focalizam-se nos processos de construção das representações sociais, seguindo o proposto por Moscovici, como Jodelet (abordagem que visa revelar as representações sociais através das práticas); uma segunda corrente proposta por Doise e seus seguidores da Escola de Genebra (perspectiva mais sociológica, centrada nas condições de produção e circulação das representações sociais); e uma terceira, centrada no conteúdo e na forma de estruturação das representações sociais, como Wagner e Abric, entre outros (Sá, 1998).

As representações sociais possuem um papel importante na dinâmica e nas práticas cotidianas das relações entre os sujeitos. Para Abric (1976), podemos elencar quatro funções constitucionais das representações sociais: *a função de saber*, que permite compreender e explicar a realidade, caracterizada enquanto o saber prático do senso comum delimita o quadro de referência comum que possibilita as trocas sociais, a transmissão e a propagação deste saber comum; *a função identitária*, que define a identidade e permite a manutenção da singularidade dos grupos, assegurando o papel de cada grupo nos processos de comparação social e exerce função primordial no controle social exercido pela coletividade sobre seus membros; *a função de orientação*, que guia os comportamentos e práticas, atuando como um sistema de códigos pré-instruídos que guiam as ações, prescrevendo comportamentos e delimitando o lícito e o ilícito; e por fim, *a função justificadora*, que permite a elaboração de justificativas posteriores aos

comportamentos e às tomadas de decisão, ou seja, as representações sociais também desempenham um papel posterior à ação, afim de explicar as condutas dos sujeitos.

Por fim, ao revisitar Lane (1987), concorda-se que uma análise concreta das representações que um indivíduo possui acerca do mundo em que vive e o circunda, só é possível ao considerar as inserções contidas num discurso bastante amplo, no qual as contradições, lacunas, e, por conseguinte, a ideologia vigente possa ser detectada. E neste sentido, o modelo teórico das Representações Sociais tem se mostrado como alternativa apropriada de estudo e aplicação, vindo de encontro com os objetivos da Psicologia Social. Leciona Moscovici (2005), “o essencial é que, se quisermos fazer a ciência dos fenômenos mentais na sociedade, teremos de identificar o conhecimento produzido no comum e reconhecer a validade das suas propriedades, considerando-se a teoria” (Moscovici *in* Jodelet, p.16)

Há que se ressaltar que a teoria das representações sociais, mesmo que de modo relativamente recente, introduziu o estudo dos processos de subjetivação da vida social, através da exposição da representação social enquanto uma organização simbólica pela qual se manifestam e se desenvolvem as diversas práticas e relações sociais entre os membros de um grupo, instituição ou comunidade. A partir desta premissa, se passa a reconhecer o caráter objetivo e externo com relação aos indivíduos e as práticas sociais. A construção da realidade social se dá em virtude dos processos subjetivos que apresentam diferentes registros da realidade e que são responsáveis pela fabricação da realidade social. A subjetividade não pode ser considerada cópia ou reflexo do mundo real, mas sim, uma produção humana de caráter simbólico, e que a partir da realidade social que o indivíduo vivencia, lhe permite eleger as distintas alternativas de vida quotidiana e de seu desenvolvimento (Rey, 2006, 2008).

Cita-se a obra capital de Jodelet, (2005), acerca de seu estudo das representações sociais da loucura com moradores de uma pequena comunidade francesa que conviviam com doentes mentais e diversos trabalhos, que vem a justificar o uso deste modelo teórico e reiteram a funcionalidade do conceito de sistemas representacionais, pelo dinamismo que caracterizam as interações humanas e suas representações. Concluindo, soma-se ainda o fato de que, a teoria das Representações Sociais não elege nenhum método estático de pesquisa, proporcionando ao pesquisador liberdade de escolha e adequação dos métodos aos sujeitos de pesquisa (Sá, 1996).

### 3.1 ESTADO DA TEORIA EM FACE AO OBJETO DE ESTUDO

Neste tópico se revisam diversos trabalhos acerca do referido objeto de estudo, executados pelas lentes da abordagem da Teoria das Representações Sociais, a fim de demonstrar o atual estado das pesquisas sobre a loucura. Para tanto, apresentam-se algumas investigações clássicas e, outras, contemporâneas. Os estudos que se preocupam em construir conhecimento acerca de conceitos complexos como loucura, saúde e doença mental tem sido objeto de interesse de pesquisadores de todo o mundo, haja vista sua importância na vida cotidiana dos indivíduos. A Teoria das Representações Sociais tem se mostrado uma ferramenta teórica dinâmica na produção de conhecimento científico acerca deste fenômeno.

#### 3.1.1 Importantes estudos em Representações Sociais da Loucura

Não haveria como cerrar esta breve compilação de estudos sem apontar o fundamental estudo da representação social da loucura: a obra de Denise Jodelet,

Loucuras e Representações Sociais, publicada em 1989 a partir de sua tese de doutorado. Jodelet (2005) conviveu e entrevistou habitantes de uma comunidade francesa em que doentes mentais viviam como pensionistas, junto a famílias locais e por meio de uma análise aprofundada, identificou práticas de discriminação dos moradores do vilarejo em relação aos pacientes. Como resultado, revelou que os cidadãos locais consideravam os loucos como diferentes de si e dos seus, eram os *outros*, e assim sutilmente os excluía. A partir da empreitada de Jodelet no (sub) mundo da loucura através do aporte teórico das representações sociais, outros pesquisadores lançaram-se ao desafio em torno do fenômeno da loucura.

Citam-se estudos clássicos como de Wagner (1999) que pesquisou a representação social da loucura na cidade de Patna (Índia), o qual apresentou resultados que convergem aos constructos de Moscovici (2009), apresentando-se como um processo de atualização do senso comum, ao se popularizarem noções científicas, ancorando-as na aceção clássica da estrutura social e familiar daquela realidade. Este conhecimento recém-adquirido produziu contornos flexíveis na representação social encontrada ali.

Outra expoente no estudo das representações sociais da loucura que tal como a presente proposta de trabalho, focaliza-se nos constructos trazidos pelos profissionais que lidam com a loucura, é Morant (1995, 1998 e 2006), com os estudos ‘O que é doença mental? Representações sociais de doença mental entre trabalhadores de saúde mental britânicos e franceses (1995)’, ‘A representação social da saúde mental em comunidades de profissionais de saúde mental no Reino Unido e França (1998)’ e, recentemente, ‘Representações sociais e conhecimento profissional: a representação de doença mental entre os profissionais de saúde mental (2006)’.

No primeiro estudo o autor apresentou as representações desse grupo enquanto constructos carregados de contradição, por vezes fundamentando a loucura em um paradigma médico e termos psiquiátricos e em outros é ilustrada enquanto um modelo funcional, privilegiando a adaptação ao meio. No caso do segundo estudo, o autor expõe que os profissionais construíram noções de doença mental articulada em torno de três temas centrais: a diferença, a angústia e a perturbação, adotadas em detrimento ao modelo médico de atuação e de sua formação profissional. Destacam-se o papel das intersecções entre política, profissionais e leigos, nos processos e construções contemporâneas de representações sociais (Morant 1995, 1998).

Quanto ao terceiro estudo, o autor empenhou-se no estudo da representação social da doença mental pelos profissionais de saúde mental da Grã-Bretanha e da França, durante as mudanças políticas importantes que ocorreram neste ínterim. Tais profissionais foram responsáveis por traduzir diretrizes da política para o trabalho prático com os leigos, desempenhando importante papel social. No decorrer do estudo, destaca dentre outros elementos, que a evolução do contexto político influenciou na imprecisão da representação; profissionais britânicos e franceses diferenciaram-se em alguns aspectos da dinâmica representacional; e as representações sociais figurando na posse de ‘grupos intermediários’ refletindo em sua interface ao mesmo tempo, as esferas científica e do senso comum (Morant, 2006).

Foster (2001) procurou através de pesquisa com estudantes, em grupos focais, demonstrar que há diferenças de representações dos diversos tipos de doença mental, que se inventa, baseado no processo de categorização de casos individuais. Sendo assim, desordens mentais mais brandas não suscitariam quadros de alteridade tão presentes, quanto quadros como esquizofrênicos ou autistas. A mesma autora realizou, posteriormente, estudo qualitativo acerca das representações sociais dos problemas de



saúde mental, tendo como sujeitos de sua pesquisa, paciente/clientes dos serviços de saúde mental (Foster, 2003). Neste contexto percebeu os pacientes/clientes representariam a saúde mental no âmbito de projetos de representação, situando que os problemas de saúde mental em várias questões dentro de uma estrutura de representação.

Outro autor que se ocupou em apreender o conteúdo da representação social de doença mental entre estudantes foi Dixit (2005), ao passo que com a análise dos dados, permitiu-se generalizar suas conclusões ao contexto social mais amplo de educação de jovens de classe média urbana indiana. Através de estudo qualitativo, revelou que a representação social da doença mental estruturou-se em termos do entendimento social das causas e consequências desta que, por vezes é rotulada como uma forma de desvio social.

Correa (2003) inovou ao reunir estudantes de Psicologia, não-estudantes de Psicologia e psicólogos clínicos em seu estudo, a fim de revelar e comparar os diferentes níveis de formação em contraponto aos constructos descobertos, demonstrando que a educação afeta as representações sociais acerca da doença e dos doentes mentais. Segundo seu relato, as representações sociais podem influenciar a resposta social aos doentes mentais. Percebeu-se também que a educação e o entendimento científico apresentaram-se enquanto discurso técnico quase que exclusivo, presumindo-se que essa característica tenha figurado devido à distância simbólica e material da profissão de psicólogo inserido na comunidade.

Maurya e Dixit (2008) realizaram estudo com cidadãos de classe média urbana, a fim de revelar sua compreensão de doença mental. Dentre os resultados, ressalta-se que o caminho para o estabelecimento de significados localizaram-se para além dos discursos científico e médico, entretanto encontraram-se algumas indicações de

racionalização científica nas categorias analisadas, bem como, diferenças nos constructos com relação ao gênero dos participantes. De acordo com os autores, no curso da comunicação cotidiana os indivíduos desenvolvem seus modelos de explicação de doença e saúde mental, utilizando-os como base para a interação social. A conceituação leiga apresentada pelos participantes se baseou em explicações sociais e psicológicas. Concluindo, este estudo possuiu finalidade prática, ao estabelecer explicações que poderão vir a guiar a elaboração de programas de intervenção, tendo em vista que o conhecimento leigo pode ser utilizado para projetar intercessões eficazes, uma vez que incide nas necessidades das pessoas que não estão aprofundadas na perspectiva biomédica. Desta forma, a combinação do conhecimento leigo ou do senso comum, com programas bem orientados de intervenção no campo da saúde mental, poderiam reduzir o estigma associado à doença mental.

Em outra direção trilhou Cross (2004), ao explorar as sequências entre os ícones tradicionais alusivos à loucura e as imagens de doenças mentais vinculadas por produtores dos programas da televisão britânica contemporânea. Seu trabalho investigou precipuamente documentários televisivos que apresentavam a vida de esquizofrênicos e as mudanças da assistência psiquiátrica na comunidade. A partir deste panorama, Cross enfatiza a importância cultural da televisão enquanto um veículo de informação que possui responsabilidade social sobre o conteúdo vinculado, haja vista que traz à sociedade a presença simbólica destes indivíduos.

Foster (2006) igualmente lançou-se à investigação sobre a mídia britânica, sob o foco de artigos veiculados acerca do Projeto de Lei sobre Saúde Mental no ano de 2002 (as mudanças políticas abordadas por Morant, 2006) e nos três anos seguintes. Corroboram-se as conclusões de estudos anteriores tais como de Cross, acerca do papel negativo da mídia quanto à saúde mental. O uso contínuo de imagens equivocadas

sugere que os problemas de saúde mental têm sido entendidos enquanto particularidades dos 'outros' e desta forma, fortemente arraigados na sociedade.

No cenário nacional, numa perspectiva mais teórica, apresentamos o trabalho de Wachelke (2005) intitulado 'O vácuo no contexto das representações sociais: uma hipótese explicativa para a representação social da loucura' propõe que os conteúdos culturais possam ser acessados com o subsídio da teoria das representações sociais. A partir desta premissa, o autor apresenta resultados de alguns estudos que expuseram a representação social da loucura, ressaltando uma particularidade recorrente: a alteridade. Entende-se que a loucura é um objeto cercado de incerteza e ambiguidade, representado como algo afastado do indivíduo que o representa. Wachelke (2005) expõe que alguns autores argumentam que esse movimento seria decorrência de uma falha estrutural da representação social da loucura e a partir desta premissa, propõe como hipótese para elucidar esse fenômeno, um conflito entre sistemas de representações científicas e culturais, que, por sua vez daria origem a um problema de cobertura da loucura enquanto objeto, a que ele nomeia como vácuo representacional. Ao mesmo tempo, baliza limitações desta mesma hipótese conjecturada e ressalta a necessidade de produção de outros estudos a fim de verificar a adaptação e a generalidade.

Em contraponto, numa perspectiva de pesquisa empírica, Moraes e Oltramari (2005) ocuparam-se em investigar a relação entre o Hospital Psiquiátrico de Santa Catarina e a comunidade, a fim de relatar as representações sociais que os sujeitos vizinhos da instituição possuem acerca da mesma e da loucura. Através deste estudo, observaram que o hospital figura como local de tratamento onde muitos sujeitos se encontram asilados em decorrência da não atenção dos familiares. Em concomitância, revelou-se que os sujeitos entendem a loucura como um fenômeno biológico e que convivem em relativa harmonia com a instituição e seus pacientes.

Brito e Catrib (2004) optaram por realizar a investigação elegendo como participantes da pesquisa indivíduos portadores de transtorno de humor que realizavam tratamento ambulatorial. As pesquisadoras assinalam que as representações sociais de loucura reveladas pelo estudo, estruturam-se, mormente em torno de esquemas figurativos e unidades de significação, como mitos, traumas e doença dos nervos. Visualizando esta perspectiva, Oliveira e Roazzi (2007) utilizaram-se desta nomenclatura amplamente utilizada pelo senso comum, a ‘doença dos nervos’ para investigar a organização estrutural da representação social da doença mental, ressaltando as diferenças de gênero nas formas de organização.

Pereira (2003) ocupou-se em abordar as representações sociais acerca da loucura pela ótica das famílias de pacientes psiquiátricos e a convivência cotidiana real com as dificuldades, evidenciando as ambiguidades nas relações dentro do núcleo familiar e a expressa necessidade do suporte dos serviços de saúde. A autora também deu voz aos pacientes psiquiátricos (Pereira, 2005), ao identificar suas Representações Sociais, acerca do convívio com a loucura, a internação e o sofrer psíquico. Utilizando-se de diversos instrumentos metodológicos, a saber, observação, entrevistas abertas não diretivas, uso de Técnica Projetiva (o desenho-estória livre e com tema) e de consulta aos prontuários dos pacientes, apresentou dados e resultados contundentes quanto às representações sociais da loucura dos próprios indivíduos submetidos ao fenômeno.

Rodrigues, Dantas, Nunes, Santos, Dantas e Ramos (2009) desenvolveram um estudo sobre as representações sociais da loucura entre universitários dos cursos de Direito e Medicina e psiquiatras e advogados criminalistas. Na interface entre o conhecimento jurídico e médico, os estudantes apresentaram resultados demonstrando a influência do saber psiquiátrico na concepção de loucura e ressaltam a relevância de uma compreensão sócio-histórica na abordagem do fenômeno.

Finalmente, é posto em discussão o trabalho desenvolvido por Dantas e Chaves (2007), que se aproxima da proposta de pesquisa em ‘adentrar’ no espaço singular do manicômio judiciário, ao debater as representações sociais dos guardas do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe a respeito do tratamento da saúde mental dos internos. Seu foco voltou-se aos agentes carcerários, responsáveis pelo controle social da instituição e conforme verificaram, os participantes mantinham crenças acerca da periculosidade do louco, mas ao mesmo tempo, expuseram práticas e falas mais sensíveis à categoria do louco infrator. Tais estudos, que revelam os indivíduos, suas falas, práticas e experiências por trás das representações assumem importância ímpar, haja vista que, os resultados obtidos poderão embasar projetos que incrementem as atuais políticas de atuação em saúde mental.

#### 4 SITUANDO O CAMPO DE PESQUISA

A pesquisa empreendida está localizada no campo de estudos em Psicologia Social, baseado nos constructos da Teoria das Representações Sociais, precisamente nas análises que privilegiam identificar as representações sociais de um objeto e sua influência nas práticas cotidianas dos indivíduos. Através desta interface, a pesquisa direcionou-se para o campo de investigação das relações surgidas deste íterim. A relevância da articulação entre estas duas dimensões de investigação - as representações em si e as práticas cotidianas - vem sendo sugerida aos pesquisadores em Representações Sociais, como alternativa que contribui com o fortalecimento da **Grande Teoria**, haja vista que, adiciona um elemento palpável de possibilidade de atuação.

Elegeram-se o HCT (Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Bahia - Manicômio Judiciário da Bahia) para realização da pesquisa de campo, por se tratar de uma instituição ambivalente, um ambiente peculiar de atuação profissional, seja da área da psicologia, saúde ou da área jurídica.

O HCT é uma instituição penitenciária, vinculada à Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Estado da Bahia. Abriga os indivíduos considerados judicialmente loucos e infratores de todo o Estado da Bahia, os quais estão submetidos ao regime de medida de segurança, internação e/ou tratamento ambulatorial.

Trata-se de um espaço singular de atuação, tanto pelo público-alvo da intervenção estatal, quanto pela natureza da atuação profissional dos servidores que exercem neste local suas atividades. Pode-se afirmar que o objeto loucura ali personificado, encontra-se especializado em razão do caráter ilícito das condutas destes pacientes psiquiátricos.

É sabido que, não se tem, pelo menos por enquanto, uma solução para a justiça criminal, seja em relação ao louco infrator ou ao criminoso comum, nem através da psiquiatria (pela distinção do louco infrator dos demais) ou do sistema penal. As tentativas de re-socialização do louco infrator, através dos dispositivos legais não são suficientes para criar mecanismos que o adaptem à sociedade e adaptem a sociedade ao louco. Há uma linha muito tênue entre a loucura e a criminalidade, “a loucura se individualiza, gêmea estranha do crime, pelo menos ligada a ele, por vizinhança ainda não posta em questão” (Foucault, 2004. p. 399).

O Direito apenas se ocupa de transformar os conflitos de natureza social em conflitos jurídicos, passíveis de sanções, haja vista que a prisão ou privação da liberdade seria a forma mais ‘civilizada’ de apenar um indivíduo (Foucault, 2008). Mas se esta punição, que sempre vem *a posteriori*, ou seja, sempre após a consumação do ato delituoso, como se apenaria um louco infrator, sem consciência de seus feitos? A solução seria o manicômio judiciário, onde se ‘curaria’ o louco?

Assim como as demais instituições psiquiátricas que possuem pacientes judiciários, o nascimento do HCT surgiu da necessidade de classificar e separar os loucos dóceis dos loucos criminosos. Para tanto, seu gérmen brotou de uma ala isolada no Hospital Juliano Moreira para, posteriormente, devido ao crescente número de asilados, ser transferida, em meados de 1973, para uma sede própria, o Pavilhão Madeira de Pinho, localizado à Av. Afrânio Peixoto, s/n na Baixa do Fiscal.

O primeiro contato com a instituição se deu em meados de outubro de 2008. Interessamo-nos pela dinâmica do HCT e procuramos nos inteirar de seu funcionamento. Entramos em contato com uma pesquisadora que havia realizado sua dissertação de mestrado sobre a questão legal dos pacientes do HCT e a partir disso foi construindo-se a rede de contatos.

Há época da primeira coleta de dados empíricos que viriam a embasar o projeto de pesquisa, o HCT contava com 159<sup>10</sup> pacientes custodiados, em regime de internação e/ou tratamento ambulatorial. Este número de pacientes é variável oscilando mês a mês, mas nunca diminuindo de pelo menos 145 pacientes. Procuraram-se informações neste sentido, a fim de traçar um comparativo entre os primeiros anos de atuação e a época presente, o que se findou infrutífero. Informou-se que muitos prontuários, dados, documentos foram perdidos ou extraviados no decorrer da mudança para a Baixa do Fiscal. E o que ainda restou deste primeiro momento, virou entulho em uma das muitas alagações que tradicionalmente assolam o Hospital de Custódia no período das chuvas.

A participação de palestras com profissionais da instituição resultou no agendamento de visitas, visando conhecer o funcionamento do Hospital de Custódia, para a confecção do projeto de pesquisa. Nesse ínterim houve a seleção como acadêmica do Programa de Mestrado em Psicologia da Ufba e para dar intento a caminhada, sentiu-se necessidade de lançar mão de leituras que subsidiassem o itinerário na busca de respostas aos questionamentos levantados, para tanto, foi preciso a utilização de procedimentos metodológicos que conduzissem ao estudo de interações sociais que foram elegidas como problema de análise, sendo estas compreendidas enquanto ferramentas de produção de conhecimento.

No concerne, apresenta-se tabela do tipo de crime e frequência entre os custodiados do HCT, fornecida pela instituição.

---

<sup>10</sup> Disponível em: [www.sjcdh.ba.gov.br](http://www.sjcdh.ba.gov.br). Acesso em: 02/07/2009.



Tabela 1  
Tipos de crimes e frequência entre os custodiados do HCT (Salvador, Bahia)

<b>Tipo de crime</b>	<b>Frequência</b>
Ameaça	9
Atentado violento ao pudor	5
Ato obsceno	1
Dano	5
Entorpecentes	3
Estupro	4
Furto	5
Homicídio	64
Ignorado	8
Incêndio	2
Lesões corporais	11
Roubo	11
Tentativa de estupro	3
Tentativa de furto	2
Tentativa de homicídio	22
Outros	4
<b>Total</b>	<b>159</b>

*Nota:* Documentos do Arquivo do HCT (Salvador, Bahia)

Julgou-se importante abordar o contexto em que se realizou a pesquisa de campo, possibilitando a visualização de aspectos que consideramos relevantes a serem mencionados, pois permitem melhor compreensão acerca da realidade vivenciada pelos sujeitos da pesquisa.

Pois, a expectativa deste estudo sugere uma relação entre a dimensão representacional do objeto loucura, construída pelos atores sociais do cenário em questão e suas efetivas práticas profissionais cotidianas em relação a este objeto, o qual se constitui em outras palavras, no objetivo principal de investigação.

É provável que o ambiente peculiar do HCT, que é ao mesmo tempo prisão e hospital, atue nos significados e vivências cotidianas dos profissionais que ali atuam. Sendo assim, questionamo-nos: de que forma esses profissionais percebem e situam a saúde mental dentro do contexto tão característico do louco infrator? Suas crenças pessoais atuariam em conjunto às suas práticas profissionais?

Tais indagações reascenderam inquietudes que mesmo de forma sutil se faziam presentes no decorrer da formação profissional nos cursos de graduação em direito e em psicologia, tais indagações se fortaleceram a partir da inserção no curso de mestrado em psicologia da UFBA, impulsionando a elencar como questão norteadora de nossa pesquisa, a seguinte pergunta:

✓ **Qual é a relação entre as representações sociais da loucura de profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia e suas práticas profissionais/de cuidado/atendimento aos pacientes psiquiátricos judiciários?**

A partir da questão norteadora da pesquisa apresentam-se os objetivos perseguidos na construção do presente estudo.

#### 4.1 OBJETIVO GERAL

✓ Compreender as representações sociais acerca da loucura, verificando a sua correspondência com as práticas profissionais da área da saúde mental do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Bahia.

#### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

✓ Descrever as representações sociais do objeto loucura, pelos profissionais da saúde do HCT, priorizando revelar se o ambiente institucional e a relação profissional - interno influência nos constructos identificados;

✓ Verificar se o fator tempo de vínculo empregatício com a instituição contribuiria com uma possível diversidade de representações;

- ✓ Apontar as objetivações e ancoragens presentes no processo de (re) formulação das representações;
- ✓ Identificar e apontar a existência (ou não) da relação entre as representações sociais da loucura e a as práticas profissionais de cuidado dos sujeitos da pesquisa;
- ✓ Apontar a partir das elaborações dos profissionais sujeitos da pesquisa, suas próprias barreiras simbólicas e materiais quanto ao convívio em sociedade do louco infrator e desta forma contribuir com saberes que venham a incrementar as tecnologias de cuidado e as políticas públicas que atendam as demandas específicas da condição do louco infrator.

## **5 DELINEAMENTO METODOLÓGICO**

*Rejeitar Estereótipos (...)  
Agregar, Emergir  
Retornar às origens  
Nesta vasta "Interrogação"  
(Marcionílio de Paiva)*

Neste capítulo apresenta-se a trajetória de questões relativas ao percurso de investigação percorrido, objetivando identificar representações sociais de profissionais da saúde do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Bahia, acerca da loucura, e como essa compreensão se revela através das práticas profissionais no cuidado do louco infrator.

O itinerário de busca demonstrar algumas situações previstas na elaboração do projeto de pesquisa e, outras não previstas, que serão melhor elucidadas no decorrer da análise dos dados coletados . Sendo assim, descreveu-se a caminhada, abordando de forma sistematizada as etapas da pesquisa, a metodologia utilizada e o processamento de análise das informações colhidas, buscando-se evidenciar os objetivos inicialmente contemplados e perseguidos no decorrer da construção.

Ao iniciar, é mister ressaltar que diversos autores divergem sobre os conceitos de 'método' e 'metodologia' quanto à seu uso e delimitação. De acordo com Popper (1978), a Ciência pode ser considerada um método, haja vista que as ciências se utilizam de uma metodologia científica como instrumento para construção do conhecimento. Desta forma, não existira conhecimento científico válido sem o uso dos métodos científicos, ou seja, ferramentas sistematizadas que poderiam dar conta de ocorrências semelhantes.

Para Lakatos (2008), o método caracteriza-se por como conjunto de atividades sistemáticas e racionais que, tendo a funcionalidade de sergurança e economia, permitem atingir aos objetivos da pesquisa, produzindo conhecimento válido, traçando uma estratégia a ser utilizada, detectando erros e auxiliando as

decisões do cientista. Seria possível distinguir ou separar, desta forma, os métodos de abordagem do problema (indutivo, dedutivo, hipotético-dedutivo e dialético) e os métodos de procedimentos, que caracterizam-se pela definição dos instrumentos de investigação, que no universo peculiar das pesquisas em ciências sociais, poderiam ser inúmeros e utilizados em concomitância.

Em se tratando de um estudo que objetiva investigar a relação entre representações sociais da loucura e seus reflexos nas práticas cotidianas de atuação, destacou-se à existência de um cenário amplo de possibilidades de pesquisa. Entretanto, identificou-se um espaço privilegiado de pesquisa, através do empreendimento de um recorte que viabilizou a feitura do presente estudo, elegendo o Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia como o campo de pesquisa e os profissionais da saúde que ali atuam, como os sujeitos pesquisados.

## 5.1 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Na direção de balizar a coleta dos dados na pesquisa de campo e reiterar a validade do estudo, utilizou-se de diversos instrumentos e técnicas de pesquisa. Para tanto, nos valem da observação e do relato no diário de campo, do exame de diversos tipos de documentos da instituição (prontuário dos custodiados, livros de registro, entre outros), aplicação de questionário e de entrevista semi-dirigida delineada por três eixos semi-estruturados.

Visitou-se o HCT por quatro ocasiões no ano de 2009 e estabeleceu-se diálogo com alguns profissionais daquela instituição.

**a) Observações:** Uma observação assistemática mais efetiva, da realidade que visamos discurrir deu-se nos meses de abril e maio de 2010. Houve a proposição

em ‘submergir’ neste espaço, acompanhando quase que diariamente a dinâmica da instituição, caracterizando-se desta maneira a inserção como uma observação participante.

A observação participante pressupõe que o próprio pesquisado intervém e é interferido pelo universo no qual se insere. Para tanto é necessário que o pesquisador tenha uma postura ética e de respeito para com o ambiente e seus atores, ao mesmo tempo em que procura não sobressair-se como pesquisador, deve manter-se como parte, a fim de ultrapassar os mecanismos utilizados para moldar os aspectos considerados negativos pelos sujeitos e atingir a realidade do cotidiano (Minayo, 2000).

Durante as incursões de observação ao HCT, foram oportunizadas a participação em diversos momentos dentro da instituição, tais como, os atendimentos psicológico, social e da enfermagem, e o acompanhamento do acolhimento admissional e entrevista do Programa de Assistência Individualizada – PAI, além do acompanhamento da rotina de atividades diárias dos profissionais: o compartilhamento da hora do almoço, atividades diversas, o ponto do cafezinho.

**b) Questionário:** com a aplicação de um questionário (Apêndice 1), fora possível coletar, mesmo que de forma sucinta uma descrição de dados importantes acerca do perfil do participante de pesquisa, como a sua formação, sexo, idade, religião, estado civil, escolaridade e o tempo de atuação no HCT. Assim, o questionário permitiu identificar inicialmente as práticas profissionais que seriam desempenhadas por aquele sujeito que seria posteriormente entrevistado.

**a) Entrevistas:** Em consonância com as observações, utilizou-se de entrevista aberta (Apêndice 2), realizada a partir dos três eixos estruturantes a seguir:

**Eixo 1 - Histórico do participante na instituição.** Conhecer o histórico do participante da pesquisa permitiu analisar dados quanto à história do participante na instituição; Visualizar a forma de vínculo; Entender as diferenças percebidas antes de conhecer a instituição e depois de fazer parte dela.

**Eixo 2 - Histórico sobre as relações entre o participante e os demais membros da instituição.** Este eixo objetivou analisar as percepções sobre a Reforma Psiquiátrica; e também teve o propósito de analisar as relações entre os diversos profissionais do contexto pesquisado.

**Eixo 3 - Relato das atividades cotidianas.** A análise deste eixo possibilitou listar as atividades cotidianas desempenhadas pelos participantes; Analisar suas dificuldades/facilidades no desenvolvimento das atividades rotineiras e analisar as relações com os pacientes custodiados.

Abric (1994) reiterou a importância das entrevistas dirigidas nos estudos em representações sociais. Em seu trabalho sobre as Representações Sociais da Loucura, Jodelet (2005) notadamente privilegiou as entrevistas em profundidade em sua metodologia de pesquisa, complementando-as com outras técnicas de coleta, como a observação e a coleta de dados documentais acerca da instituição campo de estudo.

## 5.2 ORDENAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

a) **Sistematização dos dados e hierarquização do conteúdo coletado:** O material acumulado a partir da busca em referenciais teóricos que deram subsídios a pesquisa bibliográfica e na pesquisa de campo sistematizada, através da utilização de instrumentos e técnicas no decorrer das visitas, observações, questionário e a realização de entrevistas com os sujeitos pesquisados, foi avaliado, parecendo clara a definição, no

conjunto do material disponível, de alguns temas mais relevantes do que outros, quando colocados em articulação com o problema sob investigação. Partindo dessa premissa, os temas foram destacados em “unidades temáticas” (CHIZZOTTI, 1991) que, agregadas ao conjunto das demais unidades temáticas selecionadas, constituíram “blocos temáticos” que nuclearam os conteúdos que se inter-relacionaram com o problema da pesquisa.

b) **Definição das categorias analíticas:** A partir dos blocos temáticos, entendidos pela sistematização da realidade apreendida pelo processo de investigação desenvolvido durante a primeira fase da pesquisa, o processo de análise prosseguiu com a articulação dos mesmos quanto ao problema colocado sob investigação e ao referencial bibliográfico e teórico disponível. Assim, a articulação da realidade com a teoria, em busca de respostas para o problema de pesquisa, acabou por definir um conjunto privilegiado de unidades temáticas dentro de cada bloco temático. Essas unidades de conteúdos se caracterizaram pela presença de elementos interpretativos relacionados com a realidade sob observação e foram denominadas de “categorias analíticas”, constituindo-se “passagens” que possibilitaram vincular a realidade apreendida na fase de coleta de dados com a teoria que tentou interpretá-la.

Estabelecer categorias caracteriza-se enquanto um processo de materialização e ordenamento do processo construtivo-interpretativo do pesquisador, desenvolvendo a partir de núcleos de significação teórica imbuídos de certa constância, ou seja, não são elementos estanques, mas uma etapa da produção de conhecimento que prioriza um movimento articulado entre si (Rey, 2005).

As categorias de análise definidas a partir da inserção empírica relacionadas às representações da loucura e às práticas profissionais, e que balizaram a estruturação dos dados obtidos norteando a construção do referido estudo são as elencadas a seguir:



✓ *Ambiente institucional* – caracteriza as particularidades do lócus de trabalho, o Hospital de Custódia e Tratamento. A especificidade laboral e jurídica do espaço. Suas particularidades de estruturação física e organizacional e nuances das relações de poder existentes.

✓ *Vínculo empregatício* – Visa contemplar as especificidades entre os profissionais e o ambiente laborativo, o lapso temporal de vínculo empregatício com a instituição; o lapso temporal de formação profissional; outros vínculos empregatícios e impressões.

✓ *Práticas profissionais cotidianas* - atividades efetivamente desenvolvidas no cotidiano profissional dos participantes; dificuldades/facilidades no desenvolvimento de suas atividades rotineiras; a relação com os pacientes custodiados; suas impressões acerca do tratamento dirigido a estes.

O *ambiente institucional* volta-se à aspectos relacionados às particularidades do nosso campo de pesquisa. O *vínculo empregatício* e as *práticas profissionais cotidianas* endereçam às questões subjetivas que se apresentam no contato diário com o louco infrator. É neste contato iminente que se situa o objeto primordial deste estudo, ou seja, as representações sociais da loucura, que influenciariam na prática profissional dos sujeitos.

c) **Análise e apresentação dos conteúdos:** Finalmente os blocos temáticos foram perpassados pelas categorias analíticas construídas da forma anteriormente colocada, o que acabou por produzir o material trabalhado sob a forma de conteúdos ordenados, os quais foram à base para a construção das diversas partes da presente dissertação. A pretensão foi a de que os conteúdos, assim tratados, pudessem oferecer possibilidades de esclarecer melhor a versão dos vários sujeitos

sociais situados em relação a questão norteadora da pesquisa, ajudando igualmente a identificar como se expressam as representações sociais acerca da loucura, verificando a sua correspondência com as práticas dos profissionais da área da saúde mental do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Bahia. Realizada a coleta de dados, passamos à transcrição das entrevistas. Foram captadas 4 horas e 31 minutos de relato, média de 33,5 minutos de relato por participante. Passando à interpretação de seu conteúdo, enquanto, “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardín *in* Trivinos, 1987, p.160).

A análise de conteúdo é tradicionalmente utilizada em estudos com desenho qualitativo, em virtude do salto interpretativo que proporciona ao pesquisador, em detrimento da restritividade de desenhos mais quantitativos. (...) a análise de conteúdo, em termos gerais, relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem. (Minayo, 2000, p. 203).

Utilizando-se deste método, decompuseram-se as entrevistas em desmembramentos temáticos. A análise foi realizada de forma a confrontar os depoimentos dos entrevistados com o referencial teórico em relação às questões de pesquisa, levando-se em conta o contexto teórico-social, supondo a superação da descrição simples para a análise dos conteúdos. Sob este olhar, Sá (1998), expõe que a melhor estratégia no campo das representações sociais parece ser a de escolher uma perspectiva teórica já constituída ou, se nenhuma o abranger o objeto de estudo, perpetrar uma combinação consistente de diversas perspectivas.

O passo seguinte fora a categorização destes dados, comparando as unidades definidas e reunir os elementos semelhantes, nomeando-os. As categorias podem ser desenvolvidas antes do trabalho de campo caracterizando-se pela generalidade do método dedutivo. Pode ser estabelecido a partir das informações contidas nos próprios dados, pelo método indutivo, ou ainda, serem gerados de uma combinação destes (Moraes, 2003).

No concerne, com a explicitação das categorias e a inter-relação entre estas, criou-se um meta-texto, que abrange a compreensão quanto ao fenômeno analisado. Por fim, compartilha-se com o leitor alguns resultados e conclusões a que chegamos. Situando de que o resultado final da pesquisa empreendida, apresentado na forma desta dissertação procurou dar vazão a algumas inquietações como já mencionado anteriormente, no decorrer deste trabalho, que ao seu final intenciona contribuir no sentido de subsidiar ações e reflexões acerca do assunto aqui desencadeado.

### 5.3 CARACTERIZANDO OS PARTICIPANTES DA PESQUISA – TRABALHADORES DO HCT

Após a eleição dos profissionais da saúde do HCT como os participantes da pesquisa, buscou-se informações junto à instituição quanto aos seu quadro de funcionários. Percebeu-se que a maioria dos profissionais que trabalham no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia possuem estabilidade laborativa, ressaltando que alguns profissionais são servidores da instituição há décadas, inclusive, tendo se mudado para a Baixa do Fiscal, junto com os pacientes. Em contrapartida, existem ainda profissionais em regime de Reda – Regime Especial em Direito Administrativo,

caracterizado por contrato temporário de trabalho e trabalhadores exercendo cargos comissionados.

### 5.3.1 Universo e Amostragem da Pesquisa

Segundo dados coletados em 29 de abril de 2010, o quadro funcional do HCT contava com 221 servidores, assim dispostos.

Tabela 2: Profissionais do HCT

<b>Função</b>	<b>Sub-total</b>	<b>Situação Funcional</b>
Agente Penitenciário	81	02 – Funções administrativas 05 – Cargos Comissionados 01 – Função administrativa e cargo comissionado 02 – Processo de aposentadoria 01 – Readaptação funcional
Analista técnico	01	
Assistente Social	04	02 – Cargos Comissionados
Auxiliar Administrativo (18+6)	24	01 – Atua na enfermagem 01 – Cargo Comissionado 01 – Processo de aposentadoria
Auxiliar de Consultório Odontológico	02	01- Reda 01 – Cargo Comissionado
Auxiliar de Enfermagem (13+32)	45	03 – Função Administrativa 01 – Cargo Comissionado 05 – Reda 01 – Readaptação Funcional
Cargos Comissionados sem função específica	08	02- Não se apresentaram
Coordenação Administrativa	01	01 – Cargo Comissionado
Diretoria Adjunta	01	01 – Cargo Comissionado
Enfermeira	12	02 – Cargo Comissionado 03 – Reda
Farmacêutica	01	01 – Reda
Médico Clínico	02	
Médico Psiquiatra	15	01 – À disposição 01 – Cargo Comissionado 08 – Reda
Motorista	09	01 – Sem habilitação (deficiência visual) 01 – Reda
Nutricionista	01	

Odontóloga	02	01 – Reda
Psicóloga	04	01- Processo Administrativo (sem frequência) 01 – Reda
Técnico Administrativo	04	01 – Processo de Aposentadoria
Terapeuta Ocupacional	03	01 – Reda
<b>Total: 221 Servidores</b>		

---

*Nota:* Documentos do Arquivo do HCT (Salvador, Bahia).

A natureza do problema de pesquisa definiu a escolha dos participantes para um processo de identificação deliberado e dirigido, vinculado ao atributo profissional de saúde.

Assim sendo, através de uma primeira triagem elencou-se como participantes, uma amostra intencional por conveniência composta por oito servidores que por definição da categoria, atuam na área da saúde, e especificamente no contexto da pesquisa, na área da saúde mental. Tratando-se de uma pesquisa qualitativa, percebeu-se que este número de participantes alcançou a exaustão temática quanto ao referido objeto de estudo. Salienta-se a opção em priorizar profissionais da área da saúde não médicos, opção do pesquisador em contrapor os saberes instituídos por essa categoria profissional, tradicional nas instituições psiquiátricas.

Seguindo a indicação de Minayo (2002) ‘(...) numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação (p.102)’.

### **5.3.2. Perfil dos Participantes da pesquisa**

Desta maneira, os participantes de pesquisa foram os seguintes: um(a) psicólogo (a), um(a) assistente social, um(a) terapeuta ocupacional, duas enfermeiras, um(a) estagiária de psicologia, um(a) técnica de enfermagem e um agente penitenciário.

Tabela 3: Caracterizando os sujeitos da Pesquisa – dados gerais

<b>Entrevistado</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Religião</b>	<b>Estado Civil</b>
<i>Entrevistada A</i>	Feminino	46 anos	Cristão	Solteira
<i>Entrevistado B</i>	Masculino	49 anos	_____	Divorciado
<i>Entrevistada C</i>	Feminino	26 anos	_____	Solteira
<i>Entrevistada D</i>	Feminino	42 anos	Espírita	Solteira
<i>Entrevistada E</i>	Feminino	57 anos	Católica	Casada
<i>Entrevistada F</i>	Feminino	38 anos	Católica	Casada
<i>Entrevistada G</i>	Feminino	43 anos	Católica	União estável
<i>Entrevistada H</i>	Feminino	33 anos	_____	Separada

*Nota:* Dados Primários

Há que se ressaltar a prevalência do sexo feminino entre os participantes, vindo de encontro com a realidade do universo das profissões voltadas à saúde, como enfermagem, psicologia e serviço social, historicamente com predominância de mulheres.

Tabela 4: Caracterizando os participantes da pesquisa – profissão e tempo no Hospital de Custódia e Tratamento

<b>Entrevistado</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Tempo de atuação na formação</b>	<b>Tempo no HCT</b>
<i>Entrevistada A</i>	Técnico	Técnico em enfermagem	19 anos	11 anos
<i>Entrevistado B</i>	Superior incompleto	Agente penitenciário	28 anos	03 anos
<i>Entrevistada C</i>	Superior incompleto	Estagiária em Psicologia	_____	01 ano
<i>Entrevistada D</i>	Superior completo	Enfermeira	20 anos	16 anos

<i>Entrevistada E</i>	Superior Completo	Enfermeira	30 anos	28 anos
<i>Entrevistada F</i>	Superior Completo	Assistente Social	14 anos	13 anos
<i>Entrevistada G</i>	Superior Completo	Psicóloga	17 anos	03 anos
<i>Entrevistada H</i>	Superior Completo	Terapeuta ocupacional	10 anos	01 ano

*Nota:* Dados primários

Em consonância com as observações, utilizou-se de entrevista aberta, realizada a partir de eixos estruturantes, visando contemplar nossos objetivos de pesquisa. Tal opção metodológica vem de encontro às ambições de pesquisa e ao próprio desenho do estudo. Perguntas abertas proporcionam ao participante a livre expressão de idéias e conteúdos, que não seriam obtidos com a resposta a um quesito de questionário. Desta forma, prestamos nosso roteiro da seguinte maneira:

Tabela 5: Roteiro da Entrevista Semi-estruturada

<b>Eixo Estruturante</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Categorias de análise</b>
<b>1) Histórico do participante na instituição</b>	Analisar dados quanto à história do participante na instituição;	Ambiente Institucional
	Visualizar a forma de vínculo;	Ambiente Institucional
	Entender as diferenças percebidas antes de conhecer a instituição e depois de fazer parte dela .	Ambiente Institucional
<b>2) Histórico sobre as relações entre o participante e os demais membros da instituição</b>	Analisar as percepções sobre a Reforma Psiquiátrica;	Vínculo Institucional
	Analisar as relações entre os diversos profissionais.	Vínculo Institucional
<b>3) Relato das atividades cotidianas</b>	Listar as atividades cotidianas desempenhadas pelos participantes;	Práticas Profissionais Cotidianas
	Analisar suas dificuldades/facilidades no desenvolvimento das atividades rotineiras;	Práticas Profissionais Cotidianas

---

Analisar as relações com os  
pacientes custodiados.

---

Práticas  
Profissionais  
Cotidianas

As entrevistas foram realizadas individualmente, na própria instituição, possibilitando aos participantes escolher a hora e o momento que lhes melhor conviesse. Antes da realização das mesmas, efetuou-se explanação dos objetivos da pesquisa e da finalidade acadêmica do estudo, bem como e a destinação eminentemente acadêmica das mesmas, a manutenção do sigilo quanto à identidade, a forma como os dados seriam utilizados e transcritos na fase de análise. Ressalta-se que era facultado ao participante encerrar a entrevista a qualquer tempo, sem necessidade de explicação, o que não ocorreu com nenhum participante.

Por fim, leu-se ou possibilitou-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). Após a assinatura do mesmo, e respondido eventuais dúvidas dos participantes, as entrevistas eram encetadas, devidamente autorizadas à gravação através de um MP4 Player, marca MPOX, com 2GB de memória. Cabe pontuar que um profissional recusou-se a assinar o termo de consentimento e não concordou com a gravação de sua fala, sendo, portanto, descartado enquanto participante.



## **6 CONTATO COM O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO**

### **relato de uma experiência**

Nesta parte, optou-se por inicialmente, descrever o processo de inserção no campo de pesquisa, apresentando algumas impressões a partir da observação participante, e porque não, do relato enquanto ser humano, de uma experiência tão rica quanto esta.

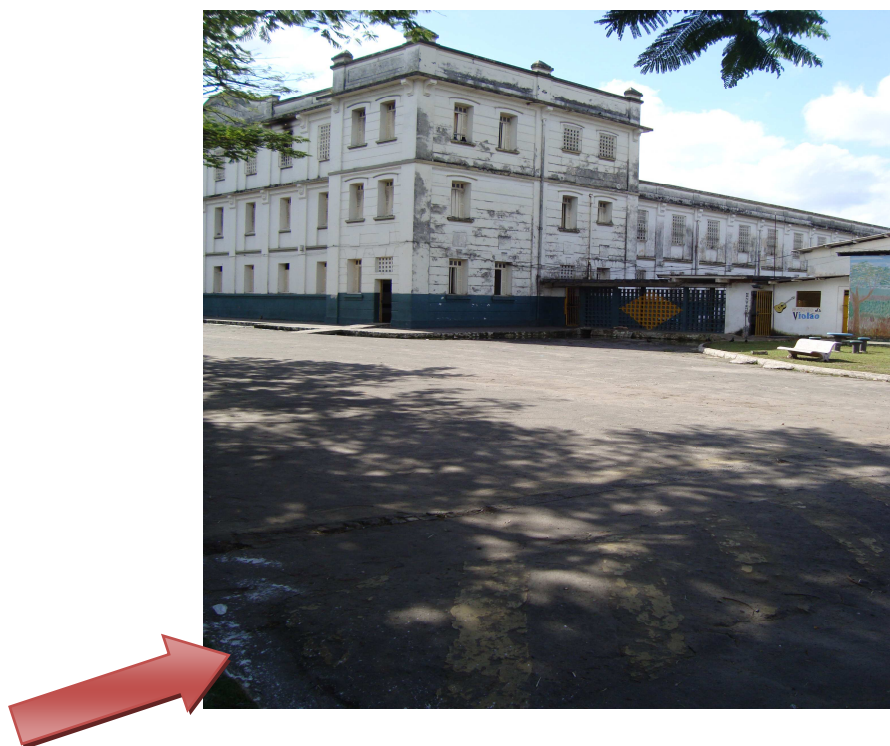
A primeira visita ao HCT deu-se em agosto de 2008. No decorrer do ano de 2009, realizaram-se mais algumas visitas à instituição, visando precipuamente, a coleta de dados mais objetivos, que norteassem a construção do projeto de pesquisa, o germen inicial deste trabalho.

O cronograma primeiro seria de realizar os procedimentos de campo nos meses de fevereiro, março e abril de 2010. Porém, como a vida por vezes toma rumos não compreendidos, os intentos iniciais tiveram que ser revistos e a imersão em campo se deu entre os meses de abril e maio de 2010.

Desde o primeiro dia na instituição houve ótima recepção e tratamento. Ao contrário das especulações íntimas quanto à circulação do pesquisador, a ampla maioria dos funcionários não apresentou sem ressalvas, incluindo a direção, salvo um ou outro profissional. Quem sabe se deva em parte ao fato de que não é a primeira pesquisa a eleger o HCT como pano de fundo, pelo contrário, percebe-se uma abertura nesse sentido. Alguns funcionários inclusive se disponibilizam a conversar, e munidos da autorização do diretor do Hospital, tem-se acesso a toda e qualquer documentação.

Apresentou-se toda estrutura física da instituição, tanto a parte administrativa quanto o pavilhão Madeira de Pinho, onde ficam alojados os custodiados. Um fato curioso nesse ambiente é que o amplo pátio onde os custodiados passam boa parte do

dia, não tem grades ou portões que o separem da construção ocupada pela parte administrativa da instituição, mas os custodiados são proibidos de entrar nesse recinto sem a companhia de um agente penitenciário. E mesmo sem grades ou muros, não o fazem. Num determinado dia de observação, um profissional nos sinaliza a linha amarela no chão, uma lombada ou quebra-molas, já meio apagado, mas que funciona como ‘*uma faixa de Gaza*’, segundo seu relato. Percebe-se que os custodiados caminham por todos os lados, mas param poucos metros antes da faixa. Nesse contexto, é a linha (in) visível que separa o sujeito custodiado do sujeito livre. A Figura mostra uma fotografia do HCT.



*Figura 2:* HCT - Pavilhão Madeira de Pinho, em primeiro plano a linha amarela. Em destaque, ‘ a Faixa de Gaza’.

*Nota:* Dados primários

A rotina no HCT não seguiu um cronograma fixo. Procurou-se fazer presentes em várias atividades e locais da instituição, procurando ‘absorver’ tudo o que fosse possível. Sendo assim, realizou-se observação de corredor, de entrevistas do PAI, de acolhimento, entre outros tantos momentos riquíssimos. E desses momentos foram colhidos relatos, estabelecendo redes para realização das entrevistas posteriores.

Destacam-se desses encontros não programados e informais, como as conversas de corredor e o compartilhamento do almoço, como, por vezes, os mais profundos, em termos de conteúdo. São situações cotidianas em que não há separação clara entre o pesquisador e os pesquisados, não há uma impressão do pesquisador ser ‘alienígena’ ao mundo HCT. É no cotidiano comum e simples, que as representações sociais emergem, pois são parte integrante do funcionamento dessa sociedade específica.

## 6.1 CATEGORIAS DE ANÁLISE – DISCUSSÃO DOS CONSTRUCTOS

Reitera-se que a partir da coleta de dados em campo e da eleição das categorias de análise, formaram-se temas agrupados de acordo com as respostas proferidas pelos profissionais.

- ✓ *Ambiente institucional*
- ✓ *Vínculo empregatício*
- ✓ *Práticas profissionais cotidianas*

A seguir desse ponto apresenta-se a análise de cada uma das categorias eleitas, fundamentadas em fragmentos das falas dos participantes, aproximando-as da construção teórica que compõe o referencial, de acordo com a Teoria das

Representações Sociais. Para a identificação dos participantes nomeou-se pelas letras do alfabeto, visando garantir o anonimato, conforme assegurado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ressalta-se a importância em explicitar detalhes das respostas levantadas, haja vista que estas evidenciam a complexidade do relato de cada participante da pesquisa, corroborando o caráter qualitativo da pesquisa. Sem desviar-se de que o conteúdo relatado representa também outros indivíduos, mas que carrega as particularidades de cada participante.

Neste sentido, para Moscovici (2001), as representações sociais são estruturas dinâmicas, que produzem efeitos em relação ao ambiente em que se dão, ao mesmo tempo em que tem o competência de modificá-lo. Compreendendo esta lógica das RS, os fragmentos das entrevistas apresentados compõe um corpus de entendimento quanto ao objeto de estudo. As categorias elencadas enquanto unidades de sentido caracterizam enquanto domínio simbólico dos relatos colhidos, e recorrentes nas entrevistas.

### **6.1.1 O Ambiente Institucional**

Como primeira categoria de análise elegeu-se o ambiente institucional, tendo em vista que cada ambiente profissional é assinalado por suas características próprias. O campo de pesquisa em tela é um espaço privilegiado de atuação profissional, justamente por sua singularidade de clientela. Nesta categoria percebe-se que este lócus de trabalho é influenciado por estas peculiaridades, tanto no espaço físico de organização, quanto às estruturas mais subjetivas, quanto à relação de hierarquia e poder, o que pode ser observado no depoimento a seguir:

(...) O manicômio, o HCT, eu chamo de manicômio porque ninguém conhece por Hospital de Custódia, e a lógica de funcionamento desse local é manicomial, então a gente tem que dar o nome do que ele é, e é um manicômio. Quando virar um hospital quem sabe eu chame de Hospital de Custódia e Tratamento, mas enquanto tiver manicômio, eu chamo de manicômio (Entrevistada H).

De fato, a lógica de funcionamento do HCT atende aos requisitos de ambas as categorias institucionais: hospital e prisão. É possível localizá-lo dentro da perspectiva de Goffman (1974), conceituando uma instituição total:

Uma instituição total pode ser definida como o lugar de residência e trabalho em que grande número de indivíduos que se acham na mesma situação, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e normalmente administrada. As prisões servem como exemplo disso claramente, desde que consideremos que o aspecto característico de prisões pode ser encontrado em instituições cujos participantes não se comportam de forma ilegal (p.11).

Neste sentido, as falas colhidas dão conta de que nem toda escolha do ambiente laborativo do HCT fora espontâneo. Alguns conheciam sequer a estrutura física do ambiente laboral em que estavam se inserindo. Como afirmam H e A:

Não conhecia a instituição, na época foi aquele impacto, mas como eu já tinha trabalho no sanatório, eu achei melhor do que no sanatório, apesar de que a clientela é diferente do que no sanatório. Aqui o problema é com a justiça (Entrevistada H)

(...) quando eu fiz o concurso que me chamaram que eu soube que era aqui, me chamaram na secretaria e eu perguntei onde eu ia, aí me disseram pra eu escolher, mas me disseram que aqui era melhor pra trabalhar que aqui eles tão dopados do que lá

encima que é na cadeia, na Lemos de Brito. Aí eu vim pra aqui, morrendo de medo como todo mundo vem, por que assim, eu caí de gaiata no navio, porque quando eles lançaram o edital, eles colocaram um código do qual, que não falavam onde era, eles falavam lá quando fazia. (Entrevistada A)

De acordo com Lougon (2006), o modelo de ‘exclusão social’ refere-se ao afastamento dos indivíduos da comunidade, sejam por esta ser considerada indesejável ao convívio ou devido às suas condutas desviantes. Sendo assim, o imaginário do senso comum encontra-se acessível às fantasias que povoam uma instituição, cuja dinâmica de funcionamento está longe da realidade da maior parte da sociedade. Outras falas dão conta do que se esperava do HCT e do que se visualizou, conforme C e E:

(...) Eu fiquei com medo a primeira vez que eu vim. Cheguei e pensei, opa to no Hospital de Custódia! Por mais que você saiba estão aqui pacientes presos em tratamento, você não sabe nem como chegar, você não tem noção. Por mais que eu soubesse que era um presídio também, quando eu cheguei e vi a estrutura de presídio, eu fiquei assustada. Mas foi só a primeira impressão (...) (Entrevistada C).

(...) Não conhecia. Foi curioso, não conhecia, nem conhecia ninguém que trabalhava aqui. Me assustei muito, pensei em sair mas...É muito triste (Entrevistada E).

O acesso geográfico ao HCT é dificultoso. A Baixa do Fiscal está localizada ao norte do núcleo central da Liberdade, próximo do Largo do Tanque e do início da Avenida Suburbana. Como era a saída da cidade, havia ali um posto de fiscalização da Secretaria da Fazenda, por isso o nome (Dorea, 2006). E mesmo contando com a Delegacia de Repressão a Furtos e Roubos – DRFR, como vizinha, a área é notadamente perigosa.

Em todas as visitas à instituição, recebe-se dos funcionários as mesmas recomendações quanto à segurança: que se deve sair do HCT no máximo até 16:30 horas, que se espere o ônibus na frente da instituição e que se pegue o primeiro ônibus que leve pra um lugar mais seguro, nem que isso tome mais tempo ou que tenha que pegar mais de uma condução, mas que nunca se caminhe para outra direção ou que fique ali esperando por muito tempo, pois o lugar é muito perigoso. E pelo que se percebe, a maioria dos funcionários também se retira, conforme o sol vai esmorecendo.

Pode-se constatar que a localização geográfica das prisões, historicamente relegada às margens das cidades está personificada no HCT (Foucault, 2004). E estando longe das vistas, passa despercebida pelos transeuntes. Nas margens geográficas e de exclusão, também se encontram os habitantes desta porção da cidade, notadamente pobre e esquecida.

A Baixa do Fiscal é uma região assinalada pela marginalidade, palco de inúmeros crimes violentos, muitos deles, como em todas as grandes cidades, provocados pela trama social como um todo. Os próprios funcionários temem por sua segurança, conforme discursos, fazem o possível para ir ao trabalho com carro próprio, por meio de carona. Ouviram-se relatos de funcionários que se deslocam de táxi diariamente, por conta da precariedade das linhas de ônibus, somadas ao temor da violência, além dos muros da instituição.

Além da localização geográfica, o ambiente do Hospital de Custódia trata de separar não só os custodiados, mas diferentes categorias de profissionais dentro de seu espaço. Conforme relatado anteriormente, a estrutura divide-se entre ‘Casa Branca’ e ‘Senzala’, cabendo a enfermagem e aos agentes prisionais a prerrogativa de ‘domínio’ da senzala. Não há uma interação mais próxima entre os profissionais que trabalham exclusivamente no prédio Madeira de Pinho e os profissionais alocados na parte

administrativa. Tal dinâmica é visível e relatada pelos entrevistados, como indicado por D, C e E:

(...) dentro do possível se leva a gente acaba desenvolvendo um trabalho bom. Aqui não é um trabalho mais aberto (...) nós não temos, lá tem a administração, o setor social, mas eu me relaciono bem com o pessoal, mas é aquela coisa, eles lá e a gente aqui (Entrevistada D).

Ninguém vai lá (no Hospital), você percebeu isso né. Ninguém vai (Entrevistada C).

É uma equipe. Mas quem fica aqui no prédio é só a parte da enfermagem e médicos, o pessoal da limpeza, o pessoal de psicologia e do jurídico fica lá fora, só quem tem acesso direto aos pacientes é a enfermeira, o medico e o dentista quando vem fazer atendimento, mais ninguém. Quando eles querem ver o paciente eles mandam chamar. A linha de frente é a enfermagem mesmo (Entrevistada E).

Existe um protocolo a ser seguido para o atendimento dos custodiados no setor administrativo. Por mais que as salas sejam apertadas e compartilhadas, o que às vezes figura uma situação caótica, pois tudo ocorre no mesmo local e ao mesmo tempo, num olhar mais atento percebe-se que as ações dos agentes penitenciários seguem um *script* predefinido, repetido inúmeras vezes, diariamente.

Cada custodiado é levado até a sala, onde senta em frente à pessoa que vai atendê-lo e dali não pode levantar-se sem a autorização do agente. Ele caminha alguns passos do agente, de cabeça baixa e segue todas as suas orientações. A dinâmica é sempre a mesma: para cada custodiado, um agente. Como se fazem dois atendimentos



de PAI<sup>11</sup> e um atendimento específico do serviço social ao mesmo tempo, um dos agentes permanece em um canto da sala, um na porta e um do lado de fora da sala.

Percebe-se certo clima de pouco caso ou irrelevância por parte de alguns agentes, que ali devem permanecer devido à suposta periculosidade do custodiado. Esta suspeita se confirmou posteriormente no final dos atendimentos, por comentários de outros profissionais, sobre a interferência nos atendimentos por parte de alguns agentes penitenciários, que por vezes xingam o custodiado ou o reprimindo aqueles que expressam emoções, especialmente se choram ou riem, algum agente sempre lembra que é uma prisão. Também foi possível perceber que assim como é esperado certos comportamentos ‘padronizados’ por parte dos custodiados, o mesmo se verifica com a postura dos profissionais. Seguem algumas afirmações de H e B:

(...) é complicado quando você vai trabalhar com o agente penitenciário, por exemplo, que tem um poder, que legitima (Entrevistada H).

Existe uma desagregação entre a segurança e as outras coordenações, o pessoal da segurança tem uma imagem bruta, são meio termo na grande maioria não estão bem com os outros profissionais (...) (Entrevistada B)

Tais embates podem parecer óbvios, se analisadas as funções e a historicidade específica de cada profissão, bem como o papel de cada categoria profissional dentro de uma instituição total como o HCT. Para Foucault (2008), a polícia possui o papel primordial de realizar o controle social, tal como ocorre em outras instâncias de

---

<sup>11</sup> PAI – Plano de Atendimento Individual é uma das diretrizes de atendimento aos custodiados, no qual em parceria com a Psicologia e o Serviço Social mapeiam-se os familiares do custodiado, eventuais problemas de saúde, outras passagens pelo sistema prisional, entre outras informações que possam guiar/levantar possibilidades de as ações a serem desenvolvidas com cada custodiado. Visa valorizar as particularidades de cada sujeito, atendendo às suas necessidades específicas. *Nota:* Dados Primários.

autoridade: como a igreja, a família, a escola. Entretanto, a polícia diferencia-se dos demais pelo uso legitimado e exclusivo da força.

Sendo o Estado detentor do privilégio exclusivo da força legal, responsável por assegurar a paz social, cabe aos agentes da polícia manter a ordem pública, a propriedade, a segurança individual e a liberdade dos cidadãos. Sendo os custodiados do HCT ‘responsabilidade’ do Estado, em função da sentença nomeando a medida de segurança, cabe à Polícia assegurar a execução da mesma, mas também cabe aos demais profissionais manterem a integridade dos indivíduos, tendo em vista que a própria natureza ‘mista’, por assim dizer, da instituição, acaba por evidenciar as tensões decorrentes da peculiaridade de ser um Hospital (tradicionalmente uma instituição de Saúde) vinculado à Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos.

Inferimos que, de acordo com Moscovici (1978, p.62), ‘uma representação faz circular e reúne experiências, vocabulários, conceitos e condutas que provêm de origens muito diversas’, o que dá conta da dimensão representacional da força e do poder atribuído e institucionalizado aos agentes policiais e suas práticas.

De acordo com Monjardet (2003), as polícias ocidentais se organizam em três dimensões: a polícia enquanto instituição; enquanto organização e enquanto profissão. Somam-se a dimensões tão complexas, as relações de poder e as tensões entre a polícia, a sociedade e as outras categorias profissionais quando confrontadas num mesmo espaço de trabalho, como no caso do HCT. Como as idéias expressas por H e B, a seguir:

As relações de poder influenciam muito nesse trabalho, fica todo mundo querendo mandar mais do que o outro, querendo aparecer mais do que o outro, ter mais seguidores do que o outro. Os pacientes que deveriam estar em foco, e não estão, que ficam no meio dessa disputa de poder, acabam ficando

prejudicados, alguns profissionais que são instituídos de mais poder, acabam por amarrar algumas coisas (Entrevistada H).

(...) Com a instituição, não vou dizer que não tem (problemas) porque todo mundo sabe que tem. Mas dentro do possível se leva a gente acaba desenvolvendo um trabalho bom. Aqui não é um trabalho mais aberto (...) nós não temos, lá tem a administração, o setor social, mas eu me relaciono bem com o pessoal, mas é aquela coisa, eles lá e a gente aqui (Entrevistada D).

De acordo com Vasconcelos (2003), as relações de poder podem ser transversalizadas, permeando nuances que somente são relevadas ao explorar este domínio como um todo e afirma:

Embora as instituições sejam socialmente legitimadas em seus aspectos visíveis, suas relações de poder são estruturadas como um ‘iceberg sedimentar’, com diversas ‘camadas escondidas’ (...). Paralelamente, as instituições no campo social são complexas, pois são formadas por várias outras instituições, compondo um perfil misto. (p.175).

A fim de dar continuidade à pesquisa, apresentamos a seguinte categoria.

### **6.1.2 Vínculo empregatício**

Visando contemplar as especificidades entre os profissionais e o ambiente laborativo, elegeu-se como segunda categoria de análise de dados o *vínculo empregatício*, que compreende o lapso temporal de vínculo empregatício com a instituição; o lapso temporal de formação profissional; outros vínculos empregatícios e impressões.

Há época da coleta de dados, o quadro de servidores contava com 221 funcionários, sendo que nem todos concursados, 16 pessoas ocupavam cargos comissionados, 22 apresentavam-se em Reda – Regime Especial em Direito Administrativo, caracterizado por contrato temporário de trabalho; 05 pessoas em processo de aposentadoria, 06 funcionários em lotação diversa à original e 02 funcionários em processo de readaptação funcional.

A entrevistada B pontua, segundo sua percepção, a precarização da ocupação ocasionada pela facilitação do ingresso no serviço penitenciário através da contratação temporária de servidores, afirmando:

(...) Colocar reda no sistema, eles colocam pessoas que não tem conhecimento. (...) antigamente tinha cinco provas hoje faz apenas uma prova, defesa pessoal, quando entrava já sabia o que iria fazer (...), eles não tem conhecimento e ganham mesma coisa que os concursados, além de planos de saúde, com esses reda aumentou os celulares, drogas, fugas nos presídios, e na mídia aparecia que eram os agentes penitenciários, sujando imagem (entrevistado B).

Tensões entre trabalhadores concursados e contratados não são um privilégio somente do HCT, mas figuram nas relações do mundo do trabalho. De fato, os trabalhadores do HCT nem de longe formariam um conjunto heterogêneo de servidores. Ainda que trabalhem no mesmo local e com o mesmo público, estas pessoas chegam até a instituição de diversas maneiras, conforme pode ser observado nas situações de B, D, E, F e H:

Tenho 28 anos no sistema prisional. Quando fiz concurso em 82 me mandaram para penitenciaria masculina, depois de três anos fui pro manicômio judiciário (Entrevistado B)

(...) Na época não tinha concurso. Foi uma amiga minha que a gente fez faculdade junto, que me falou, que me indicou aqui. Na época era CLT, depois foi mudando, aí passou todo mundo a ser estatutário. Não foi meu primeiro emprego já tinha trabalhado como agente de saúde, em berçário, na época do (...) e depois eu vim pra aqui (Entrevistada D).

Eu vim pra cá por concurso no Estado, não escolhi vir pra cá, vim por determinação da Secretaria (Entrevistada E).

(...) Estou como cargo comissionado, conhecia enquanto estudante, vim fazer uma pesquisa, coincidentemente, acabei vindo pra aqui, não que eu estivesse enquanto formada, direcionando meu trabalho para a área de saúde mental, mas foi a primeira oportunidade que eu tive enquanto formada e eu abracei essa oportunidade e estou aqui até hoje. Por enquanto só trabalho aqui (Entrevistada F).

Cheguei por seleção pública, através de análise curricular. Sou Reda, mas através de análise curricular, coloquei meu currículo na secretaria (...) (Entrevistada H).

Ao comparar os HCT com outros locais de trabalho dos entrevistados, fica clara a dissonância entre este local e as demais instituições psiquiátricas. Os trabalhadores carregam consigo os saberes adquiridos nos locais por onde passaram, mas salientam que a loucura criminosa dos custodiados do HCT faz dessa instituição um local diferente de qualquer outro, o que pode ser observado nas palavras de D, H e C:

(...) Saber eu o que era eu sabia, porque eu mexi com psiquiatria também. Não conhecia a instituição, na época foi aquele impacto, mas como eu já tinha trabalho no sanatório, eu achei melhor do que no sanatório, apesar de que a clientela é diferente do que no sanatório (entrevistado D).

Eu já tinha trabalho, quando me formei no (...) e fiz um ano de estágio curricular em serviço substitutivo, no Caps. Passei o

último ano inteiro da minha formação no Caps. Ou seja, já conhecia a questão psiquiátrica, mas manicômio eu tinha passado um mês, pouco tempo, mas aqui nunca tinha passado em nenhum momento aqui (entrevistada H).

(...) Eu sinto muita diferença. Muita diferença. Do nosso olhar mesmo, do olhar da sociedade. É muito diferente. E quanto à receptividade deles também quanto ao nosso trabalho, assim quando eu vou fazer o atendimento, eu sinto que eles tão o tempo todo mascarando, tentando mascarar algumas coisas, o que não é legal, já que você tá aqui pra ajudar, eles tentando mascarar o delito, ah não foi bem assim, não colocando realmente as coisas, por acharem que vai influenciar no veredicto do juiz e tal, que não tem nada a ver (Entrevistada C).

Importa salientar que a entrevistada B, tal qual outros profissionais, conta com experiência em outras unidades do sistema prisional afirma que as diferenças de funcionamento são sutis entre o HCT e os outros institutos prisionais do Estado, tais como:

(...) As outras unidades penitenciárias todos os complexos penitenciários são iguais na questão médica, odontológica, muda-se o ambiente na questão do os que internos cometeram delitos na sociedade e os daqui são internos que tem problemas psíquicos ou supõe-se que tem problemas, os outros são condenados e os daqui ficam em tratamento e que poderiam ficar no máximo três anos, na realidade não é isso, mas tem os casos que internos que não deveriam estar aqui, aí fazem exames e não tem nada de doença mental, ficam sendo agraciados pela lei, mas na grande maioria todos tem problemas mesmo (...) (Entrevistada F).

Por outro funcionário, que também veio do sistema prisional baiano, em conversa informal, colheu-se relato de que entre os institutos prisionais em que trabalhou, prefere o HCT, cujos fatores ruins seriam a falta de verba para a melhoria física do local e a inexistência de um atendimento especializado aos trabalhadores do sistema judiciário que lidam com pacientes psiquiátricos, como uma rede de apoio ou

uma atenção especializada. De fato, tal problemática, segundo fora narrado, seria tema de trabalho de conclusão de curso de um funcionário da instituição que está finalizando curso superior, pois segundo o relato da entrevistada C:

(...) talvez seja verdade você passar 30 anos da sua vida convivendo com isso, por mais que você tenha noção de que eles não são ruins, de que eles não são iguais, e quem sabe tem motivo pra estar aqui, mas a maioria deles já cumpriu mesmo (...) Realmente, o sistema do próprio sistema de justiça não tem um trabalho voltado pra esses funcionários, que deveria ter né. E o resultado é esse mesmo. (entrevistada C)

Outra questão que vem à tona é a inexistência de oferta de capacitação específica ou continuada por parte do Estado, especialmente porque a ‘clientela’ do HCT tem mudado ao longo dos anos. O louco ‘clássico’ já não é o único protagonista deste ambiente institucional. Muitos sujeitos que cometem delitos estão custodiados no HCT por não existir outro local destinado aos dependentes químicos infratores, o que demonstra o despreparo das políticas públicas em resguardar os portadores de transtorno mental, reconhecendo a diferença entre os públicos e a necessidade de atendimento diferenciado para ambos, e conseqüentemente, a angústia gerada nos trabalhadores, como asseguram F e D:

(...) A demanda tá mudando agora. Não tem nenhum curso de especialização, inclusive em reuniões sempre colocamos essa questão da mudança do perfil, por causa da dificuldade, porque certamente a abordagem de um paciente com transtorno mental não é a mesma feita com um paciente dependente químico, que tem toda uma demanda diferenciada. Eles são muito manipuladores, simulam as situações. É complicado, a realidade muda, você tem que se adaptar às situações, claro, mas respaldo nesse sentido de um fortalecimento ou uma apropriação maior de conhecimento dessa área de conhecimento, eu sinto necessidade, a minha especialização é em saúde da família, mas é generalizada. Mas assim é nada

aprofundado. Tudo você adéqua à sua prática. Essa questão da redução de danos. E pra mim isso é muito, há alguns anos quando eu conheci o Caps AD (Entrevistada F).

(...) a nossa clientela tem mudado não é só doente mental, é usuário de droga e usuário de droga é mais complicado, os drogadictos é que são os problemas. Eles vêm pra gente com outra visão, que é um hospital-cadeia, mas pra gente, pra gente é um hospital, a gente trata todo mundo como hospital (Entrevistada D).

Conforme apostila Moscovici (2009), as novas situações, demandas e personagens presentes nas cenas quotidianas dos grupos, os forçam a incorporar a nova realidade, a partir do mecanismo da ancoragem. A dinâmica das RS está pautada nos processos sociais de mudança, tais como, as novas demandas no HCT. Com a paulatina entrada de custodiados drogadictos nesta instituição, emergem representações desta categoria, desconhecida enquanto demanda de atendimento para muitos trabalhadores, em detrimento aos saberes já institucionalizados em como lidar com os ‘corpos dóceis’. Fica nítido, que a busca por ‘reciclagem’ profissional parte de cada funcionário, muito mais do que pela instituição, como afirmam C, D e E:

(...) Tem profissionais também que com a área formada, não tem vontade de aprender (Entrevistada C).

Às vezes tem algumas capacitações junto, nem todo mundo vem (Entrevistada D).

Capacitação? – nada, nenhuma (...) (Entrevistada E).

Dentre os relatos informais colhidos na pesquisa de campo, salienta-se a fala de uma trabalhadora que participara de um seminário sobre saúde mental no estado de



Santa Catarina, e que chegara à conclusão de que entre os Hospitais de Custódia do país, o HCT da Bahia seria referência dentre as instituições psiquiátricas carcerárias do Brasil. Outro funcionário aponta não saber distinguir se isso era bom ou ruim, porque se essa era referência, era difícil imaginar como seriam as outras instituições.

Constata-se que os discursos pautados sob ótica da ‘política da boa vizinhança’, demonstram que sendo a representação social do HCT enquanto uma forma de conhecimento prático, a RS da instituição emergida pelos trabalhadores atende à função de proteção e legitimação da identidade social (função afetiva) deste grupo. Fundamenta-se que as RS também possuem as funções de orientação das condutas e das comunicações (função social); e familiarização com a novidade (função cognitiva) (SPINK, 1993).

### **6.1.3 Práticas Profissionais Cotidianas**

A terceira categoria de análise de dados, denominada *Práticas profissionais cotidianas* – visa contemplar as atividades efetivamente desenvolvidas no cotidiano profissional dos participantes; dificuldades/facilidades no desenvolvimento de suas atividades rotineiras; a relação com os pacientes custodiados; suas impressões acerca do tratamento dirigido a estes.

Sendo uma instituição psiquiátrica e carcerária, constam como documentação dos custodiados, fichas de evolução criminal, que se caracterizam por breves relatos acerca do paciente, tais como: nome, filiação, endereço, tipo de crime, situação atual. Tivemos acesso a esta documentação, que está disponível aos profissionais das diversas áreas, que de acordo com G:

(...) O trabalho é sistematizando mesmo, colocando lá no prontuário, registrando, a gente não precisa ter o prontuário da psicologia, a gente optou por compartilhar, fica no serviço social, porque a informação tem que ficar só pra mim? Guardada ali naquele arquivo, pra quê? Vai interessar a quem? Então pronto, compartilha. A enfermagem precisa saber, a defensora vai ter acesso, quando ela precisar, pra saber o que a psicologia ta fazendo. Isso vai dar visibilidade ao profissional da área (Entrevistada G)

Chama à atenção nestas fichas, especificamente dentre os anos de 2008 a 2010, o fato de que das cerca de 40 ou 50 fichas examinadas, a presença de poucas mulheres custodiadas e apenas dois homens possuindo nível superior. Destes, um cidadão francês transitando pelo Brasil, sob a queixa de furto, e um adulto jovem, de 26 anos, gerente de vendas, sob a queixa de uso e porte de entorpecentes.

A experiência de trabalhar em uma instituição total, tal qual conceitua Goffman (1974), é muito particular para cada trabalhador. Perpassa suas convicções, suas crenças, as representações sociais que o rodeiam, sua técnica e teoria profissional, as experiências de vida e as experiências vividas no próprio HCT. Infere-se que este processo de tornar-se um membro da instituição se constrói dia a dia. Tanto que o papel da profissão é construído tanto pelos saberes técnicos como pela interação com os demais profissionais, perpassado pelas representações sociais de loucura, doença mental, prática profissional e os saberes técnicos correspondentes. Além do desafio em trabalhar com o custodiado, os trabalhadores precisam aplacar seus próprios conflitos, como afirmam F e C:

(...) Já tive momentos marcados por essas tensões, porque faz parte desse enredo, porque a instituição é uma instituição total. Tira todos os direitos da pessoa, a identidade, a roupa, a hora de comer, a hora de dormir, é uma instituição total mesmo. Entendido isso, mesmo que eu peguei fogueira, isso não é frequente. E todo mundo me dizia em 20 anos que estou aqui,

em 15 anos que estou aqui isso nunca aconteceu. Então pensei, opa isso foi pontual (Entrevistado F).

(...) trabalhar com transtorno mental pra uma pessoa que não tem experiência é difícil a princípio, depois você vai articulando, vai aprendendo a lidar com a doença em si, porque um paciente é um jeito, o outro é de outro, vai aprendendo a lidar com essa inconstância, aí o tempo ajuda e a experiência que você vai adquirindo (Entrevistada F).

(...) quando eu comecei, quando eu aplicava o PAI, no início eu ficava procurando analisar o paciente, por ignorância mesmo na área, nunca tinha feito nada em saúde mental e eu por ignorância mesmo ficava tentando analisar o paciente, tentando entender o delírio do paciente e aí eu comecei a perceber que em muitos casos isso é impossível. E hoje em dia eu já sei qual é a minha função, qual é função do psicólogo aqui, do psicólogo em saúde mental, que não é essa. Essa foi a minha principal dificuldade (entrevistada C)

Ao investigar a dinâmica do trabalho exercido pelos profissionais do HTC, revela-se que a necessária interdisciplinaridade entre os profissionais é uma construção histórica, ainda em desenvolvimento, em concordância e paralelamente à concepção da desinstitucionalização e enfrentando as barreiras impostas pelos entendimentos diferenciados dos diversos trabalhadores. O que se observa no depoimento de H:

(...) Eu quero dialogar com outros autores, com outros profissionais, aí você percebe que é arraigado com o histórico da profissão, essa concepção manicomial, que você tenta, tenta, e aí o poder...(Entrevistada H).

Esta forma de trabalho é relativa 'novidade' dentro do HCT. Sem dúvida, alguns dos trabalhadores do HCT estavam envolvidos no processo de luta pela

humanização do atendimento, mas fora a coerção legal<sup>12</sup>, a partir da Resolução nº.5 de 04/05/2004, do Conselho Nacional de Políticas Criminais e Penitenciárias, que a instituição fora compelida a atender às concepções da nova realidade da saúde mental brasileira, originadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica (Amarante, 2001). Os saberes tácitos, constituídos e legitimados foram postos em cheque por uma nova perspectiva de atendimento aos custodiados. Esta nova realidade revelou os embates simbólicos entre os trabalhadores arraigados às representações que permeavam a instituição de maneira pacífica e retificada e às novas formas de pensamento, conforme explicitado nas seguintes falas:

(...) Eu era a mudança. Quando eu cheguei aqui era isso que eu representava, alguém mandado pela Secretaria de Justiça que veio desinstitucionalizar quem você acha que está agarrado ao hospital e não pode sair (Entrevistada G).

(...) Quando eu cheguei isso tava apenas no papel. E aos poucos isso foi mudando isso foi mudando, a partir de reunião de equipe, de outras pessoas que foram chegando, que isso foi muito importante pra dar um gás e que vieram com uma idéia da desinstitucionalização como uma coisa possível e não como algo imposto, mas como um direito do ser humano que está aqui cumprindo medida de segurança e que precisa ter esse percurso e sua oportunidade de sair e não como algo que a reforma psiquiátrica impõe, que a secretaria de justiça impõe. (...) Comemos o pão que o diabo amassou, coisas absurdas aconteceram você não acredita no que aconteceu. Fomos maltratadas mesmo, de rechaço, de fuxico. Algumas pessoas que estavam aqui estavam doentes, como os pacientes. Você não sabia quem era o paciente e quem era funcionário. Infelizmente. E nossa presença foi sentida como uma ameaça.

---

<sup>12</sup> Resolução nº 5 de 04/05/2004, do Conselho Nacional de Políticas Criminais e Penitenciárias, tem como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos e a superação do modelo tutelar, visando a reinserção social do paciente ao seu meio, através da adequação das medidas de segurança impostas aos loucos infratores às disposições da referida lei, possibilitando a realização dos atendimentos ambulatoriais na comunidade do indivíduo, mantendo seus vínculos com a família e a sociedade.

(...) o serviço social hoje trabalha em parceria com a psicologia, nosso trabalho todo é em torno da desinstitucionalização, então a gente dividiu por alas, cada ala com um profissional de referência, uma psicóloga, nós fazemos um trabalho em parceria, tratamento individualizado, em alguns momentos a gente realiza trabalho formando grupos, pra trabalhar algumas questões, algumas demandas (Entrevistada F).

Não há dúvida de que os novos funcionários contratados, os Reda, bem como as novas diretrizes impostas pela reorganização do sistema penitenciário abalaram não só as formas de trabalho, mas de pensamento dos demais trabalhadores. Estes novos rumos para a compreensão do fenômeno da loucura, enquanto uma representação social que se encontra em constante mutação, abalaram o modo como o objeto estava sendo significado, pois a interpretação da realidade e a orientação de comportamentos concernentes à este fenômeno já não estavam tão claros, o que se evidencia pelos discursos tomados de lembranças, proferidos por alguns participantes da pesquisa, a seguir transcritos:

(...) Tinha reuniões, psiquiatra, o pessoal da lei antimanicomial dava algumas palestrinhas. Não tinha muito, muito ideia, do que era saúde mental. E a gente até falava, cobrava dos diretores, porque eu sou do tempo, pelo menos eu tenho concurso, depois de quatro anos eu fui chamada, mas a gente brinca que falavam pra um passando aí na porta e diziam ‘ei, você sabe medir pressão’ (...) (Entrevistada A).

(...) aquela época éramos respeitados, os internos chamavam de senhor senhora, nós não éramos tão ameaçados, não levantavam os olhos pra conversar, passe livre, o tempo foi passando globalização, direitos humanos, hoje tá muito crítico levar a ressocialização. Ameaçam, olham de igual pra igual. (...) nos últimos tempos morreram alguns colegas, que foram reconhecidos nas ruas, rixas. Com os direitos humanos estão voltados mais ao criminoso do que para o socializador, o que trouxe dificuldades de trato com os internos (...) (Entrevistada B)

(...) A única diferença é que hoje a liberdade que foi dada pros pacientes interferiu na disciplina dentro do hospital. Direitos todos, deveres nenhum. (...) Hoje, o custodiado pode tudo, tem uma liberdade muito grande. Em detrimento a gente né. A diferença é essa né. E que o paciente de saúde mental, de alta periculosidade e que não recebe o tratamento adequado. (Entrevistada E).

Os embates entre as ‘novas’ formas de pensamento/atendimento e a rotina estabelecida no ambiente institucional, acarretou em discussões e desentendimentos em entre os diversos trabalhadores do HCT, como expressou G:

(...) Quando eu comecei a atender os pacientes, eles diziam a gente não quer sair daqui não. E eu pensava, está doente! Como é que o sujeito já passou por prisão e acha que aqui é o lugar de ficar? Como é que pode? Eu me posicionar reforçando essa fala desse sujeito? Eu me posicionava, a secretaria se posicionava também, no sentido que as pessoas precisavam se repensar no HCT porque tinham adoecido, porque é por ai. Eu me lembro bem de uma paciente, Brasília. Eles diziam que eu ia matar a paciente. Pense bem, matar! Você chegar pra trabalhar e escutar, olhe fulana está dizendo que você vai matar a paciente, porque ela está há 30 anos aqui no Hospital de Custódia. Eu voltava pra mim e dizia, gente não é possível, isso é errado, é equivocado! (Entrevistada G).

Os saberes e discursos emergentes do processo de mudança ocasionado pela Reforma Psiquiátrica, ainda estão sendo incorporados pelos trabalhadores. De acordo com Jodelet (1999), as representações sociais levitam e se incorporam no cotidiano dos grupos. O universo de conhecimento construído pelos saberes médicos incorporou-se aos saberes compartilhados dos trabalhadores do HCT, formando uma representação do que era a loucura e de que forma se lidaria com esse fenômeno.

Traçando um paralelo com Moscovici (1968), tais quais os elementos explicativos sobre a psicanálise foram divulgados à sua época, e se convergiam em

informações que eram processadas de forma interpessoal, sendo incorporadas naquele universo; seguindo esta mesma lógica, os saberes construídos e disseminados pela Reforma Psiquiátrica estão sendo paulatinamente pulverizados, o que gera um processo de absorção pelas representações sociais do grupo. O que dá conta das contradições presentes nos conteúdos relatados pelos trabalhadores, tais como:

(...) Eu acho muito difícil (ressocializar) porque o familiar não tem a mesma ‘porta’ que a gente tem com o paciente. Porque a gente sabe que eles são repetitivos, solicitantes, então não tão preparados para um paciente desses em casa. Eu sempre questiono que aqui é um Lar de volta, porque eu estou aqui há tantos anos e vejo os pacientes que estão aqui há tantos anos e eles saem e voltam. Porque a primeira coisa que eles fazem quando saem é parar de tomar a medicação e aí comete outro delito e volta pra cá. Agora a reforma, não tem como você levar um paciente desses pra casa. O paciente normal que pode ser tratado em ambulatório pode não ser sinalizado, porque ele chega e pode ficar de dois a três anos, porque ele é paciente e criminoso, então é muito sério isso (grifo nosso) (Entrevistada A)

Observa-se que a questão da desinstitucionalização coloca em discussão não somente a problemática do manicômio, mas sim da própria loucura, ainda que de forma não tão aparente. Desconstruí-la, para construí-la sob uma nova perspectiva de cuidado, da representação social da ressocialização. Nesta lógica, o manicômio é o representante dos significantes e significados da doença mental, bem como, das práticas ineficientes e desumanas no tratamento do portador de transtorno mental (Rotelli, Leonardis, Mauri, 2001), conforme se percebe nas seguintes falas:

(...) Esse pessoal tem muita conversa e pouca, (...). de efetivo mesmo não tem nada. “A ressocialização de todo os pacientes”. Mas o que é essa ressocialização do paciente? O que vai acontecer lá fora? Você vai mudar a visão lá fora? Tudo bem, mas na minha visão, você vai mandar o paciente pra fora, como

é que ele vai morar sozinho? Muito, muitos, voltam. Por isso que eu tenho muita reincidência. Não tem como ficar aí fora. Seria ótimo, mas realmente esses programas teriam que funcionar. A maioria aqui é problema social. Matou o pai e aí? (Entrevistada D)

Muita gente que fala isso faz barulho por isso, mas não conhece a realidade (Entrevistada E).

Birmam e Serra (1988) assinalam que o poder construído historicamente pela psiquiatria edificou a loucura excedendo o plano da lei e atingindo o nível da interioridade, sendo ela (a psiquiatria) a instituição responsável por estabelecer os princípios que definem o que é loucura ou doença mental, e sob o manto da legitimidade social, regalá-la (a loucura) a quem caberia: os médicos e o hospital. Entretanto, o HCT não é somente um hospital. É um hospital que não têm pacientes, mas sim custodiados, o que gera posições diferentes dos funcionários, como expresso na fala a seguir:

(...) Pra um grupo são pacientes, pra outro são presos. Pra um grupo é um hospital, pra outro é cadeia. Como é que você fica? Então pra mim foi muito difícil absorver isso. Eu tenho a impressão que não sai nada direito, porque não ta livre mas também não ta preso. São duas forças muito poderosas. Tem um ponto ali. Não que você não consiga trabalhar, mas tem dois poderes instituídos, que falam de lugares diferentes. Isso quando incide na vida do sujeito aqui dentro é mais bombástico do que qualquer internação psiquiátrica, que já é uma violência. Levei um tempão pra entender essas coisas (...) (Entrevistada H).

De acordo com Jodelet (2005), um importante indicador alusivo à relação entre a prática e a representação é levantado pelo saber tácito, que se encontra, por vezes,



‘mascarado’, mas que emerge nos comportamentos quotidianos, especialmente aqueles de contato, observado nas seguintes falas:

(...) uma das coisas, com relação a pessoas com problema mental, se eu vejo uma pessoa assim, eu mudo de rua, eu mudo. Se eu ver uma pessoa aqui lá fora, eu mudo, eu não fico perto de jeito nenhum, porque eu sei que são imprevisíveis (Entrevistada A).

(...) muitas reuniões de Secretaria de Saúde, eu tive acesso, a gente conseguiu desenvolver um trabalho melhor aqui em Salvador com os Caps. No interior é mais difícil. Porque num primeiro momento, quando eles recebem a ligação nossa eles não sabem o que é o HCT, depois quando a gente começa a explicar, às vezes eles nem querem mais atender a ligação. Tem um Caps aqui do interior que não atende mais nossa ligação. E o rapaz era militante da luta aqui em Salvador. Ele diz que não tem como assumir esse paciente de alta, que está liberado pra voltar (Entrevistada G).

Em certa ocasião de observação, presenciou-se o debate entre alguns trabalhadores quanto à questão da localização do relógio-ponto, que continuamente apresenta problemas e é retirado de circulação para conserto. Segundo relato, alguns funcionários estariam sabotando o aparelho, depositando papéis nas engrenagens e situações semelhantes. Fora confidenciado em certa ocasião à pesquisadora, existir uma espécie de acordo entre alguns trabalhadores do setor administrativo e a direção, para que estes não tenham contato qualquer com os custodiados. O relógio-ponto estaria sendo deteriorado propositalmente para que fosse alocado dentro do prédio da administração e não mais no alojamento dos policiais, pois os custodiados circulam pelo pátio em frente a este local. Tal como Jodelet (2005) em Ainay-le-Château, as fronteiras espontâneas erigidas no HCT, como a lomba amarela, são sinais inequívocos de uma ordem social que fixa o local pertinente aos custodiados e aos trabalhadores.

O relato da Entrevistada A, vai de encontro à realidade percebida, haja vista que a imersão no campo de pesquisa oportuniza a observação da movimentação cotidiana da instituição, conferindo ao pesquisador o *status*, ainda que temporário, de parte integrante daquele universo. Sendo assim, as barreiras simbólicas concernentes ao papel de pesquisador de certa forma ficam amenizadas e dão espaço ao discurso fidedigno do pensamento que por ali circula.

A relação entre a representação e a prática, especialmente o contato trabalhador x paciente, insurge nos eventos cotidianos de observação de campo. Dentre estes, cita-se um episódio em que a pesquisadora aguardava um dos participantes da pesquisa sentada no corredor, observando a circulação dos atores do HCT, quando fora sugestionada por um funcionário: *‘Você é corajosa, menina!’*. A pesquisadora questiona o porquê. O funcionário responde: *‘você senta onde sentam os pacientes!’*. O diálogo segue: *‘mas o que tem de mais?’* O funcionário finaliza: *‘é só tomar banho, eu sei. Mas é que eles são meio ‘podrinhos’. (...) já pegou uma doença de pele deles, nem sei o nome. Esses dias perguntei se tinha passado, ela brincou comigo que não, e me encostou’*, conclui rindo.

A espontaneidade do relato denota a reformulação e flutuação de crenças estabelecidas em torno do *corpus* simbólico e personificado do fenômeno da loucura. O corpo físico do louco é portador da transmissão de doenças em contraponto à higiene dos ‘sãos’. Segundo Jodelet (2005):

É precisamente a conjunção da alteridade biológica com a alteridade social que realiza a terceira aplicação da nodal cognitiva, quando se trata de *pensar a natureza, a essência da loucura*. Temos então um saber tácito, veiculado nas práticas discursivas através de todas as formas substantivadas que servem para falar da doença mental e nas práticas factuais destinadas a administrar a relação com o doente mental e trás das quais mostra-se uma visão substancial e transitiva da loucura. Então, torna-se operante o *terceiro termo da nodal, o corpo* (p.372).

Ainda que, as condições de higiene e limpeza do HCT sejam insatisfatórias segundo relato, estas se encontram melhores do que já estiveram no passado. Notícias veiculadas nos anos 2003/2004/2005, dão conta de que a instituição não contava nem com o básico, os trabalhadores traziam o papel higiênico de suas casas, como expresso nas falas a seguir:

(...) Falta de tudo um pouco, o que nós temos às vezes não é o suficiente pra medicar. É muito precário, da roupa do paciente à higienização, instalações, local de trabalho, é tudo muito precário (Entrevistada H).

(...) Você conheceu a ala feminina? Ta bem hoje. Na época tinha rato, tinha gato, tinha pombo, (...) comiam no lixo, no lixo, o prato no chão, a comida no chão, gato comia, pombo comia e elas também. Você queria ficar num lugar desse? (Entrevistada G).

O premiado documentário intitulado *A Casa dos Mortos*<sup>13</sup> (2009), de autoria da antropóloga, documentarista e professora da Universidade de Brasília, Débora Diniz, tem como pano de fundo o HCT. Com a narração de um poema escrito por Bubu, custodiado folclórico e famoso, que conta com doze interações, o documentário apresenta a história de três personagens/custodiados e suas trajetórias por esta instituição total. A exposição na mídia das feridas abertas e as incongruências entre o discurso e a efetiva realidade do HCT, vieram a pressionar ainda mais o movimento de ‘devolver’ os custodiados à vida cotidiana além muros. Entretanto, esta ‘desinstitucionalização forçada’, acaba tendo resultados muito mais negativos do que positivos, pois não fora pensada de maneira estratégica ou articulada, a fim de garantir o

---

<sup>13</sup> Prêmio ARTE/France de Projeto Mais Criativo no DocBsAs 2008; Melhor Curta-Metragem – Troféu Amazônia Bronze no I Festival de Documentários Pan-Amazônicos – Amazônia DOC 2009 e Menção Honrosa no Festival Internacional do Femina Fest 2009. Informações disponíveis em: <http://www.acasadosmortos.org.br>. Acesso em jan/2011.

não retorno do custodiado, mas sim às pressões pela diminuição em cifras da população custodiada e pelo termo de ajustamento de conduta imposto pelo Ministério Público. Tal problemática se confirma pelo exposto pelas entrevistadas G e F:

(...) o marco do manicômio foi o documentário. O documentário te traz uma coisa de visibilidade, que poderia ter sido filmado em qualquer outro lugar, mas de qualquer maneira foi filmado aqui, mostra a situação daqui. Então eu acho que se criou de uma certa maneira, uma pressão de baixo pra cima em termos de poder, pra poder olhar pra aqui. (...) A gente tem, depois do poder da informação, com o documentário e o programa de desinstitucionalização a gente percebe que tem um trabalho, mas quando vai lá pra espremer a laranja, espremer o limão, o que fica? Fica o vamos tirar o paciente daqui, mas pra onde vai, como se faz, que é onde seria efetivada a proposta, não se sabe (...) (Entrevistada G).

(...) Mesmo não tendo tantos pacientes (hoje), eles demandam demais, até pela especificidade dos pacientes. Tem aqueles que tem uma demanda maior. Temos a questão de pacientes que já eram demandas sociais antes, quando chega aqui continua, só que ai tem um porém. Você admite o paciente e sabe que ele era morador de rua ou que tem uma família desestruturada, esse paciente é de outro estado ou já perdeu os vínculos familiares. Você vai mandar ele embora? Essa é a questão. (...) Por conta disso é que temos pacientes com tanto tempo, porque não era problema da instituição, da Secretaria de Justiça, era um problema social. Mas a partir do momento que chega em suas mãos, como vai, como você vai abrir o portão, pra quem não tem pra onde ir? Fica essa lacuna que tem que ser preenchida, pra que não ocorra(...) aqui não é residência, não é moradia. É um local de passagem, não de permanência. E as pessoas acham que não, que é pra ficar aqui pra vida toda e não é. Mas graças à reforma, graças à mudança da gestão com relação a esse tipo de coisa, isso vem mudando (Entrevistada F).

## 6.2 OS CONSTRUTOS DA ABORDAGEM PROCESSUAL: ANCORAGENS E OBJETIVAÇÕES QUE CONSTITUEM AS RS DE TRABALHADORES DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO SOBRE A LOUCURA

Contando como referência nas análises das categorias e a perspectiva teórica das RS buscou-se destacar as questões ligadas ao conhecimento do que *é a loucura? de onde surge o conhecimento acerca deste fenômeno? Seria proveniente dos conteúdos referentes às práticas profissionais e suas técnicas ou das vivências particulares de cada trabalhador neste e em outros ambientes?*

De acordo com as contribuições de Jodelet (2001), as RS partiriam da experiência para tornarem-se um guia para a ação. Ressalta-se que as questões acerca desse saber, que não podem ser consideradas de maneira individualizada, pois são precipuamente, consistentes da dinâmica desse saber. A partir do construto *Quem sabe e de onde sabe?* Observa-se a difusão das RS através da comunicação que permeia o espaço profissional. Sendo assim, elegeu-se enfatizar o saber dos trabalhadores sobre a constituição da questão da loucura, como se entendiam enquanto trabalhadores que, de certa forma, estão inseridos neste fenômeno a partir dos seus relatos sobre as práticas cotidianas.

A instituição do construto *“O que e como se sabe?”*, buscou nos conteúdos relatados sobre suas práticas profissionais o que se pudesse reconhecer enquanto técnica e sua correspondência com a vivência no local de trabalho. Buscou-se perceber de que forma os saberes constituídos na academia (enquanto profissionais de nível superior) encontravam-se presentes no discurso e como estes saberes se difundem na prática.

Finalmente, no construto *“Sobre o que se sabe e com que efeito?”*, atentou-se para a constituição epistemológica das RS, evidenciando as relações entre o universo consensual e o reificado na (re) formação das representações sociais dos trabalhadores. De que forma os saberes disseminados pela Reforma Psiquiátrica e pelas novas diretrizes de atendimento ao louco infrator modificaram ou não os saberes constituídos.

Os conteúdos relatados pelos trabalhadores, tanto suas experiências, quanto a observação da dinâmica da instituição apontam para o embate entre os saberes acerca da loucura já instituídos, como a supremacia do saber médico em contraponto às demais áreas científicas, em debate com as modificações estruturais de atendimento e entendimento ao louco infrator.

Observa-se o mecanismo da ancoragem através dos relatos em que os trabalhadores expõem a experiência de incorporar à sua realidade a uma outra nova realidade, tornando não mais estranho, mas familiares, os conhecimentos apresentados pelo ‘pessoal da desinstitucionalização’. Os efeitos sobre esse novo olhar sobre a loucura=têm ‘divido’ os profissionais. Enquanto para aqueles que têm menos tempo de casa parece ser uma boa perspectiva, para os mais arraigados ao sistema, trata-se de uma utopia, como pode ser observado no depoimento de G:

(...) A dificuldade toda é trabalhar com a desinstitucionalização quando lá fora não se quer. Quando por exemplo que estamos preparando pra sair, que é uma pessoa que de alguma forma, porque a gente nunca pode assegurar, mas que de alguma forma ele tem condições subjetivas de tentar uma vida lá fora, se tiver o apoio da família, de uma equipe de saúde mental, que tenha essa questão de medicação, então quando isso acontece a gente se sente mais tranquila pra poder atuar. O problema é quando a gente encontra resistência do lado de lá. Aí me irrita profundamente quando eu vou pra determinadas reuniões onde escuto pessoas gritando vamos destruir o HCT, vamos acabar com o HCT, e aí? Mas porque não querem ninguém daqui (Entrevistada G)

A desinstitucionalização divide opiniões porque existem representações diversas para o fenômeno da loucura. Os relatos mais contrariamente ferrenhos foram colhidos nos momentos de descontração, da observação cotidiana, bem longe do ‘temor’ originado pelo gravador. Foram relatos indignados, quase que ‘pecadilhos’, que

quando flagrados eram imediatamente seguidos de expressões amenizadoras, ‘veja bem, também não é bem assim’...

A primeira categoria de análise deu conta de que o ambiente institucional do HCT por si só já é objeto de uma representação social, a qual se caracteriza pela imensa dificuldade em delimitar a sua área de atuação e seu sentido. A Representação Social do HCT é marcada pelo signo da inconstância, da instabilidade, pelas duas forças poderosas instituídas neste espaço: o saber médico e a mão da Justiça, confirmado pelas palavras de H e F, a seguir:

(...) se você vai pra saúde, eles dizem que o manicômio é da justiça. Se você vai pra justiça, eles dizem que o manicômio é da saúde. Ele é ligado à Secretaria de Justiça, mas quando você pra um espaço de diálogo com a saúde se questiona se isso pode ser discutido aqui, aí vai pra justiça, também não se sabe se é assunto pra cá (Entrevistada H).

(...) não sei o que responder, pra mim o HCT, o manicômio, eu vejo como um local de passagem (Entrevistada F).

Para Amarante (p.47, 2009) esta invisibilidade da instituição dá conta de que “(...) é justamente neste conjunto simbólico que a prática e saber psiquiátricos tornam-se visíveis no lócus manicomial. O manicômio concretiza a metáfora da exclusão que a modernidade produz na relação com a diferença”. Neste sentido, apresentamos a fala da entrevistada C:

(...) boa pergunta, é o cúmulo da exclusão, porque um hospital psiquiátrico já é uma exclusão, dessa exclusão peneira-se uma outra exclusão que é o HCT. Mas também é uma saída, é uma saída pra muitos, porque muitos que cometem delitos vêm pra cá, mesmo sem ter demanda pra isso (Entrevistada C).

Em contraponto com o “*O que e como se sabe?*”, elucidada pela segunda categoria de análise de dados, apontou que ao que se referirem aos processos da formação das RS, os relatos apontam para que os trabalhadores participantes da pesquisa possuíam certo referencial sobre o tipo de demanda de atendimento dos custodiados do HCT: enquanto alguns já haviam construído certo conhecimento em psiquiatria, trabalhando com saúde mental em outras instituições, outros provinham do sistema penitenciário. Entretanto, os conhecimentos pretéritos e o panorama peculiar da instituição, somando-se às proposições de mudança apregoadas pela Reforma Psiquiátrica, acabam por gerar processos mentais que buscam integrar a realidade da instituição com a os conceitos prévios sobre o assunto, permeados pelas construções individuais de cada indivíduo.

De acordo com Moscovici (1978), a ancoragem é o mecanismo referente à inserção orgânica do que é não familiar ao pensamento já constituído. Ancorar refere-se ao ato de classificar fenômenos/objetos desconhecidos, desconhecidos para o senso comum até então, partindo de conhecimentos pretéritos, cominando-lhes significado. Este processo é desvendado enquanto um instrumento para o pesquisador examinar a incorporação social de uma nova informação, tal qual a divulgação de uma teoria em um determinado grupo social.

Consequentemente, a solidificação de uma representação remete-se ao processo de objetivação, a composição formal do conhecimento, materializando as abstrações, transformando em objeto aquilo que é representado (Moscovici, 2005).

A terceira categoria de análise de dados, denominada *Práticas profissionais cotidianas* – apontou-se para as atividades efetivamente desenvolvidas no cotidiano profissional dos participantes; dificuldades/facilidades no desenvolvimento de suas atividades rotineiras; a relação com os pacientes custodiados; suas impressões acerca do



tratamento dirigido a estes, e desta forma, aproximando as RS da loucura, com as práticas profissionais.

Quanto à questão da constituição das RS, isto é, as relações entre a RS e o real, (SÁ, 1998), observou-se que os profissionais expõem saberes ligados aos seus *modus operandis* enquanto profissionais, embaralhados com as posturas pessoais e o conhecimento do senso comum e que nem em todo momento correspondem com as práticas pertinentes ou com os próprios conteúdos relatados. Sendo a comunicação, a base sob a qual se formam e se disseminam as representações, as RS da loucura presentes no Hospital de Custódia e Tratamento, se processam em diferentes instâncias de saberes, o que inclui as informações e os subsídios adquiridos além muros da instituição. Tanto, que para alguns participantes, restou recorrer às elaborações do senso comum para definir a loucura, expressos nos seguintes depoimentos:

(...) Todos nós, médico e louco, todos nós temos um pouco, quem nunca cometeu uma loucura? Seja por amor ou sem motivo aparente (Entrevistada F).

(...) Loucura? Loucura é trabalhar no HCT! (Entrevistada E).

(...) pra mim é pior de tudo (entrevistada D).

(...) acredito que é uma possibilidade de qualquer sujeito (Entrevistada G).

(...) forma mais saudável de estar no mundo (Entrevistada H).

(...) Louco? Louco sou eu em trabalhar no HCT! (Entrevistada A).

(...) loucos somos todos (Entrevistada C).

Ainda que a loucura circulante no HCT seja ‘especializada’, em alguns sentidos ela não é tão ou mais diferente da loucura presente nos Hospitais Psiquiátricos ou nos outros espaços de atuação dos profissionais: são os mesmos portadores de transtorno mental, são os mesmos criminosos, mas existem diferenças, ainda que incompreensíveis. Os mecanismos da objetivação e ancoragem das RS tratam de aproximar as experiências, além HCT, dos signos empreendidos à este público, conforme percebe-se nos relatos de diferentes participantes, tais como:

(...) Eu não sei por que, sempre gostei de doente mental. Sempre tive um bom relacionamento com eles, fazem quase 30 anos. Já sei lidar com eles, sei que tem um tratamento diferenciado com eles. Nunca tive problema, eu gosto. Não é o ideal, é aquela coisa assim, que é muito repetitivo, mas isso aí não tem, tratar com eles é isso, eles acabam retornando e eu gosto (Entrevistada D).

(...) Agora assim, eu morria de pena deles, eu fazia meu trabalho, mas eu tinha muita pena, porque nunca tinha me deparado com o clima que é isso aqui e com as histórias também. (...) não tive essa experiência, teve muitos colegas que teve, que trabalhava aqui e em outro lugar particular na psiquiatria. Eu nunca entendi muito porque a mente levava o paciente a ter um vazio tão grande ou uma perversidade tão grande que levava a cometer tamanha atrocidade (Entrevistada A).

Além dos pacientes serem custodiados, são pacientes com histórias de doença mental, então é muito complicado (Entrevistada E).

Meu trabalho com eles não é um problema não. Pelo fato de eu ter trabalhado 13 anos com sistema prisional, essa discussão com o crime já não me inquieta mais, eu não sofro mais com determinadas coisas como a mídia foca e tal. Se eu ficar olhando o crime que o sujeito cometeu, eu não vou conseguir fazer nada.

Eu consigo abstrair pra poder trabalhar, até certo ponto, porque quando é relacionado com criança mexe um pouco. Mas de um modo geral, eu procuro conduzir o trabalho discutindo isso em outras esferas, na análise, pra poder dar conta de algumas coisas quanto à minha vida, minha história (Entrevistada G)

É bem diferente porque os racionais são mais perigosos, os que têm problemas ficam viajando falando de coisas de outros planetas, viajando, tem muito internos que não tem famílias e recebem alvará de soltura, largam para sociedade (Entrevistada A).

Deslocar-se além do senso comum instituído de que todo louco é imprevisível para um olhar acurado e permeado pelo saber técnico–científico, é tarefa das mais complexas. Na fala da entrevistada H, a sensibilidade em perceber que o limiar entre o surto e o crime é mais tênue do que se pressupõe, ao passo que, o limítrofe entre o surto e a sanidade é muito mais do que a administração correta de medicação:

(...) Acho que tem algo que subverte, da loucura, da psicose, acho que o ato infracional nesse caso, quando chegam a cometê-lo é um momento de descompensação total, no momento que aquilo ali acontece. Quando eu tava com os pacientes psiquiátricos que não tinham cometido delito, que entraram em surto, mas o surto foi controlado de alguma maneira, é uma linha muito tênue. Então assim, é um pulo pro outro lado. Se você dialoga com essas pessoas sobre a construção da loucura isso é muito pouco diferente. Ele não chegou ao ato porque não houve momento, ou houve algum impeditivo em termos de legado social, de legado cultural, a diferença é que um chegou ao ato e outro não, então pra mim nunca teve esse peso, claro que isso é um diálogo diferente daquele que com os pacientes (...) isso é um diálogo diferente. Claro que eu não estou da mesma maneira que eu estou com (...), não é o mesmo lugar do louco que está aqui (Entrevistada H).

E por mais incomuns que sejam os relatos de episódios de agressividade por parte dos custodiados para com os trabalhadores, estes esporadicamente, ocorrem. E

quando ocorrem, deixam marcas indelévels naqueles que foram vítimas, que trabalham diretamente com os agressores, e reforçam o estigma de imprevisibilidade, ainda que velada, para com os outros trabalhadores, como afirmam A e C:

(...) Quando eu chamei ela e pedi se ela ia tomar, ela disse sim dona fulana. Mas eu como não tive confiança, eu coloquei ela numa posição e eu fiquei a paisana. Mas como essa época era um caos, nem luva tinha. Ai eu dei a medicação dela. Eu acho que na cabeça dela deve ter pensado como eu fez eu tomar a minha medicação, agora eu vou dar a dela. (...) Na época não tinha a grade. Eu pensei vou puxar a porta e puxei pra ela não vir por baixo e aí ela enfiou uma agulha no meu braço. Na hora eu nem senti. Eu vi o sentido que ela saiu correndo e fui correndo pro corredor e cai no chão. Quando eu cheguei na grade a enfermeira e a médica me pediram o que tinha acontecido, eu disse que ela tinha tentado me agredir, mas eu não tinha visto o sangue. Aí nesse tempo pegaram ela, medicaram de novo, nessa época tinha o quarto forte, aí botaram ela lá e me deixaram sozinha.(...) Quando foi de tarde senti uma coisa estranha, eu disse o que é isso, tem alguma coisa, ai fui tirar uma radiografia, quando sai o raio x, o médico fica nervoso e fala que eu tenho uma agulha dentro do meu braço. Menina, eu tremi dos pés à cabeça. E agora eu faço o quê? (...) Tem sete anos, não sinto nada. Não tirou, aí faz dois anos que eu fiz cirurgia pra tirar e o médico me disse que tava encravado no osso. Hoje eu sou uma pessoa feliz. Eu não maltrato eles, mas vontade de voltar lá não tenho não. E também, no inicio foi até difícil de perdoar ela, mesmo sabendo que ela não tinha consciência. Mas graças a Deus, eu consegui perdoar a ela, eu rezei pra ela, que sou evangélica. E pra você ver como o doente não tem consciência do que fez, que quando eu voltei pra trazer os documentos pro colega, ainda não tinham dado comida a ela, ai eu fiquei assim, isso não tem nada a ver não ter dado comida a ela. Ela não lembrava nada, como uma criança mesmo, pedindo quando pra falar com o médico quando ela vai sair dali. (...) Aí eu pensei, poxa não deviam fazer isso com um ser humano, as pessoas querem muito (...), ela não tem consciência do que ela fez é errado, pra ela foi ali, nada. E outra assim, ela não teve consciência e também não teve ódio, porque ela podia dizer assim, eu to aqui dentro, tomei injeção de novo, porque eu já tinha dado, e agora ela ainda aparece na minha frente. Mas não, ela mora no mundo da lua mesmo (...)  
(Entrevistada A).

Nunca fui agredida. Soube de poucos casos de agressão. Fiquei sabendo de uns casos antes de eu chegar, quando eu cheguei aqui tinha uma psicóloga que hoje em dia a (...) substitui ela, ela saiu uma semana antes que depois eu cheguei e ela tinha chegado há um mês. E eu sentia isso que ela tinha muito medo e ela relatava que eles eram muito agressivos, que tem um que fala de um jeito, ele é grandão e tal. Isso eu nunca senti. Medo eu já senti de um paciente, uma vez, mas foi por todo o histórico, mas não por algum comportamento dele assim (Entrevistada C).

Percebeu-se, portanto que a representação da loucura neste espaço encontra-se em processo dinâmico de mutação, constituindo-se pela interface entre o universo reificado pelo saber profissional e o consensual, de forma que os profissionais estão sendo apresentados a novas diretrizes, dimensionando os novos saberes, apropriando-se dos mesmos, através do movimento de tornar o estranho em familiar, nomeando e vinculando tais conhecimentos às suas práticas ou simplesmente, opondo-se à estes.

Doise (1990) traz considerações fundamentais no que se refere à variabilidade das representações em função das exigências particulares dos diversos contextos e grupos sociais, bem como a multiplicidade dos processos e funcionamentos ao nível do indivíduo, na ocasião da formulação de suas tomadas de atitude em virtude de uma inserção específica em um campo social. Esta postura apresenta-se antagônica à perspectiva consensual e hegemônica das representações sociais, em contrapartida, ressalta que tal multiplicidade elucida a variedade de expressões individuais constantes em uma determinada representação e afirma:

(...) Assim como as inserções e situações sociais não são jamais completamente idênticas, os múltiplos processos que intervêm nas tomadas de posição são também variados (...) [podendo gerar] uma multiplicidade aparente de tomadas de posição que são, entretanto, produzidos a partir de princípios organizadores comuns. (Doise, 1990:127).

Ressalta-se que os saberes veiculados pela Reforma Psiquiátrica estão sendo paulatinamente absorvidos pelos profissionais, num primeiro momento para alguns, vistos com desconfiança, e para outros entendidos enquanto uma mudança necessária. Cabe observar que o nível estrutural em que tais saberes se encontram absorvidos por cada profissional irá demarcar significativamente a forma com que desenvolverá sua prática profissional, haja vista que as RS são guias condutores das condutas dos grupos. Quanto mais enraizado às condutas medicamentosas o profissional for, com muito mais dificuldade irá se voltar para práticas alternativas aos saberes médicos. Quanto mais profundas forem suas representações sobre a periculosidade do louco, com mais afinco irá defender o encarceramento perpétuo do sujeito.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fundamentar esta pesquisa na Teoria das Representações Sociais, privilegiou-se em sua constituição, firmar a relação entre o conhecimento cotidiano, o senso comum e conhecimento reificado, os saberes acadêmicos. Sendo assim, o fenômeno da loucura no espaço do Hospital de Custódia e Tratamento fora observado e (re) significado através das falas dos sujeitos da pesquisa, bem como dos dados oriundos da observação do cotidiano, revelando os aspectos representacionais que ali orbitam.

Empreendeu-se compreender a Loucura como um fenômeno de investigação complexo, que figura num contexto peculiar, um ambiente institucional único. Por meio de roteiro de entrevista aberta, contemplaram-se os discursos de profissionais da área da saúde mental do HCT, seus saberes, suas impressões, dificuldades tanto com os custodiados como o ambiente institucional, suas crenças e práticas de trabalho. A relevância de tal conhecimento, emergiu na observação de campo, em que deixou-se a academia, de certo modo, de lado, para inserir-se no contexto de pesquisa, participando da dinâmica relacional.

As novas formas de pensar a loucura enquanto doença ou fenômeno, os avanços da psiquiatria e das ciências jurídicas ocorridas especialmente neste último século, foram fatores primordiais para os paradigmas da Loucura também fossem questionados. Os profissionais que atuam em saúde mental, mais do que nunca, devem valer-se dos saberes reificados ao mesmo passo em que, novas vieses de pensamento e atendimento vem sendo discutidas e ventiladas.

Analisar as nuances contidas nos discursos baseados na circulação de informações comuns, que são quotidianamente bombardeadas de novidades, acaba por

se tornar uma tarefa complexa. Percorrendo o caminho da pesquisa, há que se refletir acerca das considerações que nos propomos a analisar, tomando por ponto de partida as manifestações simbólicas nos contidas nos discursos dos profissionais sujeitos da pesquisa.

Sendo assim, por meio da análise dos dados, fora possível perceber os campos representacionais preconizados por Jodelet (2001), ou seja, as condições de produção e circulação das representações, seus processos e seu estatuto epistemológico. A compreensão destes campos de estudo acarreta na compreensão da questão norteadora de pesquisa que este estudo baseou-se: *Qual é a relação entre as representações sociais da loucura de profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia e suas práticas profissionais/de cuidado/atendimento aos pacientes psiquiátricos judiciários?*

As construções simbólicas dos profissionais envolvidos com a área de saúde mental do Hospital de Custódia e Tratamento sobre a loucura foram erigidas a partir de suas ações cotidianas no ambiente institucional, na sua trajetória de formação e contínua capacitação acadêmica, bem como, nas suas crenças e experiências.

Os participantes explicitaram em seus discursos, de forma bastante contundente nas entrevistas, uma representação sobre a **complexidade** do fenômeno que referenciavam, bem como a dificuldade em manejar seu trabalho/prática profissional em relação à loucura dentro do manicômio judiciário. Fora visível perceber que os profissionais representam a loucura a partir de ‘seu lugar de atuação’ dentro do ambiente institucional, bem como, das vivências, do **contato** e das experiências particulares e compartilhadas pelos colegas, as histórias de episódios de agressividade de alguns custodiados, as experiências diárias de atendimento. Todos os entrevistados foram unânimes em expor que existem **diferenças** entre os pacientes psiquiátricos



judiciários e os pacientes psiquiátricos ‘comuns’, ainda que essas diferenças sejam sutis, às vezes para o bem, em outras para o mal, e por vezes impossíveis de serem aclaradas.

Observou-se que o fator tempo de vínculo empregatício entre os participantes da pesquisa com a instituição influenciou na estrutura das representações de uma forma instigante. Aqueles que completaram a formação profissional há mais tempo e que contam com mais tempo de casa mostraram-se mais **rígidos** quanto às proposições apregoadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, tal como sua visão frente à loucura enquanto uma **doença**.

Neste sentido, é possível apontar que o as objetivações e ancoragens encontram-se **presentes** no processo de (re) formulação constante das representações sociais da loucura, quando se sinaliza para a dinâmica presente no embate inevitável do entre universo científico, instrumentalizado e constituído pelo corpo de saberes de cada categoria profissional, e o universo consensual, cotidiano. O movimento da Reforma Psiquiátrica e novas diretrizes de atendimento e entendimento do fenômeno da loucura ocasionam a ventilação destes saberes em direção aos profissionais mais antigos, da mesma forma que, aqueles que chegam com estas diretrizes incorporadas são influenciados por aqueles que ali já estavam. Este movimento acarreta na circulação dos signos, através do movimento de tornar o estranho em familiar, nomeando e vinculando tais conhecimentos às suas práticas ou rejeitando-as.

Sendo as representações sociais guias para a conduta dos seres em suas sociedades, a dimensão da atitude que **orienta** as ações em relação ao objeto representacional é identificada nos discursos dos sujeitos participantes da pesquisa e suas práticas profissionais de cuidado, que são extremamente influenciadas pelos significados da representação social. Se a concepção de louco imprevisível, cujo

tratamento apropriado é exclusivamente medicamentoso for o guia do profissional, com mais dificuldade irá percebê-lo enquanto sujeito de direitos.

As elaborações dos profissionais sujeitos da pesquisa emergiram em seus discursos, tanto nas entrevistas quanto no dia a dia vivenciado no HCT. Alguns têm ciência de suas próprias barreiras simbólicas e materiais quanto ao convívio em sociedade do louco infrator, tendo em vista a complexidade de fatores que permeiam a representação social do que é a loucura no manicômio judiciário. Outros apontam para um norte menos promissor e apesar de apoiarem a desinstitucionalização, não acreditam que ela possa efetivamente ocorrer e dar certo, seja pela falta de preparo da sociedade, seja pela descrença de que o lugar dos loucos infratores seria fora dos muros do HCT.

A verdade é que não há uma solução consolidada ou definitiva para ‘penalização’, a tão esperada resposta para a sociedade, quando do cometimento de um crime por parte de um portador de transtorno mental. Existem iniciativas promissoras tal como o PAILI-GO e o PAI-PJ, em âmbitos estaduais. O que podemos assegurar é que uma solução satisfatória não será encontrada se não houver a soma de esforços e comprometimentos entre todos os envolvidos na questão maior do encarceramento do paciente psiquiátrico judiciário.

Por fim, as representações aqui evidenciadas confirmam o papel fundamental de estudos em Representações Sociais em espaços complexos de atuação para os profissionais da psicologia, tal qual o HCT. Admite-se que a verificação destas representações, enquanto um recorte necessário que configura esta dissertação, não trará por si só, todas as nuances envolvidas no fenômeno da loucura no manicômio judiciário. Entretanto, a partir desta oportunidade, é possível que lance um olhar diferenciado ao ambiente institucional, ressaltando os discursos das vozes aqui reconhecidas e atraindo outros pesquisadores que venham a contribuir neste cenário tão intrincado e fascinante.

## REFERÊNCIAS

- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In: A. S. P. Moreira & D. C. de Q. (1988) (Orgs) *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: Editora AB.
- Amarante, P. (Org.). (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- \_\_\_\_\_(2001). *Loucos pela vida*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- \_\_\_\_\_(Coord). (2003). *Saúde Mental, Políticas e Instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ.
- Andre, M. (2000). *Etnografia da Prática Escolar*. 5ª ed. Campinas: Papirus.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Barros, S. (1996). *O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice*. Tese-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Barros, S; Bichaff, R (orgs); Aranha e Silva, A. L [et al] (2008). *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*. São Paulo: FUNDAP : Secretaria da Saúde.
- Basaglia, F. (1994). Considerações sobre uma experiência comunitária. In: Amarante, P. (Org) 1994. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Batista e Silva, M. B. (2010). O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. In : *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [ 2 ]: 653-682.
- Birman, J. (1978). *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism perspective and method*. Califórnia: Prentice-Hall.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2004). *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem*.
- \_\_\_\_\_(2005) *Código penal*. 10ª Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais Ltda.
- \_\_\_\_\_(2008) *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Saraiva.
- Brito, H. B. de., & Catrib, A. M. F. (2004). Representação social e subjetividade do adoecer psíquico. In: *Estud. psicol. (Natal)* [online]. Vol.9, n.2, pp. 285-296.

Bruno, A. (1977). *Perigosidade criminal e medidas de segurança*. Rio de Janeiro: Ed. Rio.

Carrara, S. (1998). *Crime e Loucura. O Aparecimento do Manicômio Judiciário na Passagem do Século*. Coleção Saúde e Sociedade, Rio de Janeiro, EdUERJ/EdUSP.

Correa, H. M. (2003). *Crazy, Sad or Just Different: Evolving Representations Of Mental Illness And The Mentally Ill During Psychology Education*. Tese de Doutorado – Ph.D apresentado ao Programa de Psicologia da Murdoch University – Western – Austrália. Recuperado em: ago/2009. Obtido em: <http://wwwlib.murdoch.edu.au/adt/browse/view/adt-MU20040302.161013>

Correia, L. C; Lima, I. M. S. O; Alves, V. S. (2007). Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. In: *Escola Nacional de Saúde Pública*. Rio Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Recuperado em: mai/2009. Obtido em <http://www.scielo.br>

Cross, S. (2004) Visualizing Madness: Mental Illness and Public Representation. In: *Television & New Media*, Vol. 5, No. 3, 197-216 (2004).

Dantas, M. A. F; Chaves, A. M. (2007) *Saúde custodiada: representações dos guardas sobre o Hospital de Custódia*. Salvador: UFBA. Recuperado em: abr/2009 Obtido em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>

Delgado, P.G. [et al]. (2001). O Ministério da Saúde e a saúde mental no Brasil: panorama da última década. In: *Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar Sim, Excluir Não*, 3., 2001, Brasília, D.F.. Caderno de Textos. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

Dixit, S. (2005). Meaning and Explanations of Mental Illness: A Social Representations Approach. In: *Psychology & Developing Societies*, Vol. 17, No. 1, 1- 18(2005).

Dórea, L. E. (2006). *Histórias de Salvador nos nomes das suas ruas*. Salvador: EDUFBA.

Durkheim, E. (2007) *As regras do método sociológico*. 3ª Ed. São Paulo: Martins Fontes.

Farr, R. M. (1991). Theory and method in the study of social representations. In D. Canter and G. Breakwell (Eds) *Empirical Approaches to Social Representation*. Oxford: Clarendon Press.

Foster, J. L. H. (2001). Unification and differentiation: a study of social representation of mental illness. In: *Papers on Social Representations*. Volume 10, páginas 3.1-3.18.

\_\_\_\_\_(2003). Beyond Otherness: Controllability and Location in Mental Health Service Clients' Representations of Mental Health Problems. In: *Journal of Health Psychology*, Vol. 8, No. 5, 632-644.

\_\_\_\_\_(2006) Media presentation of the mental health bill and representations of mental health problems. In: *Journal of community & applied social psychology*. Vol. 16, nº4, pp. 285-300 [16 page(s) (article)] (2 p.1/4)

Foucault, M. (2002). *Os anormais – curso no Collège de France*. (1974/1975). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.

\_\_\_\_\_(2004) *História da loucura*. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva.

\_\_\_\_\_(2007) *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...um caso de parricídio do século XIX*, apresentado por Michel Foucault: tradução Deniza Lezan de Almeida. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.

\_\_\_\_\_(2008) *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 35ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

Frayze-Pereira, J. A. (1984). *O que é loucura*. 3ª Ed. São Paulo: Brasiliense. Coleção primeiros passos, nº 73.

Goffman, E. (1961). *Manicômios, prisões e conventos*. 7ª Ed. São Paulo: Perspectiva.

Haguette, T. M. F. (1992). *Metodologias qualitativas na sociologia*. 3ª Ed. Petrópolis: Vozes.

Jacobina, P. V. (2003). *Saúde Mental e Direito: um diálogo entre a reforma psiquiátrica e o sistema penal*. Monografia apresentada ao Curso em Direito Sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal, produzido pela Universidade de Brasília – UNB em conjunto com o Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. Brasília: Aprovado em 2003.

\_\_\_\_\_(2006). Direito Penal da Loucura: Medida de segurança e reforma psiquiátrica. In: *Boletim dos Procuradores da República*. Ano VI, nº 70, PP-16-21.

Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis: Vozes.

Jovchelovith, S. (orgs) (1998). *Textos em Representações Sociais*. 4ª Ed. Petrópolis: Vozes.

Lakatos, E. M.; Marconi, M. de A. (2008). *Fundamentos de metodologia científica*. 6ª Ed. São Paulo: Atlas.

Lane, S. T. M; Codo, W. (orgs). (1987). *Psicologia Social – O homem em movimento*. 5ª Ed. São Paulo: Brasiliense.

Mattos, V. de. (2006). *Crime e Psiquiatria: Uma Saída: Preliminares para a desconstrução das medidas de segurança*. Rio de Janeiro: Revan.

Maurya, A. S. & Dixit, S. (2008). Lay Understanding of Mental Health and Illness - A Social Representations Approach. In: *National Academy of Psychology*, India. Vol. 53, No. 1, 34-40

Merhy, E. E. (2000). Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 4(6):109-116.

\_\_\_\_\_(2003) Atenção à saúde no setor e o direito à saúde. In: *Fórum de Saúde Suplementar*. Unicamp. Recuperado em mai/2009 Obtido em: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)

Minayo, C. de S. (org) (2000). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 15ª ed. Petrópolis: Vozes.

\_\_\_\_\_(2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco.

Ministério Público de Goiás. Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) (2009). *Informações gerais sobre a implementação da reforma psiquiátrica na execução de medidas de segurança*. Goiás: Ministério Público do Estado de Goiás/Secretaria da Saúde do Estado de Goiás.

Moraes, M. C. de; Oltramari, L. C. (2005). Loucura, Hospital, Comunidade: um estudo sobre as representações sociais. In: *Revista PerCursos*. Vol 6, nº 2.

Morant, N. (1995) What is mental illness? Social representations of mental illness among British and French mental health professionals. In: *Papers on Social Representations* . Vol. 4 (1) 1-52.

\_\_\_\_\_(1998) The social representation of mental ill-health in communities of mental health practitioners in the UK and France. In: *Social Science Information*. 1998; 37: 663-685

\_\_\_\_\_(2006) Social representations and professional knowledge : The representation of mental illness among mental health practitioners. In: *British journal of social psychology*. Vol. 45 (4), pp. 817-838 [22 page(s) (article)] (3 p.1/4)

Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

\_\_\_\_\_(2001). Das Representações Coletivas às Representações Sociais: Elementos para uma História. In: Jodelet, D. (org.) *As Representações Sociais*. Trad. Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EDUERJ

\_\_\_\_\_(2005). *Crônica dos anos errantes: narrativa autobiográfica*. Rio de Janeiro: Mauad.

\_\_\_\_\_(2007) *Representações Sociais*. Investigações em Psicologia Social. 5ª ed. Rio de Janeiro: Vozes

\_\_\_\_\_(2009) Preconceito e Representações Sociais. In: Almeida, A. M. O; Jodelet, D.(Orgs.). *Representações sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas*. Brasília: Thesaurus, p. 17-34. 2009.

Pacheco, J. G. (2009) *Reforma Psiquiátrica, uma Realidade Possível - Representações Sociais da Loucura e a História de uma Experiência*. Curitiba: Juruá.

Peirano, M. G. (1995) *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume-Dumara.

Pereira, M. A. O. (2003). Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface (Botucatu)* [online]. 2003, vol.7, n.12, pp. 71-82.

\_\_\_\_\_(2005). Representações sociais de pacientes psiquiátricos sobre a loucura, a internação e o sofrer psíquico: a triste passagem e a triste paisagem. In: *Psychiatry on line Brasil*, Vol.10 – nº 9.

Popper, K.S. (1978). *A lógica das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1978.

Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Sistema Integrado de Bibliotecas (2010). *Manual para a elaboração de trabalhos técnicos-científicos de acordo com a norma da Associação Americana de Psicologia – APA*. Sistema Integrado de Bibliotecas da PUCPR, Organização Terezinha Teterycz. Curitiba.

Rey, F. L. G. (2006). As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer. *Psicologia Teoria e Prática*. Vol.8, no.2, p.69-85.

Rey, F. L; Furtado, O. (orgs) (2008). *Por uma epistemologia da subjetividade: um debate entre a teoria sócio-histórica e a teoria das representações sociais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rodrigues, S. da S; Dantas, L. C. N; Santos, D. C. dos; & Dantas, D. R. (2009). Os olhares médico e jurídico sobre o louco: um estudo das representações sociais acerca da loucura. In: *Psicologia.com.pt - O portal dos Psicólogos*. Recuperado em set/2009  
Obtido em: [http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0471](http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0471).

Rotelli, F; Leonardis, O. de; Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via. In Rotelli, F; Leonardis, O. de; Mauri, D., Risio, C. de; *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec. Pp. 17 -59.

Sá, C. P. de (2002) *Núcleo Central das Representações Sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.

\_\_\_\_\_(1998) *A Construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed UERJ.

\_\_\_\_\_(1995) Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink, M. J. (org). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense.

Silva, M. V. de O. (2007). A clínica integral: o paradigma “psicossocial” como uma exigência da clínica das psicoses. *In-tensa. Ex-tensa*, 1(1), 40-41.

Spink, M. J. P. (1993). The concept of Social Representations in Social Psychology. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 9 (3) 300-308..

\_\_\_\_\_(2007). *Psicologia Social e da Saúde: práticas, saberes e sentidos*. 4ª Ed. Petrópolis: Vozes.

Szasz, T. (1984). *A fabricação da loucura - um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara.

Trivinos, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.

Wachelke, J. F. R. (2005). O vácuo no contexto das representações sociais: uma hipótese explicativa para a representação social da loucura. *Estudos em psicologia. (Natal)* [online], vol.10, n.2, pp. 313-320.

Wagner, W., Duveen, G., Themel, M., & Verma, J. (1999). The modernization of tradition: thinking about madness in Patna, India. *Culture and Psychology*, 5(4), 413-445

Wielewicki, V. H.G. (2001). *A pesquisa etnográfica como construção discursiva*. Maringá: Acta Scientiarum 23 (1): 27-31

*World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*, World Health Organization. Recuperado em: mai/2009. Obtido em [www.who.int/whr/2001/chapter1/en/index.html](http://www.who.int/whr/2001/chapter1/en/index.html)



## Anexo 1

**CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA****RESOLUÇÃO Nº 5, DE 4 DE MAIO DE 2004**

**Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº10.216 de 06 de abril de 2001.**

O CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA, reunido em sessão ordinária aos 04 dias do mês de maio do ano de dois mil e quatro, na cidade de Brasília, tendo presente a Proposta de Diretrizes para o cumprimento de Medidas de Segurança, adequando-as ao contido na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, resolve:

Art. 1º. Aprovar as Diretrizes Anexas à presente Resolução, visando adequar as Medidas de Segurança às disposições da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

Art. 2º. Recomendar à Secretaria deste Conselho que remeta cópia desta Resolução e do Anexo que a integra às Secretarias Estaduais que administram o Sistema Prisional, bem como aos Conselhos Penitenciários Estaduais e ao DEPEN/MJ.

Art. 3º. Esta Resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

ANTONIO CLÁUDIO MARIZ DE OLIVEIRA

Presidente do Conselho

## Anexo 2

### DIRETRIZES PARA O CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

A partir dos resultados do “Projeto de Apoio à Reinserção Social dos Pacientes Internados em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Rio de Janeiro”, realizado por equipe da Superintendência de Saúde da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária e considerando as propostas aprovadas na “III Conferência Nacional de Saúde Mental” e no “Seminário para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”, bem como as discussões ocorridas na Comissão eleita no referido Seminário para encaminhar projeto de mudança à Lei de Execução Penal, e tendo como objetivo adequar as medidas de segurança aos princípios do SUS e às diretrizes previstas na Lei nº 10.216/2001, ficam propostas as seguintes diretrizes:

1. O tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis “visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4º, § 1º da Lei nº 10.216/01), tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar.

2. A atenção prestada aos pacientes inimputáveis deverá seguir um programa individualizado de tratamento, concebido por equipe multidisciplinar que contemple ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e seja voltado para a reintegração sócio-familiar.

3. O internado deverá “ter acesso ao melhor tratamento consentâneo às suas necessidades” (art. 2º, § 1º, inciso I), de mesma qualidade e padrão dos oferecidos ao restante da população.

4. Os pacientes inimputáveis deverão ser objeto de política intersetorial específica, de forma integrada com as demais políticas sociais, envolvendo as áreas de Justiça e Saúde e congregando os diferentes atores e serviços que compõem a rede.

5. A medida de segurança deverá ser cumprida em hospital estruturado de modo a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer etc. (art. 4º, § 2º).

6. A atenção deverá incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção de projetos voltados ao desenvolvimento da cidadania e à geração de renda, respeitando as possibilidades individuais.

7. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico deverão estar integrados à rede de cuidados do SUS, adequando-se aos padrões de atendimento previstos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria e aos princípios de integralidade, gratuidade, equidade e controle social.

8. Nos Estados onde não houver Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico os pacientes deverão ser tratados na rede SUS.

9. Os Estados deverão realizar censos jurídicos, clínicos e sociais dos portadores de transtornos mentais que sejam inimputáveis, a fim de conhecer suas necessidades terapêuticas, disponibilizar recursos, garantir seu retorno à comunidade de referência e acesso a serviços territoriais de saúde.

10. A conversão do tratamento ambulatorial em internação só será feita com base em critérios clínicos, não sendo bastante para justificá-la a ausência de suporte sócio-familiar ou comportamento visto como inadequado.

11. A medida de segurança só poderá ser restabelecida em caso de novo delito e após sentença judicial. Os casos de reagudização de sintomatologia deverão ser tratados no serviço de referência local.

12. A medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique. A regressão para regime anterior só se justificará com base em avaliação clínica.

13. A fim de garantir o acesso dos egressos dos hospitais de custódia aos serviços residenciais terapêuticos, deverão ser estabelecidas cotas específicas para estes pacientes nos novos serviços que forem sendo criados.

14. Como forma de superar as dificuldades de (re)inserção dos egressos nos serviços de saúde mental da rede, os gestores de saúde locais devem ser convocados, desde o início da medida, para participarem do tratamento, realizando busca ativa de familiares e preparando a família e a comunidade para o retorno do paciente.

15. Após a desinternação, desde o primeiro ano, o paciente deve ser assistido no serviço local de saúde mental, paralelamente ao tratamento ambulatorial previsto em lei, com o objetivo de construir laços terapêuticos em sua comunidade.

16. Os pacientes com longo tempo de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, que apresentem quadro clínico e/ou neurológico grave, com profunda dependência institucional e sem suporte sócio-familiar, deverão ser objeto de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (art.5º da Lei), beneficiados com bolsas de incentivo à desinternação e inseridos em serviços residenciais terapêuticos.

17. Os portadores de transtornos relacionados ao uso de drogas deverão ser objeto de programas específicos, de conformidade com a política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas.

18. Em caso de falta às consultas ou abandono de tratamento, os serviços locais de saúde deverão realizar visitas domiciliares com o fim de avaliar a situação e estimular o retorno do paciente ao tratamento.

## Anexo 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que consinto em participar como voluntário da pesquisa cujo objetivo é a identificar as representações sociais da acerca da loucura, verificando a sua correspondência com as práticas profissionais/de cuidado, de profissionais da área da saúde do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Bahia, sob a responsabilidade da pesquisadora Simone Kelly Cetolin, com a orientação do Prof.Dr. Antônio Marcos Chaves. Declaro também que fui satisfatoriamente esclarecido que: a) a pesquisa será realizada a partir de entrevistas registradas por meio de gravador e por escrito; b) que estou livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa e que não preciso apresentar justificativa para isso; c) que todas as informações por mim fornecidas e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo; d) na publicação dos resultados desta pesquisa, minha identidade será mantida no mais rigoroso sigilo; e) que não terei quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes da pesquisa; f) que esta pesquisa é importante para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção do conhecimento científico. Assim, consinto em participar da pesquisa em questão.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Voluntário

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora

OBS: Este termo apresenta duas vias, uma destinada ao voluntário e outra ao pesquisador.

Quaisquer dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora nos telefones 8237-8833 e 3283-6442.

## Apêndice 1

---

**Questionário**

---

1) Sexo: 1 ( ) feminino 2 ( ) masculino

2) Idade: \_\_\_\_\_

3) Religião: \_\_\_\_\_.

4) Estado civil:

1 ( ) solteiro 2 ( ) união consensual 3 ( ) casado 4 ( ) viúvo 5 ( ) divorciado

5) Escolaridade

1 ( ) analfabeto 2 1º. Grau incompleto 3 ( ) 1º. Grau completo 4 ( ) 2º. Grau incompleto 5 ( )  
2º. Grau completo 6 ( ) superior incompleto 7 ( ) superior completo 8 ( ) Especialização 9  
( ) Mestrado 10 ( ) Doutorado 11 ( ) Outros \_\_\_\_\_

6) Profissão: \_\_\_\_\_.

Tempo de profissão: \_\_\_\_\_ Tempo de profissão no HCT: \_\_\_\_\_.

---

## Apêndice 2

## Roteiro da Entrevista Semi-estruturada

<b>Eixo Estruturante</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Categorias de análise</b>
<b>1) Histórico do participante na instituição</b>	Analisar dados quanto à história do participante na instituição;	Ambiente Institucional
	Visualizar a forma de vínculo;	Ambiente Institucional
	Entender as diferenças percebidas antes de conhecer a instituição e depois de fazer parte dela .	Ambiente Institucional
<b>2) Histórico sobre as relações entre o participante e os demais membros da instituição</b>	Analisar as percepções sobre a Reforma Psiquiátrica;	Vínculo Empregatício
	Analisar as relações entre os diversos profissionais.	Vínculo Empregatício
<b>3) Relato das atividades cotidianas</b>	Listar as atividades cotidianas desempenhadas pelos participantes;	Práticas Profissionais Cotidianas
	Analisar suas dificuldades/facilidades no desenvolvimento das atividades rotineiras;	Práticas Profissionais Cotidianas
	Analisar as relações com os pacientes custodiados.	Práticas Profissionais Cotidianas