

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade – PPGMLS

Vitor Clímaco de Melo

**Hospital Afrânio Peixoto: a instituição, suas memórias e representações
sociais sobre a loucura**

Vitória da Conquista-BA
Dezembro de 2017

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade – PPGMLS

Vitor Clímaco de Melo

**Hospital Afrânio Peixoto: a instituição, suas memórias e representações
sociais sobre a loucura**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área de Concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de Pesquisa: Memória, Cultura e Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Luci Mara Bertoni

Vitória da Conquista-BA
Dezembro de 2017

M486h Melo, Vitor Climaco de.

Hospital Afrânio Peixoto: a instituição, suas memórias e representações sociais sobre a loucura. / Vitor Climaco de Melo, 2017. Orientador (a): Dr^a. Luci Mara Bertoni.

149f

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, Vitória da Conquista, 2017.

1. Representações sociais - Memória. 3. Drogas - Aspectos sociais. 4. Hospital Afrânio Peixoto. I. Bertoni, Luci Mara. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. T. III.

CDD: 362.29

Catálogo na fonte: **Cristiane Cardoso Sousa - CRB 5/1843**
UESB – Campus Vitória da Conquista – BA

Título em inglês: Hospital Afrânio Peixoto: the institution, its memories and social representations about the madness

Palavras-chaves em Inglês: Drugs; Madness; Memory; Social Representation.

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Titulação: Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Banca Examinadora: Profa. Dra. Luci Mara Bertoni (Presidente), Prof. Dr. João Diógenes Ferreira dos Santos (Titular), Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos (Titular).

Data da Defesa: 14 de Dezembro de 2017.

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

FOLHA DE APROVAÇÃO

Vitor Clímaco de Melo

Hospital Afrânio Peixoto: a instituição, suas memórias e representações sociais sobre a loucura

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Data da aprovação: 14 de dezembro de 2017.

Banca Examinadora:

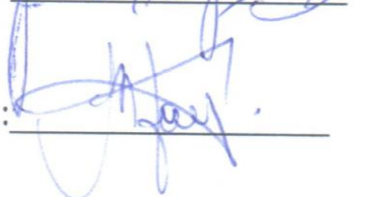
Profa. Dra. Luci Mara Bertoni (Presidente)
Instituição: UESB

Ass.: 

Prof. Dr. João Diógenes Ferreira dos Santos
Instituição: UESB

Ass.: 

Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos
Instituição: UFBA

Ass.: 

A Deus, aos meus pais e aos “loucos”.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Luci Mara Bertoni, que com toda presteza, competência e atenção, auxiliou-me nesta tarefa árdua e ao mesmo tempo gratificante.

Aos professores presentes na banca de qualificação e defesa da dissertação, Dr. João Diógenes Ferreira dos Santos e Dr. Adriano Maia dos Santos, que com os seus apontamentos e correções ajudaram a estruturar este trabalho.

Aos funcionários do PPGMLS: Programa de Pós-Graduação em Memória, Linguagem e Sociedade, que sempre foram gentis no atendimento das solicitações, no café e na conversa. Aos colegas que ingressaram junto comigo nessa etapa de experiências e aprendizados, principalmente, ao pessoal do GEPAD – Grupo de Estudos e Pesquisas em Álcool, Drogas e Gênero.

À FAPESB – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia, pelo financiamento deste estudo.

À minha família, por todo incentivo despendido em todos os momentos da minha caminhada. À minha companheira Wellen Dantas, que tanto contribui com seu carinho e atenção, principalmente, nos momentos difíceis e angustiantes.

Aos orixás e espíritos amigos, que me assistiram em todo este processo, auxiliando-me nas dificuldades, nos momentos em que o cansaço e o desânimo aparentavam ser maiores do que realmente são.

Por fim, a todos os funcionários do Hospital Afrânio Peixoto, em especial, na figura da Diretora Lygia Matos e da Enfermeira Lorena Oliveira, que muito auxiliaram no desenvolvimento desta pesquisa. Ah! Aos “loucos” por me mostrarem em seus mais nítidos devaneios aquilo que a sociedade tende a evitar, excluir: o brilho inquietante da vida que pulsa para além das convenções sociais.

RESUMO

Neste estudo, posicionamos a loucura por meio de um concatenamento entre três campos do saber: a memória, as representações sociais e as políticas de álcool e drogas. Neste sentido, o objetivo geral é o de analisar as memórias e as representações sociais do Hospital Afrânio Peixoto acerca da loucura, tendo em vista um critério específico de interesse: o uso de drogas e o adoecimento mental. Outrossim, analisamos as memórias e representações sociais desta instituição acerca da Reforma Psiquiátrica e dos seus consequentes desdobramentos. Esta instituição hospitalar está localizada em Vitória da Conquista – Bahia, mais especificamente, na região sudoeste. Justifica-se este empreendimento, pela constatação por meio dos registros hospitalares de volumosa demanda por internações, sobretudo, ocasionadas pelo uso problemático de drogas. Para orientar as discussões propostas neste estudo, dividimos o nosso referencial teórico em três eixos: Memória e Representações sociais; Drogas e loucura; A Reforma Psiquiátrica no Brasil. Do mesmo modo, apresentamos em nosso capítulo teórico-metodológico as técnicas para coleta e análise de dados, representadas, respectivamente, pela pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas e, posteriormente, pela análise documental e análise de conteúdo. Ainda no capítulo metodológico, apresentamos o nosso quadro analítico, este, dividido em duas principais categorias: Loucura e Drogas e A Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos. Nas discussões apresentamos um diálogo entre memória e as representações sociais, que se tornaram instrumentos de comunicação sobre a realidade da estrutura de cuidado hospitalar. Em nossas conclusões, retomamos de maneira sintética todas as discussões realizadas nas categorias e subcategorias, à luz das teorias da memória e das representações sociais, ainda assim, produzimos um relato sobre a realidade do Hospital Afrânio Peixoto que se apresenta ainda como uma ferramenta de respaldo sociopolítico no cuidado as pessoas que experimentam algum tipo de sofrimento psíquico, sobretudo, as que fazem uso problemático de drogas.

Palavras-chave: Drogas. Loucura. Memória. Representações sociais.

ABSTRACT

The present study has the opportunity to position the madness through three fields of knowledge: the memory, the social representation and the alcohol and drugs politics. So, the main goal is to analyze the memories and social representations from Afrânio Peixoto Hospital about madness, in view of specific criterion of interest: the use of drugs and the mind illness. Therefore, we analyze the memories and social representation from this institution about the Psychiatric Reform and its consequent unfoldings. This hospitalar institution is in Vitória da Conquista – Ba, specifically at the southwest region. This development justifies by the confirmation through the hospitalar registers from a volumous demand for hospitalization, more caused by the problematic use of drugs. To guide the discussions proposed in this study, we divided the theoretical reference into three axes: memory and social representations; drugs and madness; the psychiatric reform in Brazil. In this way we present in our theoretical methodological chapter the techniques to collect and analyze data, represented, respectively, documental research and half structured interviews and, later, the documental analysis and content analysis. In the methodological chapter we present the analytic situation, divided into two main categories: madness and drugs and the psychiatric reform and its unfoldings. In the discussions we present a dialogue between memory and social representation, that are communication instruments about the reality of the structure of hospitalar care. In our conclusions, we turn back about all the discussions realized in the categories and subcategories, with the memory theories and social representations, producing a story about Afrânio Peixoto Hospital's reality that functions as a tool in the care of people that tries some psychic suffering, specially those who has a problematic use of drugs.

Keywords: Drugs. Madness. Memory. Social Representation.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 01 – Planilhas mensais de internação – Hospital Afrânio Peixoto.....	95
Tabela 02 – Quantidade de prontuários selecionados – Hospital Afrânio Peixoto.....	95
Tabela 03 – Estratificação dos prontuários conforme critério da faixa etária.....	98
Tabela 04 – Descrição das comorbidades, Ala Feminina.....	111
Tabela 05 – Descrição dos CID’S – Classificação Internacionais de Doença, Ala Feminina.....	111
Tabela 06 – Descrição das comorbidades, Ala Masculina.....	112
Tabela 07 – Descrição dos CID’S – Classificação Internacionais de Doença, Ala Masculina.....	113
Quadro 01 – Categorias e subcategorias.....	99

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – das substâncias psicoativas, Ala Feminina.....	101
Gráfico 02 – das substâncias psicoativas, Ala Masculina.....	101
Gráfico 03 – dos sintomas, Ala Feminina.....	105
Gráfico 04 – dos sintomas, Ala Masculina.....	105
Gráfico 05 – dos diagnósticos, Ala Masculina.....	110
Gráfico 06 – dos diagnósticos, Ala Feminina.....	110
Gráfico 07 – da conduta médica, Ala Feminina.....	118
Gráfico 08 – da conduta médica, Ala Masculina.....	118
Gráfico 09 – do cadastro no CAPS, Ala Feminina.....	125
Gráfico 10 – do cadastro no CAPS, Ala Masculina.....	125

LISTA DE SIGLAS

AC	Antes de Cristo
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AT	Acompanhamento Terapêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD	_____. Especializado em Álcool e Drogas
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CID	Classificação Internacional de Doença
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
GABA	Ácido Gama-Aminobutírico
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ISRS	Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina
IMAO	Inibidores de Monoamino-Oxidase
LSD	<i>Lysergic Acid Diethylamide</i>
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossociais
NC	Núcleo Central
NESCB	Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
REME	Movimento de Renovação Médica, Rede de Alternativas à Psiquiatria
STR	Serviço Residencial Terapêutico
SNC	Sistema Nervoso Central
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
THB	Transtorno do Humor Bipolar
TNC	Teoria do Núcleo Central
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 SOBRE A ESTRUTURA DISSERTATIVA	16
2 MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	21
2.1 MEMÓRIA INDIVIDUAL E COLETIVA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.....	22
2.2 MEMÓRIA COLETIVA E HISTÓRICA, TEMPO E ESPAÇO.....	24
2.3 TRS – TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: CONCEITOS	26
2.4 TRS E SEUS DESDOBRAMENTOS: OUTRAS ABORDAGENS	28
2.5 LOUCURA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: A ABORDAGEM CULTURAL DE JODELET	30
2.6 MEMÓRIA COLETIVA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: UM DIÁLOGO ENTRE AS TEORIAS	33
2.7 ANAMNESE: UMA TÉCNICA DE RECORDAÇÃO	37
3 LOUCURA E DROGAS: A TESSITURA DE UMA RELAÇÃO	40
3.1 A HISTÓRIA DA LOUCURA POR FOUCAULT: A PRODUÇÃO DISCURSIVA SOBRE A LOUCURA E O NASCIMENTO DA MEDICINA SOCIAL	41
3.2 O NASCIMENTO DOS HOSPITAIS, O ESTABELECIMENTO DA PSIQUIATRIA COM ESPECIALIDADE MÉDICA E O DESPONTAR DO MOVIMENTO DE DESPSIQUIATRIZAÇÃO.....	45
3.3 OUTRAS ANÁLISES FILOSÓFICAS ACERCA DA LOUCURA: DE ROTERDÃ A SCHOPENHUAER	48
3.4 BREVE HISTÓRICO DAS DROGAS E O SEU ELO COM A LOUCURA ESTABELECIDO PELO SABER MÉDICO-PSIQUIÁTRICO.....	54
3.5 DROGAS: O QUE É, COMO SE CLASSIFICA E A UTILIZAÇÃO DOS PSICOFÁRMACOS PELO SABER MÉDICO-PSIQUIÁTRICO NAS MORBIDADES.....	59
3.6 DROGAS, LOUCURA E CLASSIFICAÇÕES DIAGNÓSTICAS	64
4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	70
4.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	71
4.2 FATOS QUE MARCARAM A HISTÓRIA MANICOMIAL DO BRASIL	76
4.3 CAPS, STR E POLÍTICA DE RD – REDUÇÃO DE DANOS: O QUE SE PRETENDE?79	
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: COLETA E ANÁLISE DE DADOS	84
5.1 PESQUISA E ANÁLISE DOCUMENTAL	87
5.2 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA E ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	91
5.3 PASSO A PASSO DA PESQUISA: REMONTANDO NOSSA TRAJETÓRIA NO AFRÂNIO PEIXOTO	94
5.4 RETRATO AMOSTRAL: CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS PRONTUÁRIOS E DOS PARTICIPANTES DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS	96
5.5 PAINEL ANALÍTICO: DIÁLOGO ENTRE MEMÓRIAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	99
5.5.1 Uso de drogas e sintomatologias	101
5.5.2 Diagnóstico: o uso problemático de drogas como doença mental.....	110
5.5.3 A conduta médico-farmacológica.....	118
5.5.4 As Representações sociais do CAPS: um ponto de atenção da RAPS.....	125

5.5.5 A Reforma Psiquiátrica e a importância da manutenção do Hospital Afrânio Peixoto	131
5.5.6 As Representações sociais da especialidade psiquiátrica: a reforma e a importância da instituição hospitalar.....	135
6 CONCLUSÃO.....	139
REFERÊNCIAS	144
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Por se tratar de um fenômeno complexo e ao mesmo tempo acessível em nossa sociedade, a loucura, ainda bastante estigmatizada e passível de ser melhor compreendida, tem sido objeto de investigação da ciência, da literatura, do cinema, como de outras linhas de expressão do pensamento. Tomando como exemplo de objeto da investigação acadêmica, a loucura foi historicizada pelo filósofo francês Michel Foucault (1926-1984), dentro do viés da análise do discurso, bem como foi alvo da psicóloga social Denise Jodelet ([2005]2015) em seu trabalho **Loucura e Representações Sociais**.

Em termos de produção acadêmica nacional, a loucura também fez parte da investigação proposta pelo psicólogo social Frayze-Pereira (1984), em seu trabalho de título **O que é loucura?** Ainda merece destaque, o livro organizado pelo médico Paulo Amarante (2012), **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade** que conta com a colaboração de diversos intelectuais que discorrem em perspectivas distintas sobre o fenômeno em questão, contando inclusive, no último item, com o registro histórico da visita de Olavo Bilac (1865-1918), ao Pavilhão *Bourneville*, na seção de crianças, do Hospital Nacional de Alienados, em 1905, a convite dos médicos Fernandes Figueira (1863-1928) e Afrânio Peixoto (1876-1947).

No campo da literatura, a loucura ganha destaque em muitas obras, sendo celebrada por William Shakespeare (1564-1616), em **Hamlet – Príncipe da Dinamarca**, como analisa Corroche (2013), que entende a produção supracitada como um embate entre as duas forças motrizes da psique humana: a razão e a loucura. Vale ressaltar, também, outra célebre composição acerca da loucura na produção literária nacional: **O alienista**, cujo autor Machado de Assis (1839-1908), dá vida a Simão Bacamarte, um médico psiquiatra que coloca os seus conhecimentos científicos acima da dignidade humana, na tentativa desenfreada de comprovar as suas teorias em busca de uma cura universal para a loucura.

Na produção cinematográfica nacional, destacam-se duas produções que tratam a loucura de forma mais aguda: **Bicho de Sete Cabeças**¹, de Bodansky (2001) e **Estamira** de Prado (2004). Na primeira obra, a narrativa se desenrola através do personagem Neto, um jovem que em uma de suas aventuras descobre a maconha e resolve fazer uso esporádico e recreativo. Obviamente, com as tangentes mudanças de comportamento, Neto chama a atenção da sua família, principalmente, do seu pai Wilson, que na tentativa de corrigir a sua postura, acaba descobrindo o uso de maconha, internando seu filho em uma instituição

¹ O filme foi baseado em fatos reais, partindo do conto escrito por Austregésilo Carrano Bueno **O canto dos malditos**, onde o autor retrata os abusos ocorridos nos hospitais psiquiátricos dos quais foi interno, respectivamente, em Curitiba e Rio de Janeiro.

psiquiátrica. Lá, Neto vive na pele os maus tratos que compuseram durante muito tempo o cenário manicomial brasileiro.

Na segunda obra, a narrativa concentra-se na personagem Estamira, que possui um sofrimento mental bem evidenciado ao longo do documentário, ela vive e trabalha no aterro sanitário Gramacho, localizado na cidade do Rio de Janeiro. Seu comportamento reflexivo sobre a problemática social das grandes cidades, acaba chamando a atenção das pessoas que por ali passam. Durante o documentário, ela faz críticas sobre a destinação do lixo, sobre as mazelas experimentadas pelas pessoas que vivem nessas áreas, consideradas insalubres pelos dispositivos de saúde do país.

Feitas tais contextualizações, em nossa investigação, a loucura é posicionada através de um concatenamento entre três campos do saber: a memória, as representações sociais e as políticas sobre álcool e drogas. O *locus* deste trabalho é o HEAP - Hospital Especializado Afrânio Peixoto, que se localiza na cidade de Vitória da Conquista, região sudoeste do Estado da Bahia.

Fundado em 06 de novembro de 1966, esta unidade hospitalar possui uma localização estratégica conforme consta em nota da SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (2015), por estar situada em um entroncamento rodoviário e entreposto comercial, abrangendo e facilitando o acesso de toda população da região sudoeste do Estado da Bahia e do norte de Minas Gerais, cobrindo ao todo 200 municípios.

Ainda segundo nota da SESAB (2015), desde sua inauguração, esta unidade hospitalar tem sido uma referência especializada no atendimento de demandas psiquiátricas, sejam elas ambulatoriais ou emergenciais, promovendo um conjunto de procedimentos interdisciplinares, que estão de acordo com as necessidades dos usuários que buscam o acolhimento neste serviço. Salientamos que em meados de 2017, o Hospital Afrânio Peixoto, teve os seus serviços realocados para o Hospital Crescêncio Silveira, também localizado em Vitória da Conquista.

Desse modo, o objetivo geral deste estudo é o de analisar as memórias do atendimento e as representações sociais da instituição hospitalar Afrânio Peixoto sobre a loucura, por meio de prontuários de internação e entrevistando profissionais. Orientamo-nos pelas teorias da memória coletiva e das representações sociais, que possuem similitudes no que tange ao aspecto coletivo na formação de sua epistemologia. Outrossim, o objetivo específico deste trabalho, perpassa por examinar as memórias e representações sociais desta instituição hospitalar acerca da Reforma Psiquiátrica e dos seus desdobramentos. Por isso, produziremos em nossas tratativas analíticas um diálogo entre a pesquisa documental (análise dos

prontuários de internação) e das entrevistas semiestruturadas (realizadas com funcionários da instituição), fontes de memória e representações sociais.

Assegurando a viabilidade ética desta pesquisa, além da autorização da direção do hospital, obtivemos a aprovação do comitê de ética da UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, nº CAAE: 56785916.8.0000.0055 e nº parecer de aprovação: 1.913.115. Toda estada deste pesquisador no hospital, em sua maior parte, foi alicerçada no setor denominado: SAME – Serviço de Assistência Médica Especializada, onde realizamos a seleção, leitura e coleta de dados.

Para seleção dos prontuários de internação, utilizamos como critério de interesse o apontamento entre o uso de drogas e o adoecimento mental, tendo em vista que essa é uma das problemáticas enfrentadas por este Hospital, mesmo após os 16 anos do marco da Reforma Psiquiátrica, que preconiza por meio da lei 10.216 de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), dentre outras medidas, a redução gradativa dos hospitais psiquiátricos tendo em vista a estruturação dos serviços substitutivos geridos pela RAPS – Rede de Atenção Psicossocial.

No que diz respeito à seleção dos participantes das entrevistas semiestruturadas, utilizamos como critério de escolha, funcionários do Hospital Afrânio Peixoto que possuem mais de 15 anos de serviços prestados à instituição, presenciando, desta maneira, o marco da Reforma Psiquiátrica, objetivando compreender as gradativas mudanças que ocorreram nas práxis hospitalares durante este período.

A justificativa para tal empreendimento perpassa pelo resultado de uma consulta parcial aos registros de internação deste Hospital, quando foram observados números expressivos de pacientes internados no período que compreende setembro de 2013 a dezembro de 2015, totalizando uma soma de 1675 internações nas alas masculinas e femininas desta instituição, observando, evidentemente, as reincidências de determinados usuários deste serviço que ajudam a compor tal número.

A expressividade dos números de internações supracitados nos levam a crer que os pontos de atenção da RAPS desta região, não estão absorvendo demandas que são condizentes com a sua estrutura, entendendo que o Hospital tem a função de ser um ponto de atenção emergencial da rede, com demandas específicas, como a de internação.

Para além disso, observamos uma grande quantidade de prontuários dos pacientes ali internados com cadastro tanto no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial II² quanto no

² CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes.

CAPSad³ – Álcool e Drogas, confirmando a nossa hipótese de que não há uma redistribuição de demandas entre estes pontos de atenção, demonstrando certa fragilidade na aplicação das políticas no âmbito da saúde mental e um desrespeito ao que preconiza a lei de Reforma Psiquiátrica.

O interesse deste pesquisador pela amplitude do fenômeno da loucura começou durante a graduação em Psicologia, pois quando estagiário pude participar na implementação de uma clínica mais social, tratava-se do AT – Acompanhamento Terapêutico⁴, que tem enquanto objetivo uma desconstrução dos moldes clínicos da atualidade, permitindo ao estudante/profissional de psicologia uma atualização do seu *setting* terapêutico, possibilitando uma maior e melhor adequação à pluralidade social encontrada em nosso país, principalmente, no campo da saúde mental. Através desta modalidade clínica, foi possível trazer à época, muitos usuários que evadiram ao longo do seu projeto terapêutico no CAPS II.

Em outro ponto, foi necessária a produção deste percurso aliar-se a instrumentos teóricos que pudessem facilitar a compreensão da loucura em seu aspecto plural, investigando as suas nuances, construindo um caminho metodológico que pudesse dar conta de tal investimento, por isso, o ingresso no programa interdisciplinar de Memória: Linguagem e Sociedade, que permitiu por meio da linha de pesquisa Memória, Representações Sociais e Políticas sobre Álcool e Drogas, a construção de um olhar científico mais amplo.

A importância deste trabalho para a comunidade científica se justifica pela quantidade limitada de estudos que possuem este formato proposto, dado que ao consultarmos o banco de dados da *Scielo*, *Lilacs*, *Biblioteca de Saúde Fiocruz* etc., encontramos estudos que tratam em outras perspectivas a relação entre uso de drogas e adoecimento, como é o caso do trabalho realizado por Bonadiman et al (2017), que propõe um estudo de carga global acerca dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil. Outra produção a ser destacada parte do investimento de Sena et al (2017), tem como objetivo analisar a questão da reabilitação psicossocial sobre a perspectiva dos consumidores de drogas.

1.1 SOBRE A ESTRUTURA DISSERTATIVA

Construímos o nosso referencial teórico com o intuito de conectar os campos

³ CAPS ad: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

⁴ Acompanhamento Terapêutico, ou AT, é considerada uma clínica fora dos moldes da clínica tradicional exercida pelos profissionais em psicologia. Visa instaurar um acompanhamento mais próximo às demandas dos sujeitos, por exemplo, atender pessoas que possuem limitações que a impedem de ir até um serviço psicológico.

epistemológicos que alicerçam esta dissertação e que se aproximam dialogicamente, subsidiando elementos para as tratativas analíticas propostas neste estudo. Neste sentido, o capítulo inicial trata da base comum entre as teorias da Memória Coletiva e das Representações Sociais, isso porque tanto Maurice Halbwachs (1877-1945) quanto Serge Moscovici (1925-2014), empreenderam seus postulados teóricos partindo das sistematizações conceituais propostas por Émile Durkheim (1858-1917).

Por isso, apresentamos nos dois primeiros itens deste capítulo as noções elaboradas por Halbwachs ([1950]2003), tais como: memória individual e memória coletiva; memória coletiva e histórica, tempo e espaço. No terceiro item, explanamos sobre o campo conceitual da teoria das representações sociais, partindo de Moscovici ([2000]2003), Jodelet (2001) e Santos (2005).

No item quatro, destacamos os desdobramentos da teoria das representações sociais, por meio das três principais abordagens construídas a partir desta matriz de pensamento: a societal, elaborada por Doise (2001), a estrutural, por Abric (2001) e a cultural, elaborada por Jodelet (2001).

Já no quinto item concentramos os nossos esforços com o intuito de aprofundarmos os detalhes da abordagem cultural, analisando a tese de Jodelet ([2005]2015) sobre a loucura e suas representações sociais.

No item número seis deste capítulo, aprofundamos as similitudes estruturais entre a teoria da Memória Coletiva e das Representações Sociais, efetivando o diálogo entre dois autores que contribuíram com suas reflexões acerca desta materialidade. Trata-se de Alba (2014) e Celso Sá (2007).

Por último, trabalhamos a noção de anamnese, observando sua origem como doutrina platônica e a sua concepção mais ampla dentro dos estudos em memória e, por fim, a sua utilização na disciplina médica como ferramenta de remontagem da historicidade clínica na relação médico e paciente, utilizando-nos das contribuições de Santos (2011), Assmann (2011), Bertoldi, Braga e Mendes (2003).

No capítulo posterior, analisamos em nosso corpo teórico a relação entre loucura e drogas. Dito isso, apresentamos como recurso histórico e discursivo, a produção de Foucault (1978) acerca da **História da loucura**, identificando os principais discursos sobre a loucura nos três períodos recortados por este filósofo: Renascença, Idade Clássica e Idade Moderna. Neste mesmo sentido, ainda com Foucault (2015), apresentamos a gênese de um movimento de extrema importância para a compreensão ocidental acerca do fenômeno da loucura: o nascimento da medicina social.

No segundo item, aprofundamos com o filósofo supracitado sobre a gênese de outros três movimentos complementares que, por assim dizer, endossariam a ideia de loucura que temos até hoje em nosso tempo, tida e consentida como doença mental, trata-se do nascimento dos hospitais, que surge como ferramenta de auxílio da medicina. Ainda neste item, explanamos sobre estabelecimento da psiquiatria como disciplina de responsabilidade sobre a loucura e, por fim, o movimento que seria a antítese de todo esse circuito de entendimento sobre a loucura no ocidente: a despsiquiatrização.

No terceiro item deste capítulo, explanamos algumas noções dialógicas sobre a loucura, em nossa análise, utilizamos as colaborações de Roterdã (1466-1536) que em seu **Elogio da loucura**, disserta de maneira sarcástica e crítica por meio de uma figura metafórica: a deusa da loucura. Neste entendimento, o autor busca explicar sobre a natureza da loucura e sua iminente condição no período renascentista, atrelada à moralidade e conseqüentemente às convenções sociais vigentes à época. Aliado a este filósofo, apresentamos as concepções da Idade Moderna desenvolvidas por Schopenhauer (2015), que postula sobre a condição da loucura no espectro da doença mental.

Dando seqüência à apresentação deste capítulo, em seu quarto item, traçamos a relação entre loucura e drogas, remontando, sinteticamente, a história sobre o uso de drogas desde a antiguidade até os tempos modernos, objetivando analisar quando o uso problemático de drogas passa a ser regido pelo saber médico, tornando-se um problema social e de saúde pública. Para isso, contamos com as colaborações de Correa (2014), Escohotado (1996), Bertoni (2015), Vargas (2008), Carneiro (2008), Fiori (2008) e Rosa (2010).

No item cinco deste mesmo capítulo, tratamos sobre a amplitude epistemológica do fenômeno das drogas, objetivando compreender as suas definições e classificações. Outrossim, apontamos os principais psicofármacos utilizados pelo saber médico-psiquiátrico na contenção das queixas emergenciais. Para estruturarmos este último item, contamos com a colaboração de Correa (2014), Salles (2013), Bordin, Figlie e Laranjeira (2004), Amaral, Malbergier e Andrade (2010), Fiore (2005) e Cordioli (2004).

No último item deste capítulo, tratamos sobre a relação entre drogas, loucura e suas conseqüentes classificações diagnósticas, nos domínios da morbidade e comorbidade, para tal, amparamo-nos nas literaturas propostas por Cordeiro e Ratto (2004), Zaleski, Laranjeira e Ratto (2003) e Dalgalarondo (2008).

No terceiro e último capítulo do nosso *corpus* teórico, abordamos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, desse modo, expomos no primeiro item, os principais organismos que marcharam em prol de um novo modelo de assistência no âmbito da saúde mental.

Destacamos alguns eventos que se constituíram como marcos da Reforma, como a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Contextualizamos, de maneira sintética, o período de efervescência no Brasil pós-golpe militar, com as colaborações de Amarante (1995) e Fonte (2012).

Seguindo com as discussões neste item, evidenciamos algumas concepções acerca dos desdobramentos da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista as suas perspectivas e desafios na atualidade, amparando-nos nas contribuições de Yasui (2006) e Corbisier (2012). Assim, seguimos para o segundo item deste capítulo, no qual remontamos os principais fatos da história manicomial brasileira, com o intuito de fazer ressoar a importância do movimento de Reforma Psiquiátrica, desse modo, utilizamos as contribuições investigativas de Castro (2015), Branco (2015), Sonim (2014), Tarelow (2009) e Souza (2007).

Por fim, pensando nos desdobramentos efetivos da Reforma Psiquiátrica, apresentamos a função e estrutura de atendimento dos serviços substitutivos, a saber: CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, SRT – Serviço Residencial Terapêutico, com as colaborações de Correa (2014). Ainda neste item, explanamos sobre a política de RD- Redução de Danos, com o auxílio de Fiori (2005), que aponta essa política como uma alternativa ao modelo proibicionista, permitindo a criação de novas estratégias de cuidado ao sujeito que faz uso problemático de drogas.

Em nosso capítulo metodológico, explicitamos os procedimentos técnicos utilizados para a coleta e análise de dados. No primeiro momento, discutimos a pesquisa e análise documental como técnicas, respectivamente, de coleta e análise dos dados extraídos dos prontuários investigados na primeira etapa deste estudo, fundamentando esta escolha com as contribuições de Gil (2007), Gomes (2008), Ludke e André (1986) e Cellard (2012).

No segundo momento, apresentamos como técnica de coleta e análise dos dados da segunda etapa deste estudo, as entrevistas semi-estruturadas e a análise de conteúdo. Com a primeira amparamo-nos nas postulações de Minayo (2010). Com relação à segunda, fundamentamos nossa escolha técnica por meio do aparato teórico estruturado por Bardin (1977) e Moraes (1999).

Paralelo a isso, damos sequência no terceiro item deste capítulo, explicando o passo a passo da pesquisa, remontando, por assim dizer, toda a trajetória deste pesquisador no Hospital Afrânio Peixoto, explicitando as principais dificuldades encontradas para a obtenção dos dados pertinentes a este estudo. No penúltimo item, explicamos a estrutura do nosso retrato amostral, detalhando os critérios utilizados tanto para a seleção dos prontuários quanto para a seleção dos participantes das entrevistas, com as colaborações de Richardson (2012).

Neste sentido, ainda na metodologia, comunicaremos no quinto item os resultados obtidos em nosso quadro analítico e que dividimos em duas categorias principais, sendo a primeira **Drogas e Loucura** e a segunda **Reforma Psiquiátrica e os seus desdobramentos**. Na primeira categoria, Drogas e Loucura, dividimos as análises em três subcategorias e procuramos comunicar os dados extraídos dos prontuários e que em nosso entendimento transmitem as memórias da instituição psiquiátrica sobre a loucura, expressando a essência da relação entre uso de drogas e adoecimento, são eles: substância ativa de predileção do usuário, sintomas apresentados na emergência do serviço hospitalar, hipótese diagnóstica registrada após atendimento, conduta médico-farmacológica prescrita para o quadro examinado. Para dialogar com os dados apresentados nas subcategorias, cruzamos alguns trechos das entrevistas em que identificamos pela análise de conteúdo, as principais representações sociais. Recortamos algumas indagações específicas das entrevistas, tais como: Álcool e drogas podem levar uma pessoa à loucura? O que é loucura? Do ponto de vista legal, houve mudança nos tratamentos deste Hospital?

Na segunda categoria, seguimos o mesmo método da primeira e dividimos as análises em três subcategorias que evidenciam as memórias e as representações sociais da instituição psiquiátrica sobre a Reforma Psiquiátrica e os seus desdobramentos. Desse modo, extraímos enquanto dados da pesquisa documental, a presença de cadastro por parte dos usuários do Afrânio Peixoto nos dispositivos de atenção psicossociais. E para dialogar com estes dados documentais, cruzamos trechos das entrevistas, identificando do mesmo modo as principais representações sociais. Recortamos as seguintes questões: O que você sabe sobre a Reforma Psiquiátrica? Qual a importância da manutenção do Hospital Afrânio Peixoto? Quais são as memórias que você exaltaria destes anos de serviço? Destacamos na última subcategoria, as representações sociais da especialidade psiquiátrica sobre estas questões, apresentando a última entrevista com um dos responsáveis pelo atendimento emergencial no hospital em questão.

Com efeito, entendemos que este estudo vem a contribuir com algumas reflexões sobre a estrutura de cuidado atual no âmbito da saúde mental em nossa região. Isso porque, ainda observamos com muita dificuldade a transformação das práxis aplicadas no cuidado aos sujeitos que fazem uso problemático de drogas, tendo em vista que as memórias e as representações da instituição psiquiátrica sobre a loucura estão solidificadas no *corpus* do saber médico.

Por isso, em nossas conclusões, memória e representações sociais nos comunicam sobre a importância do atendimento emergencial no Hospital Afrânio Peixoto, estando este

fato muito evidente na coesão do conteúdo entre os dados extraídos da pesquisa documental e das entrevistas semiestruturadas. Propondo uma reflexão mais contundente a este respeito, se por um lado, nos casos de sofrimento psíquico severo a internação, a contenção química e mecânica tem sido único e esgotado recurso, existem demandas que devem ser escoadas com certa urgência deste serviço, tendo em vista que Vitória da Conquista já conta com outros pontos de atenção estabelecidos pela RAPS, a exemplo dos CAPS, que se não conseguem ainda ter grande efetividade no acolhimento, permitem variações terapêuticas que podem certamente se tornar instrumentos de resgate à autonomia e à dignidade do sujeito em condição de sofrimento psíquico, principalmente, aquele que faz uso abusivo ou já possui uma dependência instalada de alguma droga, trazendo-lhe condições para que sua autonomia seja restabelecida, tornando-o agente do próprio cuidado.

2 MEMÓRIA COLETIVA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Apresentamos neste capítulo duas teorias que possuem uma conectividade epistemológica em comum, ambas foram inspiradas em conceitos postulados pelo sociólogo Émile Durkheim (1858-1917), trata-se da Memória Coletiva (Halbwachs, 2003) e das Representações Sociais, (Moscovici, 2003) que subsidiarão elementos para o corpo analítico deste estudo.

Pela origem cronológica, abordaremos primeiro sobre a teoria da Memória Coletiva, postulada por Halbwachs ([1950]2003) que se destaca durante o século XX pela produção de um olhar sociológico acerca da memória, erigindo desse modo, um novo objeto de estudo para a sociologia. Dito isso, contextualizamos nos dois primeiros itens, respectivamente, noções como memória coletiva e memória individual, memória coletiva e histórica, tempo e espaço, que julgamos ser elementares para a compreensão da obra estudada em questão.

Desse modo, utilizamos o terceiro item para explicitar o campo das Representações Sociais, assim, buscamos elucidar os conceitos elaborados por Moscovici ([2000]2003), com as colaborações de Jodelet (2001) e Santos (2005). No quarto item explicamos os desdobramentos da TRS – Teoria das Representações Sociais, respectivamente, na proposta de Doise (2001) em sua abordagem societal, na TNC – Teoria do Núcleo Central, elaborada por Abric (2001) e por último, a abordagem cultural erigida por Jodelet (2001).

No quinto item, apresentamos de maneira sintética alguns pontos importantes da tese de Jodelet ([2005]2015), sobre a Loucura e as Representações Sociais, examinando como a autora aplica os seus conceitos de vitalidade, transversalidade e complexidade em sua pesquisa.

Já no sexto item deste capítulo evidenciaremos o elo entre as duas teorias, dialogando com as orientações de Alba (2014) e Celso Sá (2007), que apresentam noções elucidativas para a compreensão da estrutura epistemológica comum que está presente tanto em Halbwachs ([1950]2003), quanto Moscovici ([2000]2003), no empreendimento de suas obras.

Por fim, abordamos sobre a gênese do termo anamnese, que aparece como doutrina platônica, como nos orienta Santos (2011), passando pelas considerações de Assmann (2011), até chegarmos na apropriação e instrumentalização do termo pela disciplina médica, como nos orientam Bertoldi, Mendes e Braga (2003), que apontam sobre a função da anamnese como parte do rito procedimental médico.

2.1 MEMÓRIA INDIVIDUAL E COLETIVA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Neste tópico, abordaremos aquelas que são consideradas as noções principais da tese

Halbwachiana, muito embora este autor não tenha se debruçado em uma elaboração conceitual sistematizada, como é mister na filosofia, na psicologia e entre outras disciplinas, em sua obra **A memória coletiva**, Halbwachs ([1950]2003) vai deixando evidências ao longo dos capítulos sobre as características que compõem a memória individual e coletiva. Sendo assim, para este autor, as nossas lembranças permanecem coletivas ainda que estas nos sejam lembradas por outros, mesmo se tratando de algum episódio ou evento que só nós observamos, isso porque jamais estaríamos a sós, não carecendo necessariamente da presença material de outrem, pelo fato de que carregaríamos conosco muitas pessoas e estas não se confundiriam durante o ato da lembrança.

Em outra passagem, Halbwachs ([1950]2003) exemplifica melhor o seu pensamento mencionado em parágrafo anterior, objetivando o caráter individual e coletivo que constituem a sua razão epistemológica no trato da memória:

Para confirmar ou recordar uma lembrança, não são necessários testemunhos no sentido literal da palavra, ou seja, indivíduos presentes sob uma forma material e sensível. Aliás, eles não seriam suficientes. Uma ou muitas pessoas juntando suas lembranças conseguem descrever com muita exatidão fatos ou objetos que vimos ao mesmo tempo em que elas, e conseguem até reconstituir toda a sequência de nossos atos e nossas palavras em circunstâncias definidas, sem que nos lembremos de nada de tudo isso. (HALBWACHS, 2003, p. 31).

Seguindo com este raciocínio, o autor nos leva a uma profunda reflexão evidenciando a catalisação da essência epistêmica do fato social postulado por Durkheim, deixando de lado o processo subjetivo que é constituído em nossas individualidades. Para isso, Halbwachs ([1950]2003) nos alerta que a memória individual diante da coletiva não pode ser considerada uma condição necessária e suficiente para o ato de recordação, ou seja, isso se deve ao fato de que, se temos alguma lembrança suprimida e que não conseguimos mais encontra-la, é porque muito provavelmente não fazemos mais parte do grupo no qual essa memória se mantinha, o que Henri Bergson (1859-1941) chamaria de “duração”.

No seu capítulo intitulado **Memória individual e coletiva**, o sociólogo francês faz questão de mencionar mais uma tese acerca da nossa constituição coletiva da memória:

É difícil encontrar lembranças que nos levem a um momento em que nossas sensações eram apenas reflexos dos objetos exteriores, em que não misturássemos nenhuma das imagens, nenhum dos pensamentos que nos ligavam a outras pessoas e aos grupos que nos rodeavam. Não nos lembramos de nossa primeira infância porque nossas impressões não se ligam a nenhuma base enquanto ainda não nos tornamos um ser social. (HALBWACHS, 2003, p. 43).

Neste ponto, torna-se evidente que, para Halbwachs ([1950]2003), não existe uma memória sem que haja necessariamente a inserção e participação de um indivíduo em um determinado grupo social, seja ele familiar, religioso, de trabalho, de amigos etc., o que fica notadamente claro para nós, é que esse modelo coercitivo determina que sem a participação em um grupo, o indivíduo teria um tipo restrito de memória subjugado à razão fisiológica, ainda inacabada, por assim dizer, primitiva.

Ainda assim, Halbwachs ([1950]2003) orienta-nos que se não conseguimos acessar determinadas lembranças por meio da vontade, é porque essa vontade não seria forte o suficiente, dado que as nossas lembranças estariam fora de nós, dispersas em muitos ambientes diferentes e que se a reconhecemos de maneira inesperada, o que reconhecemos são as forças que as fazem emergir, das quais sempre mantivemos contato.

Para além de todas estas considerações já propostas, o autor em questão vem a nos mencionar uma condição mais flexível para que determinada lembrança seja evocada com mais facilidade, qual seja, a liberdade que um indivíduo possui em determinado grupo:

Na verdade, entre as lembranças que evocamos mais facilmente e as que parecemos ter perdido, encontramos todos os graus. As condições necessárias para que umas e outras reapareçam não diferem senão pelo grau de complexidade. Estas estão sempre a nosso alcance porque se conservam em grupos nos quais temos liberdade de entrar quando quisermos, nos pensamentos coletivos com os quais estamos sempre em estreito relacionamento, ainda que todos os seus elementos, todas as ligações entre esses elementos e as passagens mais diretas de uns aos outros nos sejam familiares. (HALBWACHS, 2003, p. 67).

Contudo, é preciso que façamos uma notável distinção acerca da memória individual e coletiva, proposta por Halbwachs ([1950]2003), entendendo os seguintes termos: considerando que a memória coletiva extrai a sua força e duração por meio da formação dos grupos pelos indivíduos, são estes indivíduos que exercem o ato da lembrança, enquanto integrantes de determinado grupo. Apesar disso, dentre a grande quantidade de lembranças produzidas por este grupo e apoiadas, por assim dizer, umas nas outras, não são as mesmas que aparecerão com maior frequência entre estes indivíduos.

Assim, em nosso entendimento este autor conclama que, a memória individual é apenas um ponto de vista, uma perspectiva da memória coletiva, e que este ponto de vista teria um caráter mutável, considerando a posição que cada um ocupa e as relações que são mantidas com outros tipos de ambiente. No item posterior, faremos as considerações sobre a memória coletiva e histórica, sua relação com o tempo e com o espaço.

2.2 MEMÓRIA COLETIVA E HISTÓRICA, TEMPO E ESPAÇO

No capítulo intitulado **Memória coletiva e memória histórica**, Halbwachs ([1950]2003) vai produzir uma distinção entre dois tipos de memória, que ele nomearia como interior ou interna e outra de caráter exterior, ou mais notadamente falando, uma memória pessoal e a outra social, que poderiam também ser nomeadas por memória autobiográfica e memória histórica, respectivamente.

Nesse sentido, a primeira teria ajuda da segunda e a segunda, evidentemente, seria muito mais extensa do que a primeira, por isso, ela só se apresentaria a nós como a forma sintetizada e esquematizada do passado, tendo em vista que a memória pessoal ou das nossas vidas seriam bem mais densas e continuadas. Entretanto, o autor faz questão de elucidar as diferenças entre memória coletiva e memória histórica, sob a ótica de dois importantes aspectos: a primeira seria uma corrente de pensamento de aspecto contínuo e nada artificial, justamente por não ter a capacidade de reter o passado, considerando, assim, apenas o que está vivo ou o que se mantém vivo dentro de um determinado grupo, não ultrapassando os limites deste. No caso da história, ou da memória histórica, teria por característica imutável de dividir a sequência lógica dos séculos em períodos. Para finalizar esta questão, Halbwachs ([1950]2003), ainda esclarece que há muitas memórias coletivas, por isso, se diferenciaria ainda mais da história ou de uma memória histórica, que tem uma essência de unicidade, unidade.

Continuando, o sociólogo vai apresentar um capítulo no qual conecta a memória coletiva e o tempo, deixando evidentes os diálogos traçados com Durkheim e Bergson, na tentativa de equacionar tal questão utilizando-se de sua excelente estética argumentativa, de parágrafos longos e muitas vezes exaustivos, contudo, bastante elucidativos. Prosseguindo com a tese halbwachiana, surge, então, a questão do tempo e o seu encontro com a memória coletiva, para isso, Halbwachs ([1950]2003) sugere que existe um tempo coletivo que se oporia a uma duração individual, aumentando o sentido das suas teses anteriores aqui descritas. Para ele, haveria tantas durações quanto indivíduos, dessa forma, haveria um tempo abstrato que a todos compreenderia, em algum momento.

Este autor sugere que o tempo seja uma noção vazia, talvez, apenas uma ideia abstrata, preconizando que o tempo só é real quando apresenta algum tipo de conteúdo, oportunizando ao pensamento a materialidade dos acontecimentos, sendo limitado e relativo, contudo, apresentando uma plenitude em sua realidade, ofertando as consciências individuais um contexto apropriado para o reencontro de suas lembranças.

Neste último tópico, finalizaremos a obra halbwachiana sem proceder uma tentativa de esgotá-la, dadas as circunstâncias do limite teórico a que estas considerações devem respeitar, buscando elucidar suas contribuições acerca da memória coletiva e do espaço, sendo este, mais um pilar de reafirmação da sua tese. Observamos, com Halbwachs ([1950]2003), que não existe a possibilidade de uma memória coletiva sem um dado contexto espacial, isso porque, para este autor, o espaço se apresenta como uma realidade que dura (novamente, recorrendo à noção bergsoniana, com quem mantém no seu livro uma proximidade dialógica, ainda que considerando as diferenças epistemológicas). Portanto, não conseguiríamos, em última análise, lembrar sem que recorramos de maneira direta aos espaços em que vivemos, pois, muitas das nossas lembranças circundariam os espaços materiais dos quais interagimos em algum momento da vida. Diante disso, o autor trata de celebrar:

Podemos até julgar que a memória de nosso grupo é tão contínua quanto os locais em que nos parece que ela se conserva e que, pelos tempos afora e sem interrupção, uma mesma corrente de pensamento religioso passou sob toda essas abóbadas. Há momentos em que a igreja está quase vazia, momentos em que está completamente vazia, períodos em que suas portas são fechadas, em que ali só estão paredes e objetos inertes. Nesse período, o grupo se dispersou. No entanto, continua existindo e permanece o que era. (HALBWACHS, 2003, p. 183-84).

Em suma, Halbwachs ([1950]2003), defende que os grupos sociais que se estruturam de alguma maneira, em determinado contexto espacial, encontram suas lembranças coletivas com maior facilidade. Em última análise, para este autor, há tantas maneiras de representar contextos espaciais quanto grupos, portanto, o espaço teria uma função de estabilidade que seria um importante pilar estruturante de uma memória coletiva. A seguir, explanaremos sobre a TRS – Teoria das Representações Sociais, apresentando a sua estrutura epistemológica, evidenciando os seus principais conceitos.

2.3 TRS – TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: CONCEITOS

Prosseguindo com a tarefa de alinhar todo este corpo teórico, adentramos o campo conceitual da TRS – Teoria das Representações Sociais, faremos uma breve caracterização quanto aos seus propósitos e definições, que se constituem como pilares fundamentais no que diz respeito a sua sistematização, desse modo, o próprio Moscovici ([2000]2003) em uma discussão mais ampla acerca da função ou propósito da sua teoria, apresenta o conceito de representações como algo extremamente dinâmico, ao contrário do que as tendências cognitivistas da psicologia social à época concebiam, por tratarem tal conceito como algo

cognitivamente estático.

Para isso, o referido autor aponta que o propósito primário de toda e qualquer representação seria tornar aquilo que não é familiar em algo familiar, facilitando de algum modo a dinâmica do exercício das interações sociais, afinal, para este autor não há representação sem interação. Para coadunar com tal perspectiva proposta pelo fundador da TRS, elencamos a contribuição de alguns dos seus pares, a exemplo de Denise Jodelet (2001), que destaca como função de orientação das representações, de modo a facilitar a nomeação e a definição dos aspectos plurais da realidade, efetivando ainda, o poder de interpretação e tomada de decisão frente aos acontecimentos.

Quanto à definição conceitual mais prática acerca da TRS, consideramos o que Moscovici ([2000]2003) aponta em seu trabalho **Representações sociais: uma investigação em psicologia social:**

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

Encontramos em Jodelet (2001) algo bem similar, contudo, dito em outras palavras:

[...] é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico. Entretanto, é tida como objeto de estudo tão legítimo quanto este, devido à sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais. (JODELET, 2001, p. 22).

Sendo assim, identificamos que ambos os autores elaboram suas definições com uma essência comum, a representação social aparece como uma ferramenta de acessibilidade ao mundo, aos acontecimentos, aos fatos, endossando uma característica de inclusividade, não fazendo distinção dos saberes, mas proporcionando uma interlocução entre eles.

Seguindo com o exercício de conceituação da TRS, aparecem, então, dois processos fundamentais para a geração e manutenção das representações, denominados por Moscovici ([2000]2003) como “ancoragem e objetivação”. Quanto ao primeiro, fica evidente através do autor a sua essência de comparação e orientação, acontece quando tentamos identificar algum

objeto ou situação que nos é estranha consultando as nossas experiências, buscando sempre aproximar a uma categoria já conhecida e que seja apropriada para uma tentativa de comparação, classificação, e, por fim, orientação.

Três processos acontecem distintamente no ato da ancoragem e são elencados por Moscovici ([2000]2003) da seguinte maneira: a atribuição de sentido, que é descrito como uma cristalização de uma representação a uma rede de significados que são articulados e hierarquizados por meio do acúmulo de conhecimentos existentes; a instrumentalização do saber, quando a representação traz consigo um arcabouço de referências possibilitando uma leitura e compreensão do mundo social; e o enraizamento no sistema de pensamento, quando as representações novas são comparadas a um sistema preexistente, facilitando sua categorização, comparação e classificação.

O segundo processo – a objetivação – possui uma essência de materialização, ou seja, segundo o próprio psicólogo social, é aqui que o não-familiar se unirá com a própria realidade, em um sentido mais claro, Moscovici ([2000]2003) propõe que é por meio deste conceito que realizamos o procedimento de materialização de uma abstração intelectual. Três movimentos são descritos durante o ato da objetivação, quais sejam: seleção e descontextualização, quando se retira do conjunto de informações a partir de conhecimentos existentes, aqueles que são mais úteis, a exemplo dos valores culturais, religiosos; formação do núcleo figurativo, onde ocorre a construção de um núcleo figurativo ou imaginante, dar-se-á na transformação de um conceito; naturalização dos elementos, aqueles elementos que foram construídos, passam a ser identificados como elementos da realização de um objeto, conforme Moscovici ([2000]2003).

É válido ressaltar, considerando as contribuições de Santos (2005), que as representações sociais têm enquanto proposta de estudo um objetivo específico e delimitado: as teorias produzidas pelo senso comum. Tais teorias são construídas a partir de um movimento de articulação ou agrupamento de um conjunto de conceitos por parte de um indivíduo ou de um grupo em suas interações sociais, com a finalidade de atribuir um ou mais sentidos à realidade social, subsidiando a formação de identidades, sistematizando as comunicações e, em última análise, orientando as condutas.

Muito embora as representações sociais apresentem tais funções que, aparentemente, esbanjam certa flexibilidade, é preciso fazer nota de que nem todo e qualquer conhecimento do senso comum pode ser passível de ser representado socialmente, como nos alerta Santos (2005), pois, para se gerar uma representação social o objeto investigado precisa ser polimorfo, ou seja,

assumir diferentes formas em cada contexto observado, possuindo ao mesmo tempo, certa relevância cultural para o grupo onde é gerado.

Para finalizar, Santos (2005), enfatiza que as representações sociais possuem ainda dois aspectos fundamentais, o primeiro trata das convergências que acabam por trazer familiaridade ao pensamento de determinado grupo. O segundo revela as divergências do pensamento, os conflitos que, por assim dizer, provocariam a mudança no pensamento e, conseqüentemente, na representação social. Estes dois elementos são cruciais quando pensamos no conceito durkheimiano de “fato social” no qual a coesão do grupo é condição necessária para a sua manutenção.

Desse modo, percebemos que, mesmo compartilhando desta essência epistemológica, a TRS se apresenta mais flexível no que diz respeito aos conflitos eminentes gerados no seio grupal. Feitas tais considerações, examinaremos no próximo item os desdobramentos da TRS em outras abordagens e os seus distintos olhares conceituais sob o mesmo fenômeno.

2.4 TRS E SEUS DESDOBRAMENTOS: OUTRAS ABORDAGENS

Dos desdobramentos da TRS, destacam-se três abordagens que, apesar de manterem uma fiel conexão epistemológica, apresentam alguns atributos diferentes da teoria matriz de pensamento. Na abordagem societal, proposta por Doise (2001) observa-se que, as representações sociais são percebidas como princípios organizadores das relações simbólicas entre os indivíduos e os seus respectivos grupos.

Dessa maneira, este autor propõe 4 níveis de análise: intrapessoal, interpessoal, intergrupal e societal. Resumidamente, o nível intrapessoal diz respeito à maneira como o indivíduo organiza internamente suas experiências no âmbito social; no nível interpessoal, o foco é observar a dinâmica das relações que são estabelecidas em um determinado momento; já no nível intergrupal, são analisadas as diferentes interações sociais, independente do *status* que o indivíduo possui em seu grupo de pertença, partindo do pressuposto que em interação os indivíduos e grupos se posicionam de maneiras distintas a partir das suas representações que ali são partilhadas; no nível societal, o que valida a ordem social estabelecida é a maneira pela qual cada sociedade se desenvolve, observando os seus costumes, valores e normas, sendo expressos de formas diferente, segundo Doise (2001).

Em um segundo desdobramento, examinaremos a TNC – Teoria do Núcleo Central, proposta por Jean-Claude Abric (2001), que afirma que as representações sociais são reconhecidas como um sistema que interpreta a realidade, regendo, portanto, as relações dos

indivíduos com seu meio social, possuindo uma essência determinista no que tangem aos seus comportamentos e suas práticas.

Dessa maneira, este autor vai propor 4 funções para as representações que de forma sintética se apresentam como: função do saber, que permite compreender e explicar a realidade tal como ela se apresenta, facilitando a comunicação e o acesso as trocas sociais, a transmissão e difusão dos saberes; função identitária, possibilita a definição da identidade de um grupo, permitindo a sua proteção, garantindo uma imagem positiva na inserção do grupo, exercendo um papel importante no controle social pelos coletivos; função de orientação, guiam os comportamentos e as práticas de um determinado grupo, produz um sistema de antecipações e expectativas acerca da realidade, define o que é lícito, ilícito, tolerável ou não em um dado contexto social; por último, a função justificadora, a representação tem por função preservar e justificar a diferenciação social, conforme menciona Abric (2001)

Para Abric (2001), em sua teoria, o NC – Núcleo central, é o elemento fundamental da representação social, pois é ele quem determina sua significação e sua organização, possuindo duas funções específicas: geradora e organizadora, ambas têm seus significados literais. Quanto aos elementos periféricos, aparecem três funções específicas: concretização, regulação e defesa.

Observamos como parte do terceiro desdobramento, a abordagem cultural proposta por Jodelet (2001), na qual as representações fazem parte do processo pelos quais os indivíduos constroem e interpretam o mundo, possibilitando uma maior integração das múltiplas dimensões sociais. A autora destaca três componentes importantes: vitalidade, transversalidade e complexidade. O primeiro expressa os limites do sistema de pensamento da psicologia social que, por muito tempo, permaneceu com as suas discussões entrelaçadas ora no sujeito ora no social. Na transversalidade, a autora destaca o interesse das ciências humanas pelas representações sociais, articulando de maneira transversal diversos campos de pesquisa em uma coordenação real dos seus múltiplos pontos de vista. Na complexidade, Jodelet (2001), destaca que, por permitir abordar diferentes fenômenos, as representações sociais possuem uma certa complexidade em sua definição e tratamento, por implicar sua relação com processos de dinâmicas sociais e psíquica com a elaboração de um sistema teórico também complexo.

A seguir, examinaremos com mais afinco a abordagem cultural proposta por Jodelet ([2005]2015) e de como ela trabalha as noções de vitalidade, transversalidade e complexidade, em sua obra **Loucura e Representações Sociais** que muito contribui para os estudos das ciências sociais, tendo em vista a formulação das representações sobre a loucura.

2.5 LOUCURA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: A ABORDAGEM CULTURAL DE JODELET

Como resultado de sua tese de doutorado, a filósofa Denise Jodelet apresenta um trabalho investigativo envolvendo a constituição das representações sociais da loucura em uma colônia situada na comunidade francesa Ainay-le-château, localizada na região administrativa de Auvergne, onde uma instituição psiquiátrica aberta à comunidade, praticava a instalação familiar de doentes mentais. A autora acompanha os acontecimentos nas esferas mentais, psicológicas e sociais, quando os ditos “loucos” retornam ao convívio social. Posto isso, Jodelet ([2005]2015) sinaliza alguns pontos cruciais para a formação destas representações, que vão desde a criação de um hábito de convivência entre a população e os doentes, ao fato de que muitos funcionários desta instituição asilar não tinham conhecimento médico apropriado para lidar com os pensionistas, perpassando ainda, pelas nuances que compõem as representações acerca da doença mental.

No primeiro ponto, Jodelet ([2005]2015) investiga os elementos que formam as representações sociais dos populares sobre o hábito ou saber-viver-com os doentes mentais, dando ênfase na temporalidade desta colônia, que à época contava com 70 anos de funcionamento, tempo esse de grande representatividade no que diz respeito à convivência entre populares e internos. Com efeito, a autora propõe que o tempo aparece como argumento basilar da população para designar sua habilidade em conviver com estes doentes, tempo este que fomentou um hábito ou, mais precisamente, um hábito de se viver naquele lugar, algo que ficou registrado nas respostas evasivas dadas pelos populares na sua proposta interrogativa.

Dessa maneira, Jodelet ([2005]2015) argumenta que a ação deste tempo é responsável pelas transformações da engrenagem psicológica desta comunidade, acabando por não facilitar a percepção das incongruências, mascarando, então, o mal-estar ali contido, ficando claro que estes populares já se sentem familiarizados com o local, por estarem habituados com os doentes. Neste ponto, a filósofa aponta que a questão do hábito é um tradutor da experiência, tornando aquilo que é insólito, costumeiro, em algo banal, portanto, fica expresso neste momento que o saber-viver-com os doentes mentais, está limitado ao controle das reações pessoais que os doentes podem provocar com os seus comportamentos, observações, perambulações, fisionomia entre outras circunstâncias.

Seguindo com as considerações propostas por Jodelet ([2005]2015), averiguamos em outro tópico basilar na construção das representações da loucura definido como “o não saber psiquiátrico”, no qual evidencia-se que, por uma delimitação de funções, o hospedeiro da

colônia não é alguém com qualquer tipo de formação no campo da saúde, por exemplo, um enfermeiro (a), sendo que o regulamento exige que nenhuma precisão médica seja fornecida no ato da instalação, dificultando o registro do conhecimento acerca da doença mental.

Em suas interrogativas sobre os doentes e as suas doenças, a autora recebeu algumas negativas destes funcionários, pois, caberia à administração a responsabilidade da ficha do paciente, desse modo, a autora entende que a recusa do saber sobre a doença mental, esconderia, na verdade, o medo de saber demais e de se ter que enfrentar algum tipo ameaça do doente, expressas no ato delituoso ou na própria crise em si. No averiguar das fichas, que portavam uma aparência de legalidade e organização administrativa, Jodelet ([2005]2015) percebeu uma gama de informações inquietantes e obscuras, por constar nestas fichas a utilização de termos ambíguos como “aquelas casas” em referência a hospitais psiquiátricos que, não obstante, tinham em seus regimentos um caráter carcerário e repressor.

Este fato muito nos interessa, pois, dedicamos um tópico específico no capítulo da Reforma Psiquiátrica no qual explanamos alguns dos fatos que marcaram a história manicomial no Brasil, entendendo que algumas práticas de caráter carcerário e repressor ocorriam deliberadamente em muitas instituições asilares e hospitalares à época, violando a dignidade humana em toda sua composição.

Seguindo com as explicações desta autora, que em outro tópico vai tratar dos elementos que auxiliam na composição da representação de doença mental, observamos em suas palavras:

A oposição entre cérebro e nervos assume um novo relevo, muito mais agudo, quando se passa da descrição dos efeitos da doença mental sobre as funções, aptidões e comportamentos para sua explicação. A gradação dos estados da doença, sobre um *continuum* que vai do biológico ao social, repousa sobre a dinâmica regulatória dessas duas instâncias no seio do organismo. Embora essa dinâmica possa ser atribuída especificamente a um funcionamento do cérebro ou dos nervos, ela é encarada, principalmente, de um ângulo global, que define uma natureza de homem doente radicalmente distinta do homem normal. (JODELET, 2015, p. 258).

Outros elementos que coadunam com as explicações anteriores, são apontados pela filósofa no que tangem às condições para o estabelecimento do adoecimento. Sendo assim, Jodelet ([2005]2015) em sua investigação salienta que para explicar as particularidades dos casos, na ausência de qualquer suporte erudito, a distinção será feita pelas considerações factuais ou temporais, de aparecimento da doença, expressas nos termos “de nascença”, “de infância” ou “por acidente”.

Tais referências expressam as condições para o aparecimento da doença, que segundo

a autora supracitada, é bastante difundido e esquematizam a construção do objeto doença, por isso, acabariam por desembocar em uma etiologia, como uma menção à forma como as pessoas constroem este conhecimento. Com efeito, tais concepções ligadas ao desígnio dos períodos ou até mesmo das condições do surgimento da doença, como “de nascença”, “de infância” ou “por acidente”, envolvem, por assim dizer, representações biológicas, genéticas e sociais que para a autora vão situar os diferentes tipos de afecções em um *continuum* pelo qual os polos extremos são a inocência e a doença dos nervos.

Na busca de uma representação clara da essência da loucura, Jodelet ([2005]2015) enfatiza que as mais variadas recorrências de certas expressões da linguagem, bem como as implicações de determinadas abstenções quanto à abordagem da doença subsidiam elementos importantes para a sua compreensão. Todavia, o pensamento sobre a loucura não diz, não se expressa.

Para explicar tal fato, a autora supracitada recorre à linguagem, sinalizando que a doença em sua unidade operatória talharia a matéria orgânica, completando-se por meio de uma visão substancial e transitiva, ou seja, a doença vem “de” ou “por”, “cai sobre”, para permanecer no doente, reafirmando uma multiplicidade de sinais que estão sempre prontos a ressurgir, quando não ameaça contagiar. Desse modo, tais construções linguísticas, segundo a autora, refletiriam o fenômeno da naturalização, como já pontuamos no início destas discussões, o que seria próprio de toda representação social, seguindo uma tendência de “coisificar” as noções, tornando a patologia em algo concreto, materialmente presente, explícito, vivo, no corpo e na manifestação dos seus sintomas.

Através desta fala, conseguimos vislumbrar conceitos importantes da abordagem cultural no que diz respeito à formação da representação social, o fato da comunidade se utilizar de termos até pejorativos para designar o doente, quer dizer que há uma incessante tentativa de compreender aquela determinada realidade, mas não apenas compreendê-la bem como acessá-la, demonstrando a vitalidade do pensamento.

No caso da transversalidade, fica explícito que as representações sociais conseguem atravessar os mais distintos campos científicos bem como as pessoas com outros tipos de conhecimentos ditos comuns. Por fim, as representações sociais sobre a loucura evidenciam o seu caráter de complexidade, por se tratar de um fenômeno de amplitude imensurável que paira sob a ordem material e ao mesmo tempo abstrata, atravessando as mais diversas culturas, suas linguagens, signos e apropriações.

No item posterior, expomos com mais clareza o elo epistemológico entre a memória coletiva e as representações sociais, partindo de leituras dos textos **Representações Sociais e**

Memória Coletiva: uma releitura de Martha Alba (2014) e **Sobre o campo de estudos da memória social** de Celso Sá (2007).

2.6 MEMÓRIA COLETIVA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: UM DIÁLOGO ENTRE AS TEORIAS

Para explicitarmos a relação entre a memória coletiva e as representações sociais, recorreremos a duas produções já mencionadas no final do último item e que dialogam em busca de um horizonte comum: o elo epistemológico entre as postulações de Maurice Halbwachs (1877-1945) e Serge Moscovici (1925-2014). É certo que **A memória coletiva** é considerada como um clássico de olhar sociológico nos estudos multimodais da memória, obra empreendida por Maurice Halbwachs durante o século XIX, sociólogo francês de orientação durkheimiana, que anterior a esta publicação, havia já postulado em *Les cadres sociaux de la mémoire*, em português, **Os quadros sociais de memória**, as condições em que os principais grupos sociais estariam submetidas para ancorar e objetivar as memórias dos indivíduos.

Partindo então das noções durkheimianas como: fato social, consciência coletiva e por fim, representações coletivas, o sociólogo francês elaborou a sua tese da memória coletiva seguindo o modelo coercitivo do seu predecessor, no qual enfatiza a importância dos grupos para que os indivíduos possam efetuar as suas lembranças no campo social, indo de encontro às principais noções filosóficas e psicológicas da sua época.

Do mesmo modo, o psicólogo social Serge Moscovici produz uma releitura da noção durkheimiana de representações coletivas, compondo então a sua TRS – Teoria das Representações Sociais, que tem como objetivo compreender como as pessoas constroem o conhecimento e acessam através deste conhecimento uma determinada realidade.

A este respeito, Alba (2014) é enfática ao dizer que a noção de memória coletiva apresenta mais proximidade com a TRS do que com a noção originária proposta por Durkheim, isso porque para a autora supracitada, a memória tem em sua essência um ordenamento inteligente, no qual as representações sociais desempenham um papel fundamental, subsidiando os indivíduos de uma materialidade sobre o passado, atuando na atribuição de sentido a ele e ao grupo que pertence, ressaltando, dessa maneira, a característica de orientação que tanto a memória coletiva quanto as representações sociais buscam evidenciar.

Em outro ponto, Alba (2014) aponta mais um pressuposto em comum de ambas as teorias, trata-se da posição em que as interações sociais ocupam na construção tanto das

representações sociais quanto da memória coletiva, pois, entendemos que não existiria matéria prima para ambas as teorias se as pessoas não partilhassem do seu universo umas com as outras, em suas esferas sociais.

De maneira ampla, é possível reconhecer uma linguagem em comum entre as teorias abordadas em questão, com isso, Alba (2014) salienta que, os autores debatidos em questão reconhecem a importância da sociedade e da cultura na construção das memórias e das representações sociais, porque essas teriam também a função de estruturar o papel da linguagem, da cultura, dos grupos e instituições, tornando por assim dizer essas operações psicológicas em fenômenos psicossociais acessíveis.

Com efeito, podemos dizer que o elo entre representações sociais e memória coletiva está estabelecido na estrutura dialógica das suas noções, é o que a autora supracitada procura demonstrar, quando propõe que devemos analisar o lugar que a memória ocupa nas representações sociais, para ela, esta última estaria muito presente sob a forma de ancoragem e objetivação.

Sintetizando o que foi dito até aqui, é possível observar uma estrutura de retroalimentação entre as teorias, por um lado, as representações sociais forneceria a matéria prima, seja na forma de conceitos prévios, categorias prévias, estas ajudariam por assim dizer na reconstrução de um passado, na remontagem dos fatos dentro de um grupo, por exemplo, em nosso estudo, analisamos as representações sociais de um determinado grupo sobre a loucura. Essa representação social acaba municiando ou disparando lembranças neste grupo, que ajudariam, por assim dizer, na remontagem dos fatos que compõem a memória coletiva sobre a loucura.

Dando continuidade a este item, faz-se necessário extrair das contribuições de Celso Pereira de Sá (1946-2016), os princípios unificadores básicos do campo da memória enquanto campo de estudo da psicologia social, sendo assim, este autor propõe em uma perspectiva psicossocial, através da expressão memória social, o conjunto dos elementos que constituem os fenômenos psicossociais da memória e sua relação com a sociedade.

Posto isso, Sá (2007) afirma que o vasto campo da memória tem despertado interesse das áreas multidisciplinares, apesar de ser explorada longamente pela filosofia e pelas ditas ciências da cognição, aparece, também, como objeto da informática, isso se deve ao fato de que a memória não é apenas concebida como um fenômeno dos organismos vivos e das máquinas, sendo apropriada e objetivada para responder questões atuais que envolvem, arte, cultura, política, literatura etc.

Na disposição de elencar os cinco princípios unificadores básicos do campo da memória

social, encontramos em Sá (2007), como primeiro princípio a ser discutido, uma menção a Maurice Halbwachs (1877-1945) e Bartleet (1886-1969), considerando que tais autores apostam no caráter coletivo da memória diante das necessidades e dos interesses grupais na reconstrução do passado pela memória, algo já dito no início deste item por Alba (2014), contudo, se utilizando de outras palavras.

Sendo a contribuição deste primeiro princípio a principal influência unificadora do campo da memória social, possibilitando o diálogo com outras disciplinas, excluindo o enfoque psicologista e meramente reprodutivo do trabalho de memória, o que coaduna com os esforços interdisciplinares de manter um diálogo mais amplo com o corpo teórico da memória.

Como segundo princípio, Sá (2007) aposta na crítica do viés puramente sociológico, que é visto fortemente na memória coletiva proposta por Halbwachs (2003), exaltando que se o primeiro princípio foi salutar, no segundo, o engessar da compreensão do fenômeno psicossocial da memória dentro de um viés sociológico não seria uma tarefa pertinente, o que para nós soa como algo bastante paradoxal, dada as contribuições de outras disciplinas ao campo da memória, como exemplo, os estudos em neurociências que cada vez mais avançam em uma perspectiva materialista da memória.

No terceiro princípio, tal autor afirma que a construção, manutenção e atualização da memória social estão condicionadas ao nível das interações e das comunicações sociais, algo dito também por Alba (2014) no item anterior, evidenciando uma dependência desta relação, qual seja, participação explícita da interação e da comunicação social como processos construtores da memória social.

No quarto princípio, Sá (2007) evidencia a similitude com o terceiro princípio, convencido de que, memória e pensamento social estão intrinsecamente associados, sendo praticamente indistinguíveis um do outro, defendendo a tese de que o que é lembrado do passado está associado com aquilo que se sabe sobre ele, ideia bastante parecida com a noção de anamnese proposta por Platão.

O quinto princípio se assemelha ao primeiro, só que aqui, Sá (2007) expõe de maneira tangível que tanto o interesse quanto o sentimento, desempenham um papel fundamental na construção da memória social, por serem responsáveis pela gama de conteúdos que circulam e que são exibidas no processo de averiguação da memória social.

Percebe-se então, com este autor, que, a nomenclatura “memória social” não trata apenas de uma redesignação das funções da memória enquanto campo de estudos da psicologia social, mas, atualiza seu escopo teórico na direção multidisciplinar, dando por assim dizer, um

maior poder de produção literária acerca dos fenômenos psicossociais que envolvem a sociedade como um todo.

Embebido também do conceito das representações sociais, Sá (2007) dá sequência ao trabalho realizado tanto por Moscovici ([2000]2003), quanto por Jodelet (2015), evidenciando uma perspectiva psicossocial para os processos de transmissão e construção do conhecimento, ora no campo das representações, ora no campo da memória, assinalando com os seus predecessores uma conectividade epistemológica que mantém aparentemente intacta a sua essência constitutiva.

Desse modo, percebemos que tanto memória quanto representações sociais apresentam um caráter constitutivo único, por partirem de uma matriz de pensamento sociológico comum, ainda que, possuam peculiaridades na sua essência conceitual, por exemplo, as representações sociais parecem, com vistas ao que discutimos no corpo teórico, levando em consideração os contextos das teorias e a essência do pensamento de cada autor mencionado, mais flexíveis às contradições, aos conflitos dirimidos em um grupo social, enquanto a memória tem um caráter mais rígido, coercitivo, deixando lacunas a responder quando pensamos nas contradições aferidas em um grupo social.

No próximo item, apontamos com mais exatidão as origens da anamnese, perpassando desde a sua concepção na antiguidade clássica até a sua apropriação e instrumentalização conceitual pela medicina, emergindo, então, como procedimento de rememoração da historicidade clínica de um paciente.

2.7 ANAMNESE: UMA TÉCNICA DE RECORDAÇÃO

Para contemplarmos nossas futuras análises, ainda que amparando-nos nas produções literárias da memória, é preciso que realizemos aqui, uma investigação das origens do termo anamnese ou do grego *anamnesis*, cuja definição em seu sentido mais literal é trazer de novo à memória. Desse modo, segundo Santos (2011), Platão vai fundamentar sua teoria do conhecimento por meio de pressupostos que elegem a imortalidade da alma, sendo assim, o filósofo grego apresentaria o conhecimento como recordação ou anamnese, por acreditar que a alma já teria um contato anterior com as ideias. Com isso, para que o homem acessasse o mundo inteligível seria necessário realizar um constante exercício de anamnese.

Com efeito, o filósofo da antiguidade clássica, segundo Santos (2011), apresenta os termos da anamnese, como um ato de recordação daquilo que a alma já estivera em contato antes, no *hades* ou neste mundo, trazendo à tona ao confrontar-se com algo, uma lembrança,

que viria juntamente com todas as informações que foram anteriormente tocadas. Dessa maneira, o exercício da anamnese ou reminiscência é comparado por Platão com o ato de pesquisar, investigar, pois a essência da doutrina está, segundo Santos (2011), intimamente ligada à condição de unicidade da natureza humana em sua relação com o mundo e com a alma.

Platão explana sua doutrina de anamnese, conforme Santos (2011), por meio do mito de um escravo que aprende recordando o Teorema de Pitágoras, bem como também em seu *Fédon* no qual apresenta comprovações da sua doutrina quando faz referências, em suas explanações, sobre a anamnese e o conhecimento matemático, argumentando que, por meio dos sentidos, seria possível identificar a existência de coisas iguais e de coisas análogas na realidade sensível.

Para contemplar as considerações feitas acima, recorreremos à uma autora que dialoga com tal noção em sua produção literária acerca da memória, trata-se de Assmann (2011) que, em sua obra intitulada **Espaços da recordação**, explana sobre a anamnese como um exercício de espelhamentos místicos, argumentando que esta forma de reminiscência é o outro da recordação, sendo considerada uma força passiva, receptiva, e por assim dizer, mística, com uma essência feminina, que seria a oposição da força masculina presente na imaginação. O exercício da anamnese para esta autora, acabaria por fazer irromper tanto imprevisivelmente quanto de maneira descontrolada os “momentos eternos”, rasgando a fenda na tessitura de uma identidade composta pelas recordações. Para Assmann (2011), a noção de anamnese marcaria a ultrapassagem dos limites entre este mundo e o outro, por isso, no ato da anamnese abrem-se as cortinas e o olhar pode, tranquilamente, dirigir-se sem amarras ao fundamento da existência terrena.

Na medicina e em outras especialidades do campo da saúde, a anamnese é reconhecida, segundo Bertoldi, Braga e Mendes (2003), como um conjunto de informações extraídas de uma entrevista médica com o paciente, sendo a entrevista um encontro combinado para obtenção de esclarecimentos acerca de determinada situação patológica. A anamnese ou reminiscência, para a medicina, na visão destes autores seria o ponto de partida da relação entre médico e paciente, como fonte de memória documental de excelência, visando reconhecer os males que afetam determinado paciente por meio do seu trabalho de recordação, iniciando a base do diagnóstico clínico e os possíveis encaminhamentos a serem prescritos, é por assim dizer, a principal ferramenta diagnóstica que os médicos dispõem.

Visando os nossos objetivos analíticos acerca da memória coletiva institucional do Hospital Afrânio Peixoto sobre a loucura e a Reforma Psiquiátrica, tendo em vista os dados coletados nas anamneses contidas em prontuários investigados neste estudo, recorreremos a

esta noção pela importância da sua utilização no rito procedimental da conduta médica da instituição hospitalar investigada.

Em nossas análises evidenciaremos uma memória coletiva que retrata o atendimento institucional que é registrado pelos profissionais de saúde da instituição supracitada a partir de dados mnemônicos específicos tais como: substância de predileção do usuário, sintomas apresentados no ato da internação, hipótese diagnóstica, conduta médico-farmacológica e presença de cadastro nos dispositivos da rede de atenção psicossocial.

No capítulo posterior, concatenamos as discussões referentes a dois fenômenos amplos e complexos, trata-se da loucura e das drogas, que se constituem como campos de investigação tanto das representações sociais quanto da memória coletiva. Assim, tratamos exaustivamente as produções filosóficas sobre a loucura, tendo em vista os principais movimentos ocidentais que buscaram compreender tal fenômeno em sua amplitude. No que diz respeito às drogas, aprofundamos as discussões em toda sua cadeia conceitual, construindo o elo entre drogas e loucura através da sistematização do saber médico-psiquiátrico sobre esta matéria.

3 LOUCURA E DROGAS: A TESSITURA DE UMA RELAÇÃO

Nesta seção, obedecendo ao propósito de tecer uma relação entre loucura e drogas, abordamos de forma minuciosa no primeiro item, a produção discursiva acerca da loucura, elencada por Michel Foucault (1987), em sua obra **História da Loucura**, na qual concentra as suas análises em três períodos históricos, a saber: Renascença, Idade Clássica e Idade Moderna.

Ainda no primeiro item, discorremos com as colaborações de Prado (2010), sobre os principais tipos de tratamento utilizados pela psiquiatria experimental na tentativa de amortizar o fenômeno da loucura, tais como: malaroterapia⁵, choque insulínico e a própria lobotomia que foi apropriada dos antigos rituais de trepanação.

Apresentamos ainda neste item, a gênese da medicina social, que ocorre em meados do século XVIII nas três principais potências europeias: Alemanha, França e Inglaterra, como nos sinaliza Foucault (2015).

No segundo item, ainda com Foucault (2015), tratamos de outro movimento importante para o cenário da saúde ocidental, a saber, o nascimento dos hospitais. Discorremos, ainda com este filósofo, acerca do estabelecimento da psiquiatria como disciplina médica responsável por acolher aqueles considerados “loucos”. Ao final deste item, falamos sobre a criação do CID – Classificação Internacional de Doenças por meio das colaborações de Laurenti (1996), bem como sobre o despontar de um movimento contrário à psiquiatria: trata-se da despsiquiatrização.

No terceiro item, reservamos um espaço para a análise de outras produções filosóficas que se posicionam sobre o fenômeno da loucura. Neste caso, utilizamos as literaturas propostas pelos filósofos Erasmo de Roterdã (2015) e Arthur Schopenhauer (2015).

Remontamos no quarto item, de maneira breve, a historicidade do fenômeno das drogas, traçando a sua relação com a loucura da antiguidade aos tempos modernos, observando a regência do saber médico sobre o seu domínio. Para isso, utilizamos a colaboração de autores como Correa (2014), Escotado (1996), Bertoni (2015), Vargas (2008), Carneiro (2008), Fiori (2008) e Rosa (2010).

Prosseguindo com as tratativas teóricas, produzimos no quinto item uma conceituação ampla da epistemologia acerca das drogas. Assim, apresentamos suas definições conceituais e, em seguida, seus modos de classificação com o auxílio de autores como Correa (2014),

⁵ A este respeito, Tarelow (2009), orienta-nos que esta técnica – atualmente em desuso -, consiste na retirada de uma quantidade de sangue de um paciente infectado pela malária e, posteriormente, aplicado em pacientes que apresentavam algum tipo de demência, psicoses maniaco-depressivas e até paralisia.

Salles (2013), Amaral, Malbergier e Andrade (2010), Bodin, Figle e Laranjeira (2004). Considerando a natureza das nossas análises, enfatizamos com os autores supracitados as discussões sobre a classificação das drogas enquanto seus efeitos no SNC – Sistema Nervoso Central. Ainda neste item, citamos alguns fármacos utilizados nas principais queixas psiquiátricas, com as colaborações de Cordioli (2005).

Apresentamos no último item, por meio das contribuições de Cordeiro e Ratto (2004), as principais teorias que explicam a relação entre uso de drogas e adoecimento, no âmbito das morbidades e comorbidades, aprofundando tais discussões com autores como Zaleski, Laranjeira e Ratto (2003) e Dalgalarondo (2008).

3.1 A HISTÓRIA DA LOUCURA POR FOUCAULT: A PRODUÇÃO DISCURSIVA SOBRE A LOUCURA E O NASCIMENTO DA MEDICINA SOCIAL

Revisar a historicidade que permeia a loucura, tendo em vista a identificação dos seus principais discursos, é uma tarefa ao mesmo tempo complexa e instigante, pelo fato de que esse campo do saber atravessa uma quantidade considerável de eras, sendo, portanto, um intenso produto de rupturas.

É compreensível que, ao longo dessas eras, as formulações sobre o fenômeno da loucura foram se transformando bem como as práticas que moldavam os seus encontros, por isso, buscamos como objetivo, fazer uma leitura dos discursos que foram emergindo e atravessaram os séculos, observando a peculiaridade de cada um e a maneira pela qual fora realizada a sua inscrição no corpo histórico.

Esta investigação discursiva começa por volta do século XIII, em pleno fim da Idade Média, quando o discurso sobre a loucura permanece literalmente atrelado à esfera religiosa, compreendido, naquela ocasião, como punição divina. Contudo, é a partir da Renascença, período que compreende o fim do século XIV até o fim do XVI, que a loucura passa a ser concebida discursivamente, segundo Foucault (1978), como uma experiência de desvio da conduta moral, inscrita em um objeto imaginário da época, a saber “A nau dos loucos”, quando era possível enxergar grandes embarcações repletas de pessoas que eram percebidas “loucas” por terem uma existência considerada errante, exposta pelas transgressões dos valores que constituíam a moralidade da época, sendo dirimidas da sua experiência existencial, assim, podiam-se personalizar estas figuras como modelos de inspiração da arte renascentista, até mesmo quando era possível vê-las correndo peladas livremente, cabendo, então, aos marinheiros, a função de livrar as cidades daquelas presenças consideradas bizarras e incômodas.

Prosseguindo com os discursos dentro destes recortes temporais, surge então, a Idade Clássica, período que compreende o fim do século XVI ao XVII, no qual há uma brusca mudança discursiva sobre a figura do louco. Neste sentido, percebemos, com Foucault (1978), que o discurso sobre a loucura estaria intimamente ligado à desrazão ou ao que se consideraria como um razoável desatino da razão. Para tanto, é preciso revisitar a influência de Descartes (1596-1650) em tal formulação, pois, segundo Foucault (1978), em um caminho de dúvida, Descartes localiza a loucura ao lado do sonho e de todas as formas de erro, em uma investigação intensa dos sentidos, não evitando, assim, o seu perigo. Dessa maneira produz-se nesse momento uma grande crítica sobre o ser de loucura a partir da racionalização dos sentidos, evidenciando, ao vasculhar a *psique* humana, incontáveis armadilhas, a exemplo das contradições aferidas através dos pensamentos etc.

A partir do século XIX, surge, então, a modernidade, recorte temporal em que a loucura passa a ser objeto de estudo e sistematização científica, principalmente, com a emergência de disciplinas como a biologia e a química. É durante esse período, que a medicina se apropria da loucura por meio das suas produções discursivas, a fim de realizar inserções em seu campo tendo como objetivo compreender a extensão deste fenômeno, explorando-o através das bases científicas até ali construídas.

Dessa forma, a loucura que, até então tinha sido observada e anunciada discursivamente no século XVIII como alienação mental tendo em vista as postulações de Phillipe Pinel (1745-1826) que buscou, segundo Foucault (1978), de maneira empírica, criar uma teoria para explicá-la, sofre, novamente, uma ruptura e é compreendida na Idade Moderna como uma doença mental, apresentando um caráter de urgência, fazendo parte de uma das grandes invenções da medicina que, no auge das postulações psiquiátricas, utilizou-se de métodos escusos para violar a dignidade humana, trancafiando a subjetividade do “louco” nas instituições asilares, nos reconhecidos manicômios, tornando a modernidade um período de grande caráter sanitarista.

Segundo Prado (2010), alguns métodos de tratamento foram criados e utilizados no decorrer do século XX. Por isso, o discurso da loucura como doença mental se alastra pela Europa e ganha fortes evidências científicas. Alguns psiquiatras ficam famosos e ganham prêmios por suas descobertas, como é o caso de Julius Wagner-Jaureg (1857-1940), criador da malaroterapia, método utilizado quando a sífilis nas décadas de 1920 e 30 era o maior causador de demência, e as entidades manicomiais não sabiam como frear tantos pacientes paranóicos e violentos que se tornavam incontroláveis dentro de tais instituições. A partir disso, Julius observou que esses pacientes mais agressivos, quando adquiriam alguma patologia que lhes

causassem febre e convulsão, tinham uma melhora considerável no quadro psiquiátrico, surgindo-lhe daí a ideia de utilizar o sangue de um soldado com malária em alguns pacientes com demência em estágio avançado por conta da sífilis, o que lhe rendeu um prêmio nobel em 1927, conforme Prado (2010). Outro tipo de tratamento que caiu no desuso, é apontado por Prado (2010) como mais uma tentativa frustrada de curar a doença mental, sendo descoberto pelo neurocientista Manfred Sakel (1900-1957) tratava-se do choque insulínico, quando o neurocientista ao avaliar uma paciente com psicose maníaco-depressiva⁶, observou que doses grandes de insulina ajudavam na recuperação das suas faculdades mentais, tempos depois, pesquisas indicavam que além do risco do tratamento, as melhoras não eram tão efetivas quanto pareciam.

Um dos mais conhecidos tipos de tratamento citados pela autora e que ficou bastante conhecido em todo o mundo foi a lobotomia, que teve sua origem baseada nos rituais de trepanação muito utilizado em grande parte das civilizações que percebiam a loucura na fenda do misticismo, tendo seu procedimento descrito como uma pequena perfuração no crânio, baseado na crença de que era possível expulsar os espíritos malignos de determinada pessoa, conforme sugere Prado (2010). O criador e aperfeiçoador dessa técnica foi o neurologista português Antônio Egaz Moniz (1874- 1955) e consistia na separação do feixe de fibras do lobo pré-frontal do resto do cérebro, desligando totalmente a região que responde pelas emoções, causando, assim, uma grande apatia nas pessoas, que ficavam calmas como se estivessem fazendo uso de tranquilizantes.

A lobotomia foi muito utilizada no tratamento de psicoses, depressões e em pessoas que apresentavam comportamentos agressivos dentro dos manicômios, apesar do sucesso inicial, a técnica se tornou comum para o bom andamento das instituições manicomial, tendo sido utilizada de forma maciça, o que acarretou em uma legião de pessoas em estado vegetativo, incluindo crianças e adolescentes, como afirma Prado (2010).

Exercitando uma reflexão acerca desta última configuração discursiva proposta por Foucault (1978), a saber, a loucura sentida e consentida como doença mental, faz-se necessário um retorno sobre as vicissitudes da medicina até alcançar o *status* de medicina social, quando na emergência das bases empíricas que constituíram a ciência na modernidade, apoderou-se deste lugar de saber, o que é dito e explícito em Foucault (2015). Este filósofo apresenta três movimentos realizados pelas grandes potências da Europa no século XVIII. No

⁶ Segundo Botelho (2010), a psicose maníaco-depressiva se caracteriza pela alteração entre dois polos do humor: a alegria e tristeza. Sendo na fase maníaca a tradução do humor alegre, seguido de associação rápida de ideias e inquietação. Ao contrário disso, a fase depressiva apresenta humor triste ou embotado, ideação lenta e movimentação diminuída.

primeiro momento, a Alemanha e sua “Medicina de Estado”, que tinha por objetivo tornar o estado um local de produção de conhecimentos específicos, trazendo, assim, as condições de possibilidades necessárias para o desenvolvimento do saber médico, que são enumeradas por Foucault (2015) da seguinte maneira: 1) um sistema muito mais amplo na observação da estrutura de morbidade; 2) o fenômeno da normalização das práticas e saberes médicos, cabendo às universidades instituir as condições de possibilidade para formação do saber médico; 3) uma organização para controle de atividade médica; 4) o funcionalismo médico é nomeado pelo governo tendo como atribuições ou responsabilidade, uma região, um domínio de poder ou exercício de saber.

No segundo momento, o filósofo apresenta outro movimento, uma ruptura, nasce assim, na França, a “Medicina Urbana” que, no final do século XVIII, desponta com propósitos inovadores no que tange às cidades, isso porque o país apresentava como problema crucial ao saber médico, a fragmentação do seu território, não permitindo assim, a formulação de uma unidade territorial cujo exercício de um poder único se efetivaria, por isso, os investimentos em tornar as cidades francesas mais homogêneas se deram por conta do inchamento populacional, da exponente escala de crescimento industrial, do estabelecimento de uma jurisdição única.

Sendo assim, Foucault (2015) aponta os objetivos da efetuação desta medicina urbana, que sintetizamos assim: produzir uma análise das regiões em que grandes fluxos se amontoavam, observando as confusões e os perigos do espaço urbano; exercer um controle e estabelecer critérios de qualidade para a boa circulação da água e do ar; organizar os elementos necessários à vida, para que não houvesse contaminação, a exemplo de esgotamento e fontes de água. Outras condições de possibilidade caracterizam a verdade da medicina social urbana, e são expressos por Foucault (2015), a exemplo do surgimento da medicalização da cidade no século XVIII: por meio da medicina urbana há uma conexão entre a prática médica com ciências tidas como extra médicas, a exemplo da química; a medicina urbana se constitui não como a medicina dos homens, corpos e organismos, entretanto, como uma medicina dos elementos: água, ar, decomposições etc.; traz consigo um importante saber: a noção de salubridade.

Por fim, a terceira e última direção apontada por Foucault (2015) em sua explanação acerca da criação de uma medicina social, surge na Inglaterra no final do século XVIII e início do século seguinte, observa-se a constituição da “Medicina do Trabalho”, diferentemente das últimas duas, uma canalizada para o Estado, a outra para as cidades e os elementos que a compõem, nesta o direcionamento busca os pobres, trabalhadores, que não eram, até então, vistos como um perigo para a saúde pública, vindo a ocupar esse lugar apenas no decorrer do século XIX, por algumas razões que precisam ser brevemente elencadas, com o auxílio do autor,

salientamos: pela razão política, pois, a população demonstraria seu poder de articulação e força política nos manifestos e revoltas; com o advento de novas tecnologias, houve uma redução da mão de obra, conseqüentemente, gerando desemprego nas camadas mais pobres, o que novamente endossa a revolta popular; a proliferação da cólera na população operária como justificativa para segregação dos espaços.

De certo que, com o nascimento de uma medicina social, foi possível perceber uma inscrição mais ampla deste saber no campo social, o que até então era restrito às formulações estatais e às elites, passa a ser objeto de acesso comum a todos, e é nesse momento que a medicina, por assim dizer, apresenta o seu mais novo *upgrade* que iria revolucionar a maneira pela qual os tratamentos se desenvolveriam, além disso, a relação entre médico e doente se afunilaria, permitindo que os moldes de cuidado fossem ampliados, surge, portanto, para Foucault (2015), o nascimento dos hospitais, mas, para isso, é preciso recortar agora com a colaboração do autor, as transformações pelas quais este lugar passou, o que faremos com mais atenção no item a seguir.

3.2 O NASCIMENTO DOS HOSPITAIS, O ESTABELECIMENTO DA PSIQUIATRIA COMO ESPECIALIDADE MÉDICA E O DESPONTAR DO MOVIMENTO DE DESPSIQUIATRIZAÇÃO

Em primeiro lugar, é preciso observar que a função entre a medicina e o hospital na Idade Média era absolutamente divergente, não existia fim curativo, a medicina, portanto, era exclusivista e não tinha prática hospitalar. No que diz respeito aos hospitais, sua função era a de assistir aos mais pobres que possuíam algum tipo de doença contagiosa e que causasse perigo à sociedade, configurando-se como um local de separação e exclusão, quando a disciplina dos corpos apareceria como missão final. No decorrer desta relação, surge até final do século XVIII, a primeira relação entre médico e hospital. Segundo Foucault (2015), isso se deve às práticas de controle e disciplina dos corpos.

Assim, o hospital começa a assumir uma função essencial expressa da seguinte maneira pelo filósofo: o saber médico sinaliza que é preciso que o hospital seja bem localizado, e isso é possível com o advento da medicina urbana, além de tudo há uma preocupação com sua distribuição interna de espaço e como isso incidiria na doença e no doente, sendo assim, a arquitetura hospitalar ganha *status* de instrumento de cura; há uma transformação no sistema de poder no hospital, até o meio do século XVIII concentrado nas figuras religiosas, posteriormente, com a emergência e produção de uma nova verdade, o hospital é visto como instrumento de cura e o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar,

surgindo então a figura do grande médico hospitalar como invenção do final do século XVIII.

Dessa maneira, Foucault (2015) nos alerta que, neste mesmo período, é formulado um sistema de registro permanente com o objetivo de identificar o doente, sua entrada e saída, seu diagnóstico, dando origem, então, às técnicas de identificação, como as etiquetas de pulso, assim, nesse momento o hospital não ocupa apenas um lugar de funcionamento que proporciona a cura mas também uma fonte documental de registros acerca da estrutura de saber em saúde, com isso, os doentes se tornam objetos de saber e alvo da medicina, graças ao advento do hospital como tecnologia de auxílio da medicina.

Feitas estas singelas considerações acerca da medicina e da sua ocupação no lugar de saber referente à loucura, bem como da produção de verdade e dos discursos que atravessam as eras, emerge, então, uma especialidade médica que responderia pela loucura, tendo em vista sua enunciação discursiva como doença mental, assim, nasce a psiquiatria em meados do século XIX para o século XX, conforme nos esclarece Foucault (2015).

Nesse sentido, o filósofo supracitado elenca quais foram as principais práticas produzidas por este saber médico com o objetivo de atualizar empiricamente seu leque de tratamentos, são elas: o *modus* terapêutico consistia em suprimir o mal e reduzi-lo à inexistência; concebe-se de que há doenças e modificações de doença, doenças puras e impuras, simples e complexas; questiona-se o que é uma doença normal, e como se daria uma doença que segue seu curso, se é aquela que leva à morte ou a que se cura espontaneamente.

O filósofo, recorrendo à historicidade e ao seu método arqueológico do saber, faz uma diferenciação da postura do psiquiatra e do louco, enfatizando que, antes do século XVIII, a loucura não era de fato internada, sendo confinada, por ser considerada como uma forma de erro ou ilusão, ainda na Idade Clássica, período que compreende os séculos XVI e XVII, possuía uma conotação de quimera do mundo e os hospitais eram considerados lugares inapropriados para que essa loucura trouxesse à tona toda sua verdade. Com isso, emerge como local de saber sobre a loucura, a instituição asilar, dando gênese à prática do internamento no início do século XIX, sendo percebida como um ato de regulação e normatividade, portanto, a loucura passa a ser vista como uma desordem nas maneiras de agir, querer, sentir, configurando então o início do discurso que paira até hoje, enunciado pela doença mental.

É exatamente, nesse momento, que Foucault (2015) expõe a função da instituição asilar que busca produzir as verdades sobre a doença mental, afastando tudo aquilo que pudesse mascarar, confundir, mudar-lhe as formas, ao mesmo tempo, os hospitais psiquiátricos no século XIX, aparecem com a função do diagnóstico e da classificação patológica, o que veio a culminar na criação de um catálogo de Classificações para

morbidades, ganhando a psiquiatria, em específico, uma sessão para as doenças mentais, o CID – Classificação Internacional de Doenças, explicado melhor nas palavras de Laurenti (1994, p. 112):

A classificação Internacional de Doenças (CID) foi adotada internacionalmente em 1893 passando a ser utilizada como uma Classificação de Causas de 77 Mortes. A partir da Sexta Revisão, em 1948, a responsabilidade pela CID e sucessivas revisões passou para a OMS e esse instrumento estatístico desde então, vem se ampliando bastante deixando de ser apenas uma classificação de causas de morte para se tornar, a seguir, também, uma classificação de doenças propriamente dita e de motivos de consulta. Atualmente, entende-se pelo jargão CID, uma verdadeira "Família de Classificações".

A partir daí todo um movimento de despsiquiatrização começa a eclodir, com intuito de produzir novas verdades acerca da loucura. Para isso, Foucault (2015) cita alguns marcos deste fenômeno: a primeira forma de despsiquiatrização começa com Joseph Babinski (1857-1932) que não coaduna com o discurso da loucura como uma doença mental, por ele reduzir o fenômeno a uma realidade estrita; a segunda, trata de tornar a produção da verdade sobre a loucura mais intensa o quanto possível, modificando a relação de poder entre médico e doente, tendendo a uma equalização; desse modo, a psicanálise é vista como uma ferramenta de despsiquiatrização, sendo descrita como uma tentativa de eliminar os efeitos da instituição asilar.

Nesse interim, surge uma corrente de crítica à despsiquiatrização, denominada antipsiquiatria, que se opõe aos seus enunciados, por enxergar em seu corpo a tentativa de anular a produção de verdade sobre a loucura bem como querer adequar essa verdade ao poder médico, buscando transformar tais práticas, radicalizando o pensamento da época ao sugerir uma transferência de poder para o próprio doente, que teria como objetivo expor a sua loucura e a verdade do entorno dela, ao invés de reduzi-la ao niilismo⁷.

Desse modo, Foucault (2015) propõe que as oposições entre despsiquiatrização e antipsiquiatria formam uma nova verdade e produzem uma tentativa de ruptura discursiva sobre a loucura no espectro da doença mental, caracterizando tanto a psicanálise quanto a psicofarmacologia pelo fato de que ambas se opõem à medicalização excessiva da loucura. Em sequência, apresentamos outras análises filosóficas sobre a loucura, na perspectiva de Erasmo de Roterdã e Arthur Schopenhauer.

⁷ Ponto de vista filosófico que considera as crenças e os valores tradicionais infundados e que não há qualquer sentido ou utilidade na existência.

3.3 OUTRAS ANÁLISES FILOSÓFICAS ACERCA DA LOUCURA: DE ROTERDÃ A SCHOPENHAUER

Prosseguindo com a produção teórica deste referencial, destacamos uma obra produzida na Renascença, vista como uma sátira original e emergente, a saber, **O elogio da loucura**, do filósofo Erasmo de Roterdã (1466-1536), justamente em um período caracterizado pelo forte discurso da moralidade no que diz respeito à loucura como observamos anteriormente com Foucault (1987), na qual o advento da nau dos loucos chamava bastante atenção, simbolizando os desígnios adotados pela sociedade na tentativa animalésca de amortizar o fenômeno da loucura em toda sua potencialidade. Roterdã (2015) discorre com excentricidade, conferindo à loucura um *status* bem diferente do qual se apregoava, ou seja, um estado natural do ser humano, desenvolvendo ao longo da sua obra, críticas que objetivavam revelar quais eram os limites entre a razão e a loucura, intensificando sua busca por meio da averiguação dos costumes, hábitos e de tudo aquilo que compunha a moralidade da época, vítima de suas sátiras bastante aguçadas.

Em um primeiro momento, é preciso salientarmos aqui a posição que a loucura assume em sua obra, como um personagem, uma deusa metafórica, é a figura da loucura que fala na primeira pessoa, tecendo suas exposições sem qualquer tipo de freio, assim, permite-se que, não haja qualquer embaraço na sua tratativa filosófica que busca contrastar realidades. Uma primeira crítica produzida por este autor, é, inclusive, evidenciada também por Foucault (1987) ao apresentar os discursos acerca da loucura na renascença e diz respeito à posição das crianças frente a este fenômeno, com isso Roterdã (2015), afirma que:

Em primeiro lugar, quem não sabe que a infância é a idade mais alegre e mais agradável da vida? Se nós beijamos as crianças, as abraçamos, as acariciamos, se até um inimigo lhes presta socorro, não é porque existe nelas a sedução da loucura? De propósito a prudente natureza munuiu com ela os recém-nascidos, para que suavizem as fadigas dos que os educam e conquistem a proteção dos encarregados de cuidar delas. (ROTerdã, 2015, p. 20).

Seguindo com Roterdã (2015), encontramos em outro ponto da sua obra uma ousada menção da loucura com relação ao deus etílico e dos excessos sexuais Baco, apropriado pelos Romanos no sincretismo ao deus Dionísio, da mitologia Grega, quando discorre com propriedade sobre a vitalidade deste deus, questionando a sua eternidade e beleza, justificando-a por ser Baco um louco de natureza, que nunca teve interesse em se passar por sábio. Aqui, uma primeira conexão entre sabedoria e loucura, pois, segundo a sua deusa metafórica, Baco estava tão somente voltado a investir sua libido em banquetes regados a bebidas, danças,

cantos e jogos, sendo que os únicos cultos que lhe eram caros tinham por essência os gracejos e a zombaria. Nesse ponto, Roterdã (2015) sinaliza sobre os excessos de Baco como gatilho de sua loucura. Sem contar que, na face mais perversa dos deuses, havia muitos traços de loucura, como menciona o filósofo através de sua figura simbólica, referindo-se, por exemplo, a Júpiter que é descrito como um deus astuto e terrível para todos.

Explorando os devaneios do filósofo convidado a contribuir neste tópico, observamos em outro momento a sua deusa da loucura sendo bastante diretiva quando analisa o *modus* em que se configura a vida na renascença, e convencida de que em si há mais do que uma complexidade filosófica, se apresenta como solução ou saída às exigências daquela época:

Em suma, sem mim nenhuma sociedade é agradável e nenhuma união pode ser duradoura. O povo não suportaria por muito tempo seu príncipe, o senhor não suportaria seu servo, a criada não suportaria a patroa, o mestre não suportaria o aluno, o amigo não suportaria o amigo, a esposa não suportaria o marido, o anfitrião não suportaria seu hóspede, o soldado não suportaria seu camarada, o comensal não suportaria seu companheiro de mesa, se não mantivessem um ao outro na ilusão, se não houvesse entre eles uma adulação recíproca, uma conveniência prudente, enfim, um pouco do mel da loucura. (ROTTERDA, 2015, p. 31).

É a partir dessa continuação que a deusa⁸ da loucura eleita por Roterdã (2015), vai elaborar sua primeira distinção entre a sabedoria e a loucura, tomando a rigor a essência de cada uma, enquanto a loucura seria um exposto conglomerado de paixões, a sabedoria se estruturaria pela razão, com isso, exemplifica a maneira pela qual os estoicos lutavam com o intuito de remover dos sábios suas paixões, considerando-as como doenças impertinentes ao desenvolvimento humano. Mas, ao percorrer o seu trajeto satírico e habitual, a deusa da loucura, narra por meio das elucubrações deste filósofo, a comparação da sorte de um louco com a de um sábio, sendo a primeira explicitada por uma vida sem rodeios e repleta de alegrias, sem o temor da morte, atingindo o gozo após o seu desligamento com a vida onde se deitariam nos jardins da eternidade para continuar suas brincadeiras, justamente por serem escolhidos pelos deuses na missão de alegrar as tristezas da vida humana. No modelo de sorte da sabedoria, a vida se apresentaria com certa medida de rigor, a energia da infância e juventude estaria totalmente canalizada para o estudo das ciências, perdendo os melhores anos da sua vida com vigílias, cuidados e fadigas, não se entregando a nenhum prazer, sendo o sábio, pela voz da loucura considerado como alguém parcimonioso, triste, carrancudo, alguém que estaria

⁸ Elogio da loucura foi escrito por Erasmo de Roterdã em 1509, que com muita clareza descritiva e estilo satírico promove uma reflexão em que sua figura metafórica, a deusa loucura, discorre com agudez e lucidez sobre assuntos cotidianos, mostrando as limitações e a insensatez da razão, promovendo uma crítica à igreja, à sociedade e à moral vigente à época.

devotado para a morte.

Dando sequência às divagações de Roterdã (2015) e seu apanhado de críticas produzidas e narradas pela sua figura categórica, a deusa da loucura, observa-se em determinado trecho da sua obra, uma grande divergência no que diz respeito ao enquadramento discursivo deste fenômeno à época, confirmando em seu trajeto de explanação potente, subsidiado pelos hábitos mais insidiosos daquele período, outro tipo de compreensão, afirmando a loucura como um estado natural do ser e a reportando, também, como uma convenção social:

Em minha opinião – a opinião da loucura – quanto mais alguém é louco tanto mais ele é feliz, contanto que permaneça no gênero de loucura que é meu domínio peculiar; e este domínio é tão vasto que não sei se é possível encontrar no gênero humano um único indivíduo que seja sábio todas as horas do dia e não tenha nenhum tipo de loucura. Aqui existe apenas uma diferença: o homem que confunde uma abóbora com uma mulher é tratado como louco, porque este erro é cometido por pouquíssimas pessoas. Mas se alguém, cuja esposa tem numerosos amantes, acredita e declara, cheio de orgulho, que ela supera Penélope em fidelidade, ninguém o considera louco, porque este estado de espírito é comum a muitos maridos. (ROTerdã, 2015, p. 54).

Como um filósofo crítico da moral renascentista, algo bem explícito por Foucault (1978), Erasmo de Roterdã por meio da sua figura metafórica, vai deixando claro o seu propósito de desmistificação deste fenômeno como algo inerente aos desvios da moralidade, tornando seu exercício mais livre e dinâmico, justamente por ser algo intrínseco à natureza humana e ter forte ligação com a sabedoria, como revela Roterdã (2015, p. 102): “parecer louco é a máxima sabedoria. Já podeis conjecturar como a loucura é um grande bem, já que sua sombra enganadora e sua simples imitação bastam para merecer estes elogios dos doutos”.

Desse modo, o filósofo renascentista ainda propõe, por meio de sua deusa da loucura, uma conexão importante para este estudo, trata-se do uso de drogas como fonte de prazer e transcendência, dito isso, Roterdã (2015), é assertivo em dizer que, existem pessoas, sobretudo, as de mais idade, que possuem mais familiaridade com um copo do que com as mulheres e encontram sua suprema felicidade em festins e bebedeiras.

Entendendo as postulações feitas por Roterdã (2015), a seguir, veremos como Schopenhauer (2015) trata a loucura, evidenciando o seu caráter realista, como um filósofo reconhecidamente pessimista, aponta tal fenômeno como parte de um rompimento com o fio da memória, muito embora considere a memória como algo fluído, examina a ligação entre memória e loucura a partir da perda contínua de conteúdo e distinção.

O filósofo, para explicar as suas considerações, recorre ao exemplo de uma testemunha frente a um tribunal. Para ele, a memória da pessoa sã, ou seja, em bom estado de saúde mental pode ser considerada como algo de caráter sólido e seguro, portanto, ao jurar que testemunhou um determinado evento não teria dificuldades em convencer o júri, ao contrário de alguém em que recaia suspeitas sobre a sua sanidade, o que enfraqueceria imediatamente a sua declaração como testemunha.

Para Schopenhauer (2015), a loucura ainda estaria entrelaçada com possibilidade ímpar do estado onírico, algo que fora considerado durante a idade clássica por outro filósofo já anteriormente mencionado, Descartes (1596-1650), fazendo parte de um discurso da loucura pautado na desrazão como mencionamos no primeiro tópico com Foucault (1978).

Dando sequência às explanações de Schopenhauer (2015) sobre a ligação entre memória e loucura, ao considerar sua própria experiência, tal autor menciona o fato da loucura estar presente com maior frequência, principalmente, na classe dos artistas ou dos atores, para ser mais preciso, isso se daria por conta destes cometerem abusos com a própria memória, por conta da árdua tarefa de decorar um papel novo ou de trazer à tona algo de um papel antigo, estando em insistente contraste por esquecer-se totalmente de si para dar vida a outro personagem, o que segundo o filósofo pavimentaria o caminho para a loucura.

Outra consideração não menos importante feita por este filósofo é a de que a loucura, pautada na ótica do esquecimento, seria uma dádiva da própria natureza humana, uma vez que ajudaria no processo de digestão dos sofrimentos insuportáveis, efetivando então a vontade de vida, responsável por auxiliar o homem na superação de si mesmo. Portanto, segundo Schopenhauer (2015), tratando da origem da loucura, vem a considerá-la como um ato violento, para ser mais específico “um expulsar da mente” de alguma coisa e que precisaria devir outra coisa em seu lugar. O autor parece esboçar as primeiras considerações filosóficas sobre a loucura vista pela ótica da “doença mental”, justamente por ser do século XIX, o tempo da emergência científica que fundamenta este discurso, principalmente, concentradas na medicina que, ao final deste século, elegeu a psiquiatria como área responsável de investigação da loucura como uma inadequação da saúde mental, portanto, o devir doença mental, como veremos em um trecho mais detalhado em citação a seguir, no qual apresenta o fio condutor entre doença e memória:

Tais doentes, por assim dizer, agarram-se convulsivamente ao pensamento concebido, de tal forma que nenhum outro, pelo menos um que se lhe oponha, pode introduzir-se. No entanto, em ambos os processos, a essência da loucura permanece a mesma, a saber, a impossibilidade de uma

recordação uniformemente coerente, base de nossa sã e racional clareza de consciência. (SCHOPENHAUER, 2015, p. 480).

Em outro trecho, Schopenhauer (2015) expõe que a origem psíquica da loucura se calcaria em ocasiões externas, objetivas, a exemplo do seu rompante em consequência de um súbito acontecimento. Contudo, o autor faz questão de afirmar que a loucura reside, também, em causas somáticas, observando o aspecto das más formações ou desorganizações parciais do cérebro e dos seus invólucros, bem como no registro dos influxos de outras partes doentes do cérebro, esta última concepção, calcada no dispositivo biológico.

O filósofo levanta um ponto interessante quando filtra as causas que compõem o processo de eclosão da loucura. Para Schopenhauer (2015), no caso de pessoas que já possuem uma pré-disposição em termos somáticos, basta apenas que haja uma simples contrariedade, trazendo um exemplo de sua própria experiência, ao ver em um manicômio o caso de um homem que enlouqueceu porque o seu superior o tratou como um subordinado. Em termos de pré-disposição corporal, o autor menciona que, quando o processo já está amadurecido, não se faz necessária nenhuma ocasião para o estopim da loucura, diferentemente da sua causa meramente psíquica, o que leva o autor a crer que uma violenta alteração no curso do pensamento pode produzir um rompante de loucura em alguma pessoa.

Vale ressaltar que, esta última concepção proposta pelo filósofo acerca da alteração do curso do pensamento, hoje, é interpretada pela psiquiatria em geral como um sintoma claro e evidente de desorganização psíquica, presente em inúmeras classificações patológicas, como por exemplo, as psicoses, a esquizofrenia.

Portanto, este filósofo concebe que, na apresentação da loucura, a vontade estaria submissa ao intelecto, dominada, portanto, pressionada a escoar suas forças vitais de maneira intempestiva, assim, agiria como uma força natural cega, considerada muitas vezes como impetuosa, destrutiva e tendente a aniquilar tudo aquilo que se encontra pela frente, o que afetaria a capacidade reflexiva do homem em deslocar tal quantidade de energia para outras atividades, desorganizando assim, em um jogo de economia, o seu psiquismo, aquilo que seria trabalhado de maneira mais aguda ainda no século XIX por Freud (1990) na explanação sobre a estrutura do aparelho psíquico no volume XIX de sua obra **O ego, o ID e outros trabalhos**.

Produzindo uma síntese sobre a loucura, tendo em vista a produção de um diálogo mais incisivo entre estes três filósofos, ficou evidente ao longo deste capítulo que, o fenômeno discursivo da loucura apresentado por Foucault (1978), na Renascença, está totalmente embebido das considerações postas por Erasmo de Roterdã (2015), por se tratar de

uma das poucas referências acadêmicas que produziram em sua temporalidade escritos que satirizavam a ideia da loucura atrelada à moralidade e às convenções sociais, concebendo-a como algo da espontaneidade humana e que teria, por assim dizer, ligações com algumas de nossas virtudes, a exemplo: a sabedoria.

Os outros dois discursos sobre a loucura apresentados por Foucault (1978), da desrazão e da doença mental respectivamente na Idade Clássica e Moderna, também possuem elementos presentes nas considerações de Schopenhauer (2015) que em suas reflexões, concebe-a, também, como parte de um estado onírico ou de transe, apesar do cenário científico do século XIX, sobretudo do avanço das ciências biológicas, permite-lhe conceber a loucura no espectro da doença mental, pois, para este filósofo existem desorganizações cerebrais e questões somáticas que podem levar a um estado de loucura, aquilo que perdura até hoje nas condições da disciplina médico psiquiátrica no exame das pessoas que apresentam sinais mais agudos.

Dessa maneira, explanaremos no próximo item discussões que aproximem a relação entre drogas e loucura. Mas, para isso, precisamos examinar de maneira breve a historicidade do fenômeno das drogas e em específico, quando o uso problemático de drogas começou a se tornar um problema eminentemente de saúde, estando classificada as suas manifestações mais agudas ou emergenciais no escopo da doença mental, entendendo com as colaborações das discussões produzidas nos últimos tópicos que esta acepção sobre a loucura perdura até o nosso tempo, orientando as memórias e representações sociais das práxis médicas.

Sendo assim, dedicamos os dois últimos itens deste capítulo apresentando a definição de droga, compreendendo suas classificações, desvelando a gama de medicamentos à disposição do saber psiquiátrico como conduta para o tratamento da loucura, observando, principalmente, o uso de drogas e as suas conseqüentes intoxicações em pacientes que procuram as emergências psiquiátricas, questão essa que ocupa importante espaço no discurso, nas representações sociais e na memória do aparato médico da modernidade.

Toda essa discussão se deve ao fato de que o uso de drogas é considerado em nosso tempo um problema social e conseqüentemente de saúde pública, de alta complexidade, apresentando inúmeras conseqüências no repertório comportamental da sociedade, que vão desde a problemática política da guerra às drogas, que acaba por mobilizar a estrutura erguida pelo tráfico, que paralelamente a isso se expressa de maneira violenta nas grandes e pequenas cidades, até acidentes e crimes cometidos direta ou indiretamente pelo uso problemático de drogas.

3.4 BREVE HISTÓRICO SOBRE AS DROGAS E O SEU ELO COM A LOUCURA ESTABELECIDO PELO SABER MÉDICO-PSIQUIÁTRICO

A história do uso de drogas é bastante antiga, segundo Correa (2014), existem relatos de que o uso de álcool, por exemplo, foi registrado em 6.000 a.C, bem como o uso do ópio, que também tem seus registros na antiguidade. Outra substância bastante conhecida e utilizada ao longo das eras é a maconha, que possui registro de uso para fins terapêuticos na China desde 1730 a.C. Já a folha de coca é utilizada com diversos fins pelos povos andinos, sendo difundida entre os espanhóis quando chegaram nos territórios de Peru e Bolívia. Nesse momento, o uso tinha um caráter ritualístico, contudo, com a transformação das sociedades, através da expansão política e econômica, a relação do uso desta substância passou a ocorrer em um nível de complexidade muito maior.

Assim, para Correa (2014), houve uma banalização do uso e um conseqüente registro da perda da sua ritualização. Segundo sugere este autor, o consumo de substância pode ser identificado por meio do conhecimento de alguns aspectos históricos, tais quais, hábitos, atitudes e normas culturais que fazem parte do processo de manutenção deste uso. Algo que nós entendemos em nosso exercício teórico como parte da produção e transmissão das memórias e das representações sociais sobre o uso de drogas.

Outro aspecto histórico que é importante retratar diz respeito a ocupação do cristianismo no lugar das religiões pagãs gregas e romanas que, segundo Correa (2014), propôs certa moderação no consumo de bebidas alcoólicas, tendo o exemplo de Cristo⁹ que fez o milagre da transformação da água em vinho para que as pessoas pudessem beber e se alegrar nas festas das bodas de Canã da Galileia, e, na última ceia, abençoou o pão e o vinho como símbolos de sua carne e sangue, portanto, com a expansão de cristianismo nos idos da Idade Média por toda a Europa, as normas eram mais rígidas quanto ao uso excessivo de álcool sendo permitido apenas em festas.

Entretanto, nesta mesma direção histórica, digo, a Idade Média, observamos com Escohotado (1996) uma importante informação sobre práticas terapêuticas oriundas do manejo de plantas, que até então tinham seu poder curativo vinculado ao saber dos alquimistas:

Havia o uso de algumas plantas por médicos na Idade Média, que se assombraram com o poder curativo do ópio e do próprio cânhamo, assim, encomendavam aos eclesiásticos oriundos das cruzadas na Terra Santa para

⁹ Este fato está registrado na Bíblia em (João 2:1-11) ocasião na qual Jesus é convidado para as bodas em Caná na Galiléia, faltando vinho, operou seu milagre frente aos seus discípulos, transformando a água que havia nas talhas em vinho.

tratar reis, nobres e seus empregados de vários tipos de dores que os acometiam à época, evidenciando um ressurgimento da medicina no final do século XI, ou aquilo que se esboçaria como um tipo de medicina. (ESCOHOTADO, 1996, p. 60).

Paralela a esta última consideração, Vargas (2008), concorda que o uso de plantas como elemento terapêutico atravessa a Idade Média e torna-se objeto de controvérsias durante a Renascença. Isso se deve ao fato de que Paracelso e outros alquimistas começaram a introduzir conhecimentos químicos nas práticas médicas.

Desse modo, Vargas (2008) se refere ao longo período do fenômeno das drogas terapêuticas, isso porque, até o século XIX, a matéria prima utilizada na produção destas drogas perpassava pelo uso de plantas inteiras, frescas ou até mesmo secas, além de outros produtos que eram caracterizados como tinturas, triagas etc. Esta última se caracteriza por um composto de ervas muito utilizada como remédio contra envenenamentos.

No entanto, é a partir de meados do século XIX que Vargas (2008), aponta como uma nova era de terapias através das drogas, isso se deve ao fato de que houve a introdução nas práticas médicas das substâncias ditas “puras”, como o iodo de origem mineral, a morfina de origem vegetal e a insulina de origem animal. Essas novas substâncias, como aponta Vargas (2008), mudariam de maneira radical a eficácia das intervenções médicas.

Feitas as breves e importantes considerações históricas, e trazendo a discussão das drogas para a Idade Moderna, respectivamente, século XIX, quando esta se apresenta como objeto de interesse das mais diferentes classes e ganha um *status* de problema social, assim, Escotado (1996, p. 88-89) vem nos alertar que:

[...] o interesse em todos os tipos de droga psicoativas, não perpassam apenas pelos químicos, farmacêuticos e médicos, como também, escritores, filósofos e artistas que buscam inspiração, experimentando emoções e percepções distintas, expressando por assim dizer aquilo que é inerente à sua própria natureza, condição humana.

O autor supracitado menciona sobre a utilização dos vegetais que, até então, na antiguidade, possuíam poderes mágicos de cura, sempre ligadas aos ritos e sacramentos, muito por conta dos seus princípios quase sempre compostos por alcalinos ou alcaloides formados por carbono, hidrogênio e nitrogênio serem compreendidos como elementos nucleares da nossa substância orgânica. Para este autor, o uso ritualístico vem perdendo cada vez mais ênfase mística, que suscitou o interesse do homem durante antiguidade,

sendo agora considerado como instrumento de busca abusiva do homem moderno para obtenção de prazer.

Tal ponderação feita por Escohotado (1996), conecta-se com a afirmação de Bertoni (2015), que propõe a existência de uma relação entre prazer, cura e bem-estar no que diz respeito à busca do homem por algum tipo de droga, enfatizando que as substâncias criadas pelo próprio homem com a finalidade de proporcionar uma modificação, que em princípio traria benesses ao organismo, acabam por também prejudica-lo, em consequência dos excessos que algumas pessoas cometem ao fazer uso de algum tipo de droga. A autora supracitada, ainda faz considerações importantes para o nosso estudo, quando observa que o uso de droga parece se extrair de uma busca incessante pela liberdade, felicidade, prazer e bem-estar.

No entanto, é preciso contextualizarmos que a busca incessante do homem por prazer ou para evitar o desprazer, a partir do século XX ganha outra conotação. O uso problemático de drogas começa a figurar nas classificações diagnósticas, sendo a medicina psiquiátrica responsável por realizar sistematizações sobre o consumo. Surge neste cenário a criação de três parâmetros sobre o consumo: uso nocivo, abusivo e a dependência química, que compõe tanto o DSM-IV¹⁰ quanto o CID-10. A este respeito, Carneiro (2008), afirma que eclode na sociedade ocidental o estereótipo do drogado, na imagem de alguém “escravo de si próprio”, este, acorrentado aos seus desejos mais insaciáveis, o que para este autor, remeteria a noção da ética clássica grega, que tinha por essência a necessidade do homem vencer a si mesmo. Noção esta, transformada pelo cristianismo em vocação ascética, segundo menciona o historiador supracitado.

Desse modo, o paradigma moral contemporâneo, segundo Carneiro (2008), opõe vício e liberdade, tendo em vista que os comportamentos causadores de dependência são considerados como expressão de um modo irracional do consumo de drogas. Paralelo a isso, a necessidade do homem em utilizar substâncias que alterem sua capacidade física e mental parece estar cada vez mais estar atrelada a um significado profundo.

Diante disso, Carneiro (2008), orienta-nos quanto a crescente plasticidade da subjetividade humana que tem se espelhado, por assim dizer, em aparatos técnicos para buscar uma alteração de si, dos estados de consciência, cognição, afetividade e humor. Tal ponderação nos leva a construir um entendimento de que há um alinhamento entre o homem

¹⁰ A sigla DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*) foi estabelecida pela Associação Americana de Psiquiatria com o intuito de auxiliar a classificação diagnóstica dos psiquiatras, sendo a sua última revisão publicada em 1994.

e o seu desejo pelo uso de drogas e não apenas uma busca insólita como há muito identificamos nas memórias e representações sociais sobre o consumo em geral de drogas.

Sendo assim, Fiore (2008), aponta que o consumo sistemático das substâncias psicoativas, responsáveis por alterar o estado de consciência ou o SNC – Sistema Nervoso Central, ganha à atenção da ciência ao longo do século XX, tornando-se objeto de diversos saberes, falas, controvérsias, construindo assim, um campo de debate e investigações.

Recuperando aquilo que já debatemos no segundo item deste capítulo com as colaborações de Foucault (2015), é exatamente na transição do século XIX para o XX que a disciplina psiquiátrica começa a se utilizar dos hospitais como tecnologia terapêutica na identificação dos sinais de morbidade. E é a partir deste momento, que com mais acuidade o olhar psiquiátrico se desloca sobre as manifestações negativas ocasionadas pelo uso de substâncias, sendo estas percebidas como um perigo, ou melhor, como um risco à saúde do homem, sobretudo, a sua sanidade mental, como aponta Foucault (2015).

Considerando tais postulações, identificamos que Fiore (2008), levanta tal debate em seu artigo **Prazer e risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre o uso de “drogas”**, apontando que a noção de risco aparece muito fortemente atrelada ao desenvolvimento científico dos mais diversos campos científicos e, inclusive, sendo noção capilar do sistema capitalista.

Tendo em vista a importância da noção de risco nas representações sociais e nas memórias do aparato médico, sobretudo quanto ao uso de drogas e as suas consequências, observamos com Fiore (2008), que a sua aplicação de modo mais integral, é, por assim dizer, uma previsão lógica ou estatística da possibilidade de um dado evento ocorrer. Este autor vem alertar que, para além do discurso médico, o debate público sobre o consumo de drogas tem atrelado a noção de risco como ameaça e perigo, o que em nosso entendimento, de certa forma, acaba por soar como um proselitismo ou como a já conhecida “pedagogia do terror” tão utilizada em campanhas de prevenção ao uso de drogas.

E é basicamente a partir desta noção de risco, que boa parte dos discursos psiquiátricos sobre o uso de drogas, centram-se na ideia de que o usuário de drogas é um “doente”, “dependente químico” e a droga, um “vírus”, uma “epidemia” ou uma “praga” aquilo que Rosa (2010), vai atribuir como fruto da difusão do modelo médico-sanitário, conferindo um campo específico a esta problemática: a saúde pública.

Sintetizando as discussões produzidas até aqui, neste item, é possível perceber que as manifestações sintomáticas agudas ocasionadas em decorrência do uso de drogas, acompanha o homem desde a sua busca primeira pelas drogas, ainda que de forma

ritualística a fim de atingir a transcendência. Sendo tais manifestações evidenciadas fortemente a partir da transformação do significado deste uso para o homem: a busca do prazer ou a tentativa de livrar-se do desprazer ocasionado pelas situações aflitivas da vida. E por que não dizer, existenciais?

Desse modo, o saber médico e as classificações diagnósticas acabam por moldar o elo entre o usuário e o seu consumo, na tentativa de fixar esta problemática em um campo seguro ao seu exercício de poder: a saúde pública. No próximo item, discorreremos com mais precisão sobre a amplitude epistemológica das drogas.

3.5 DROGAS: O QUE É, COMO SE CLASSIFICA E A UTILIZAÇÃO DOS PSICOFÁRMACOS PELO SABER MÉDICO-PSIQUIÁTRICO NAS MORBIDADES

Para falar deste fenômeno tão amplo e complexo, é preciso que façamos uma apresentação dos seus aspectos constitutivos. Com isso, primeiro devemos entender o que é droga, apesar deste termo possuir mais de uma definição. Segundo a OMS – Organização Mundial de Saúde, droga é toda substância que introduzida no organismo vivo, modifica uma ou mais das suas funções.

Esta definição engloba substâncias lícitas tais como álcool, tabaco e alguns medicamentos, bem como as substâncias ilícitas, tais como cocaína, LSD, *ecstasy* etc. No Brasil, o termo droga segue a tendência dos textos internacionais como o da OMS, que explanamos no primeiro parágrafo.

Dito isso, no âmbito jurídico do Brasil a definição de droga segundo Salles (2013), está expressa na lei de drogas 11.343 de 23 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006), de acordo com o parágrafo único do art. 1º que define da seguinte maneira: “as substâncias ou produtos que são capazes de causar dependência, expressas em lei ou mencionadas em listas que são atualizadas de forma periódica pelo Poder Executivo da União”. Desse modo, atualmente, segundo Salles (2013), são consideradas drogas todos os produtos e substâncias que estão listadas segundo a Portaria nº SVS/MS 344/98, do Ministério da Saúde.

Quanto à sua classificação, segundo o critério da legalidade, as drogas podem ser consideradas lícitas ou ilícitas. São consideradas lícitas todas as drogas que possuem uma legislação específica para a sua produção e comercialização. As drogas consideradas ilícitas são justamente aquelas que não possuem uma legislação específica para a sua produção e comercialização, como bem observa Correa (2014).

Correa (2014) traz, como exemplo, a legislação brasileira que permite o consumo e a venda de tabaco e de bebidas alcoólicas bem como de medicamentos psicotrópicos, como

exemplo de substâncias lícitas que possuem restrições para o seu comércio. No caso das demais substâncias, afirma que as drogas, consideradas ilícitas, são proibidas para o porte, consumo ou venda ilegal de acordo com a lei n° 6368, de 21 de outubro de 1976, que “dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência química e física” (BRASIL, 1976).

Continuando com a tarefa de classificar as drogas, observamos outro modo de se pensar sua sistematização, que é através da sua ação ou efeito no sistema nervoso central (SNC), pois, segundo Correa (2014), existem as substâncias depressoras da atividade mental: seus efeitos podem causar certa diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, sendo, portanto, comum a apresentação de efeitos eufóricos iniciais, como a diminuição da inibição e da crítica, causando posteriormente, sonolência. São exemplos dessa classe: álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, opiáceos e solventes.

Outra classificação parte das substâncias estimulantes da atividade mental, que podem levar a um aumento do estado de alerta, agitação intensa e insônia, causadas pela aceleração de processos psíquicos. Nesta classe encontramos: cocaína, anfetaminas, nicotina e cafeína. Também encontramos nesta literatura, a definição de substâncias perturbadoras da atividade mental, estas provocam o surgimento de diversos fenômenos anormais na psique, dentre os quais se destacam alucinações e delírios sem que haja qualquer inibição ou estimulação do sistema nervoso central (SNC). Nesta classe encontramos: *cannabis* sativa e seus derivados, LSD, *ecstasy* e anticolinérgicos, como evidencia Correa (2014).

Continuando a pensar o uso de drogas e as suas classificações, há também como qualificar os tipos de usuários, segundo a (UNESCO), Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura, após considerar publicações no âmbito da saúde pública, sociais e educacionais, vem a distinguir quatro tipos de usuários de drogas: o usuário experimental ou experimentador, é considerado aquele que se limita a experimentar uma ou várias drogas por diversos motivos, como curiosidade, experiência ou até mesmo para se afirmar em algum grupo de pertença, geralmente, na maioria dos casos, este usuário não leva o uso de drogas adiante, não passa das primeiras experiências.

O usuário ocasional, é considerado aquele que se utiliza de uma ou mais substâncias de maneira esporádica, considerando a disponibilidade da droga, ambiente favorável ao uso, neste caso, não há traços de dependência, rupturas afetivas, sociais e profissionais. O usuário habitual ou “funcional” é considerado aquele que já faz uso frequente de drogas,

neste caso, já há indícios de rupturas das suas relações, muito embora continue a ser funcional, apresenta risco de dependência química. No último caso, considera-se usuário dependente ou “disfuncional” aquele que vive pela droga, em consequência disso, há um rompimento literal das suas relações, acarretando um isolamento e marginalização, o que na maioria dos casos evolui para decadência física e moral;

Por conta da natureza de nossas análises, enfatizaremos a classificação quanto aos efeitos no sistema nervoso central (SNC), com isso, encontra-se em outra literatura contribuições pertinentes a este estudo, trata-se de Amaral, Malbergier e Andrade (2010) que no artigo **Manejo do paciente com transtorno relacionado ao uso de substância na emergência psiquiátrica** explicam as principais complicações decorrentes do uso, abuso e dependência química, que contextualizaremos em um rápido adendo no próximo parágrafo antes de prosseguirmos.

Para Bordin, Figue e Laranjeira (2004), não há uma fronteira clara e específica entre uso, abuso e dependência química. Estes autores definem uso, como qualquer consumo de substâncias, seja com o intuito de experimentar de maneira esporádica ou episódica. Já o abuso ou uso nocivo do uso de substâncias, geralmente está atrelado a algum tipo de prejuízo, seja ele biológico, psicológico ou social. No caso da dependência, não há um controle do consumo, geralmente associado a prejuízos sérios para o usuário. Neste caso, há uma progressão entre níveis de consumo e o usuário dedica toda sua energia para viver de forma intensa e repetitiva a sua droga de predileção.

Retomando as explanações acerca dos efeitos das drogas no sistema nervoso central, no caso da intoxicação aguda ocasionada pelo álcool, Amaral, Malbergier e Andrade (2010) revelam que a apresentação clínica é bastante variada, dependendo, principalmente, do nível de álcool no sangue e do nível de tolerância já desenvolvido pelo usuário. Quanto aos agravos psiquiátricos, os autores elencam o estado de coma, no qual as atenções devem se voltar para a preservação das funções vitais. Outro ponto é a intensa agitação psicomotora que, não raro, pode colocar o paciente e equipe em risco, sendo necessária a utilização de antipsicóticos de alta potência, em baixas doses.

No caso da intoxicação por cocaína e outros estimulantes, Amaral, Malbergier e Andrade (2010) nos informam que a intoxicação é autolimitada requerendo monitoramento e atendimento de apoio. No caso específico da cocaína, são notadas alterações psíquicas tais como extrema agitação psicomotora, hipertermia, agressividade e hostilidade, havendo, neste caso, a necessidade de tratamento via benzodiazepínicos, outros estimulantes revelam também a presença de convulsões e delírios persecutórios.

No que diz respeito às intoxicações ocasionadas pelo uso de maconha, as consequências de seus efeitos agudos revelam sintomas psicóticos e de ansiedade semelhantes aos ataques de pânico, sendo que os efeitos ansiosos podem ser comuns tanto em dosagens elevadas quanto em usuários principiantes ou até mesmo quando o uso é feito em ambientes novos ou em situações estressoras. A intoxicação da maconha pode levar o usuário a ter comportamentos agressivos, muitas vezes associados ao comprometimento da realidade, associados à ansiedade e à ideação paranoide. O tratamento segue as mesmas condições das intoxicações por cocaína, sendo à base de benzodiazepínicos, como nos explicam Amaral, Malbergier e Andrade (2010).

No que tange ao uso dos benzodiazepínicos, os autores supracitados demonstram que, na intoxicação aguda, em casos mais graves, pode ter como consequência a depressão neurológica e respiratória, sendo o flumazenil¹¹ o antagonista específico recomendado para estas situações.

Fazendo um paralelo às intoxicações acima descritas, é preciso salientarmos a gama de medicamentos, hoje, disponíveis pelo saber psiquiátrico, provocando um debate já muito bem levantado por Fiore (2005), acerca da medicalização excessiva da vida, e, sobretudo, da medicalização no tratamento das pessoas que apresentam alguma sintomatologia em decorrência do uso abusivo ou de dependência de drogas, tudo isso no intuito de ainda fazer ressoar o discurso, as memórias e as representações sociais da doença mental como algo preponderante na tomada de decisão no que tange à orientação terapêutica, sendo isso bastante expresso na relação entre médico e paciente.

Assim, é preciso que apresentemos aqui, os principais ou ditos principais medicamentos utilizados na conduta do saber médico psiquiátrico para o tratamento das queixas psiquiátricas em decorrência do uso problemático de drogas, que elencamos nos últimos parágrafos.

Dessa maneira, o psiquiatra Cordioli (2005) nos informa que, uma das classes mais comuns é a dos ansiolíticos ou hipnóticos. Os benzodiazepínicos formam um grande grupo de drogas que teve como primeiros representantes o clordiazepóxido e o diazepam ambos lançados na década de 1960, hoje, após expansão produtiva da indústria farmacêutica, os benzodiazepínicos são apresentados na forma de drogas bastante conhecidas, como: alprazolam, bromazepam, clonazepam, clorazepato, entre outros. Sua indicação é para o

¹¹ Dedicamos uma seção especial (ANEXOS) para a consulta do glossário farmacológico, contendo todos os psicofármacos aqui mencionados e listados em nossas análises.

TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada¹², síndrome do pânico ou fobias sociais como afirma Cordioli (2005).

O mecanismo de ação dos benzodiazepínicos segundo Cordioli (2005), consiste em potencializar o efeito inibitório do ácido amino-butírico (GABA) que é o principal neurotransmissor inibitório do sistema nervoso central, diminuindo o estado de excitabilidade nervosa. Entretanto, este autor menciona que em face aos inconvenientes do seu uso prolongado, tais como o desenvolvimento de tolerância e dependência química, estes medicamentos têm sido gradativamente substituídos por antidepressivos, processos psicoterápicos, análises ou até mesmo terapias ocupacionais.

Outra classe bastante utilizada, é a dos antidepressivos, como comenta Cordioli (2005) que procura fazer uma distinção entre as características de um estado de tristeza considerado normal e da depressão. Sendo assim, o primeiro se expressaria por situações adversas, tais como: luto, eventos traumáticos etc. No segundo caso, caracteriza-se como depressão quando não há uma remissão espontânea dos sintomas, ocasionando prejuízos nas mais diversas esferas da vida do indivíduo. Os antidepressivos mais comuns utilizados na atualidade, conforme Cordioli (2005) são os ISRS – Inibidores seletivos da receptação de serotonina, IMAO – Inibidores da monoamino-oxidase, os inibidores duplos etc.

Segundo o Cordioli (2005), os antidepressivos possuem como mecanismo de ação a recaptação de serotonina e dopamina, neurotransmissores responsáveis pela regulação e estabilidade do humor. Este autor revela que outras atividades devem estar aliadas ao uso deste grupo medicamentoso, como a psicoterapia, os exercícios físicos, estado regular de sono e alimentação balanceada.

Outra classe de medicamentos bastante frequente para a contenção das queixas psiquiátricas, são os antipsicóticos ou neurolépticos, descritos pelo psiquiatra supracitado com a função de sedação e alívio de sintomas psicóticos, tais como, alucinações visuais, auditivas, táteis, delírios de perseguição, alteração do curso do pensamento etc.

Os antipsicóticos passam a ser utilizados na psiquiatria segundo Cordioli (2005) na década de 50, com a descoberta dos efeitos da clorpromazina que aliviavam os sintomas psicótico descritos acima. Hoje, os antipsicóticos mais conhecidos são: haloperidol, flufenazina, pimozida, estes considerados de alta potência. O trifluoperazina, aparece como de média potência. Clorpromazina e levomepromazina são considerados de baixa potência, e, outros como tioridazina, sulpirida, clozapina, risperidona etc, são considerados como

¹² Dedicamos uma seção especial (ANEXOS) para a consulta do glossário das principais morbidades aqui mencionas ou listadas em nossas análises.

antipsicóticos atípicos.

O mecanismo de ação dos antipsicóticos, é descrito por Cordioli (2005), como bloqueadores dos receptores dos sistemas dopaminérgicos e mesolímbicos. O primeiro sistema, desempenha importantes papéis no cérebro e conseqüentemente no corpo, uma das funções mais importantes é o seu sistema de recompensa, muito ativado em compulsões por drogas, sexo, jogos etc. O segundo sistema, possui função relacionada ao pensamento, algo de extrema importância nas alterações de curso promovidas pelas psicoses, portanto, atua reorganizando a química da atividade cerebral.

Uma classe importante de medicamentos também utilizados pelo saber médico psiquiátrico nas queixas da atualidade, é a dos estabilizadores de humor, prescritos segundo Cordioli (2005) para casos do THB¹³ – Transtorno do humor bipolar ou afetivo bipolar, nos episódios maníacos ou depressivos, que acomete pessoas das mais variadas faixas etárias, logo, os mais conhecidos são o lítio, carbamazepina, ácido valpróico, lamotrigina etc. O mecanismo de ação do lítio é descrito por Cordioli (2005), assim, atua interferindo no metabolismo do inositol trifosfato que é um mensageiro na transdução de sinais em células biológicas. O lítio ainda é responsável por elevar os níveis de serotonina e diminuir os níveis de norepinefrina, alterando também, as concentrações de dopamina, uma das razões do seu uso nos transtornos afetivos bipolares. No item a seguir, explanaremos sobre as classificações diagnósticas utilizada pela psiquiatria na sistematização dos sinais agudos apresentados em uma emergência psiquiátrica.

3.6 DROGAS, LOUCURA E CLASSIFICAÇÕES DIAGNÓSTICAS

O liame entre o uso de substâncias psicoativas e loucura se configura desde a antiguidade, como observamos no retrato histórico das drogas realizado no primeiro item deste capítulo, portanto, é perceptível que a alteração do estado de consciência por uso de substâncias ao longo do tempo tem sido relatada em uma perspectiva dualista que compreende o prazer e o sofrimento psíquico. Tendo em vista a emergência da ciência na Idade Moderna, sob os domínios da psiquiatria, uma disciplina tão cara aos estudos sobre os impactos do uso de substâncias na vida psíquica tem sido fundamental para o exercício dessa compreensão, trata-se da psicopatologia, ferramenta de cunho científico que é essencial

¹³ Segundo Cordioli (2005), é um estado de alteração de humor dividida em duas fases: a mania, na qual o sujeito apresenta autoestima elevada, grandiosidade, discurso eloquente etc. A segunda fase seria a depressão, caracterizada pela diminuição da auto-estima, embotamento afetivo, perda do interesse nas atividades corriqueiras etc.

para a classificação e os apontamentos da sintomatologia que em determinado momento, possa emergir em um sujeito de loucura e de uso de drogas.

Uma das grandes preocupações atuais nos domínios da saúde mental é tratar a comorbidade em usuários de substância psicoativa, entende-se por comorbidade psiquiátrica, segundo Cordeiro e Ratto (2004), a ocorrência de uma patologia em um indivíduo já portador de outra doença, com potencialização recíproca entre estas. Sendo assim, um transtorno adicional pode ser capaz de alterar a sintomatologia, interferindo no diagnóstico, no tratamento e no prognóstico da primeira doença.

Outro dado importante é que, segundo os autores supracitados, pacientes com comorbidades, principalmente, aqueles com transtorno mental severo, apresentam maior taxa de agressividade, de detenção por atos ilegais, de suicídio, tendo um maior número de recaídas e mais gastos com tratamento, além disso, utilizam mais vezes o serviço médico, e passam por mais reinternações e maiores períodos de hospitalização.

Cordeiro e Ratto (2004) ainda fazem menção aos primeiros estudos sobre a comorbidade entre transtornos mentais severos e uso/abuso/dependência química em populações hospitalizadas, realizados nas décadas de 1970 e 80, o que ajudou no enriquecimento de tal literatura. Como desdobramento, identificaram-se limitações nos estudos com pacientes portadores de transtornos mentais severos e transtorno por uso de substância psicoativa, sendo que, as principais dificuldades estão relacionadas ao diagnóstico do transtorno mental e do uso/abuso/dependência química de substâncias, com relação às características da amostra investigada bem como das informações acerca do padrão de consumo, particularmente, das drogas ilícitas.

Outra questão importante é elencada por Laranjeira, Zaleski e Ratto (2003), trata-se da dificuldade de se diferenciar a presença de comorbidade (em relação ao abuso de substâncias psicoativas e transtorno mental severo) dos quadros psicóticos em decorrência dos efeitos das substâncias, trazendo como exemplo, drogas que produzem sintomas psicóticos durante um quadro de intoxicação aguda, como é o caso da maconha, dos alucinógenos e do álcool.

Os quadros de psicose, induzidos por uso de substância psicoativa, são confundidos também com quadros de esquizofrenia, outras vezes, com quadros de mania, sendo muitas vezes impossível o diagnóstico do usuário sem uma avaliação mais criteriosa, mesmo que este esteja em abstinência do uso de tais substâncias, conforme explanam Laranjeira, Zaleski e Ratto (2003).

A este respeito, Segundo Cordeiro e Ratto (2004), estimam-se que, em algum momento da vida, cerca de 50% dos pacientes com transtornos mentais severos desenvolvem problemas relativos ao uso de álcool e outras drogas.

Para compreender os mecanismos de associação entre a doença primária e a comórbida, algumas teorias tentam elucidar as razões. Com o auxílio de Cordeiro e Ratto (2004) construímos um percurso explicativo sobre elas: a teoria causal, que sustenta que a presença de um transtorno é necessária para o surgimento de outro; a teoria etiológica comum, que defende que ambos os transtornos seriam resultado da mesma combinação de genes sendo associada a fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, sendo assim, o transtorno comórbido e o primário poderiam ser manifestações em diferentes apresentações da mesma patologia; a teoria da automedicação, nesta, defende-se que a presença da psicopatologia estimula o abuso de substância com o objetivo de aliviar/minimizar os sintomas relativos a um transtorno primário, por exemplo, o uso do álcool como ansiolítico; uso de substâncias precipitando a psicopatologia. Neste último caso, defende-se que o uso de substância pode acarretar o surgimento de uma psicopatologia, por exemplo, o álcool, por ser um depressor do sistema nervoso central, pode desencadear uma sintomatologia depressiva, ou a deterioração do afeto, com a presença de sintomas ansiosos.

Ampliando a discussão, é preciso ressaltar, também, neste referencial, os principais transtornos associados ao uso/abuso/dependência química, segundo critérios diagnósticos elencados pela CID-10. A esquizofrenia, por exemplo, é classificada como um transtorno caracterizado por sintomas positivos e negativos. Os sintomas positivos ou produtivos como afirma Dalgalarondo (2008), são identificados como alucinações, ideias delirantes, comportamento bizarro, agitação psicomotora, ideias bizarras etc. Entre os sintomas negativos, segundo o mesmo autor, estão: embotamento afetivo, retração social, empobrecimento da linguagem e do pensamento, diminuição da fluência verbal.

Dentro do viés da comorbidade, Cordeiro e Ratto (2004) explicitam que por ser uma patologia complexa, crônica e com dificuldades de tratamento próprio, cerca de 29% dos esquizofrênicos possuem problemas relativos ao consumo de substâncias psicoativas. Algumas hipóteses associam o consumo de substâncias com o transtorno, portanto, os pacientes fariam o uso de determinadas substâncias com o intuito de amenizar os sintomas da patologia e os efeitos colaterais dos medicamentos.

Desse modo, Cordeiro e Ratto (2004) alertam que o álcool pode disparar os sintomas mais latentes da esquizofrenia, tais como: reações de raiva, ciúme patológico, ideias de perseguição, referência. No que diz respeito aos efeitos da cocaína e anfetaminas, estes

assemelham-se aos sintomas psicóticos vistos na esquizofrenia, podendo este uso tornar os quadros psicóticos mais frequentes, como apontam Cordeiro e Ratto (2004). No caso da maconha, estes autores afirmam que ela pode estar relacionada com o surgimento de quadros psicóticos em pacientes com alguma suscetibilidade, e em doses elevadas, proporcionaria alucinações, delírios paranoides, sintomas maníacos e alterações de humor, agravando dessa maneira um quadro psicótico. Dentro da população esquizofrênica é possível perceber o grande consumo de nicotina, algumas teorias apontam que ela seria responsável pela melhora dos efeitos colaterais dos medicamentos antipsicóticos.

Outro transtorno associado, não menos importante, é a depressão, que também é classificada segundo os critérios postulados pela CID-10. Desse modo, Dalgalarondo (2008) afirma que a depressão é caracterizada pela tristeza ou sentimento de melancolia, choro fácil e frequente, apatia, sentimento de falta de sentimento ou sentimento de tédio, irritabilidade dimensionada. Dito isso, Cordeiro e Ratto (2004) explicitam que a droga mais associada a este quadro é o álcool, portanto, em geral, a depressão costuma anteceder o surgimento de dependência química de álcool, principalmente, no gênero feminino, sendo que, na maioria das vezes, torna-se muito difícil determinar o transtorno primário e o secundário quando já instalada a comorbidade.

No transtorno afetivo bipolar (TAB), que é também classificado segundo os critérios da CID-10, observam-se repetidos episódios de perturbação do humor e dos níveis de atividade, estando relacionada com o aumento da atividade e energia, a elevação do humor, Dalgalarondo (2008) pontua que sintomas como euforia, aumento repentino da autoestima, elação, insônia, logorréia são típicos da fase maníaca. Já a fase depressiva é caracterizada por episódios de redução da energia e atividade com humor rebaixado, conforme menciona Dalgalarondo (2008).

Cordeiro e Ratto (2004) evidenciam que nos episódios depressivos, o consumo de álcool pode aumentar em 15%, já nos episódios maníacos esse consumo pode ser aumentado em 25% tornando, assim, os diagnósticos das doenças afetivas mais difíceis por apresentarem sintomas parecidos aos quadros do uso de substância.

Como exemplo, Cordeiro e Ratto (2004) consideram que podem acontecer sintomas de grandiosidade, irritabilidade e expansividade nas intoxicações bem como nos episódios de mania, também fazendo parte do quadro de afecções da mania, insônia, ansiedade e agitação psicomotora que são também comuns nos quadros de abstinência do álcool. O transtorno afetivo bipolar estando associado ao consumo de substâncias costuma ter um pior prognóstico, com maior número de episódios e de internação, sendo estas mais prolongadas,

podendo, inclusive, levar o sujeito ao suicídio, como afirma Cordeiro e Ratto (2004).

Dentro dos transtornos de ansiedade, tais como agorafobia, transtorno do pânico e transtorno de ansiedade generalizada, Cordeiro e Ratto (2004) explicitam que há uma prevalência na associação do transtorno ao uso de substâncias psicoativas. Nestes casos, é bastante comum serem observados sintomas de ansiedade gerados por intoxicações de drogas estimulantes do sistema nervoso central. Os sintomas de abstinência alcoólica podem imitar os de um transtorno de ansiedade generalizada e de pânico, podendo, portanto, existir um processo neuroquímico comum.

De forma resumida, pode-se inferir que pacientes com transtornos ansiosos podem utilizar substâncias para mitigar os seus sintomas, assim como pacientes que são usuários de drogas podem apresentar afecções ansiosas por conta do consumo ou da abstinência desta, o que resulta em uma semelhança bastante comum, sendo em muitos casos, a necessidade de uma abstinência para que se avalie, identifique, buscando realizar uma precisão diagnóstica mais acurada, conforme explana Cordeiro e Ratto (2004).

Com efeito, Laranjeira, Zaleski e Ratto (2003), explicam que uma das dificuldades para a realização de um bom diagnóstico nas comorbidades, se dá por conta de uma inespecificidade dos sintomas ou por estes serem bastante comuns tanto na fase de intoxicação quanto na de abstinência, quando se observa um quadro primário. Portanto, para que se realize um diagnóstico dentro de situações emergenciais de hospitalização do indivíduo que apresenta sofrimento psíquico grave, são necessários alguns procedimentos como: anamnese, exames clínicos adequados, questionários padronizados, verificação da história clínica por meio dos dados registrados em prontuário, entrevista com profissionais que já atenderam tais indivíduos etc.

Apresentamos neste tópico, portanto, aquilo que diz respeito à história, definições, classificações das drogas, observando sua relação com a loucura e, principalmente, a regência do discurso médico sobre o cuidado. Com isso, precisamos agora apontar aquilo que foi determinado enquanto medida legal para a atenção e o cuidado dos pacientes psiquiátricos, ressaltando que, muitos usuários de drogas que inclusive não possuíam diagnóstico de dependência química eram internados como “loucos” por questões normativas da moralidade ao longo dos anos em que as instituições asilares, manicomiais e os centros de recuperação eram as únicas alternativas de cuidado.

Não obstante todo o sofrimento por conta do seu processo de adoecimento, muitas pessoas padeceram por longos anos nestas instituições, que, de certa forma, acabaram por naturalizar algumas práticas que violam a dignidade humana, sendo, portanto, necessária a

reformulação do sistema de atenção psiquiátrica no Brasil.

Dessa maneira, explanaremos no próximo capítulo sobre a reforma psiquiátrica em nosso país, destacando as organizações que se empenharam durante o processo de redemocratização do país pela formulação das políticas de saúde mental, elencaremos, também, alguns dos fatos marcantes acerca da história manicomial no Brasil e os desdobramentos legais da reforma, como a proposição de serviços que pudessem contemplar tal demanda ressaltando seu compromisso com os direitos humanos.

4 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Com o intuito de apresentarmos o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, neste capítulo, retrataremos de maneira sintética, no primeiro item, as suas origens, destacando os principais organismos que foram responsáveis, por assim dizer, pela sua eclosão. Com as importantes colaborações de Amarante (1995), caracterizamos alguns eventos cruciais para a formulação de uma nova política no âmbito da saúde mental.

Por se tratar de um período de grande efervescência no Brasil, digo, pós golpe militar, contextualizamos no primeiro item, ainda que de maneira breve, sobre a atuação do governo militar na criação de “hospícios”, empreendendo, naquele momento, através de convênios com empresas representantes da indústria farmacêutica, o que Fonte (2012), denominou de “indústria da loucura”, algo que também é atestado por Amarante (1995), sobretudo, acerca da utilização dos hospitais psiquiátricos para tortura e desaparecimento de presos políticos.

Ainda neste item, retratamos com Amarante (1995), três eixos inspiradores para o movimento da Reforma Psiquiátrica sobre o olhar da desinstitucionalização, a saber, a desinstitucionalização como desospitalização; a desinstitucionalização como desassistência e, por último, a desinstitucionalização como desconstrução. Neste sentido, observamos as considerações deste autor sobre a Reforma Psiquiátrica, tendo em vista o seu caráter sócio-político.

Seguindo este percurso, explanamos as colaborações de Yasui (2006), sobre a Reforma Psiquiátrica, tendo em vista os atuais desdobramentos e a importância dos agentes sociais que participam da contínua manutenção deste movimento. Neste mesmo sentido, utilizamos as contribuições da psicóloga Corbisier (2012), que aponta os desafios e limites atuais da Reforma Psiquiátrica.

No segundo item, reservamos um longo espaço para a caracterização de alguns dos fatos mais marcantes da história manicomial brasileira, desse modo, através das contribuições investigativas de Castro (2015), que remonta a história do Hospício “Colônia” localizado em Barbacena, Minas Gerais, considerado como o “Holocausto Brasileiro”.

Neste mesmo percurso, apresentamos a história de outro grande manicômio nacional, trata-se do Juquery, situado em Franco da Rocha, São Paulo, com as colaborações de Branco (2014), Sonim (2014) e Tarelow (2009). Por fim, examinamos, com as contribuições de Souza (2007), os fatos ocorridos na Casa Anchieta, hospital localizado em Santos, São Paulo, que foi o primeiro hospício a ser fechado após a organização do movimento dos trabalhadores

em saúde mental e a consequente publicação da Carta Bauru, que foi de extrema importância na articulação do movimento da luta antimanicomial.

Como desdobramento da Reforma Psiquiátrica, no último item, apresentamos os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, com as contribuições de Correa (2014), falamos dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, tendo em vista a sua função e estrutura, bem como do SRT – Serviço Residencial Terapêutico. Neste mesmo sentido, explanamos sobre a política de RD – Redução de danos, com as colaborações de Correa (2014) e Fiori (2005).

4.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Retratar a origem do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil é visitar as décadas de 1970 e 80, e, sem dúvida, reconhecer as principais entidades responsáveis pela ruptura de um processo manicomial que se instaurou por longos anos em nosso país. Segundo Amarante (1995), podemos citar o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) em suas diversas expressões, por meio dos Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (NESCUB), ou mesmo através das Comissões de Saúde Mental do Sindicato dos Médicos, Movimento de Renovação Médica, Rede de Alternativas à Psiquiatria (REME), e pela Sociedade de Psicossíntese. Outras organizações também marcharam ao lado desse movimento, como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Federação Brasileira de Hospitais (FBH).

Ao final da década de 1980, destaca-se o início da I Conferência Nacional de Saúde Mental, fruto de longos debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreria especificamente em 1986, tendo como efeito principal um número expressivo de delegados eleitos nas pré-conferências estaduais. Neste momento, três eixos foram eleitos para tensionar o debate: a) economia, sociedade e estado: impactos sobre a saúde e doença mental; b) reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; c) cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Antes de dar prosseguimento às considerações acerca do movimento da Reforma Psiquiátrica, é preciso que contextualizemos de maneira breve esse período, notadamente, marcado pelo fim da ditadura militar no Brasil. Como pontua Fonte (2012), o período pós golpe militar de 1964 foi um divisor de águas para o futuro da assistência prestada ao doente mental, visto que se iniciou uma cobertura destinada à classe trabalhadora e aos seus dependentes, tendo em vista que anterior a isso, o governo militar fora responsável por

consolidar a articulação entre a internação de caráter asilar e a privatização desta assistência, com a exponencial contratação de leitos em clínicas e hospitais psiquiátricos conveniados.

Sobre isso, Amarante (1995), relata que muitos hospitais geridos pela DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental, foram utilizados pelos Militares como localidades estratégicas para fins de tortura e desaparecimento de presos políticos. Paralelo a isso, este autor ainda cita que estas instituições hospitalares eram, por assim dizer, instrumentalizadas para servirem às empresas da loucura, uma referência aos representantes à época da indústria farmacêutica, que estava em pleno ápice de sua produção farmacológica, sendo este período, marcado pela aparição de diversos psicofármacos no mercado, como alternativa terapêutica aos “tratamentos” manicomiais.

Neste sentido, a discussão sobre a necessidade de humanização no tratamento aos doentes mentais teve seu estopim na década de 1970, quando os movimentos anteriormente citados, começam a marchar no processo de redemocratização do país, sendo a ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria, responsável, segundo Fonte (2012), por ações políticas mais emergenciais, com o intuito de defender médicos que foram presos e torturados por não compactuarem com os tratamentos aos doentes mentais nas instituições asilares e manicomiais que já eram consideradas, naquele momento, como a “indústria da loucura”. Esse fato possibilitou, ainda segundo esta autora, dentro de um cenário profissional, discussões éticas sobre a questão dos direitos humanos, e a necessidade iminente de ampliá-los a fim de garantir a segurança e o bem-estar das pessoas.

Retomando o percurso inicial deste item, observamos com Amarante (1995), que é neste cenário brasileiro, a composição de um novo rumo para a saúde mental, sob a ótica da desinstitucionalização, na qual as tratativas para a Reforma Psiquiátrica ganham repercussão nacional, isso se deve aos inúmeros casos registrados na Casa de Saúde Anchieta em Santos, onde barbaridades de toda ordem eram cometidas, inclusive, óbitos. Segundo este autor supracitado, é exatamente neste processo que surge então o modelo substitutivo ao manicomial, graças às parcerias com as municipalidades e com o advento de criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), assim, o Ministério da Saúde, resolve, então, financiar a implementação deste novo modelo em todo país, segundo retrata Amarante (1995).

Sobre a perspectiva da desinstitucionalização, termo este que teve origem na Reforma Psiquiátrica italiana liderada pelo psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980), Amarante (1999), apresenta três formulações norteadoras para a Reforma: a

desinstitucionalização como desospitalização; a desinstitucionalização como desassistência; e por fim, a desinstitucionalização como desconstrução.

Na desinstitucionalização como desospitalização, Amarante (1999) postula que evidencia-se uma crítica acerca da estrutura do sistema psiquiátrico e da consequente centralização da assistência de caráter hospitalar, muito embora, as críticas não sejam estendidas ao saber que o legitima. Na segunda formulação, a desinstitucionalização como desassistência, o autor pontua que alguns setores mais conservadores e que possuem interesses econômicos contrários ao fim da hospitalização, interpretam a desinstitucionalização em seu caráter de desospitalização como uma ação de desassistência aos doentes, algo que soaria como abandoná-los à própria sorte.

Na última formulação, ou seja, a desinstitucionalização como desconstrução, Amarante (1999) aponta que esta se caracterizaria como uma crítica epistemológica à estrutura do saber médico que, por assim dizer, constituiria as bases da psiquiatria.

Para além da desinstitucionalização, faz-se necessário aprofundar alguns aspectos da Reforma Psiquiátrica, para isso, seguimos com a contribuição de Amarante (1995), que é assertivo ao dizer que este movimento se apresenta como uma ferramenta de tensão política e de dimensões problemáticas, certamente, pela precaução em seu objetivo. Sendo assim, o termo reforma muito utilizado até os dias atuais, indicaria um paradoxo, porque era utilizado sob a ótica de transformações superficiais, cosméticas e acessórias em oposição às verdadeiras transformações estruturais, radicais e de base que o sistema de saúde mental do Brasil precisava. Para Amarante (1995), o termo ganhou permanência pela incessante necessidade estratégica de não se construir maiores resistências, garimpar apoio político, neutralizar opositores.

Neste mesmo percurso, outro autor que corrobora sobre a importância do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil é Yasui (2006), que entende a Reforma como parte do mesmo processo de debate, discussão e ações políticas no que diz respeito à redemocratização do país, visando à construção de direitos sociais, assinalando, de fato, uma mudança na relação entre Estado e sociedade civil.

Quanto aos desdobramentos da Reforma, Yasui (2006) pondera sobre a necessidade dos atores sociais envolvidos neste processo, identificarem o seu grande desafio: não apenas abraçar a negação do manicômio, mas, trabalhar na incessante produção de espaços que permitam a problematização do cotidiano, fomentando a formulação de novas questões, possibilitando a produção de rupturas, a radicalização das contradições. Espaços estes, que sejam potencializadores da vida, da existência e das afirmações tão necessárias ao sujeito de

loucura.

Com este espírito, Yasui (2006) afirma que desinstitucionalizar a Reforma Psiquiátrica é uma tarefa complexa, por ser da natureza deste campo de produção política a pluralidade, principalmente, no que tange à participação dos seus mais diversos atores sociais: trabalhadores em saúde mental, gestores, usuários, famílias, congressistas, pesquisadores etc. Com isto, tal proposta de radicalização e ruptura no que diz respeito aos modelos de compreensão e cuidado do sofrimento humano, assinala nos registros históricos, discursos sobre o sofrer e sobre o cuidar.

Entendemos que este campo de discussão também é fértil ao que tange à produção de memórias e representações sociais, justamente por haver uma coesão na essência e na radicalização do pensamento que permeia este agrupamento social, ainda que composto por pessoas de diferentes segmentos. Sobre isso, compreendemos que a memória manicomial e suas representações sociais foram determinantes para a construção de um novo modelo de cuidado.

Continuando o debate sobre os desdobramentos da Reforma e suas perspectivas, examinamos a contribuição da psicóloga Corbisier (2012), que é enfática ao dizer em seu artigo **A Reforma Psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência**, que houve uma multiplicação no que diz respeito à implantação dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Para esta autora, em toda extensão do Brasil, os CAPS, vêm ocupando os espaços e absorvendo, paulatinamente, as demandas dos hospitais, como bem preconiza a lei de Reforma Psiquiátrica.

Entendendo este cenário de redução gradativa dos leitos psiquiátricos ou como menciona Amarante (1999), de desospitalização, como prevê a Lei de Reforma Psiquiátrica, é preciso que mencionemos aqui, algumas portarias que normatizam tal questão. A primeira GM/MS nº 251 de 31 de Janeiro de 2002 que “estabelece diretrizes e normas para assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a estrutura, a porta de entrada para internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências”. Sendo assim, os hospitais são classificados através do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH).

A segunda portaria, GM/MS nº 52, de 20 de Janeiro de 2004, “institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS”. Esta tem como objetivo a redução progressiva do porte dos hospitais psiquiátricos, visando substituir os hospitais considerados de grande porte (+ de 160 leitos) para os de menor porte (até 160 leitos).

Neste sentido, Corbisier (2012) menciona que essa redução dos leitos psiquiátricos, em todo país, é estendida a questões que eram taxadas como polêmicas na década de 1980 e que, hoje, fazem parte do cotidiano dos serviços substitutivos, tais como: acolhimento em equipe, presença de um terapeuta base, atenção desprendida de forma intensiva caso a caso, relativização do poder médico – algo que em nosso entendimento ainda não é tão efetivo, evidentemente, considerando o nosso contexto regional –, prescrição dos psicofármacos e enaltecimento da escuta como instrumento terapêutico.

Com isso, Corbisier (2012) sugere alguns desafios atuais da Reforma Psiquiátrica, que diz respeito à construção de um olhar sensível e plural sobre o sofrimento e as problemáticas em decorrência dele, isso porque, por mais semelhantes que possam ser alguns quadros sintomáticos, para esta autora, existirão sempre diferenças a serem contextualizadas, alertando ainda o quanto é preciso que os profissionais de saúde mental adotem cautela nas rotulações diagnósticas, tendo em vista as complicações observadas em consequência dos excessos diagnósticos.

Ainda assim, para Corbisier (2012), há uma resistência palpável desta psiquiatria moderna, materialista, fechada aos dispositivos biológicos e que tenta reduzir todo e qualquer mal-estar psíquico a uma dimensão, por assim dizer, fisicalista. Sendo assim, as incontáveis manifestações agudas de sofrimento psíquico são reduzidas a fenômenos meramente bioquímicos. Aprofundando sua crítica, a psicóloga supracitada, aponta que, desde os seus primórdios, a psiquiatria se orienta estritamente pelas noções empíricas que perpassam pela exaustão das classificações sintomatológicas, algo que já apontamos com Foucault (2015), no que diz respeito ao estabelecimento da disciplina psiquiátrica.

Nesta perspectiva, é possível examinar que, a Reforma Psiquiátrica, em toda sua extensão social, técnica e política, tem se apresentado como uma ferramenta contínua e intensiva na produção de rupturas de uma cultura manicomial, forjada por memórias e representações sociais de um saber médico que ainda normatiza as regras do jogo. Apesar de todos os avanços, inclusive, a criação da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, que tem como objetivo o mapeamento por território dos sujeitos em sofrimento psíquico, através dos seus pontos de atenção, ainda encontramos em nosso cenário, memórias e representações sociais que orientam a conduta dos usuários/familiares na busca do serviço emergencial hospitalar, algo que evidenciamos em nossas análises.

No próximo item, destacamos alguns fatos históricos que marcaram a história dos manicômios no Brasil que, para além de chocantes e bárbaros, refletem uma condição de pensamento marcante nas mais diversas sociedades quanto ao fenômeno da loucura e da sua

hospitalização. Evidenciando um grande abismo entre o ser da razão e o ser da loucura, estes fatos, sem sombra de dúvida, impulsionaram o movimento da luta antimanicomial e consequentemente de Reforma Psiquiátrica.

4.2 FATOS QUE MARCARAM A HISTÓRIA MANICOMIAL NO BRASIL

Para contemplar as discussões acerca do fenômeno da loucura e da sua consequente hospitalização, realizaremos aqui um percurso sobre alguns dos incontáveis fatos ocorridos nas mais diversas instituições manicomiais do Brasil. É lógico que, em um trabalho dissertativo não conseguiríamos esgotar todos eles em sua amplitude, entretanto, os fatos que listamos aqui apresentam uma dimensão muito clara do que foi e ainda representa a instituição manicomial e atualmente, os hospitais psiquiátricos, tendo em vista nosso direcionamento teórico da teoria da memória coletiva e das representações sociais.

Conforme pontuamos anteriormente, um dos fatos mais chocantes na história manicomial brasileira tem sua origem em Barbacena, cidade localizada no interior do estado de Minas Gerais, trata-se do “Colônia” que fora fundado, segundo Castro (2015), por volta de 1903, considerado o maior manicômio do Brasil. Esta autora, retrata, ao longo da sua matéria investigativa, que, mais de 60 mil pessoas perderam a vida ao longo de quase um século de funcionamento deste manicômio, fato esse que fora nomeado como “O holocausto manicomial”.

Atualmente, ele abriga o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, contando com 171 pacientes que permanecem em regime de internação de longa permanência. Castro (2015) evidencia, em seu trabalho investigativo, situações que foram narradas por pessoas que chegaram a presenciar a realidade deste manicômio. Dessa maneira, alguns fatos são imprescindíveis para nossas discussões, demonstrando a total violação com os direitos humanos.

Uma das situações que Castro (2015) aponta como emergencial é a presença de um esgoto a céu aberto dentro do hospital e que, muitas vezes, servia de alimento para os internos, evidenciando a falta de alimentação adequada na instituição, sendo isso comprovado em relatos de funcionários e pacientes. Outro fato relatado era a falta de cama nos dormitórios, assim, pacientes dormiam agarrados uns aos outros, no chão, em capins, para amenizar as baixas temperaturas da cidade.

Em uma das reformas do manicômio, em 1960, a jornalista descreve que um lugar projetado para 200 pessoas abrigava cerca de 5 mil, sendo que muitas destas pessoas não tinham nenhum tipo de doença mental. Outro fato perturbador é de que as mulheres que

engravidavam e eram internadas no manicômio não podiam ficar com seus filhos, isso porque as crianças eram levadas para orfanatos ou então adotadas por funcionários da instituição.

É preciso que façamos nota de que, muito embora a história do “Colônia” seja, talvez, a mais chocante em termos de relatos de violação de direitos humanos em nosso país, como apresentamos no retrato feito por Castro (2015), há um outro hospício com realidade idêntica, bastante antigo e com longos registros que merecem nossa atenção, trata-se do Asilo de Alienados do Juquery, fundado em Franco da Rocha, interior de São Paulo, em 1898, conforme menciona Branco (2015).

Alguns fatos desta instituição asilar despertam a curiosidade, como alerta Branco (2015), ao mencionar que em sua inauguração, o hospício em questão não possuía 80 internos, sendo que, muitos deles, não possuíam de fato um diagnóstico correspondente a algum tipo de doença mental.

Outro acontecimento singular na história do Asilo Juquery, é narrado por Sonim (2014), em sua produção bibliográfica: **O capa-branca – de funcionário a paciente de um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil**, que conta a história de um ex-funcionário, a saber, Walter Farias, um atendente de enfermagem que trabalhou no asilo por longos anos cuidando de pacientes que perambulavam pelos corredores do asilo. Certa feita, como nos conta Sonim (2014), Walter foi repentinamente transferido para o Manicômio Judiciário, onde passou a conviver com pacientes que cometeram crimes graves. Diante disso, Walter vê a sua rotina manicomial abalar completamente sua sanidade mental, sendo obrigado a se afastar das atividades laborais e tornar-se paciente do asilo Juquery, onde acaba por experimentar na pele, segundo Sonim (2014), as mais terríveis situações.

Um dos fatos experimentados por Walter e descrito à Sonim (2014), enquanto funcionário do Asilo, é de que não havia por parte da equipe psiquiátrica um diagnóstico claro e preciso das doenças mentais, convivendo, dessa maneira, em um determinado espaço pessoas taxadas de esquizofrênicas, alcoolistas, pessoas que possuíam a síndrome de Down entre outros usuários drogas ilícitas. Nos relatos de Walter, até presos políticos acabaram padecendo nesta instituição, sem que os seus corpos fossem encontrados.

Seguindo com a contextualização histórica deste manicômio, observamos com Tarelow (2009), algumas práticas experimentais utilizadas pelo corpo psiquiátrico, a saber, a malaroterapia, que já foi objeto de nosso exame anteriormente, entre outras terapias aplicadas, como as injeções de sulfúrpiretógeno, protinjetól, de leite, cálcio etc. Segundo este autor, estas foram terapias biológicas muito utilizadas no Juquery, no entanto, perderam força graças ao surgimento dos psicofármacos e dos antibióticos.

Atualmente, o hospício Juquery, segundo nos conta Branco (2014), vive o seu processo de desativação, que já dura uma década, sendo que a maioria dos internos que viviam neste hospital – algo que fere à idiossincrasia da Reforma Psiquiátrica –, continuam a ser transferidos paulatinamente para os SRT’S – Serviços Residenciais Terapêuticos, que falaremos com mais profundidade no próximo item.

Dentre todos estes fatos explanados, um outro acontecimento fez despontar a luta antimanicomial, trata-se da publicação da “Carta de Bauru¹⁴” na qual funcionários e usuários do sistema de saúde começaram a exigir outras alternativas no tratamento de pacientes com algum tipo de doença mental.

Dessa maneira, em meados de 1989, por meio de muita pressão popular, ocorreu o primeiro fechamento de um hospital psiquiátrico no Brasil, mais conhecida como Casa Anchieta, localizada em Santos no estado de São Paulo, onde ocorrera à época muitas denúncias de maus tratos a pacientes que estavam ali internados, somado a estes fatos, o registro de três óbitos, sendo um por espancamento e dois suicídios, ocorridos, respectivamente, em fevereiro, março e abril de 89, provocados pela superlotação e falta de assistência, culminou em uma intervenção realizada pela ex-prefeita da cidade de Santos e a equipe de trabalhadores em saúde mental, como relata Souza (2007). Esta intervenção ocorrida em pleno processo de redemocratização do país, é um dos marcos simbólicos da luta antimanicomial, que sinalizava, naquele momento, a união da sociedade civil contra as instituições manicomiais, sendo de fundamental importância para o processo de Reforma Psiquiátrica.

Remontar estes fatos, ainda que de maneira breve, traz à tona não apenas as memórias coletivas destas instituições manicomiais, que foram moldadas em violações das mais variadas naturezas, como nos apresentam os principais elementos que constituem, em nossos dias, as representações sociais mais corriqueiras sobre a loucura, sobre a instituição psiquiátrica e as suas práxis. Não obstante, falar destes traços que compõem a história manicomial brasileira é, em última instância, resgatar a voz de quem já não pode mais fazer ecoar o som das suas dores.

Outra questão pertinente sobre a história manicomial diz respeito à acessibilidade das informações, para além dos registros feitos acerca das ocorrências no Hospício “Colônia”, no “Manicômio Juquery” e na “Casa Anchieta”, mencionados anteriormente, há uma escassez de

¹⁴ A Carta de Bauru foi um documento redigido durante o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado entre os dias 3 e 6 de dezembro de 1987, que apresentou os princípios do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. O Congresso adotava o lema “Por uma sociedade sem manicômios!” e foi um marco decisivo para a Reforma Psiquiátrica brasileira.

materialidade sobre as práticas de outros tantos manicômios brasileiros, seja em formato de livros, artigos ou em acervos digitais, o que dificulta a montagem de um retrato mais fiel sobre tais instituições. Isso demonstra o caráter repressor, calculista e meticuloso destas entidades manicomiais no controle e proteção dos seus arquivos.

Sobre a última reflexão, podemos afirmar que, as instituições manicomiais no Brasil do século passado, carregavam em sua essência organizacional, um caráter essencialmente militar no que diz respeito ao trato das suas práticas repressoras, tanto quanto ao encobrimento de quaisquer rastros que pudessem desmascarar essa realidade triste e tenebrosa.

No próximo item, faremos uma elucidação das ferramentas atuais de cuidado aos pacientes que experimentam algum tipo de sofrimento mental, analisando os atuais dispositivos de cuidado, observando também, as políticas que perpassam estes serviços no que tange ao acompanhamento de usuários de drogas, a saber, a política RD – Redução de Danos, que aparece no Brasil mais fortemente no início do século XXI, inspirada nas políticas desenvolvidas no continente europeu, propondo uma alternativa à política até então vigente: o proibicionismo.

4.3 CAPS, STR E POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: O QUE SE PRETENDE?

Para dar continuidade aos desdobramentos e conquistas da Reforma Psiquiátrica, principalmente, através da lei 10.216 de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001) que visa à integração do doente mental aos espaços de convivência, observando a participação familiar, efetiva-se então, como ferramenta de acolhimento e proposição de novas alternativas de tratamento, os CAPS, que, originaram-se após a instituição da Rede de Atenção à Saúde Mental (RAPS) como parte integrante do SUS – Sistema Único de Saúde, após a promulgação das leis federais 8080 e 8142/1990, nestas leis evidencia-se a prioridade do tratamento do paciente com algum tipo de doença mental em um sistema comunitário.

Sendo assim, segundo Correa (2014), os CAPS se configuram como serviços que não se limitam a sua estrutura física, constituindo então, uma rede de suporte social que efetive as suas ações, considerando o sujeito, sua história, cultura e vida. A respeito da estrutura que compõe o CAPS, observamos com Correa (2014), que o serviço é constituído de uma equipe multiprofissional que responde por médico psiquiatra, clínico geral, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais.

Com isso, observamos as funções dos CAPS que, segundo Correa (2014), perpassam por produzir uma articulação entre a saúde mental e atenção básica, observando as seguintes pontuações: noção territorial, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, foco na reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção de cidadania ao usuário e construção de uma autonomia entre família e usuário.

No que diz respeito ao tipo de demanda que se destina a um CAPS, Correa (2014), esclarece que deve-se ofertar atendimento interdisciplinar em saúde mental e dependência química pelo uso/abuso de substâncias psicoativas, a todas as pessoas que compõem um território de atuação e que careçam de tratamento em uma dessas esferas citadas.

Quanto aos tipos de tratamento ofertados neste tipo de serviço, é preciso ressaltar suas modalidades. O autor supramencionado afirma que os CAPS trabalham com três tipos de atendimentos: intensivo, semi-intensivo e não intensivo. No intensivo, o serviço é direcionado para usuários que experimentem sofrimento psíquico grave, com dificuldades no convívio social, sendo que os atendimentos são diários, podendo ter um caráter domiciliar, inclusive. No semi-intensivo, o tratamento se direciona ao usuário que tem uma diminuição do sofrimento psíquico, melhorando as suas possibilidades de convívio, mas tendo total acompanhamento da equipe na reestruturação de sua autonomia. No acompanhamento não intensivo, é levado em consideração que o usuário não precisa de suporte contínuo da equipe para realizar suas atividades.

Ainda com Correa (2014), identificamos que é função do CAPS tratar os transtornos mentais, neuroses graves, psicoses e outros quadros, sendo substituto ao modelo asilar e hospitalocêntrico, ofertando o acompanhamento clínico visando à reinserção social do usuário através do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, aproximação comunitária e familiar.

Em linhas gerais, as práticas de cuidado desenvolvidas em um CAPS, proporcionam ao sujeito de loucura, um novo cenário, diferentemente da cena hospitalar, este é o lugar onde a loucura pode abrir as janelas e arejar. Por isso, concordamos com Yasui (2006), quando menciona o cuidado como uma condição que exala possibilidades, que produz, mantém e preserva a fragilidade da vida humana. Para este autor, cuidar não é apenas executar um conjunto de técnicas que possam amenizar as consequências de uma doença e, sim, implica no comprometimento ético com o outro, com o seu sofrimento.

Para além do CAPS, outro serviço importante que vem a complementar as informações pertinentes a este estudo. Trata-se do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) que foi instituído através da portaria GM n° 106 de 11 de fevereiro de 2000, e segundo Correa (2014), consiste

em moradias destinadas a cuidar das pessoas em condição de sofrimento psíquico, ou seja, os egressos que receberam alta de internações psiquiátricas de longa permanência ou de hospitais de custódia que não possuíam suporte social e laços familiares que pudessem contribuir na sua inserção social.

Entendemos que tais políticas públicas mencionadas e que são destinadas a promover o acolhimento às pessoas que demandam cuidados no âmbito da saúde mental, estão fundamentalmente ligadas ao campo dos direitos humanos, e que são frutos da mobilização da luta antimanicomial e desdobramentos positivos da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista que a configuração dos modelos anteriores atentava veementemente contra a dignidade humana.

Para além da estrutura dos serviços supramencionados, é preciso que façamos uma distinção acerca das políticas que permeiam as várias abordagens terapêuticas e a essência de suas práxis, neste caso, há uma política que aciona certos cuidados aos pacientes que são usuários de drogas, dependentes químicos ou não, trata-se da RD – Redução de Danos. Antes de dissertarmos sobre tal política, é preciso que façamos nota de outro modelo que parece cada vez mais esgotado em suas práticas, trata-se da política proibicionista¹⁵, cujas premissas partem da abstinência total de usuário de drogas no processo terapêutico.

No caso da RD, conforme menciona Correa (2014), a sua primeira aparição como estratégia ocorreu na Inglaterra em 1926, com a publicação do relatório *Rolleston*, quando as autoridades de saúde do país prescreviam uso de heroína para dependentes desse opiáceo, que não obtinham nenhum tipo de benefício com as possibilidades terapêuticas à época. Outro marco, registrado por Correa (2014), é a criação da *Junkiebond* ou liga de dependentes, em 1980 em Roterdã, Holanda, com a finalidade de zelar pelos interesses dos usuários de drogas, melhorando dessa maneira, sua qualidade de vida. Posteriormente, surge, então, o primeiro programa de troca de seringas, em 1984, na cidade de Amsterdã, estratégia que inspirou outros países como o Brasil, na sua formulação de políticas.

Em se tratando de Brasil, o primeiro programa nacional de troca de seringas foi efetivamente implantado em 1995, na cidade de Salvador – Bahia, sendo construído por profissionais ligados à CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, fomentado pela Faculdade de Medicina da UFBA – Universidade Federal da Bahia, tendo apoio do governo do estado e da prefeitura de Salvador, conforme nos orienta Correa (2014), antes disso, houve uma tentativa de implantação do programa em 1989 em Santos – São

¹⁵ A este respeito, Fiori (2012), nos orienta que o proibicionismo é um modelo de classificação paradigmática que conduz as ações do Estado com relação a um determinado grupo de substâncias. Desse modo, seu objetivo é moldar o entendimento contemporâneo sobre o uso de substâncias psicoativas, estabelecendo, de maneira arbitrária, limites para o seu consumo.

Paulo, contudo, apesar do financiamento do Ministério da Saúde, não foi uma experiência exitosa.

Ainda sobre a política de RD, analisamos a partir das contribuições de Fiore (2005), que a sua disseminação e popularização no Brasil se deu pelo apelo midiático por conta da sua relação com a distribuição de seringas para usuários de drogas injetáveis com o objetivo de prevenir a proliferação do HIV e de outras doenças, o foco estaria no grupo de usuários de heroína e cocaína adeptos deste tipo de administração. Fiore (2005) detalha que o debate acerca da RD no Brasil se tornou mais denso e polêmico a partir de 2002, com a vitória de Lula na eleição presidencial, dessa maneira, este governo foi precursor de políticas cuja inspiração era a RD aplicada na Europa.

Em sua dissertação, **A medicalização do uso de drogas no Brasil**, Fiore (2005) vai destacar que a RD se opõe às políticas que proibam e combatam as drogas, considerando que, além de não conseguirem reduzir o consumo, terminavam por permitir que um mercado paralelo ameaçasse o Estado e a sociedade de maneira violenta. A estratégia mais utilizada pelos adeptos da RD é a de apontar os fracassos das políticas ditas “repressivas”. Por outro lado, o argumento se baseia na premissa de que o tráfico pode ser combatido duramente pelo Estado, reduzindo a demanda pelas drogas por meio de investimentos na área da prevenção ao uso.

Apesar disso, Fiore (2005) identifica que existem duas tendências na redução de danos. A pragmática, acredita que o ideal de abstinência não deve deixar de ser pauta nas práticas de cuidado, contudo, a tendência mais realista, acredita que a erradicação do uso de drogas poderia ser inviável, indesejada, posto que a humanidade sempre utilizou substâncias psicoativas com alguma finalidade.

Entendendo que as políticas de cuidado sempre carregam um viés moral e ideológico em seu cunho epistemológico, sobretudo, quando falamos do cuidado a pessoas que experimentam sofrimento psíquico em decorrência do uso de substâncias psicoativas, faz-se necessário que os pontos de atenção estabelecidos pela RAPS, possam municiar os seus espaços de encontros profissionais que possibilitem debates, a fim de que os seus funcionários possam se posicionar conforme as suas práxis, o que não parece acontecer com efetividade aqui no Brasil, ainda que, em muitos serviços, a RD, por exemplo, seja considerada pela equipe profissional como uma estratégia alternativa ao cuidado.

No próximo item, referente à pesquisa de campo, apresentamos o referencial teórico-metodológico, em que abordamos sobre as técnicas de coleta e análise dos dados extraídos das duas etapas deste estudo: pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. Para além disso, traçamos todo percurso realizado para a obtenção dos dados pertinentes a este estudo,

desde as consultas prévias aos livros de registros da instituição hospitalar investigada à seleção dos prontuários que possuem apontamento direto do uso de drogas e adoecimento mental. Por fim, explicitamos o nosso painel analítico no qual propusemos um diálogo entre as duas etapas da pesquisa.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo, apresentamos o nosso referencial teórico-metodológico, objetivando justificar a escolha da pesquisa documental e da entrevista-semiestruturada, bem como da análise documental e da análise de conteúdo como técnicas, respectivamente, de coleta e análise de dados.

Com isso, no primeiro item, utilizamos as contribuições de Gil (2007) e Gomes (2008), para fundamentarmos a escolha da pesquisa documental como técnica de coleta de dados, que nos auxiliou na obtenção de informações pertinentes ao estudo, nas planilhas, nos livros de registro de internação e, por fim, nos prontuários. Ambos os autores possuem concordâncias sobre o uso desta técnica, ao apontarem que ela permite ao pesquisador direcionar qual tipo de tratamento ele vai dar ao documento, possibilitando uma abertura para novos olhares, novas leituras e, por assim dizer, interpretações diferentes das que já foram tomadas em momentos anteriores.

Ainda neste item, justificamos a escolha da análise documental como ferramenta analítica dos dados encontrados nas anamneses contidas nos prontuários, amparando-nos nas contribuições de Cellard (2012), e Ludke e André (1986) que possuem uma similitude argumentativa a este respeito. Com o primeiro autor, observamos uma função de amplitude da análise documental, o que aproxima o pesquisador de uma compreensão mais panorâmica do objeto estudado, evidenciando uma maturação dos indivíduos, das categorias, das interpretações que são tomadas.

Em segundo momento, com as autoras supracitadas, entendemos que, por meio da análise documental, o pesquisador durante o seu processo analítico é estimulado a desenvolver estratégias que ampliem a sua ótica sobre o objeto estudado, apresentando noções como aprofundamento, ligação e aproximação.

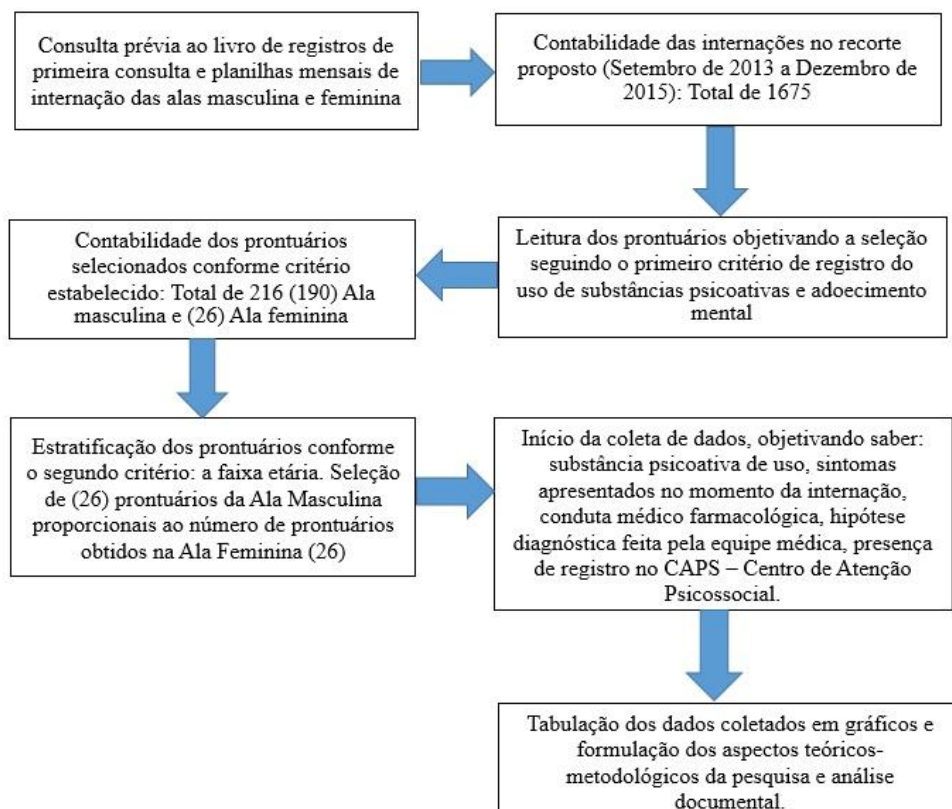
Seguimos, na mesma direção, apontando no segundo item deste capítulo, a importância da entrevista semi-estruturada como técnica de coleta dos dados, respaldando-nos nas postulações de Minayo (2010). Em nosso caso, utilizaremos as entrevistas semi-estruturadas para identificação das representações sociais realizadas com os funcionários da instituição hospitalar investigada.

Neste sentido, Minayo (2010) esclarece que é de extrema importância a construção de um roteiro dirigido para nortear o processo de entrevista, podendo o pesquisador realizar pontuais inferências quando necessário for no intuito de conseguir qualificar melhor os dados.

Ainda no segundo item, apresentamos como técnica de análise dos dados obtidos nas entrevistas, a análise de conteúdo, proposta por Bardin (1977) que apresenta um método empírico, que tem por objetivo a análise das comunicações procurando por meios descritivos revelar o teor das denominadas unidades de análise, por meio de indicadores que podem ser quantitativos ou qualitativos, sendo concebida por outros autores, a exemplo de Moraes (1999) como um constructo teórico-metodológico, que também nos auxiliará na sistematização das etapas de análises.

Prosseguindo com a descrição deste capítulo, no terceiro item, remontamos o passo a passo desta pesquisa, desde as intenções iniciais do estudo, aos resultados expressivos encontrados na investigação do livro de registro e das planilhas de internação, evidenciados por meio de tabelas. Falamos também, acerca das dificuldades encontradas durante todo percurso realizado, por se tratar de um Hospital público que não possui ainda um sistema informatizado, sendo todo trabalho realizado manualmente por este pesquisador.

Para facilitar a compreensão dessa trajetória, apresentamos abaixo, o nosso fluxograma da pesquisa documental.



Fonte: elaboração própria, 2017.

No quarto item, explicitamos o tipo amostral que utilizamos em nosso estudo, tanto para a seleção de prontuários quanto para a seleção dos participantes das entrevistas, por isso, fundamentamos nossas considerações por meio das contribuições de Richardson (2012), que nos apresenta os tipos de amostras, observando as suas vantagens e desvantagens, explicitando as fórmulas e os critérios para cálculo do tamanho amostral em seus elementos da teoria de amostragem.

Neste sentido, ainda na metodologia, comunicaremos os resultados obtidos em nosso quadro analítico e que dividimos em duas categorias principais, sendo a primeira **Drogas e Loucura** e a segunda **Reforma Psiquiátrica e os seus desdobramentos**. Na primeira categoria, Drogas e Loucura, dividimos as análises em três subcategorias e procuramos comunicar os dados extraídos dos documentos que transmitem as memórias da instituição psiquiátrica sobre a loucura, e que expressam a essência da relação entre uso de drogas e adoecimento, são eles: substância ativa de predileção do usuário, sintomas apresentados na emergência do serviço hospitalar, hipótese diagnóstica registrada após atendimento, conduta médico-farmacológica prescrita para o quadro examinado. Para dialogar com estes dados, cruzamos algumas representações sociais identificadas com o auxílio da análise de conteúdo nas entrevistas, dito isso, utilizamos trechos das seguintes questões: Álcool e drogas podem levar uma pessoa à loucura? O que é loucura? Do ponto de vista legal, houve mudança nos tratamentos deste Hospital?

Na segunda categoria, seguimos o mesmo método da primeira e dividimos as análises em três subcategorias que evidenciam as memórias e as representações sociais, da instituição psiquiátrica sobre a Reforma Psiquiátrica e os seus desdobramentos. Desse modo, extraímos enquanto dados da pesquisa documental, a presença de cadastro por parte dos usuários do Afrânio Peixoto nos dispositivos de atenção psicossociais. E para dialogar com estes dados documentais, cruzamos outras representações sociais obtidas através das entrevistas, tendo em vista as seguintes questões: O que você sabe sobre a Reforma Psiquiátrica? Qual a importância da manutenção do Hospital Afrânio Peixoto? Quais as memórias que você exaltaria dos seus anos de trabalho? Privilegiamos em uma subcategoria, as representações sociais da autoridade médica sobre estas questões.

5.1 PESQUISA E ANÁLISE DOCUMENTAL

Para discutirmos os aspectos que alicerçam a primeira etapa de nossa pesquisa, a saber, seleção e análise documental dos prontuários que possuem apontamento entre uso de

substâncias psicoativas e adoecimento mental, dialogaremos com alguns autores que consubstanciam este referencial teórico-metodológico. Explanamos, primeiro, sobre os aspectos que constituem a pesquisa documental e por seguinte a sua análise, neste sentido, examinamos aqui algumas contribuições teóricas que possam elucidar a construção deste percurso, a exemplo de Gil (2008) que observa grandes semelhanças entre a pesquisa bibliográfica e a documental, tratando de diferenciá-las quanto à natureza das suas fontes, explicando que na pesquisa bibliográfica há uma contribuição vasta de diversos autores, enquanto na pesquisa documental, os materiais que serão utilizados geralmente não receberam nenhum tipo de tratamento analítico, qual seja, sua organização, categorização, exemplificando, dessa maneira, os documentos que podem fazer parte de uma análise documental: arquivos de órgãos públicos e privados, cartas pessoais, filmes, fotografias, memorandos, ofícios etc.

Entendemos, com as contribuições de Gil (2008), que uma das principais características da pesquisa documental é a autonomia no processo de tratamento analítico do documento, do mesmo modo, é possível inferir que o pesquisador é responsável por construir as etapas necessárias para o bom andamento da pesquisa, distribuindo qualitativamente as tarefas, utilizando-se da sua criatividade e espírito organizacional para consolidar sua identidade metodológica.

Seguindo com a elucidação dos aspectos que alicerçam a pesquisa documental, encontramos outra noção não menos importante para o nosso trajeto. Sendo assim, observamos na literatura proposta por Gomes (2007) que a pesquisa documental é concebida como um método e não apenas como uma técnica de coleta de dados e análise, considerando, então, quatro dimensões que possibilitam a sua compreensão sob esta ótica, sendo elas: a epistemológica, que segundo o autor propõe uma avaliação dentro dos moldes científicos acerca da validade da pesquisa; a teórica, que por sua vez conecta os conceitos e princípios ao trabalho de interpretação da pesquisa; a morfológica, que propõe a estruturação sistemática do objeto de pesquisa; a técnica, que se ocupa do controle da coleta de dados na tarefa de concatená-los à teoria que o suscitou.

Buscando auxílio em outras literaturas para fundamentarmos o segundo passo da pesquisa documental, que é a sua análise, encontramos na contribuição de Ludke e André (1986) um concatenamento no processo de investigação documental. Portanto, depois de se obter um conjunto inicial de categorias, o segundo passo é o desenvolvimento de estratégias como: aprofundamento, ligação e ampliação. Assim, segundo as autoras mencionadas, baseado naquilo que já fora obtido através de uma primeira análise, o pesquisador volta a

examinar os documentos no intuito de aumentar o seu conhecimento, aprofundando assim a sua ótica sobre o objeto pesquisado.

Para coadunar com as contribuições, anteriormente mencionadas, e que certificam e validam a escolha do procedimento técnico de análise documental, apresentamos, também, as considerações de Cellard (2012) que baseia o seu argumento para o uso de documentos em pesquisa, pela permissividade que tal modalidade tem em acrescentar a dimensão do tempo à compreensão social, favorecendo, dessa maneira, a observação do processo de maturação dos indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidade, práticas entre outros.

Prosseguindo, averiguamos em outro momento, com Cellard (2012), que para o pesquisador realizar uma boa análise preliminar, faz-se necessário o exame e crítica acerca do documento que é investigado. Este autor menciona que o pesquisador precisa levar em conta que é impossível transformar um documento, dito isso, é preciso aceitá-lo com suas incompletudes, parcialidades ou até mesmo imprecisões.

Outra questão fundamental, é o contexto pelo qual o documento é gerado e o contexto atual pelo qual é investigado, não admitir as temporalidades existentes neste processo pode causar, de certo modo, complicações na tarefa de análise documental. Assim, Cellard (2012) aponta que é preciso levar em consideração no processo de análise, a identidade do pesquisador, seus motivos, suas implicações, estas consideradas noções fundamentais para se compreender todo processo de análise documental.

Mais duas noções imprescindíveis são descritas por Cellard (2012) no processo de análise, a primeira, trata da autenticidade e confiabilidade do texto. Portanto, é necessário que haja uma segurança da autenticidade e das informações contidas em determinado documento, o autor traz como exemplo os documentos que chegam para investigação por intermédio de copistas, que não raro tinham a função de decifrar escritas praticamente ilegíveis. A segunda noção trata da natureza do texto, sendo assim, é necessário que o pesquisador leve em consideração a sua estrutura, deste modo, o autor traz como exemplos documentos jurídicos, religiosos e médicos que possuem constituições totalmente diferentes.

Partindo das leituras de Cellard (2012), evidenciaremos aqueles que são os sustentáculos da análise documental. Como já dito, o contexto é de fundamental importância para situarmos este procedimento, dito isso, vale ressaltar que os documentos que são objetos desta pesquisa, prontuários de internação do Hospital Psiquiátrico Afrânio Peixoto foram selecionados dentro de um recorte que vai de setembro de 2013 a setembro de 2015, período

indicado pela direção como de melhor registro dos apontamentos entre uso de drogas e adoecimento.

Neste contexto é válido ressaltar que a expressividade nas demandas por internações nesta instituição confirma a nossa hipótese inicial de que há uma desarticulação nas ações da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, instrumento este que deveria dialogar com a instituição hospitalar em questão, ficando isso explícito no número de internações de usuários que possuem cadastro nos CAPS – Centros de Atenção Psicossociais.

Outro segmento para fundamentar a análise do documento é a sua autoria, como expresso na literatura proposta por Cellard (2012). Desse modo, o quadro de profissionais de saúde da instituição hospitalar é composto por psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais etc., ajudam mutuamente na formulação deste documento, observando a evolução clínica do sujeito que faz uso deste serviço hospitalar. Fazemos nota de que, apesar da contribuição interdisciplinar, o diagnóstico e a conduta médica ficam sob a responsabilidade do psiquiatra de plantão.

No caso da autenticidade e confiabilidade do texto, como sugere Cellard (2012), ressaltamos que todos os documentos observados se encontram de acordo com a normativa hospitalar, buscando este pesquisador, confiar na integridade das informações coletadas a partir de leituras atentas ao documento.

Quanto à natureza do texto, Cellard (2012) pontua sobre os diferentes tipos de documentos que podem fazer parte de uma análise documental, dito isso, registramos aqui que os prontuários objetos desta análise são de natureza médica. Observamos que, em alguns destes documentos, as anamneses possuíam informações incompletas, tais como: dados sociodemográficos, tipo de substância psicoativa e a quantidade ingerida. Outras informações recortadas para este estudo, estavam em sua maioria aptas para análise. Sendo que documentos que apresentavam tais problemas não foram alvos de nossa leitura, sendo imediatamente desconsiderados.

Passando pela análise preliminar, é o momento de se concentrar na problemática e no objeto de estudo em questão, Cellard (2012) orienta-nos quanto à junção do quadro teórico, do contexto, da natureza do texto, da confiabilidade, dos interesses da pesquisa em questão, para que o pesquisador possa obter o maior número de informações na iminente tarefa de posicionar-se em relação ao documento analisado.

Verificamos até aqui, que a pesquisa documental surge como uma técnica diferencial na aproximação entre pesquisador e objeto, sendo a sua análise um processo metódico de averiguação, desconstrução, extração, para que enfim, o pesquisador em sua perspectiva

disciplinar possa reconstruí-lo com bases nas suas hipóteses, exprimindo uma nova realidade, uma nova leitura, um novo conceito.

Prosseguindo com a tarefa de pontuar a essência de uma pesquisa documental, observando efetivamente os diversos aspectos que constituem a sua análise, examinamos na literatura proposta por Cellard (2012), um entendimento que corrobora com os objetivos desta pesquisa, sendo assim, nas palavras do autor, o documento ganha uma característica epistemológica muito importante, uma fonte de memória:

As capacidades de memória são limitadas e ninguém conseguiria pretender memorizar tudo. A memória pode também alterar lembranças, esquecer fatos importantes ou deformar acontecimentos. Por possibilitar realizar alguns tipos de reconstrução, o documento escrito constitui, portanto, uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente. (CELLARD, 2012, p. 295).

Partindo deste entendimento, este estudo visa a analisar as memórias e as representações sociais da instituição psiquiátrica sobre a loucura. Dessa maneira, intuímos que os prontuários e as entrevistas semiestruturadas, que explanaremos com mais detalhes no item posterior, se configuram como fontes genuínas de memória e representações sociais, e que estão em intenso diálogo como evidenciaremos nas categorias analíticas definidas para este estudo.

Com isso, extraímos dos prontuários as informações que julgamos pertinentes para a compreensão e análise do objeto de estudo em questão, são elas: tipo de substância psicoativa como disparador da doença mental, sintomas apresentados no ato da internação, conduta médico/farmacológica e registro de cadastro no CAPS.

No próximo item, apresentamos a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados e de acesso as representações sociais dos funcionários da instituição psiquiátrica, entendendo a análise de conteúdo como um método de organização das categorias analíticas que buscam salientar a confluência das duas etapas de nossa pesquisa: a documental e as entrevistas.

5.2 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA E ANÁLISE DE CONTEÚDO

Com relação à entrevista como técnica de coleta de dados, como parte da segunda etapa da pesquisa, enfatizamos as postulações de Minayo (2010) que destaca a importância desse instrumento, evidenciando o seu caráter, pois, trata-se de uma conversa a dois ou entre vários interlocutores realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a extrair informações pertinentes sobre o objeto pesquisa, tendo em vista a alcançar os objetivos propostos. É importante registrar a importância da produção de um roteiro para nortear as entrevistas semiestruturadas, o que em nosso caso tornou-se primordial para a escolha do critério semântico na formulação das categorias que se farão presentes nas análises futuras no que diz respeito às memórias e representações sociais dos funcionários de tal instituição hospitalar investigada.

Para nos auxiliar na tarefa de organização das categorias analíticas alicerçadas pelo diálogo entre a memória e as representações sociais, tendo em vista a análise documental e as entrevistas, utilizaremos a análise de conteúdo, proposta por Bardin (1977) que a descreve como um método empírico, sendo dependente do tipo de fala pelo qual se dedica e do tipo de interpretação ao qual se objetiva, sendo, portanto, um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa a obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que sejam quantitativos ou não, e que permitam a inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção/recepção destas mensagens.

A referida autora traz, ainda, duas funções acerca da análise de conteúdo, podendo ser a análise de ordem dos significados, como a análise temática, bem como ser uma análise de ordem dos significantes, citando, como exemplo, a análise léxica e a análise de procedimentos.

Outro ponto importante descrito por Bardin (1977), e que contribuirá na análise do material, é o trabalho de poda realizado pelo analista, devendo delimitar as unidades de codificação ou as de registro e quando houver ambiguidade na referência do sentido dos elementos codificados, seria, portanto, necessária, a definição de unidades de contexto superiores à unidade de codificação.

No que tange à inferência dentro da análise de conteúdo, tal autora descreve que é possível inferir a partir da procedência, ou seja, observando o emissor e a situação na qual este se encontra, bem como a partir do destinatário da comunicação, muito embora, este último caso, seja descrito por ela como raro e incerto.

Assim, para Bardin (1977), pertencem ao território da análise de conteúdo toda iniciativa que busque a partir de um conjunto de técnicas parciais, mas complementares, que

explicitem e sistematizem o conteúdo das mensagens bem como a expressão deste conteúdo. Tal abordagem tem por finalidade evidenciar deduções lógicas e justificadas referentes ao conteúdo das mensagens, clarificando a relevância desse tipo de análise para esmiuçá-lo das entrevistas que serão realizadas.

Prosseguindo com as explanações pertinentes sobre a análise de conteúdo, observamos com Moraes (1999), que o processo de categorização tem por objetivo o agrupamento dos dados e a familiaridade de suas unidades de análise, salientando que, neste procedimento, geralmente, classifica-se por semelhança ou analogia, seguindo critérios que podem ser semânticos, sintáticos ou até mesmo léxicos.

Na utilização de critérios semânticos, originam-se as categorias temáticas, contudo, se o critério estabelecido for sintático, a categorização é direcionada pelos verbos, adjetivos, substantivos etc. Na utilização de critérios léxicos, as categorias são construídas tendo em vista a ênfase das palavras e os seus significados ou podem ser direcionadas por critérios mais expressivos que apontem e focalizem em problemas de linguagem. Entretanto, para Moraes (1999), cada conjunto de categorias deve estar alicerçado em apenas um destes critérios.

Desse modo, Moraes (1999) explana que o estabelecimento de categorias deve obedecer, necessariamente, a um conjunto de critérios. Dito isso, as categorias, para este autor, precisam possuir três características fundamentais, elas precisam ser válidas, exaustivas e homogêneas, portanto, a classificação de qualquer unidade de análise precisa ser mutuamente exclusiva, para isso, a classificação precisa ter consistência.

Dando andamento às discussões sobre a formação das categorias, Moraes (1999) observa que, notoriamente, os dados coletados podem ser agrupados em diversos níveis de categorização, sendo assim, os critérios devem ser aplicados em cada um dos níveis, assim, as categorias oriundas de um primeiro esforço de classificação são percebidas como mais numerosas, homogêneas e precisas, sendo, geralmente, nomeadas como categorias iniciais, entretanto, as categorias oriundas de reagrupamentos progressivos e que são mais heterogêneas, são consideradas categorias intermediárias e finais.

Outra etapa não menos importante após categorização, é a descrição, no qual os esforços devem centrar-se, segundo Moraes (1999), na comunicação do resultado de todo trabalho realizado, dito isso, para este autor trata-se de momento fundamental no qual os significados intuídos e extraídos das análises precisam ser descritos com certa precisão, pois, é na descrição dos dados que se pode identificar a sua fidedignidade, bem como a validade da pesquisa e dos seus resultados.

Na última etapa, Moraes (1999) menciona que, é na interpretação que ocorre o movimento de busca da compreensão daquilo que foi analisado, com isso, este autor explica que existem duas vertentes expressas neste movimento, a primeira se relaciona com a construção teórica claramente explicitada pelo em um primeiro momento, assim, a interpretação ocorre por meio de uma exploração dos significados expresso dentro das categorias de análise em um movimento contrastação com a fundamentação teórica escolhida.

Na segunda vertente, a teoria é construída com base nos dados e nas análises produzidas. Neste caso, a teoria emerge das informações e das categorias, deixando claro todo o movimento circular que busca atingir uma profundidade analítica. Para finalizar, Moraes (1999) acredita que a análise de conteúdo como um todo estruturado possibilita ao pesquisador que está em contato com dados analíticos uma maior amplitude, especialmente, para quem está voltado para uma abordagem qualitativa.

Seguindo as explicações acerca do processo de entrevista como parte da segunda etapa deste estudo, é válido, novamente, ressaltar alguns aspectos que constituem esse processo, a exemplo do roteiro dirigido como eixo norteador para realização da entrevista semiestruturada.

Dito isso, nosso roteiro buscou se alicerçar nas seguintes indagações: 1) Perfil social dos pacientes 2) A importância da instituição no cuidado aos pacientes 3) O que pensa sobre a loucura 4) O que pode levar uma pessoa a loucura 5) Se o álcool e outras drogas podem levar uma pessoa a loucura 6) Tempo de serviço e suas memórias 7) O que pensa sobre a reforma psiquiátrica 8) Se houve mudanças no hospital em relação ao tratamento 9) Se conhece o CAPS e o que pensa sobre ele 10) O que pensa com relação às mudanças e readequações que o hospital tem passado.

Tendo em vista as futuras análises, nossas pretensões acerca das respostas destas questões concentram-se na construção das categorias, conforme pontuamos neste tópico, com isso, utilizaremos o critério semântico intuindo a formação de categorias por temáticas que se demonstrem afins.

Explanaremos a seguir, os critérios para a filtragem e seleção dos prontuários, esboçando o percurso descritivo do processo constitutivo da primeira etapa desta pesquisa, apresentando-o, também, por meio de um fluxograma, bem como apresentaremos todas as dificuldades encontradas neste trajeto investigativo.

5.3 PASSO A PASSO DA PESQUISA: REMEMORANDO NOSSA TRAJETÓRIA NO AFRÂNIO PEIXOTO

Inicialmente, a ideia de trabalhar com a memória e as representações sociais sobre a loucura teria um outro lugar: o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Mas após algumas conversas com a orientadora deste trabalho, resolvemos redirecionar o *locus* da nossa pesquisa para a instituição hospitalar Afrânio Peixoto onde a loucura apresenta sua própria inscrição no *corpus* de um saber médico que dialoga o tempo inteiro com o senso comum, algo muito evidente e expresso na relação entre médico e sujeito/família que buscam este serviço e que está, particularmente presente, no interesse epistemológico tanto do trato da memória como das representações sociais.

Dadas as considerações iniciais do nosso percurso, é preciso fazer nota de que fomos prontamente atendidos pela diretora da instituição. Nesse exato momento, decidimos que o nosso primeiro critério de filtragem seria a identificação do apontamento do uso de substância psicoativa e adoecimento mental. Nossa primeira indagação foi se havia de fato, por parte da equipe médica, o cuidado de registrar essa informação com alguma riqueza de detalhes para que pudéssemos responder aos objetivos desta pesquisa. De imediato, a diretora informou que documentos anteriores ao ano de 2013 não possuíam uma riqueza de detalhes com relação a estas informações, indicando meados de 2013 como um período no qual as atenções para os detalhes nas internações cujo uso de substância era fator preponderante foram mais bem registradas nas anamneses.

Dirigimo-nos então em busca do livro de registros e das planilhas mensais de internação conforme indicado por uma enfermeira responsável pelo setor. Naquele momento começamos a nossa consulta e os números registrados ali nos chamavam atenção e já davam indícios confirmativos de nossa hipótese inicial, de que havia de fato uma desarticulação entre os pontos de atenção da RAPS.

Começamos, então, o processo de contabilização dos registros de primeira consulta durante o recorte proposto, e chegamos a um denominador de 1675 consultas realizadas entre setembro de 2013 a dezembro de 2015, porém, nos concentramos nas planilhas de internação e contabilizamos 1629 internações realizadas neste mesmo período, conforme expresso na tabela 1.

Tabela 01 – Planilhas mensais de internação – Hospital Afrânio Peixoto

Ala Masculina	Ala Feminina
Set 2013 a Dez 2013 152	Set 2013 a Dez 2013 93
Jan 2014 a Dez 2014 492	Jan 2014 a Dez 2014 227
Jan 2015 a Dez 2015 396	Jan 2015 a Dez 2015 269

Total Ala Masculina | 1040

Total Ala Feminina | 589

 Σ Contabilidade final: **1629**

 Fonte: Elaboração própria, 2017

Desse modo, começamos a realizar uma leitura atenta, sempre buscando seguir o critério do uso de substância e adoecimento mental como primeiro filtro dos prontuários que poderiam nos auxiliar a responder às questões propostas. Prontuários que não atendiam ao critério delineado foram desconsiderados. Durante este longo período de leitura, filtragem e seleção, chegamos então a um número razoável de prontuários: 216 (duzentos e dezesseis), divididos pelas alas masculina 190 (cento e noventa) e feminina 26 (vinte e seis), conforme expresso em tabela 2.

Tabela 02 – Quantidade de prontuários selecionados – Hospital Afrânio Peixoto

Ala Masculina	Ala Feminina
Set 2013 a Dez 2015	Set 2013 a Dez 2015
190	26
Σ	
Contabilidade final: 216	

 Fonte: Elaboração própria, 2017

Antes de nos debruçarmos efetivamente sobre o critério utilizado para o processo de estratificação e seleção do montante final de prontuários para coleta e análise de dados, é preciso que pontuemos aqui algumas das dificuldades encontradas durante este percurso. Inicialmente, por se tratar de uma instituição hospitalar pública, alguns problemas organizacionais apareceram pontualmente, por isso tivemos alguma dificuldade no processo de identificação e manuseio dos prontuários. É preciso fazer nota que nem todos prontuários são legíveis, trazendo problemas para pesquisadores de outras áreas que não sejam conectadas com a saúde. Para além disso, muitos prontuários possuem informações incompletas ou nulas, trazendo dificuldades para a montagem, em nosso caso, de um perfil sociodemográfico da população que busca aquele serviço. Outro problema é a conservação do documento, observamos rasuras, pedaços rasgados de alguns prontuários e dos envelopes que os protegem, documentos anexos, tais como laudos de exames etc., se encontravam soltos e passíveis de serem descartados.

Por se tratar de um hospital cujo sistema de informatização dos prontuários ainda está em andamento, todo processo foi realizado manualmente, o arquivo onde nos concentramos estava localizado no SAME – Serviço de Apoio Médico Especializado, no qual se encontram prontuários das décadas mais recentes. Os prontuários mais antigos são direcionados para o arquivo morto. Mesmo assim, por conta do manuseio constante, os prontuários carregam certa quantidade de poeira, sendo espaço propício para o estabelecimento de ácaros, fungos e bactérias, tornando-se um problema para aquele que vai manuseá-lo.

Faço nota de que manuseei os prontuários na frente de outros funcionários do setor, a fim de resguardar as questões éticas envolvidas no processo de pesquisa. Quanto à organização de todo trabalho, produzi uma lista com aqueles prontuários que interessavam à pesquisa, deixando-a disponível para a equipe deste setor. Guardei-os em uma caixa de arquivo separada e solicitei que aqueles prontuários alvos da equipe médica em algum plantão, fossem recolhidos e recolocados no devido lugar. Infelizmente, perdi algum tempo nesse processo de reorganização, pois não contava com a organização deste setor.

5.4 RETRATO AMOSTRAL: CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS PRONTUÁRIOS E DOS PARTICIPANTES DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Dando sequência aos aspectos teóricos que fundamentam este estudo, devemos também conceituar o tipo de amostra que utilizamos para a seleção da população de prontuários, justificando também a quantidade escolhida, assim, nos debruçaremos nas contribuições de Richardson (2012) que apresenta, entre os vários tipos de amostragem, a estratificada proporcional que possui, segundo este autor, a vantagem de assegurar a representatividade no que diz respeito à propriedade que subsidia a classificação das unidades de análise e por permitir um melhor suporte para comparação e estimação da população, algo que encaixa com o objetivo teórico-metodológico deste estudo.

Dito isso, tal autor também nos alerta acerca das desvantagens ou limitações deste tipo de amostragem, ao qual nos atentamos durante o processo de estratificação. Assim, a amostragem estratificada proporcional requer informações precisas no que diz respeito à proporcionalidade dos estratos populacionais, exigindo também, uma lista prévia de estratificação que, neste caso, se não houver, dificultará a execução deste procedimento metodológico.

Conforme registrado em item anterior, encontramos um problema quanto à disparidade entre os prontuários das Alas Masculina 190 (cento e noventa) e Feminina 26 (vinte e seis), na razão da sua quantidade, desse modo, selecionamos proporcionalmente para

a Ala Masculina o montante encontrado na Ala Feminina, buscando uma uniformidade numérica, seguindo desse modo a essência da amostragem proporcional, como nos orienta Richardson (2012).

Durante o processo de estratificação destes prontuários, à primeira vista, ao observarmos os prontuários da Ala Feminina, encontramos um dado importante para a adoção do nosso critério, 20 (vinte) dos 26 (vinte e seis) prontuários estavam em uma faixa etária que compreende 31-60 anos e apenas 6 (seis) ocupavam uma faixa entre os 15-30 anos. Neste momento, pensamos que devido à escassez de informações sociodemográficas, entre outras que poderiam nos auxiliar a compor os nossos estratos, resolvemos equacionar nossa problemática escolhendo proporcionalmente 26 (vinte e seis) prontuários na Ala Masculina que se enquadrassem dentro deste critério explícito pela faixa etária, chegando a um total de 52 (cinquenta e dois) prontuários, conforme expresso na Tabela 3.

Assim, o retrato amostral apresenta uma composição que abarca duas fases importantes ao desenvolvimento humano, a adolescência e a fase adulta. Entendemos que este critério pode auxiliar-nos na compreensão dos mecanismos que envolvem o adoecimento por conta do uso de substâncias psicoativas em ambas as fases.

Para além da escassez de informações, justificamos a escolha do critério da faixa etária com base em estudos como o de Miranda, Tarasconi e Scortegagna (2008), que buscaram identificar, dentro de um serviço de assistência à saúde mental, a ocorrência de transtornos mentais na infância e na fase adulta, considerando a faixa etária como um critério de seleção do seu retrato amostral.

Outro estudo que corrobora com este mesmo critério parte do investimento Santos e Siqueira (2010), que investigaram a prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira por meio de uma revisão sistemática de estudos alocados em diversos bancos de dados entre os anos de 1997 a 2009.

Tabela 03 – Estratificação dos prontuários conforme critério da faixa etária

Ala Masculina	Ala Feminina
Faixa etária 15-30 06	Faixa etária 15-30 06
Faixa etária 31-60 20	Faixa etária 31-60 20
Σ	
Contabilidade final: 52	

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Dessa maneira, trabalhamos com 52 (cinquenta e dois) dos 216 (duzentos e dezesseis) prontuários elegíveis, o que assegurou a viabilidade do estudo tendo em vista o tempo limitado para sua realização e a escassez de recursos humanos para auxílio nesta árdua tarefa de consulta, seleção, estratificação, coleta de dados e posterior análise, permitindo, assim, que houvesse uma distribuição qualitativa das tarefas.

No que diz respeito à seleção dos participantes para as entrevistas semiestruturadas, utilizamos um critério específico para contemplar as nossas tratativas analíticas, trata-se do tempo de serviço, assim, selecionamos os participantes que possuem mais de 15 (quinze) anos de funcionalismo público, contemplando assim o marco da reforma psiquiátrica no Brasil. Desse modo, trabalhamos com 10 (dez) dos 73 (setenta e três) participantes disponíveis, ocupando eles setores diversos: direção, enfermagem, assistência social, terapia ocupacional, vigilância, ambulatório, administração e do serviço de atendimento médico especializado. Ressaltamos que, a entrevista com a representante da área psiquiátrica do Hospital foi concedida após termos já realizado entrevistas com 09 participantes, por não constar seu nome na lista dos funcionários, selecionados conforme o critério estabelecido.

No próximo item, apresentamos em nosso corpo analítico as discussões provenientes dos resultados das duas etapas de nossa pesquisa: a documental e as entrevistas. Contudo, é preciso explicitarmos o quadro das categorias que emergiram após o cruzamento da análise documental e da análise de conteúdo.

Utilizamos na construção das categorias e, conseqüentemente, das subcategorias expressas no quadro abaixo, o critério semântico, que como já pontuamos com Moraes (1999), dão origem às categorias temáticas. Neste sentido, elaboramos nossa categorização a partir dos dados obtidos nas etapas constitutivas desta pesquisa, com isso, da análise documental, retiramos as questões que são referentes ao uso problemático de drogas em sua relação mais próxima com a loucura. Das entrevistas semiestruturadas, retiramos questões relativas à Reforma Psiquiátrica e os seus desdobramentos. Reiteramos que, em nosso exercício analítico, propomos um diálogo entre os dados da pesquisa documental e os dados das entrevistas semiestruturadas, por apresentarem uma confluência epistemológica de grande valor para este estudo.

Quadro 01 - Das categorias e subcategorias

Categoria – Drogas e Loucura
5.5.1 Uso de drogas e sintomatologias
5.5.2 Diagnóstico: o uso problemático de drogas como doença mental
5.5.3 A conduta médico-farmacológica

Categoria – A Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos
5.5.4 As Representações sociais do CAPS: um ponto de atenção da RAPS
5.5.6 A Reforma Psiquiátrica e a importância da manutenção do Hospital Afrânio Peixoto
5.5.7 As Representações sociais da especialidade psiquiátrica: a reforma e a importância da instituição hospitalar.

Fonte: Elaboração própria, 2017.

5.5 PAINEL ANALÍTICO: DIÁLOGO ENTRE A MEMÓRIA DO ATENDIMENTO INSTITUCIONAL E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Categoria: Drogas e loucura

Nesta primeira categoria analítica, esboçamos por meio de um diálogo entre a memória e as representações sociais, cujas fontes de investigação encontram-se, na análise documental dos prontuários de internação e nas entrevistas semiestruturadas realizadas com os funcionários da instituição hospitalar investigada, a relação entre o uso de drogas e a loucura.

Em nossa apresentação gráfica dos dados obtidos nos prontuários das Alas Masculina e Feminina, discorreremos sobre questões que alicerçam o entendimento da relação estudada em questão. Na primeira subcategoria apresentamos a ocorrência das substâncias psicoativas mais utilizadas pelos usuários que buscam este serviço hospitalar, entendendo as consequências desse uso por meio das ocorrências sintomatológicas apresentadas no momento da emergência, que também foram alvo de nossa análise.

Na segunda subcategoria, elencamos os diagnósticos mais recorrentes na emergência hospitalar, entendendo-os como parte do processo da relação entre uso de drogas e adoecimento mental. Na terceira subcategoria, verificamos como se processa a conduta médico-farmacológica no tratamento destes diagnósticos registrados também em anamnese, observando a ocorrência dos fármacos mais utilizados nas contenções consideradas emergenciais.

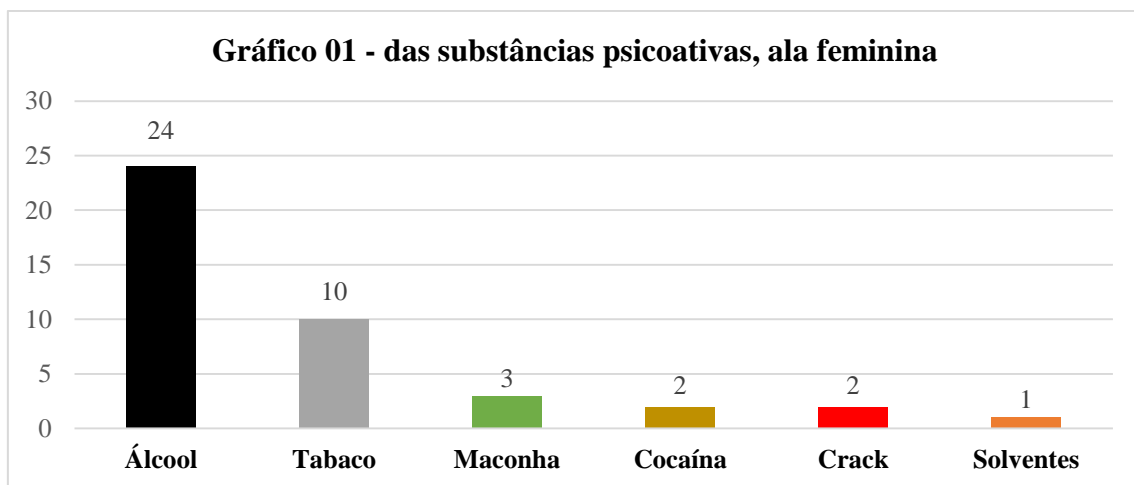
Para atender ao objetivo geral deste estudo que é a análise das memórias e das representações sociais do Hospital Afrânio Peixoto sobre a loucura, tendo em vista a relação entre uso de drogas e adoecimento mental, posicionaremos as informações supracitadas considerando-as como parte de uma memória coletiva institucional sobre a loucura, entendendo que boa parte destes dados são registrados na anamnese pelos profissionais de saúde do Hospital em questão.

Pensando na aplicabilidade da teoria da “Memória Coletiva” inscrita em nosso referencial teórico, percebemos mais similitudes do que disparidades nos dados apresentados,

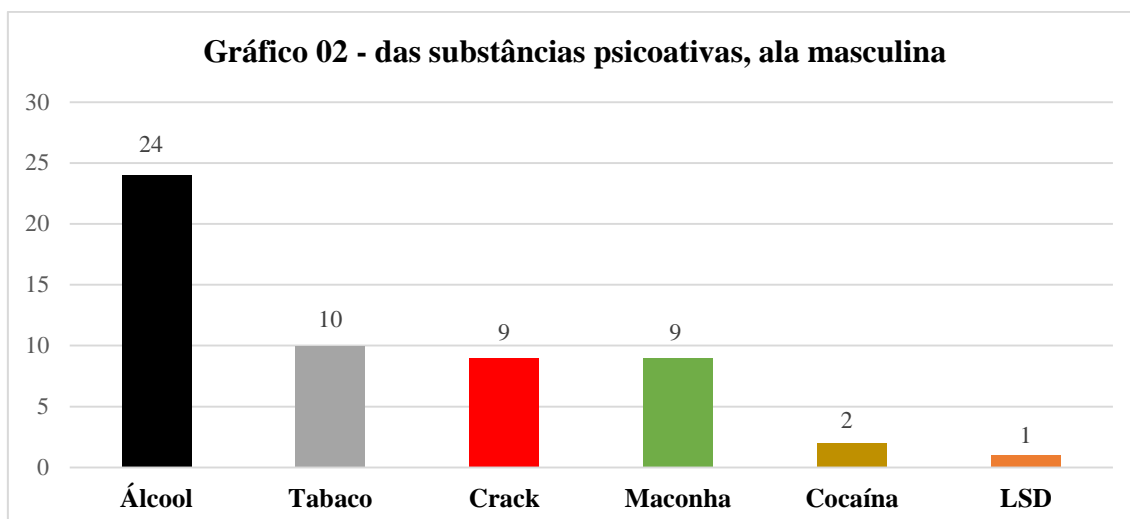
aferindo o que Halbwachs ([1950]2003), postulou como condição para a manutenção ou duração de uma memória coletiva: a coesão entre as lembranças dentro de um grupo. Desse modo, é preciso salientarmos que as representações sociais aparecem de maneira contundente nas entrevistas semiestruturadas realizadas com os participantes do Hospital mencionado, confluindo em diversos momentos com os dados de memória, também, extraídos dos prontuários desta instituição, pois, as representações podem ser identificadas por meio das técnicas da análise de conteúdo como nos orienta Bardin (1977) e Moraes (1999), estando ancoradas e objetivadas nas falas dos entrevistados sobre as questões pontuadas conforme nosso roteiro de entrevistas.

Desse modo, nos orientaremos por meio da abordagem cultural proposta por Jodelet (2001), também inscrita no nosso referencial teórico, e que nos auxiliará na compreensão da formação das representações sociais com seus conceitos de vitalidade, transversalidade e complexidade.

5.5.1 Uso de drogas e sintomatologias



Fonte: elaboração própria, 2017.



Fonte: elaboração própria, 2017.

Nos gráficos 01 e 02, apresentamos as substâncias psicoativas que foram registradas nos prontuários das Ala Feminina e Masculina, respectivamente, conforme procedimento da entrevista anamnésica, revelando de certa forma a predileção destes sujeitos por determinada substância.

Desse modo, iniciando uma análise comparativa, observamos algumas similitudes nos dados encontrados em ambas as alas, por isso, dentre os 26 (vinte e seis) prontuários investigados de cada ala, examinamos que o álcool é relatado 24 (vinte e quatro) vezes em cada, seguido do tabaco 10 (dez) vezes em cada.

A diferença entre os dados aparece no que diz respeito ao índice de consumo de substâncias como *crack*, maconha e cocaína. Há também, dois registros únicos, o uso de solventes por parte das mulheres e o uso de LSD por parte dos homens. É preciso fazer nota de um dado muito importante que aparece com veemência, muitos destes sujeitos fazem uso de múltiplas substâncias, o que ajuda a compor tais números relatados.

Antes de entrarmos na caracterização dos aspectos clínicos do uso destas substâncias e das suas consequências, buscando de forma efetiva traçar um paralelo com o próximo gráfico dos sintomas, nos concentraremos nas substâncias que tiveram maior ocorrência e, conseqüentemente, maiores agravos, como é o caso do álcool, do *crack* e da maconha. Excluiremos o tabaco por entendermos que, apesar dos inúmeros agravos físicos e psicológicos ocasionados pelo seu consumo, esta substância não se configura dentro do saber psiquiátrico como um disparador de transtornos mentais.

Iniciando uma caracterização mais minuciosa das substâncias elencadas, a começar pela de maior ocorrência, neste caso, o álcool, é preciso ressaltarmos que por ser uma droga

de uso milenar conforme já pontuamos em nosso referencial com Correa (2014), Escotado (1996) e Bertoni (2015), e que se faz presente em quase todas as comemorações e ritos de passagem no cotidiano de nosso país, dada a sua fácil acessibilidade, graças a sua licitude, não nos causa estranhamento um índice de ocorrência tão elevado do uso indiscriminado desta substância por parte dos usuários que buscam acolhimento neste serviço hospitalar.

Dito isso, é preciso pontuarmos o que é o álcool, neste sentido, recorreremos novamente ao nosso referencial teórico, quando classificamos esta droga com relação aos seus impactos no SNC – Sistema Nervoso Central, por isso, concordamos com as colaborações de Correa (2014), quando apresenta o álcool como um depressor do SNC, que apesar dos efeitos iniciais consolidarem no indivíduo uma certa euforia e sensação de desinibição, após certa quantidade ingerida, atua diminuindo a atividade motora, a reatividade à dor e à ansiedade, causando sonolência e danos no senso de julgamento da realidade.

Seguindo a linha de raciocínio desta análise, é preciso recortarmos a relação entre o uso do álcool e o sofrimento instalado por consequência deste uso. Com efeito, partimos das literaturas inscritas em nosso referencial e propostas por Amaral, Malberghier e Andrade (2010), quando descrevem como é realizado o manejo do paciente com transtorno relacionado à ingestão de substâncias psicoativas em uma emergência psiquiátrica.

Com as contribuições dos autores supracitados inscritos em nosso referencial teórico, entendemos que é preciso observar a apresentação clínica de pacientes agudos ou em síndromes de abstinência alcoólica, isso porque existem alguns sintomas que requerem atenção e cuidado. Amaral, Malberghier e Andrade (2010) afirmam que os níveis de álcool no sangue do indivíduo e a tolerância desenvolvida são fatores ponderados na criação de estratégias desenvolvidas no ato de contenção na emergência psiquiátrica. Dessa maneira, sintomas como intensa agressividade, agitação psicomotora, alucinações visuais e auditivas e processos convulsivos, são percebidos como um alerta, podendo colocar o paciente em risco, assim como a equipe médica. Nestes casos, a conduta médica orienta a utilização de antipsicóticos de alta potência em baixas doses.

Prosseguindo com a caracterização das drogas que mais ocorreram em nossa investigação documental, nos concentraremos agora no *crack*. Primeiro, é preciso pontuar que o *crack* é uma droga obtida por meio da mistura da pasta base da cocaína, bicarbonato de sódio e água, que segundo Correa (2014), passam inicialmente por um processo de aquecimento a mais de 100°C, sendo em seguida submetida a uma etapa de decantação em que as substâncias líquidas e sólidas são separadas. Em seguida, o resfriamento da porção sólida gera a pedra de *crack* ou pequenos cristais que concentram o princípio ativo da cocaína.

Dessa maneira, conforme nosso aporte teórico, Correa (2014) orienta-nos que o *crack* faz parte de uma extensa lista de drogas estimulantes da atividade mental, que conforme classificação dos seus efeitos no SNC, aumentam de maneira repentina o estado de alerta, causando intensa agitação psicomotora, insônia, diminuição do apetite, redução ainda que momentânea da fadiga, todos estes sintomas causados pela aceleração dos processos psíquicos.

Buscando aproximar as considerações feitas até aqui entre estes autores, retornamos com Amaral, Malberghier e Andrade (2010) que explicam, também, a apresentação dos sintomas clínicos e o manejo de um indivíduo com intoxicação ou abstinência pelo uso de *crack*. Os sintomas variam desde extrema agressividade, delírios persecutórios, hipertermia e em alguns casos, até a presença de convulsões, requerendo com certa urgência a intervenção medicamentosa via benzodiazepínicos.

Por se tratar de uma droga com intenso apelo nas mais variadas classes sociais, o *crack*, alastrou-se nos últimos vinte anos, conforme estudo proposto pela ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria (2012), que detectou um consumo cada vez mais precoce desta droga, antecedendo, inclusive, o consumo de álcool e tabaco, por se tratar de uma droga cada vez mais acessível por conta do seu baixo valor de mercado.

Em nossos dados, o *crack* é relatado 9 (nove) vezes na Ala Masculina e apenas 2 (duas) vezes na Ala Feminina. Outra hipótese com relação a assertiva anterior, se alicerça com base nos números encontrados entre prontuários da Ala Masculina e Feminina, com efeito, o baixo de número de mulheres que procuram este serviço mesmo com o sofrimento psíquico instaurado em decorrência do uso de substâncias, revelam a presença de um estigma social quando pensamos no acesso ao cuidado.

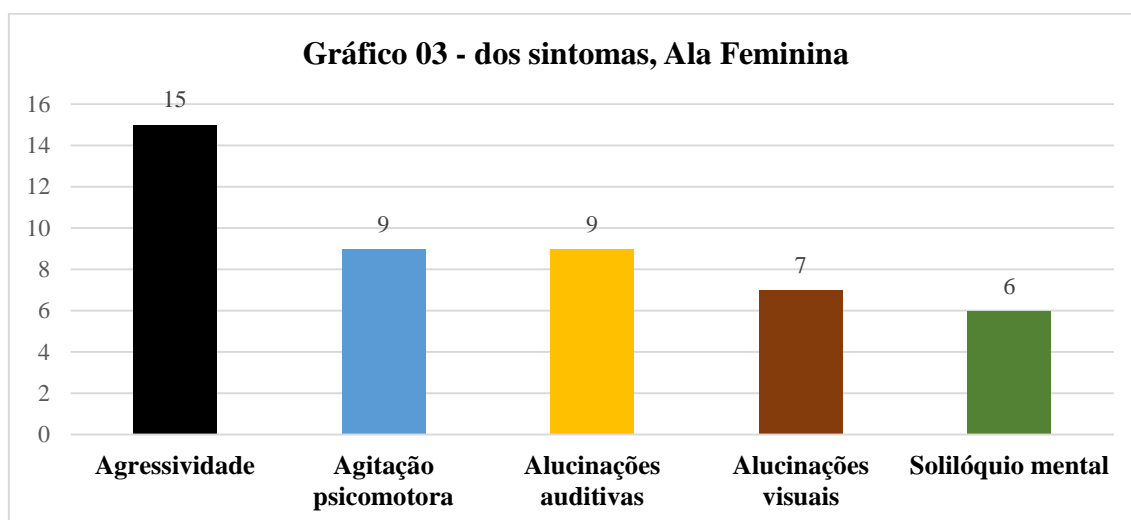
Dando sequência a este painel de caracterização analítica, no caso da maconha, é preciso que façamos breve contextualização do seu registro histórico de consumo, seguindo nosso arcabouço teórico, assim, Correa (2014) orienta-nos que há relatos consistentes de que a maconha fora utilizada com fins terapêuticos na China desde 1730 a.C. Recortando para os dias atuais em que assistimos ao *boom* da discussão canábica, quando pautas como o seu uso medicinal, sua descriminalização e iminente legalização, tem ecoado e posto em questão o discurso psiquiátrico que é alarmante quanto aos perigos do uso desta substância.

Longe de esgotar todas essas questões, que não são centrais aos nossos objetivos, voltamos ao painel de caracterização das drogas quanto aos efeitos no SNC, com isso, Correa (2014) alerta-nos que a *cannabis sativa* e seus derivados encontram-se no *hall* seletivo das drogas que são consideradas perturbadoras da atividade mental, provocando alterações no

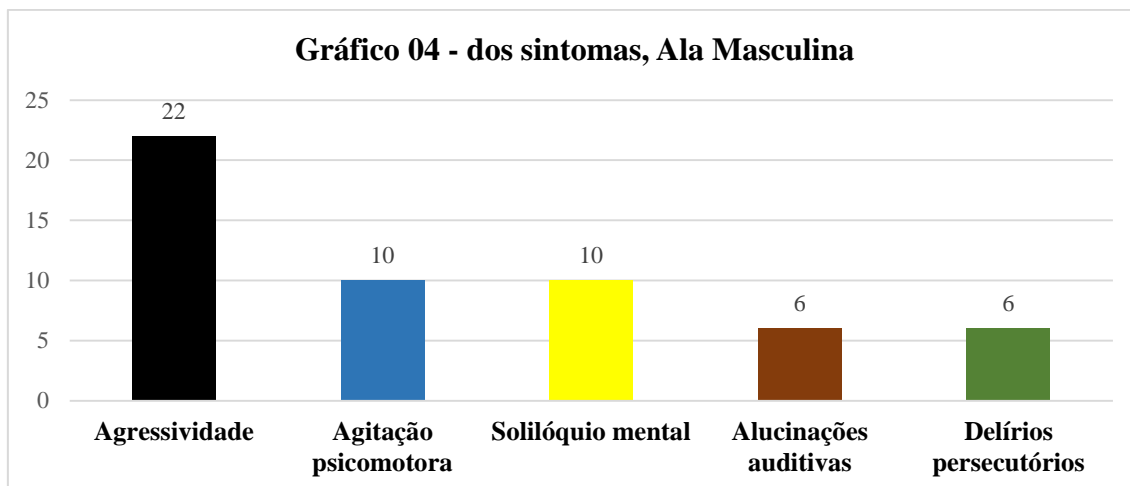
quadro psíquico do indivíduo, tais como: alucinações, delírios, vertigens, dentre outros quadros ansiosos.

Para Amaral, Marlberghier e Andrade (2010), as intoxicações e síndromes de abstinência por conta desta substância nas emergências psiquiátricas são tratadas com bastante cautela, afinal, as consequências variam bastante, desde sintomas psicóticos a quadros de ansiedade que se dividem entre o TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada, síndromes do pânico, entre outras fobias.

O tratamento segue a mesma via das intoxicações por *crack* e cocaína, a conduta médica indica o uso de benzodiazepínicos que atuam na diminuição da atividade motora. Em nossos dados, encontramos relatos do uso de maconha 9 (nove) vezes na Ala Masculina e apenas 3 (três) vezes na Ala Feminina. O que fica evidente até o momento é que, homens e mulheres neste retrato amostral, consomem drogas lícitas na mesma proporção, como é o caso do álcool e do tabaco, o que não acontece nas drogas ilícitas em que observamos uma nítida disparidade.



Fonte: elaboração própria, 2017.



Fonte:

elaboração própria, 2017.

Tais pontuações teóricas sobre as complicações sintomatológicas em decorrência do uso das substâncias investigadas, mencionadas na discussão dos gráficos 01 e 02, corroboram com os dados que encontramos nos gráficos 03 e 04 e que discutiremos agora com mais afinco.

Antes de partirmos para uma descrição mais profunda dessa relação, é preciso salientarmos que a gama de sintomas descritos nas anamneses impede que esgotemos uma caracterização mais ampla, por isso, continuaremos utilizando o critério de maior ocorrência em nossas análises, aqui, os sintomas, observando evidentemente as similitudes e disparidades dos dados entre essas alas.

Feitas tais considerações, observamos na Ala Feminina os seguintes sintomas pela ordem das maiores ocorrências relatadas 15 (quinze) vezes para agressividade, 9 (nove) para agitação psicomotora e alucinações auditivas, 7 (sete) para alucinações visuais e 6 (seis) para o solilóquio mental. No caso da Ala Masculina encontramos sintomas similares, alterando apenas o número de ocorrências, sendo 22 (vinte e dois) vezes para agressividade, 10 (dez) para agitação psicomotora, 10 (dez) para solilóquio mental e 6 (seis) para alucinações auditivas e delírios persecutórios.

Ponderando os dados até aqui analisados, como é o caso das substâncias psicoativas e dos seus agravos imediatos, avaliamos hipoteticamente que o uso, abuso e dependência de álcool, *crack* e maconha, possuem uma ligação sintomatológica comum, observando evidentemente os aspectos multifatoriais, como o ambiente que o indivíduo está inserido, sua singularidade orgânica e predisposição genética, até mesmo a sua estrutura de personalidade para o desenvolvimento de alguma morbidade em decorrência do uso de substâncias.

Para contemplar este entendimento, recorreremos ao nosso referencial, desse modo, como já postulamos com Cordeiro e Ratto (2004), entendemos que indivíduos agudos que abusam e apresentam síndrome de abstinência alcoólica podem exibir quadros psicóticos ou ansiosos, do mesmo modo que acontece com indivíduos que apresentam intoxicações agudas ou síndromes de abstinências de *crack* e maconha.

Desse modo, é preciso que comecemos esta análise com um painel de caracterização das sintomatologias registradas, por isso, na literatura psicopatológica inscrita em nosso quadro teórico e proposta por Dalgarrondo (2008), que trata das variadas sintomatologias apresentadas por um indivíduo durante uma crise, auxilia-nos neste processo. Quanto à agressividade, sintoma de maior ocorrência entre ambas as alas, mencionada 37 (trinta e sete) vezes ao todo, contando os relatos de ambas as alas, este autor menciona que por se tratar de um processo psicopatológico complexo, é preciso observar quais são as estimulações e contrariedades experimentadas pelo indivíduo. Geralmente, a agressividade eclode quando se atenta à vontade do sujeito, ou por impulso ocasionado pelo uso e abuso de substância psicoativa. A agressividade, segundo Dalgarrondo (2008), é comumente classificada como um quadro de natureza orgânica, observada nas síndromes depressivas, em quadros maníacos e em transtornos de ansiedade.

Prosseguindo com esta caracterização, falaremos da agitação psicomotora, mencionada ao todo em ambas as alas investigadas 19 (dezenove) vezes, assim, como já observamos com Dalgarrondo (2008), essa é uma das mais comuns dentre todas as alterações na psicomotricidade. Desse modo, ela evidencia a aceleração e a exaltação da atividade motora, é associada a quadros de hostilidade e agressividade, sendo bastante percebida em serviços de emergência e internação. Segundo este autor, é também associada a quadros maníacos, episódios esquizofrênicos agudos, dentre outros quadros de ansiedade, que podem ser provocados em decorrência do uso de substâncias psicoativas.

No caso do solilóquio mental, termo técnico utilizado para o sujeito que conversa sozinho, esse, registrado 16 (dezesesseis) vezes em ambas as alas, Dalgarrondo (2008) pontua que é um sintoma muito presente na fase aguda de algumas patologias, ocorre geralmente em quadros esquizofrênicos, quando o indivíduo tende a responder as suas alucinações, que podem ser de caráter auditivo ou visual.

Qualificando outro dado importante, a saber, a alucinação auditiva, que aparece relatada 15 (quinze) vezes no computo geral de ambas as alas, esta é caracterizada por Dalgarrondo (2008), como a mais frequente dentre as alucinações presentes nos transtornos mentais, sendo dividida entre simples e complexa. Na primeira, ouve-se apenas ruídos

considerados como primários, geralmente, menos frequentes. Já na segunda, ocorrem ruídos tais como: zumbidos, burburinhos, cliques, estalidos, comandos que insultam ou ameaçam, podendo ser intermitentes, contínuos ou até mesmo pulsáteis. São recorrentes em esquizofrenias, mas também estão presentes nos transtornos de humor e em depressões graves, como nos aponta Dalgalarrodo (2008).

Neste mesmo ponto, encontra-se a alucinação visual, relatada 7 (sete) vezes na Ala Feminina, sendo caracterizada por Dalgalarrodo (2008), como nítidas visões experimentadas por um indivíduo sem a apresentação de uma estimulação visual. Também são divididas em simples ou complexa. Na primeira, o sujeito vê cores, bolas e pontos brilhantes, tendo maior ocorrência em doenças oculares. Já na segunda, são relatados figuras e imagens de pessoas, objetos inanimados, animais ou até mesmo crianças. Também recorrentes em esquizofrenias, nos *delirium tremens* presentes nas síndromes de abstinência alcoólicas ou em casos que há ingestão de alucinógenos, como pontua Dalgalarrodo (2008).

Há um relato singular na Ala Masculina que trata da presença de delírios persecutórios, ocorrendo 6 (seis) vezes, ele é caracterizado segundo Dalgalarrodo (2008), como um juízo falso onde o indivíduo acredita veementemente que está sendo vítima de um complô ou que está sendo perseguido pela polícia, por um vizinho etc. Esse é um dos delírios mais presentes em quadros de esquizofrenia paranoide, mas que pode se apresentar em intoxicações de substâncias como maconha, *crack* e cocaína.

Para corroborar com as análises produzidas até aqui nesta primeira subcategoria, explicitaremos alguns trechos das entrevistas semiestruturadas, dando início ao diálogo com a pesquisa documental, proporcionando uma maior robustez em nossas tratativas analíticas.

Ao indagarmos aos participantes das entrevistas se o uso de drogas pode levar uma pessoa a loucura, obtivemos as seguintes respostas:

Olha, o álcool numa fase avançada ele desenvolve *delirium tremens* no paciente né? Então já é um estágio, no caso da loucura, já é um sintoma do estágio avançado de alcoolismo né? E as outras drogas, é, o paciente na hora que ele usa, ele já tem né? Uma situação de prazer repentino, de euforia né? Que leva cada vez mais tá procurando sair do mundo real ir pra um outro mundo, e, o uso excessivo ou contínuo também pode desenvolver quadros de loucura, também pode desencadear processos que estão latentes. (Participante 03).

Na transcrição supracitada, podemos observar que, mesmo em se tratando de uma droga lícita, o álcool já se inscreve na representação social deste participante como uma droga perigosa e que em fases avançadas pode desencadear quadros de loucura. Sabemos que a

legalidade de uma droga não está relacionada aos efeitos ou danos que pode provocar. No trecho a seguir, outro participante que compartilha da mesma representação afirma:

Podem sim, contribuem muito né? A pessoa já sem um controle, que vive praticamente com... sob uso de drogas, sejam elas quais forem, inclusive o álcool, que é um dos que contribuem para isso né? Então ao longo do tempo realmente vai estar alterando o sistema nervoso central, e socialmente, vai contribuindo para que a pessoa seja excluída de alguns círculos de convivência, isso, a solidão e outros fatores que levam ela a deixar de ser vista ou ajudada, faz com que ela parta pra esse processo né? De loucura. (Participante 05).

Consolidando esta representação social, observamos mais um trecho de similar aceção: “Acho sim, muito. O álcool, como já... já me deparei com muitos pacientes alcoólatras, muitos até vieram a óbito. Os delírios, os delírios de perseguição, os delírios visuais, eles vêm boa parte de pacientes alcoólatras, né?” (Participante 08).

Em outra fala encontramos um constructo de representação social diferente:

Sim. Não é o que eu acho é o que acontece. Ela pode desencadear se o usuário tiver predisposição a transtornos mentais, problemas mentais, e além do mais eles podem destruir também neurônios, e isso prejudica a cognição, prejudica a capacidade da pessoa controlar emoções, pode acontecer... existem pessoas que usam substâncias psicoativas a vida toda e não adoecem mas pode acontecer naquela pessoa... como eu te falei, pode ter alguma predisposição, uma fragilidade maior as vicissitudes da vida. (Participante 04).

Nesta última menção, fica explícito que a representação social sobre o uso de drogas tendo como consequência a manifestação de um quadro de loucura, está intimamente associado ao desenho multifatorial, como predisposição genética, estrutura de personalidade etc.

Observamos com outro participante um trecho da sua fala que consubstancia o anterior, calçando a mesma representação social para a relação entre drogas e loucura: a predisposição genética.

Se a pessoa tiver predisposição, sim. Tem um médico que trabalhou muito tempo com a gente, [Dr. X] que ele dizia que se a pessoa tiver um fator de compulsão no corpo, vai dar... dar mais vontade de usar aquela substância. Se a pessoa não tiver aquele fator de compulsão, ele não vai sentir necessidade de usar aquilo. Isso serve para as drogas lícitas e ilícitas, mas digo no caso do cigarro, do café, da bebida, e aí eu vou na praia dele, eu acompanho o pensamento dele, eu não tenho um estudo aprofundado com relação cocaína, com relação a outras substâncias, mas se tiver o fator de compulsão que a pessoa tem no corpo vai. (Participante 08).

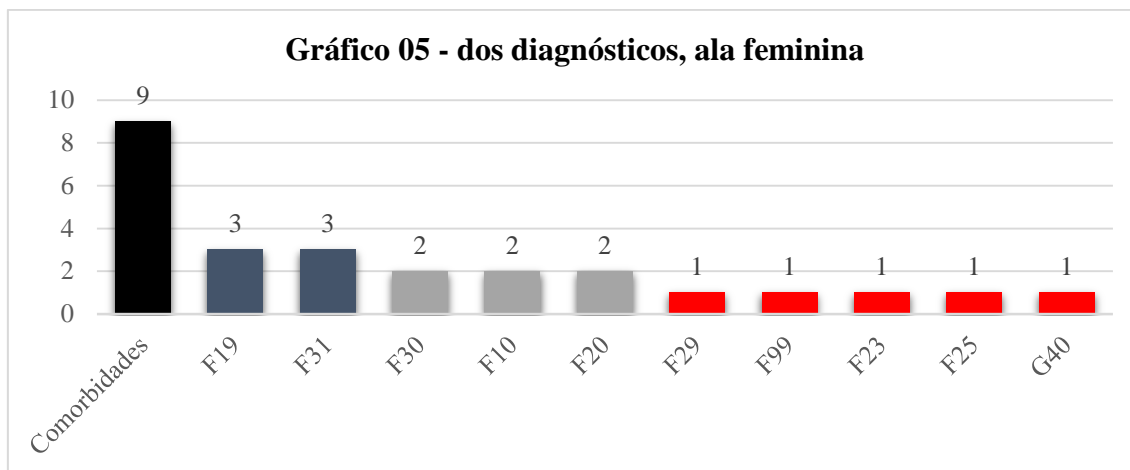
Do mesmo modo, observamos na fala de outro participante que:

Com certeza. É como também eu te falei, isso vai depender da pessoa, tem pessoas que usam substâncias psicoativas a vida toda e não tem nada, tem um que experimenta uma vez, duas vezes, eu acho que vai potencializar, o indivíduo já tinha uma predisposição, e usando o álcool ou a droga ele vai potencializar isso, mas eu acho que ele já tinha algum problema também, não é só porque ah, usou uma vez, eu conheço usuários da vida toda que nunca teve problema psicológico. Mas já conheço alguns que usou uma duas vezes, casos que tivemos aqui, então eu acho que só potencializou, ele já tinha uma história aí. (Participante 09).

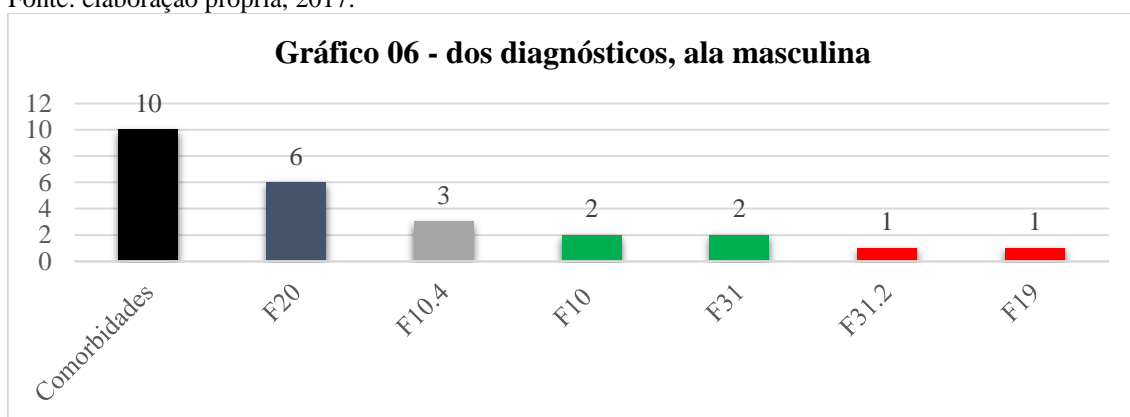
A esse respeito, identificamos dois tipos de representações sociais no que tange à relação entre o uso drogas e a loucura, uma de caráter mais incisivo, prático, em que o uso de drogas, principalmente do álcool, tem chamado atenção destes participantes por suas diversas sintomatologias evidenciadas na emergência psiquiátrica. Por outro lado, há uma representação social mais cautelosa, calcada na predisposição genética, que considera as drogas como disparadores e ou impulsionadores de um estado latente de loucura, o que corrobora com estudos que procuram estabelecer essa relação, como é o caso do investimento feito por Messas (1999), sobre **a participação da genética nas dependências químicas**.

É interessante observar, que, neste primeiro tópico tanto os dados de memória extraídos dos prontuários quanto as representações sociais identificadas nas falas dos participantes, nos comunicam importantes informações. As drogas lícitas têm surpreendido neste recorte amostral como as principais substâncias de predileção das pessoas que buscam a emergência do Hospital Especializado Afrânio Peixoto, e o álcool, em específico, tem sido apontado como o responsável pelas diversas problemáticas sintomatológicas enfrentadas pelos usuários desta instituição hospitalar. Nossa hipótese para este fato, reside na permanência ampla de uma representação social que desconsidera os prejuízos das drogas lícitas. No próximo item, estenderemos o diálogo entre memória e representações sociais quanto a questão diagnóstica dos quadros de loucura.

5.5.2 Diagnóstico: o uso problemático de drogas como doença mental



Fonte: elaboração própria, 2017.



Fonte: elaboração própria, 2017.

Tabela 04 – Descrição das comorbidades, Ala Feminina

F10 / F20 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - intoxicação aguda / Esquizofrenia¹⁶

F10 / F20 / F31 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - intoxicação aguda / Esquizofrenia / Transtorno Afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco

F10 / F25 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - intoxicação aguda / Transtorno Esquizoafetivo do tipo maníaco

F10 / F30.2 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - intoxicação aguda / mania com sintomas psicóticos

F10 / F31.2 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - intoxicação aguda / Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos

F10 / F31 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - intoxicação aguda / Transtorno Afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco

F60.3 / 44.7 - Transtorno de personalidade com instabilidade emocional /

¹⁶ Aparece em três prontuários distintos na ala feminina, compondo então as 09 comorbidades apresentadas em gráfico 05.

Transtorno dissociativo misto

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Tabela 05 - Descrição dos CID'S – Classificação Internacional de Doenças, Ala Feminina

- F19** - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - intoxicação aguda
- F20** - Esquizofrenia
- F23** - Transtorno psicótico agudo polimorfo, sem sintomas esquizofrênicos
- F25** - Transtorno Esquizoafetivo do tipo maníaco
- F29** - Psicose não orgânica não especificada
- F30** - Transtorno Afetivo bipolar, episódio maníaco
- F31** - Transtorno Afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco
- F99** - Transtorno mental não especificado em outra parte
- G40** - Epilepsia e síndromes epiléticas idiopáticas definidas por sua localização

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Tabela 06 – Descrição das comorbidades, Ala Masculina

F10 / F12 / F14 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool / Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides - intoxicação aguda / Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína - intoxicação aguda

F10 / F19 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool / Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - intoxicação aguda

F10 / F20 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - intoxicação aguda / Esquizofrenia¹⁷

F10 / F29 / F30 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool / Psicose não orgânica não especificada / Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaníaco

F10 / F99 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool / Transtorno mental não especificado em outra parte

F16 / F31 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos / Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos

¹⁷ Aparece em dois prontuários distintos na ala masculina, compondo então as 10 comorbidades apresentadas em gráfico 06.

F19 / F99 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - intoxicação aguda / Transtorno mental não especificado em outra parte

F20 / F19 – Esquizofrenia / Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

F20 / F31.2 – Esquizofrenia / Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Tabela 07 – Descrição dos CID’S – Classificação Internacional de Doenças, Ala Masculina

F20 - Esquizofrenia.

F10.4 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de abstinência com *delirium tremens*

F10 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool

F31.2 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos

F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - intoxicação aguda

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Entendendo a extensão e a importância destes dados apresentados nos gráficos e tabelas acima, tendo em vista a continuação das nossas análises, procederemos uma leitura cuidadosa dos diagnósticos mais recorrentes em ambas as alas, evidenciando as similitudes e disparidades, assim como temos realizado durante todo esse percurso analítico. Desse modo, os dados revelados em nossa pesquisa documental, apontam para um grande número de comorbidades que, como já pontuamos, evidencia a presença de mais de um diagnóstico em um indivíduo. Foram registradas nas hipóteses diagnósticas em anamnese por parte da equipe médica (9) comorbidades na Ala Feminina e (10) na Ala Masculina, conforme apresentação gráfica e descrição nas tabelas acima.

Outros diagnósticos aparecem com certa ocorrência, no caso da Ala Feminina registramos 3 (três) vezes para o F19 e F31, e 2 (duas) vezes para F10, F20 e F30. Não nos atentaremos para os códigos que possuem pequenas ocorrências por não serem tão relevantes ao teor desta análise. Na Ala Masculina, observamos nos relatos a presença de 6 (seis) vezes para o F20, 3 (três) vezes para o F10.4 e 2 (duas) vezes para F10 e F31, conforme descrição nas tabelas acima.

É preciso salientarmos, à primeira vista, que a gama de comorbidades explícitas em ambas as alas nos comunicam um dado de extrema importância e que se conectam com os

dados apresentados nos gráficos anteriores, das 9 (nove) comorbidades relatadas na Ala Feminina, 8 (oito), estão intimamente relacionadas a intoxicações agudas pelo uso de álcool, conforme descrição em Tabela 04. No caso da Ala Masculina das 10 (dez) comorbidades mencionadas, 6 (seis) aparecem tendo o álcool como substância principal, geralmente, vindo acompanhadas do uso de múltiplas substâncias psicoativas como é o caso da maconha, do *crack*, da cocaína e dos alucinógenos, conforme descrevemos na Tabela 06.

Observamos ainda ocorrências similares em diagnósticos diferentes, como é o caso da Ala Feminina 3 (três) vezes para o F31, enquanto encontramos 3 (três) vezes para o F10.4 na Ala Masculina, estes dados sugerem que as mulheres, neste retrato amostral, disparam mais transtornos afetivos bipolares por conta do uso de álcool e homens apresentam mais síndromes de abstinência com *delirium tremmens*.

Outro dado importante apresenta a ocorrência similar do código F10, que aparece 2 (duas) vezes em cada ala, confirmando que as intoxicações agudas em decorrência do uso abusivo de álcool são bastante elevadas tanto em homens como em mulheres.

Em relação às disparidades, observamos que, o código F20 está mais presente na Ala Masculina 6 (seis) vezes, do que na Feminina 2 (duas) vezes, sugerindo que homens, neste retrato amostral, estão mais suscetíveis à esquizofrenia por conta do uso abusivo de álcool e das múltiplas substâncias psicoativas do que as mulheres, como já pontuamos nos gráficos 01 e 02.

Recortando esta análise para os dados de maior ocorrência, neste caso, as comorbidades, entendendo-as como consequência de um uso abusivo ou da dependência de determinada substância, recorreremos ao nosso referencial teórico para explicitar as principais teorias psiquiátricas que buscam compreender os mecanismos de associação entre a doença primária e a comórbida.

Desse modo, como já apresentamos no corpo teórico por meio das assertivas dos autores Cordeiro e Ratto (2004), existem quatro teorias que buscam explicar o fenômeno da comorbidade. Em primeiro plano, a teoria casual, que tem como argumento central a ideia de que a presença de um transtorno é condição *sine qua non* para a eclosão do outro. Em segundo plano, estes autores nos informam sobre a teoria etiológica comum, que defende que a presença de duas patologias seriam fruto da mesma combinação de genes, estando associadas a fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo assim, o transtorno comórbido e o primário poderiam ser manifestações em diferentes apresentações da mesma patologia.

Prosseguindo, Cordeiro e Ratto (2004) nos comunicam sobre a teoria da automedicação, esta, muito presente nos relatos contidos nas entrevistas anamnésicas, em que

alguns psiquiatras defendem que a presença da psicopatologia estimula o abuso de substâncias psicoativas com o intuito de amenizar toda sintomatologia experimentada pelo indivíduo em determinado momento de sua vida. Estes autores citam como exemplo, o uso do álcool como ansiolítico.

Por fim, Cordeiro e Ratto (2004) evidenciam a teoria da precipitação psicopatológica pelo uso de substâncias, neste caso, considera-se que o uso de substâncias psicoativas pode fazer eclodir uma patologia em estado latente, novamente, estes autores usam o exemplo do álcool, que por se tratar de um depressor de SNC desencadeia sintomas depressivos, embotamento afetivo e até quadros ansiosos.

Diante das considerações teóricas acima, entendemos que ao menos duas das quatro teorias explicam a quantidade de comorbidades encontradas em nossos dados, são elas, a teoria da automedicação e a teoria da precipitação patológica, em ambas, o uso abusivo ou a dependência já instalada fazem com que os usuários deste serviço busquem aumentar o consumo da substância de predileção, a fim de mitigar os sintomas patológicos instalados em seu psiquismo e, de certo modo, acabam por disparar algum tipo de transtorno adicional que esteja em estado de latência.

Uma das grandes dificuldades encontradas no manejo do paciente com comorbidade relacionada ao uso de drogas na emergência psiquiátrica é explanada por Laranjeira, Zaleski e Ratto (2003), que pontuam sobre a qualidade do diagnóstico primário inicial, isso se deve ao fato de que é bastante complexo estabelecer as diferenças entre a presença da comorbidade (abuso de drogas e transtornos mentais), por conta dos efeitos da substância de predileção do usuário, isso porque, muitas destas substâncias produzem quadros psicóticos, ansiosos e depressivos, durante o processo de intoxicação ou até mesmo nos quadros de abstinência.

Por outro lado, é preciso que façamos aqui uma reflexão sobre as condições e os critérios utilizados pela equipe médica para o diagnóstico, entendendo que a psiquiatria moderna e materialista se apresenta como uma disciplina de controle dos corpos, sendo mencionada por Foucault (2015), como um saber-poder responsável por posicionar a loucura como uma doença mental.

Desse modo, desde o fim do século XIX até os dias atuais, a referida disciplina vem cometendo excessos na sua experimentação, na tentativa de plasmar um ideal de controle e cura, a exemplo dos CID'S, que se apresentam como signos psiquiátricos e que mascaram uma realidade muito mais complexa: a sociedade tem dificuldade em lidar com a loucura, principalmente, se esta loucura estiver atrelada ao uso de drogas.

Seguindo este raciocínio e entendendo a loucura como uma doença mental, e em sua essência, as teorias diagnósticas que estão presentes na tomada de decisões dos psiquiatras dentro de uma emergência hospitalar, voltamos a recortar alguns trechos das entrevistas dando continuidade ao diálogo entre os dados de memória e de representações sociais.

Por isso ao indagarmos aos participantes o que eles concebem como loucura, obtivemos as seguintes respostas:

Rapaz, no meu simples conhecimento, eu considero, eu penso como uma doença como outra qualquer, que qualquer um de nós não estamos livres de adquiri-la, isso pode ser uma questão de genética, outras pessoas, às vezes coitados, por não ter um amparo familiar se entregam à bebida, aos vícios, né? E por aí, como você bem sabe, você estuda a matéria, leva a essa questão, então na minha opinião eu considero uma doença que qualquer ser humano pode adquirir. (Participante 01).

Outrossim, averiguamos com outro participante: “Eu acho que a loucura faz parte da vida né? [risos] É uma doença mental e ninguém está livre de ter uma doença mental, mas o que é importante é que existe tratamento pra essa loucura né? É o que a gente vê aqui no hospital” (Participante 02).

Prosseguindo com o recorte das entrevistas, observamos em outra aceção:

Bom, existe uma linha muito tênue né? Entre sanidade e a loucura, qualquer um de nós pode desenvolver um surto ou pode, é... ou pode ter tudo isso mental, porque tá ligado a questão da hereditariedade, tem chances maiores, mas também o ritmo de vida que a gente leva hoje, as condições de pressão no trabalho.. é, é, a pressão não só psicológica mas também física do trabalho, tudo isso leva a pessoa, né... a poder desenvolver distúrbios psicossociais e até doenças mentais. E tem também outros episódios que pode acontecer também, é, é, no pós-parto que, que as vezes não tem nenhuma ligação familiar, nunca aconteceu com ninguém, e também pode desenvolver com o uso de drogas, também pode acontecer no uso de substâncias psicoativas estar desencadeando um processo, principalmente, o transtorno bipolar que a gente tem observado aqui, sem que haja outros casos na família. (Participante 03).

Em outro trecho, identificamos outra similar aceção:

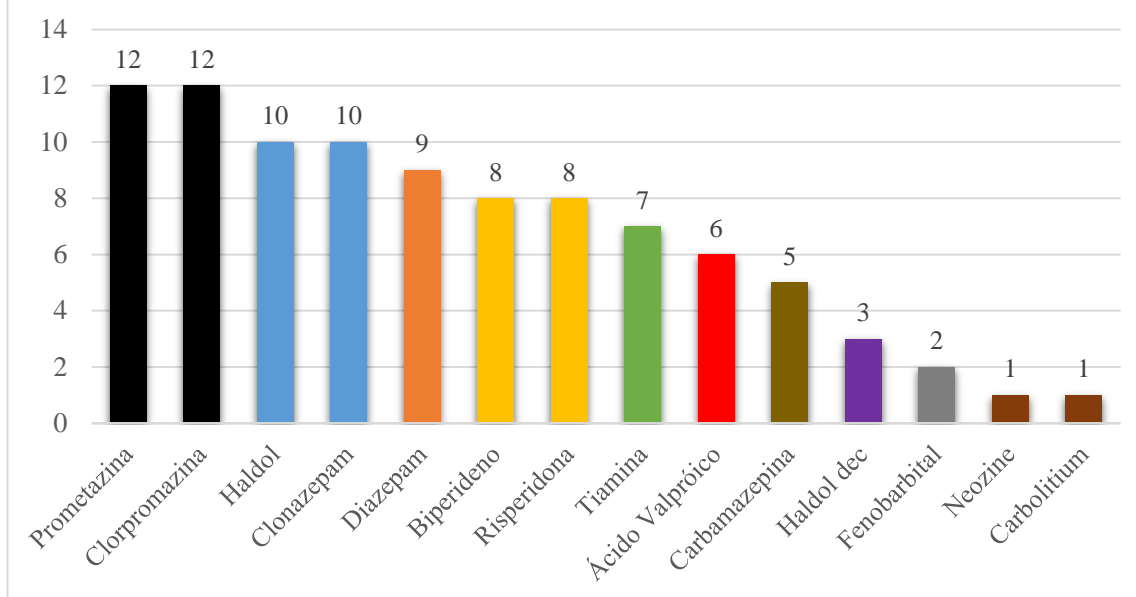
Ó, a loucura, ela é uma doença que eu vejo assim, como a pior da face da terra. A pior. Eu vejo assim que não tem um câncer, não tem uma AIDS, não tem uma tuberculose, não tem outra patologia que supere a doença mental, é uma coisa assim que... que quando eu comecei a trabalhar aqui, que foi no ano de 1980, quando aqui tinha internado, em cada ala tinha 80 a 90 pacientes, naquela época era pacientes agudos né? E eu via coisas aqui que eu ficava impressionado, dizia meu deus, como é que um ser humano pode chegar numa situação dessas. (Participante 06).

Com isso, é possível identificar nos quatro trechos supracitados que a representação social dos participantes sobre a loucura está alicerçada na doença mental, isso se deve aos elementos constituintes dessa representação que foram ancorados e, posteriormente, objetivados, a partir de um discurso médico, como por exemplo: a predisposição genética, o uso de drogas, a agressividade exacerbada, o estilo de vida e a linha tênue entre sanidade e loucura.

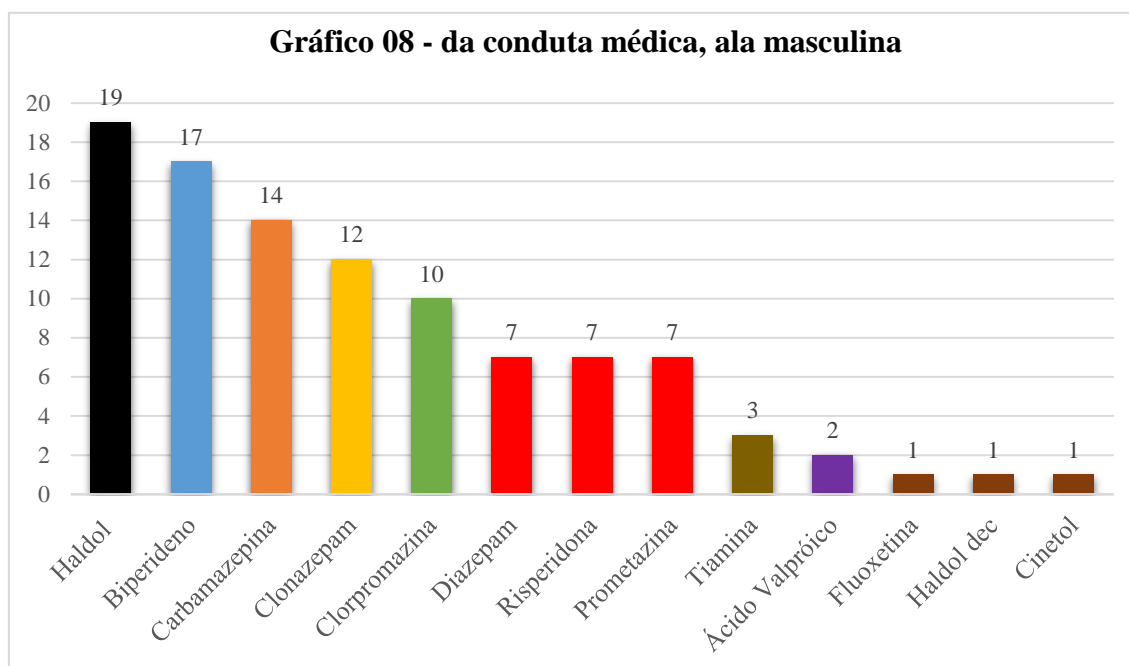
Observando a confluência dos dados, memória e representações sociais neste tópico nos chamam atenção para a posição que a relação entre uso de drogas e loucura ocupa nas práxis diagnósticas do Hospital Afrânio Peixoto: uma doença mental. Somado a isto, o alto número de duplos diagnósticos que possuem relação direta com o uso de drogas é alarmante, provavelmente, por se tratar de um atendimento emergencial a qualidade do processo de diagnóstico pode estar comprometida.

Isso reflete, mais uma vez, a responsabilidade que a disciplina psiquiátrica e a instituição hospitalar possuem no tratamento das pessoas que experimentam algum tipo de sofrimento, isso porque a expressão diagnóstica mobiliza não apenas a afetividade do sujeito, mas também a forma como ele se percebe e se insere no mundo. A questão do excesso de patologias é mais um debate que precisa ser levantado quando pensamos nos rumos das práticas em saúde mental, aquilo que Georges Canguilhem (1904-1995), tratou em sua tese de doutorado em medicina com um valioso ensaio sobre os problemas relativos ao normal e o patológico, produzindo uma crítica aos modelos diagnósticos, sobretudo, os modelos psicopatológicos aplicados em uma clínica tradicional: testes, escuta, identificação dos sintomas etc. Na próxima e última subcategoria, identificaremos e analisaremos os principais fármacos utilizados pela conduta médica na abordagem dos sintomas presentes na emergência.

5.5.3 A conduta médico-farmacológica

Gráfico 07 - da conduta médica, ala feminina

Fonte: elaboração própria.

Gráfico 08 - da conduta médica, ala masculina

Fonte: elaboração própria, 2017.

Nos gráficos 07 e 08, apresentamos os fármacos mais utilizados na combinação medicamentosa para contenção dos principais sintomas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, seja no processo de intoxicação ou de abstinência. Continuaremos a recortar os dados observando as maiores ocorrências e de como eles estão conectados com as outras análises já realizadas, evidenciando novamente as similitudes e as disparidades. Reiteramos que, os glossários dos fármacos e das morbidades estão nos anexos.

Com efeito, observamos que, basicamente, a gama de fármacos utilizados na contenção dos sintomas são bem similares, alterando apenas as ocorrências entre ambas as alas. Dito isso, conforme examinamos na Ala Feminina, a Prometazina e a Clorpromazina aparecem 12 (doze) vezes cada, seguidas do Haldol e Clonazepam 10 (dez) vezes cada. O diazepam aparece com 9 (nove) ocorrências registradas. Averiguamos também, o uso de Biperideno e Risperidona 8 (oito) vezes para cada um. Registros singulares de Tiamina 7 (sete) vezes, Ácido Valprórico 6 (seis), Carbamazepina 5 (cinco) e Haldol decanoato 3 (três), também foram averiguados.

Diferentemente das ocorrências da Ala Feminina, constatamos na Ala Masculina que o Haldol fora utilizado 19 (dezenove) vezes, seguido do Biperideno 17 (dezesete), da Carbamazepina 14 (quatorze), Clonazepam 12 (doze), Clorpromazina 10 (dez). Três tipos de remédios aparecem com a mesma ocorrência, Diazepam, Risperidona e Prometazina 7 (sete) vezes cada uma.

Concentramos nestas substâncias por entendermos que elas são frequentes na contenção dos sintomas que mais ocorrem na emergência psiquiátrica tendo em vista os dados já discutidos neste estudo, portanto, com o auxílio de nosso referencial teórico caracterizaremos tais fármacos, observando, obviamente, sua conexão com as hipóteses diagnósticas que foram traçadas pela equipe médica e por nós discutidas no tópico anterior.

Dessa maneira, recorreremos à literatura proposta em referencial teórico, examinando por meio das explicações de Cordioli (2005), as principais classes de fármacos utilizadas pela conduta médica deste hospital, assim, destacam-se os antipsicóticos (Haldol, Clorpromazina, Risperidona e Haldol Decanoato), que possuem mecanismos de ação voltados para a sedação e alívio de sintomas psicóticos como alucinações visuais, auditivas e táteis, delírios de perseguição, alteração do curso de pensamento e desorganização, o que nos remete aos sintomas presentes nas comorbidades ocasionadas pelo abuso de substâncias psicoativas, como também nos quadros de esquizofrenia registrados anteriormente, com mais frequência na Ala Masculina.

Outra classe também bastante utilizada evidenciada em nossos dados são a dos anti-histamínicos (Prometazina), segundo Cordioli (2005), muito utilizados nas contenções psiquiátricas como indutores do sono. Fármacos como (Ácido Valprórico e Carbamazepina) também aparecem em nossos dados com alguma frequência e, segundo Cordioli (2005), são muito utilizados como estabilizadores do humor nos transtornos afetivos bipolares, que também foram bastante registrados nos gráficos anteriores, com mais frequência na Ala Feminina.

Há também o uso bastante recorrente dos ansiolíticos conforme sugerem os dados (Clonazepam e Diazepam), que segundo Cordioli (2005), atuam diminuindo a atividade a atividade do SNC, na contenção de sintomas voltados aos quadros de ansiedade e agitações da psicomotricidade. Uma presença singular em nossos dados dá conta do uso de anticolinérgicos (Biperideno), que, segundo este autor, atuam na diminuição de dores neuropáticas e dos tremores, sendo muito utilizados, segundo Cordioli (2005), para o alívio dos efeitos colaterais causados pelos antipsicóticos.

Entendemos que estas classes medicamentosas supracitadas são consideradas elementares na formação da conduta médico-farmacológica deste hospital, explicitando, evidentemente, uma medicalização excessiva no que diz respeito ao uso, abuso e dependência química de substância psicoativas, exprimindo um automatismo nas práxis médicas que parecem estar estagnadas em um determinado discurso sobre a doença mental, como bem nos esclarece Foucault (1987).

Neste sentido, averiguamos que há um paradoxo no que diz respeito à maneira em que se procede a conduta médico-farmacológica, isso porque, usuários esporádicos ou até mesmo com uma dependência instalada são tratados com drogas que não raro causam efeitos colaterais indesejáveis e que podem, do mesmo modo, causar dependência com o uso prolongado, principalmente nos casos de usuários que possuem recorrentes internações, e que ficam à mercê de uma rotina hospitalar apática, na qual os efeitos medicamentosos predominam e cerceiam a autonomia subjetiva do sujeito que ali busca o acolhimento.

A falta de espaço reflexivo nesta instituição hospitalar sobre questões pontuais como a RD, evidenciam uma desatualização das práticas que permeiam o contexto da saúde, dada a importância que o discurso médico ocupa no debate sobre as drogas, problema esse muito bem levantado por Fiore (2005). Tal estratégia poderia fazer parte da conduta médica como uma variante terapêutica.

A princípio, enquanto alternativa emergencial de cuidado, o Hospital Psiquiátrico Afrânio Peixoto tem a sua conduta centralizada no expediente medicamentoso para o tratamento dos indivíduos que fazem uso abusivo ou que possuem uma dependência já instalada, demonstrando que como ponto de atenção da RAPS, vem cumprindo uma função importante, apesar de já estar claro neste estudo que, possui uma demanda extensiva e que precisa ser escoada para os dispositivos capazes de trabalhar de maneira qualitativa.

A exemplo disso, existe no município, o CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial especializado no cuidado em Álcool e Drogas, que está em pleno funcionamento, possuindo uma estrutura que permite uma variação nas alternativas de cuidado para estes casos, por meio

da psicoterapia, dos grupos de apoio, das atividades que promovem uma integração entre os usuários da rede, reestabelecendo de forma comunitária o convívio do usuário com familiares e amigos. Porém, a busca por tratamentos alternativos pode não fazer parte das representações sociais da população sobre a eficácia deste tipo de tratamento, embora não seja este o objetivo desta pesquisa.

Com efeito, ao buscarmos nas entrevistas os relatos acerca dos métodos de tratamento já utilizados por este Hospital, encontramos informações que podem enriquecer esta análise. Assim, ao indagarmos sobre as mudanças na metodologia de tratamento do Hospital após o advento da Reforma Psiquiátrica, encontramos a seguinte colocação:

Ah, totalmente, se você considerar que antigamente os pacientes eram colocados no isolamento, para eles acalmarem aqueles que tomavam o remédio e não faziam efeito, aí existia o Cerletti o tratamento de choque, hoje não, as vezes com uma conversa você consegue contornar a situação, os profissionais aqui, eles tratam os pacientes como se fossem filhos deles. Ah mudou de água pra vinho. (Participante 01).

Em outra fala, averiguamos a seguinte menção:

Eu acho que sim, porque hoje a gente consegue tirar a lei do papel, com mais objetividade, antes não tínhamos condição de atender todo mundo, o paciente ficava com o cartão e os portões ficavam fechados, hoje, independente se ele vai ser atendido, ele entra, se não puder ser atendido hoje a gente marca para um outro dia, até porque cada dia que passa vem crescendo a nossa demanda e a gente não tem condição de atender tudo que chega. (Participante 03).

Seguindo com os relatos, examinamos a seguinte informação:

Do ponto de vista legal, sim. Humanizou bastante, se é que eu posso usar essa palavra, humanizar para humanos, é uma redundância. Mas, é... mudou muita coisa, a forma como o paciente, é... recebe as visitas, tem mais contato com a família do que tinha antes, era mais separado, ficava mais tempo, o tempo de permanência reduziu bastante, tinha paciente que chegava a ficar aqui, a gente sabe, não quando eu entrei, mas tinha paciente que chegava a ficar durante um ano, ou até três meses, e hoje não passa muito disso de 30 dias, a maioria não passa de 15 dias, diminuiu o tempo que ele passa separado da família. A gente também tem algumas outras ações, de trabalhar mais com a família, de fazer palestra, de informar sobre a importância do atendimento em casa, com a comunidade, com a família, a visão toda da gente mudou, com relação a forma como a pessoa deve ser atendida. (Participante 04).

Na tarefa de continuar identificando as representações, com outro participante, observamos que:

Ah, houve sim. Porque assim, a gente trabalha dentro da lei, então, a partir do momento em que a lei, por exemplo, uma explicação curta, contenção de paciente, a contenção de paciente é aquela que se faz no leito, a partir do momento que se preconiza que o paciente não pode ficar contido 2 horas e que depois de 2 horas o paciente tem que ser reavaliado, a gente tem que manter essa conduta. A partir do momento em que se preconiza que o paciente só pode ser sedado com a presença de um médico, a gente tem que fazer isso. Então assim, em 20 anos muda-se tudo, eu quando entrei no Afrânio Peixoto, é... eu não peguei o Cerletti, a convulsoterapia, não sei se estou falando o nome certo... quando eu entrei, [Dr. X] já tinha escondido o aparelho, eu adulei ele pra conhecer e ele não deixou, porque já tava proibido e ele era rigoroso em relação a isso, porque o estado tem isso, Salvador já tinha mandado guardar pra depois devolver. Então ele guardou na sala dele e não deixou nenhum dos novatos conhecerem. Eu não tive o prazer de ver camisa de força. Eu não vi em minha vida, camisa de força, então, isso é modernidade, quando eu cheguei eu já não peguei mais esses equipamentos, eram equipamentos de tortura? Eram. Hoje a gente estudando, a gente já sabe que a convulsoterapia, hoje em dia já voltou a ser aplicado com a anestesia, hoje se eu quiser conhecer tenho que ir em alguma clínica particular pra ver. (Participante 08).

Por fim, identificamos a seguinte afirmativa:

Muito. Muito. Houve evoluções, a gente evoluiu muito em medicações, tratamento, terapias, né? Porque a gente começou... é... chegando médicos novos com outra visão, com medicações novas também, porque a gente sabe que, antigamente, tinha 2 a 3 medicações, hoje tem várias, toda uma gama de medicações, que os médicos hoje vão fazendo esse ajuste, mas, tem a terapia ocupacional, tem toda a parte... é... lúdica, que ajuda o paciente a melhorar e isso tem feito o paciente melhorar muito. (Participante 09).

Diante de tais relatos, é possível perceber que a representação social destes participantes sobre as mudanças no tratamento estão calçadas na evolução da estrutura hospitalar, possibilitada pelo advento da Reforma Psiquiátrica, quando mais profissionais puderam ser contratados, melhorando a qualidade do acolhimento, acompanhando evidentemente a expansão da psiquiatria e da indústria dos fármacos, que trouxeram uma gama de medicamentos novos, ampliando as condições do exercício terapêutico do corpo multidisciplinaridade ali presente.

Outro elemento importante que pode aproximar, no que tange ao diálogo entre memória e representações sociais é o fato de que os conhecidos isolamentos¹⁸ e a

¹⁸ O quarto de isolamento (“*seclusion room*”) é o local destinado à intervenção física em pacientes com transtornos mentais que se apresentam em grave crise psíquica. Neste ambiente, o paciente é monitorado continuamente por equipe técnica devidamente treinada. Sua livre saída do quarto de isolamento não é permitida, sendo que a porta pode ser trancada ou não. CREMESP (2015).

eletroconvulsoterapia¹⁹ foram sendo gradativamente substituídos no Hospital Afrânio Peixoto, e de que hoje, existem outras formas terapêuticas, ainda que passíveis de reflexão, como é o caso da expressiva quantidade de medicamentos que aferimos nos prontuários, utilizados pela conduta médica no ato de contenção.

Dito isso, nesta subcategoria, memória e representações sociais comunicam fatos divergentes, com os dados extraídos da anamnese, averiguamos a maciça presença dos medicamentos na memória do cuidado institucional, apresentando-se como a terapêutica central nas lembranças destes profissionais de saúde, que estão em consenso quanto a maneira de tratar o problema das drogas: com drogas. Evidenciando uma questão bastante paradoxal. Por outro lado, as representações sociais aferidas são menos diretivas e nos orientam pelo caminho das transformações que a estrutura hospitalar passou ao longo dos anos, fazendo-nos pensar e comparar o passado com o atual, e a certeza de que as melhorias foram para além de inevitáveis, pontuais.

Na próxima categoria, buscamos continuar o diálogo entre a memória e as representações sociais da instituição psiquiátrica, agora, entrando definitivamente no terreno da Reforma Psiquiátrica, entendendo a RAPS como um desdobramento estratégico e político que visa qualificar o atendimento no âmbito da saúde mental, tornando-o mais efetivo por meio de ações descentralizadas em seus diversos pontos de atenção.

Categoria: A Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos

Para atender ao nosso objetivo específico que é de analisar as memórias e representações sociais do Hospital Afrânio Peixoto sobre a Reforma Psiquiátrica e os seus desdobramentos, aqui, entendemos a RAPS e os seus pontos de atenção como um desdobramento político e estratégico no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico.

Desse modo, apresentamos de início, objetivando continuar o diálogo entre memória e representações sociais, dois gráficos que expressam os dados colhidos nos prontuários das Alas Masculina e Feminina, sobre a identificação de usuários do Hospital Afrânio Peixoto que possuem cadastro no CAPS, analisando conjuntamente os trechos das entrevistas nas quais identificamos as representações sociais dos participantes sobre a rede e o referido dispositivo.

¹⁹ É uma técnica que existe desde 1938 e que, atualmente, utiliza-se de aparelhagens modernas e avançadas, além de anestésicos, para produzir estímulos elétricos no cérebro que induzem disparos rítmicos autolimitados. Com isso, ocorre um equilíbrio nos neurotransmissores como serotonina, dopamina, noradrenalina, glutamato e restabelece a normalidade do seu funcionamento. IPAN (2017).

Por se tratar de um ponto de atenção da RAPS, o CAPS tem como função escoar a demanda de primeira consulta, que tem números bastante expressivos no Hospital Afrânio Peixoto, conforme já descrevemos anteriormente, salientando, que, muitos usuários são internados já na primeira consulta, não passando por uma avaliação mais minuciosa sobre a sua situação, que poderia ser redirecionada para um outro serviço.

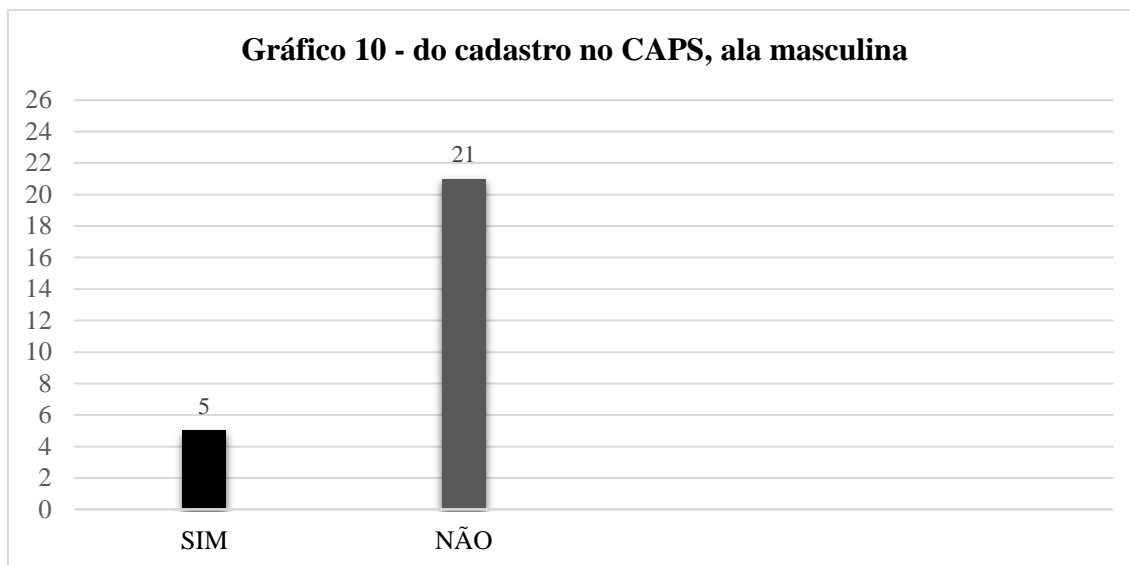
Em um segundo momento, para complementar as nossas tratativas analíticas, buscamos identificar as memórias e as representações sociais destes participantes sobre a Reforma Psiquiátrica e sobre a importância da continuidade do atendimento nesta instituição hospitalar, tendo em vista a desarticulação gradativa a qual se propõe a Reforma, quando o atendimento na emergência hospitalar será cada vez menor.

Por fim, apresentamos do mesmo modo, uma contribuição singular, trata-se das representações sociais de um dos responsáveis pela área psiquiátrica deste hospital sobre tais questões acima elencadas, tendo em vista que só conseguimos tal entrevista com o estudo em andamento, por não constar seu nome na lista de funcionários fornecida pelo Hospital, conforme critério estabelecido para a seleção dos participantes das entrevistas, algo que já mencionamos anteriormente.

5.5.4 As representações sociais do CAPS: um ponto de atenção da RAPS



Fonte: Elaboração própria.



Fonte: Elaboração própria.

Ao observarmos os dados apresentados nos gráficos 09 e 10, tornou-se inevitável para o exercício analítico em questão a verificação da nossa hipótese inicial, que vem se confirmando ao longo deste trajeto. Pensamos, inicialmente, que o alto índice de primeira consulta e internações nesta instituição hospitalar sugeria uma desarticulação entre os pontos de atenção da RAPS: o CAPS e o Hospital Afrânio Peixoto, ficando isso explícito nos dados acima.

Verificamos desse modo, que dos 26 (vinte e seis) prontuários investigados na Ala Feminina, apenas 8 (oito) possuem cadastro no CAPS, enquanto 18 (dezoito) não possuem nenhum tipo de registro neste serviço. No caso da Ala Masculina, observamos um número ainda menor, apenas 5 (cinco) possuem registro no CAPS, enquanto a maioria 21 (vinte e um) não apresenta qualquer registro. Fazemos nota de que não há uma descrição apurada na anamnese de qual modalidade deste serviço estas pessoas estão cadastradas, se no CAPS II ou no CAPSad.

Produzindo uma caracterização mais detalhada acerca da RAPS e das modalidades de atendimento inscritas nos CAPS, precisamos primeiro contextualizar a cidade que abriga tais serviços. Dito isso, Vitória da Conquista é a terceira maior cidade do Estado da Bahia, com população estimada segundo dados do IBGE (2016) é de aproximadamente 346.069 habitantes, estando habilitada e dentro dos critérios da portaria de nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), para implantação e funcionamento dos serviços: CAPS II, CAPSad III e CAPSia – Infância e Adolescência, todos eles com parâmetro populacional acima dos 200 mil habitantes.

Concentrando as nossas atenções nos dados que averiguamos durante esta pesquisa documental, percebemos que a demanda de primeira consulta que vem sendo gerenciada pelo Hospital Afrânio Peixoto deveria ser filtrada e escoada para os CAPS, por isso, observamos através da portaria de nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011) republicada em 21 de maio de 2013, a instituição da RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades em decorrência do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Nesta portaria, examinamos o objetivo geral da RAPS, expresso no art. 3º:

I – Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Neste caso, observamos que o item III deste objetivo geral, expresso pela articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, parecem não estar dando conta de filtrar e redirecionar a demanda da primeira consulta, esta tem chegado diretamente no Hospital Afrânio Peixoto. Em consequência disso, a RAPS não tem conseguido reduzir os números de internação nesta unidade hospitalar. Para complementar esse raciocínio, ainda no exame da portaria RAPS, observamos os seus componentes, por meio do art. 5º:

I - Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; b) equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência; II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros; IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial; V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e VII - reabilitação psicossocial.

Entendendo a extensão da RAPS, é inconcebível que desde a sua formação, em 2011, e com tantos componentes a sua disposição, que formam uma verdadeira teia no mapeamento

dos sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico em decorrência do uso de substâncias psicoativas, rupturas como estas percebidas em nossos dados venham a ser tão dimensionadas, entendendo que, nosso retrato amostral compreende setembro de 2013 a dezembro de 2015, obviamente, que se ampliássemos a investigação e o tamanho amostral encontraríamos outros dados, talvez, mais alarmantes, conforme o nosso entendimento analítico.

Partindo para uma compreensão mais detalhada das modalidades de acompanhamento ofertadas pelo CAPS como ponto de atenção especializado da RAPS, identificamos no art 7º, § 4 a seguinte distribuição:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes; II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes; III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes; V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Examinando as especificidades postas por meio desta portaria sobre os dispositivos e a sua caracterização, que já detalhamos em referencial teórico com Correa (2014), entendemos que a essência estrutural dos CAPS parte da formação de uma rede de suporte social, com autonomia suficiente para efetivar ações estratégicas de cuidado, considerando as particularidades do indivíduo, sua história, cultura e vida. Aquilo que Yasui (2006) definiria

como uma estratégia de transformação da assistência em saúde mental por meio da ampliação dos cuidados.

Dito isso, uma das funções primeiras deste serviço é delinear a articulação entre a saúde mental e a atenção básica, este na verdade, seria o primeiro filtro da RAPS, quando um dos papéis das UBS – Unidades Básicas de Saúde, deveria ser, por assim dizer, mapear as demandas de seus territórios direcionando para os pontos de atenção da rede conforme a sua especificidade e complexidade.

Com isso, as noções de territorialidade, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, foco na reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização e promoção da cidadania, que são descritas tanto por Correa (2014) quanto por Yasui (2006), seriam melhor executadas, como elementos que enfatizam o processo de autonomia no cuidado entre família e usuário.

Entendemos a partir dos dados explícitos no início desta subcategoria, acerca da presença de cadastro nos serviços substitutivos que, pacientes agudizados em decorrência do uso problemático de drogas que procuram o ponto de atenção emergencial do Hospital Afrânio Peixoto, deveriam, após estabilizados, serem encaminhados a um setor específico de cadastro e redirecionamento da demanda.

Nesta perspectiva, entendemos que há variados tipos de demandas, por isso, conforme já detalhamos em referencial com Correa (2014), há três modalidades diferentes de cuidado na estrutura dos CAPS: intensivo, semi-intensivo e não intensivo. E é exatamente por isso que a redistribuição de demandas atendendo ao critério da complexidade deveria ser mais efetivo, pois, no caso específico do uso problemático de drogas, há variações terapêuticas nas diferentes modalidades supracitadas, acolhendo a especificidade de cada caso.

Com efeito, a partir de toda a análise até aqui produzida tendo em vista os dados coletados na pesquisa documental, compreendemos que estes usuários que buscam o Hospital Afrânio Peixoto, em sua maioria, estão experimentando sofrimento psíquico grave em decorrência do uso abusivo ou da dependência de drogas, explicitando, neste caso, a urgência de um acompanhamento mais intensivo.

Uma das nossas hipóteses para este dado, parte da percepção de que muitas destas pessoas não buscam o serviço hospitalar voluntariamente, sendo, neste caso, internadas involuntariamente por familiares ou até mesmo por pessoas que fazem parte do seu círculo de convivência, confirmando mais uma hipótese desenvolvida no andamento deste estudo, a sociedade tem dificuldades em lidar com o fenômeno da loucura, principalmente, se a loucura estiver atrelada ao uso de drogas.

Continuando a articular um diálogo entre os dados de memória e das representações sociais, evidenciaremos agora, alguns trechos das entrevistas que se conectam com as discussões supracitadas. Ao questionarmos aos participantes sobre o que se pensa com relação a rede e, em específico, com relação ao funcionamento do CAPS, obtivemos as seguintes ponderações:

Então o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial é uma alternativa de tratamento comunitária, onde o paciente não precisa ficar mais isolado em uma unidade hospitalar, o que eu penso a respeito do CAPS é que seria o espaço ideal para o paciente, porque lá ele vai encontrar uma equipe multiprofissional, ele deveria encontrar uma equipe multiprofissional, terapia, refeições pra ele durante todo dia, mas nem sempre é isso que a gente encontra no dia a dia, a gente encontra estruturas implantadas mas o funcionamento não condiz com a proposta do CAPS, então, eu acho que ainda precisa ser melhorado bastante esse serviço, que os profissionais precisam ser melhor capacitados, a gente precisa ter o profissional médico inserido na equipe e trabalhando durante toda a semana. (Participante 03).

Encontramos em outra fala, uma colocação similar a anterior:

Sim, o CAPS é o Centro de Atenção Psicossocial, que veio pra ser... fazer parte da rede de atenção psicossocial, o que eu penso é que a proposta é muito boa mas como eu te falei que os CAPS aqui na Bahia ainda não tem atendimento suficiente para absorver todos os graus, tipos de situação que existem e, principalmente, no que diz respeito a recursos humanos, porque as vezes o prefeito até abre o CAPS e tudo, mais as pessoas que estão trabalhando lá não estão necessariamente preparadas para trabalhar com saúde mental, porque não é uma coisa fácil, não é uma profissão que muita gente queira e precisa de uma capacitação realmente diferenciada, de grande abrangência para você lidar com a pessoa com transtorno mental. O CAPS é uma boa proposta, mas tá faltando existência de CAPS suficiente e capacidade profissional de lidar com situações. (Participante 04).

Seguindo com as ponderações, observamos na seguinte colocação:

CAPS é o Centro de Assistência Psicossocial, pelo que eu entendo, esse atendimento, essa assistência é multidisciplinar, com o paciente e a família, né? Pra que ele mantenha-se equilibrado depois de sair de um surto ou pra que evite entrar em outro surto, né? Tem todo um acompanhamento psicoterapêutico, médico, químico, eu acredito que o CAPS deva ser isso. Mas ele só atende, infelizmente, o paciente que oferece essas condições, o paciente surtado eles não têm um preparo pra isso. É tanto que já aconteceu aqui, de pacientes que estavam lá no CAPS surtado e veio parar aqui, então, é como se fosse um pronto socorro. O que acontece em pronto socorro? A pessoa é atendida em um primeiro momento mas não tem condições de permanecer para um atendimento mais aprofundado, é... digamos mais direto né? Digamos assim, quando necessita de uma contenção química, mecânica para manter o paciente mais equilibrado, é... contido né? Até que ele passe por aquele momento. (Participante 05).

Fica evidente nos trechos posicionados acima de que há uma representação social em comum entre estes participantes no que diz respeito à rede, tendo em vista a função do CAPS enquanto um ponto de atenção que visa ao acolhimento em seu modelo comunitário. Nesta representação social observa-se que apesar da sua proposta e estrutura, os CAPS ainda não estão funcionando como deveriam. Isso aparece de forma contundente nos elementos constituintes da representação: seja pelo fato de que o CAPS não consegue ainda atender demandas de usuários que estejam em uma condição de sofrimento psíquico severo, estes, acabam retornando para o hospital, seguindo o seu modelo de cuidado, ou seja porque os seus funcionários precisam de mais qualificação, preparo para lidar com demandas consideradas graves.

Essa representação social contrasta com a realidade destes serviços na cidade, trazendo uma situação conflitiva para o teor desta análise. Percebemos que estes profissionais parecem legislar em causa própria, defendendo a posição do Hospital Afrânio Peixoto como instrumento de cuidado prioritário. Uma hipótese é de que a memória do atendimento institucional e a representação social orientam a construção das práticas destes profissionais em relação ao tratamento da loucura, estas, estão fortemente ancoradas na ideia da centralização hospitalar. Outra hipótese é de que, a gradativa substituição dos leitos hospitalares pelos serviços substitutivos, mexem com o imaginário profissional destas pessoas que, por assim dizer, estão confortáveis em tal situação, o que será melhor explicitado na próxima subcategoria.

Aqui, precisamos fazer um breve adendo para justificar nossa segunda hipótese, isso porque, quando tais entrevistas foram realizadas, já havia a especulação do fechamento do Hospital Afrânio Peixoto, contudo, seus serviços foram apenas realocados para o Hospital Crescêncio Silveira.

Desse modo, intuímos que os registros aferidos por meio da memória do atendimento institucional nos alertam para uma falta de comunicação entre estes pontos de atenção, algo que tem sobrecarregado a estrutura hospitalar do Afrânio Peixoto. Por outro lado, a representação social dos participantes deste estudo nos indica que ainda há muito por se melhorar na estrutura da RAPS, obviamente, algo que perpassa pela vontade política, pelas questões orçamentárias definidas para a saúde em nosso país, por ações pontuais e estratégicas que mobilizem os agentes envolvidos neste processo, tornando os pontos de atenção mais efetivos, mais participantes, acolhedores, e por assim dizer, mais presentes entre as comunidades, mapeando e absorvendo melhor as demandas da população.

5.5.5 A Reforma Psiquiátrica e a importância da manutenção do Hospital Afrânio Peixoto

Pensando nos caminhos finais para esta análise, aproveitamos para ampliar as discussões sobre as memórias e representações sociais, dando voz aos participantes das entrevistas semiestruturadas, aferindo com mais precisão aquilo que a instituição hospitalar tem construído em termos de representações sociais sobre os moldes da Reforma Psiquiátrica e os seus desdobramentos, considerando as gradativas mudanças no funcionamento dos hospitais psiquiátricos no Brasil.

Desse modo, ao questionarmos aos participantes o que eles pensam a respeito da Reforma Psiquiátrica no Brasil, observamos as seguintes ponderações:

A reforma psiquiátrica ela foi contemporânea da reforma sanitária, né? Mas a reforma sanitária aconteceu antes da reforma psiquiátrica, a psiquiátrica só aconteceu em 2001 com a lei 10.216, e de lá pra cá ela vem acontecendo aos poucos, em 2003 a primeira portaria que criou os CAPS, de lá pra cá a portaria 3090 que criou as residências terapêuticas, depois veio o processo que requalifica os CAPS, incluindo o CAPS III que possui atendimento 24hs, a portaria 148 que prevê a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, destinando a criação de alas nos hospitais gerais a fim de que os pacientes possam ter atendimento em toda sua integralidade, e não deixando em hospitais que possuam apenas uma única especialidade. Então, eu acho que a reforma vem acontecendo, vem acontecendo desde a década de 70 e para mim ela ainda não acabou. (Participante 03).

Com outro participante, identificamos o seguinte teor:

Sim, a reforma psiquiátrica existe desde a década de 70, a partir da formação de um movimento da luta antimanicomial, onde surgiram leis, portarias, que é uma reestruturação dos serviços que atendem pessoas que portam algum tipo de transtorno mental, é uma tentativa ainda que tardia de trazer aquilo que te falei, que a loucura não está separada de ninguém. É uma tentativa de tornar o tratamento mais humanizado... mas é uma proposta muito boa, mais no momento o que falta ainda é que ela esteja plena realmente pra atender as pessoas da forma que deveria atender, porque os governos, principalmente, os governos municipais de um modo geral que estão ficando responsáveis maiores por esse atendimento, através dos CAPS, residências terapêuticas, porque tem pessoas que realmente não conseguem mais conviver com família, por isso precisam das residências terapêuticas, ainda não está funcionando da forma como deveria funcionar, por isso precisam de lugares ainda como o Afrânio Peixoto, que ainda internam a pessoa, porque o que deveria acontecer de acordo com o que reza a reforma psiquiátrica ainda não acontece, principalmente aqui na Bahia. Mas é uma boa política de saúde mental. (Participante 04).

Prosseguindo com as entrevistas, observamos a seguinte proposição:

Já sim, reforma psiquiátrica há bastante tempo, desde o início mesmo... desde... as primeiras reuniões que tiveram, dos conselhos municipais de saúde, depois dos conselhos estaduais de saúde, né? Depois que foi tudo votado, e eu penso da seguinte forma, no papel é muito bonito, é genial, só que a gente percebe assim, que a gente tá numa ponta e os CAPS em outra ponta, não tem esse vínculo, tá tudo muito separado, a gente percebe que os CAPS não conseguem a verba que eles tem de receber, eles não conseguem fazer o acolhimento dos pacientes, os PSF'S não conseguem ter... é... porque quando se pensou na reforma psiquiátrica, era o seguinte, os PSF'S deveriam ser a rede básica, era pra receber os pacientes, encaminhar pro CAPS, e a gente seria o último estágio. O que a gente herdou é o seguinte, não existe PSF, não existe CAPS, porque continua chegando pra gente a primeira consulta. Então, as outras redes não estão funcionando ainda, então tem que reestruturar lá pra depois, a gente, acabar com aqui, como queriam fazer. É tudo muito bonito no papel, então, eu não quero que... eu não vejo isso aqui como as pessoas falam por ai, falam que é um manicômio. Nós somos um lugar onde eles precisam. Seria muito bom se os PSF'S e os CAPS cuidassem, mas não cuidam. (Participante 08).

Por fim, com outro participante, observamos a seguinte colocação:

É isso que eu falei, a visão. Pelo papel, a reforma é muito bonita, mas a gente assim, esses anos todos, que a gente trabalha no hospital, é... a gente nunca foi manicômio, que as pessoas tem a ideia de que o hospital é manicômio, é prisão, tortura, isso aqui nunca ocorreu, tenho 21 anos que eu tenho de Afrânio Peixoto, como eu te disse tem uma equipe multidisciplinar, todos trabalhando em prol do paciente, da melhora desse paciente, teve alguns manicômios que eu estudei no que diz respeito a reforma, teve alguns manicômios que o paciente era jogado, largado. Mas não foi nosso caso, então eu nunca tive essa visão de que o hospital tem essa função. (Participante 09).

Ao observarmos os trechos acima, sobretudo, a coesão entre as falas, observamos que há uma representação social em comum acerca da Reforma Psiquiátrica. Por se tratar de um movimento erguido pelo apelo popular em um processo de redemocratização do país, a representação social dos funcionários deste Hospital é de que apesar de todas as melhorias tendo em vista a garantia dos direitos das pessoas que experimentam algum tipo de sofrimento psíquico, ainda não se consegue tirar a lei do papel, sendo a Reforma Psiquiátrica e os seus desdobramentos ainda pouco efetivos.

Isso se deve ao fato de que o olhar da instituição hospitalar para a Reforma Psiquiátrica é cercado de cautela, muito porque, existem memórias e representações sociais que traduzem a experiência hospitalar como algo similar à experiência manicomial, isso fica evidente em alguns trechos das falas supracitadas. Como bem retratamos no capítulo da Reforma Psiquiátrica, os acontecimentos da história manicomial brasileira, foram moldados por violações de diversas naturezas, o que ajuda a compor este cenário de representações.

Para entendermos melhor o olhar desta instituição hospitalar sobre a Reforma, tendo em vista a preocupação destes funcionários com a iminente redução dos leitos psiquiátricos, o que acarretaria consequentemente na realocação dos seus postos de trabalho, indagamos sobre a importância deste Hospital, tendo em vista a posição que o mesmo ocupa no contingenciamento das demandas regionais.

Desse modo, averiguamos que:

É de fundamental importância porque historicamente também esse paciente com transtorno mental tem sido um paciente colocado num segundo plano né? E a gente observa que, é... eles eram é... excluídos tanto pela família quanto pela sociedade, num primeiro momento eles eram vistos como porta vozes dos deuses, já num segundo momento em um contexto de industrialização eles eram marginalizados, agredidos por atrapalharem o funcionamento das indústrias, e até hoje a gente percebe um estigma muito grande das famílias, inclusive, de aceitarem o paciente, é... de aceitarem a doença, a condição do paciente, de quererem estudar sobre a doença para saber como lidar com esse paciente, então no início de uma crise eles já estão procurando o hospital para um internamento por não saberem lidar e por também não quererem ficar com esse paciente. Temos também o preconceito de outras instituições, é... qualquer paciente que chega em uma clínica e em outro hospital que não seja aqui, eles querem que eles sejam imediatamente trazidos para aqui, sem entender que o paciente muitas vezes apresenta problemas clínicos, tem o problema de saúde mental mas também tem outros problemas clínicos que precisam de tratamento como outro paciente qualquer. (Participante 03).

Prosseguindo com as considerações:

A maior importância se dá principalmente para aquelas pessoas que não tem condição de em um determinado tempo ou em um determinado período arcar com os custos de um atendimento particular ou que não possuem ninguém para que possam cuidar delas no momento de crise, por isso, hospitais como o Afrânio Peixoto ainda são muito importantes nesta tarefa de auxiliar estas pessoas. (Participante 04).

Similar ao trecho anterior, identificamos na seguinte fala:

Ah... fundamental. Muito importante mesmo, porque se não existisse esse hospital nessa parte de doença mental, eu não sei o que seria dessas pessoas, desses pacientes, né? Então eu vejo assim como uma instituição que... deveria ser mais olhada com bons olhos em todos os sentidos, porque se algum dia esse hospital vier a fechar, vai fazer muita falta para esses pacientes de pequena renda né? De uma carência mais, especial, porque são pessoas que precisam muito desta instituição, no sentido mental e eu quero dizer em outras áreas, mas o sentido mental é fundamental pra esse tipo de paciente, e pra família, que dá um respaldo muito grande. (Participante 06).

Há que se considerar em nossa análise acerca desses trechos, duas representações sociais distintas. A primeira representação é bastante evidente no que diz respeito à

manutenção do atendimento emergencial neste Hospital, principalmente, quando observamos o perfil social dos usuários que buscam esse serviço, por se tratar de pessoas dos estratos populacionais mais vulneráveis. Populações, diga-se de passagem, que já deveriam estar sendo melhor acolhidas pela rede, dada a sua extensão.

Por outro lado, há uma outra representação social, que aparece nas entrelinhas, essa expressa o estigma ainda presente quanto aos usuários de serviços no âmbito da saúde mental, algo que já ficou bastante evidente durante as nossas análises. Existe muita dificuldade por parte de outros serviços clínicos no trato com pessoas que apresentam alguma condição de sofrimento psíquico, algo que é bastante danoso quando pensamos na autonomia do sujeito, no cuidado de si mesmo.

A estes fatos, somam-se a representação social da família sobre o Hospital, que também aparece de forma contundente em um dos relatos, isso porque, as pessoas têm bastante dificuldade em lidar com o estopim de uma crise, orientando-se pelas memórias e representações sociais de que o Hospital é a solução pontual para tal situação. Isso remete a outra questão bastante importante, que precisa ser mais explorada pela rede, trata-se da instância psicoeducativa nos trabalhos de prevenção e cuidado.

O organismo familiar, por assim dizer, em toda sua complexidade estrutural, que vai para além de traços consanguíneos, precisa ser orientado, preparado para lidar de forma mais harmoniosa com o momento de crise, tornando-se extensão da rede, agente cuidador de excelência, que pode efetivamente criar estratégias e condutas que mitiguem o sofrimento experimentado por determinada pessoa.

Obviamente que, existem especificidades como se evidenciam nos casos de alta complexidade, como por exemplo, as crises disparadas em decorrência do uso abusivo de drogas ou até mesmo nos casos de pessoas que já possuem sintomas negativos²⁰ de alguma doença, por exemplo, a esquizofrenia. Nestes casos, o atendimento emergencial de cunho hospitalar, com toda sua variação de terapêuticas é inadiável. Dessa maneira, apresentamos na próxima subcategoria, uma contribuição singular a este trabalho, exploraremos as memórias e representações sociais de um dos personagens que compõem o quadro de profissionais da saúde no Hospital Afrânio Peixoto.

5.5.6 As representações sociais da especialidade psiquiátrica: a reforma e a importância da instituição hospitalar

²⁰ Sobre isso, Dalgalarondo (2008), informa que estes são caracterizados pelo prejuízo em certas funções psíquicas, tais como a vontade, o pensamento, a linguagem etc., observando que há um empobrecimento ou embotamento da vida afetiva, cognitiva e social do sujeito.

Finalizando o nosso corpo analítico, privilegamos nesta subcategoria uma contribuição singular, se ora, em outros momentos calcamos as análises nas representações sociais dos participantes de outros setores do hospital, como já mencionamos neste corpo metodológico, agora, examinamos as memórias e representações sociais de um dos profissionais da saúde responsáveis pelo atendimento médico-psiquiátrico do Hospital Afrânio Peixoto sobre a Reforma Psiquiátrica e a importância do aparato hospitalar no cuidado aos sujeitos que experimentam o sofrimento psíquico. Com isso, ao indagarmos acerca da Reforma Psiquiátrica e dos seus desdobramentos, obtivemos a seguinte ponderação:

A reforma psiquiátrica é um bem. Foi um bem que veio para a sociedade, os familiares. É preciso ter muito cuidado como essa Reforma é feita. Ela tem que ser... é, ela não pode ser implantada de cima pra baixo. Deve ser ouvido o paciente, o familiar, a sociedade de um modo geral, os médicos, as pessoas que trabalham com o paciente doente mental. Porque fica parecendo com aquela coisa de... vamos acabar com a psiquiatria e isso fere, fere o doente mental, fere o médico psiquiatra, isso fere com quem está lidando com o paciente. Porque não existe como acabar... acabar... o internamento psiquiátrico, porque em algum determinado momento ele vai precisar das atenções médicas concentradas sobre um determinado quadro dele, para que ele possa sair daquele transe da loucura, ficar estabilizado. (Participante 10).

Sobre o funcionamento dos dispositivos atuais, como ações estratégicas que fazem parte dos desdobramentos da Reforma, em específico, o CAPS, obtivemos a seguinte narrativa:

Olha... eu já inclusive trabalhei em um CAPS, é... a proposta do CAPS é uma boa proposta, é o que seria ideal. Eu não sei como está estruturado atualmente o CAPS hoje. Mas existe um perigo muito grande do CAPS se institucionalizar também. É preciso, por exemplo, em parte das oficinas que haja muita variação. É preciso que os CAPS tenham acesso as mesmas medicações que os hospitais psiquiátricos, e ter uma troca de informações que não acontece. A formação de uma rede. Ela existe no papel mas não está funcionando na prática. Eu não vou dizer com certeza porque não estou lá. Mas, grande parte dos pacientes que mandamos pra lá eles retornam. E a drenagem não é só pro CAPS não, e também para as UBS – Unidade Básica de Saúde, aquele paciente já estabilizado, ir ali buscar seu medicamento. (Participante 10).

E sobre a importância da manutenção dos serviços ofertados pelo Hospital Afrânio Peixoto para a população, observamos a seguinte assertiva:

Ó, eu considero essa instituição, que agora não se fala mais em Hospital Afrânio Peixoto, né? Mas, essa instituição psiquiátrica é de extrema importância tanto para os pacientes quanto para os familiares, devido aquele processo que ainda impera numa certa... é... resistência, de outros

profissionais em receber esses pacientes, até pela dificuldade que eles tem de abordar o paciente psiquiátrico. Então, é extremamente importante a atuação psiquiátrica, a entidade psiquiátrica fazer esse trabalho em conjunto com os pacientes e seus familiares. (Participante 10).

Desse modo, entendendo essas três questões como fundamentais para as nossas tratativas analíticas, observamos que, as representações sociais de tal participante, componente do grupo de profissionais da saúde deste Hospital estão em plena coesão com o seu corpo multidisciplinar. Em primeiro lugar, analisando as representações sociais contidas na questão da Reforma Psiquiátrica, observamos elementos idênticos ao de outras entrevistas: apesar da Reforma trazer à tona a qualidade na assistência aos usuários dos serviços em saúde mental, ela ainda precisa ser melhor explorada, qualificada.

Neste relato, entendemos a grosso modo, aquilo que Amarante (1995) e Yasui (2006), identificam como uma necessidade de verticalização das etapas constitutivas da Reforma Psiquiátrica, considerando uma maior participação dos agentes sociais envolvidos neste processo, trabalhadores em saúde mental, usuários, familiares etc., tornando a criação e aplicação das políticas públicas um campo de consensualidade.

Há uma representação social singular, que precisamos registrar: a demonização da instituição psiquiátrica e da figura do psiquiatra. De certo que, como já mencionamos anteriormente, parte do imaginário social ainda liga o Hospital Psiquiátrico a locais insalubres, como as instituições manicomialis que faziam jus a tal representação, bem como centralizam na figura do psiquiatra a responsabilidade por todas as mazelas já experimentadas por pessoas quando o cenário manicomial era campo fértil de experimentações de toda ordem, algo que referendamos com Prado (2010).

Neste sentido, examinamos também, a representação social deste participante sobre o CAPS, sendo possível perceber no conteúdo uma fragmentação deste serviço em suas ações enquanto ponto de atenção da rede, sendo transmitido em seus argumentos aquilo que já discutimos exaustivamente: a falta de comunicação entre os pontos de atenção.

Quanto à importância da continuidade do atendimento emergencial na instituição hospitalar, identificamos uma representação idêntica ao quadro investigado anteriormente: é preciso continuar. Isso se deve ao fato de que, enquanto os outros serviços não estiverem totalmente estruturados para receber a demanda acolhida pelo Hospital Afrânio Peixoto, não há possibilidade de seu fechamento.

Isso fica explícito em alguns trechos da entrevista, quando a autoridade médica em questão, faz uma defesa dos serviços emergenciais hospitalares, isso porque, em seu

entendimento, mesmo com o advento dos dispositivos comunitários, ainda haverá no futuro a necessidade de se hospitalizar as pessoas que experimentam um sofrimento grave.

Não é difícil entender a posição adotada por tal participante, visto que, seu longo percurso na instituição hospitalar investigada responde às indagações que me inquietaram durante o processo de entrevista, a este respeito, suas memórias inscritas no corpo institucional, traduzem um sentimento que, talvez, tal exercício dissertativo não tenha dado conta de delinear:

Eu trabalho neste Hospital [...], agora, as memórias são incontáveis, mesmo porque eu acho que eu já tive mais coisas compensadoras do que estressantes. Porque eu acho que a compensação por você lidar com pacientes psiquiátricos em momentos alegres, engraçados, bizarros, difíceis, fazem com que esses momentos de satisfação superem as dificuldades. Outro dia eu tive... uma paciente achou que eu tava de mau olhado e foi me rezar... alguém até filmou, ela me rezando, me benzendo. Gente, isso é incrível, é compensador. Isso é o paciente... naquela loucura dele, achando que está fazendo o bem pra você. Então, eu acho que sou muito mais [...] trabalhando com o paciente doente mental do que o paciente doente mental é compensado pelo meu trabalho. (Participante 10).

Além deste trecho carregar um sentimento profissional, pude notar que a emoção transbordou o olhar e os trejeitos médicos na sala de entrevista. Esse trecho representa bem o alinhamento entre o saber-poder médico conforme evidenciamos com Foucault (2015) e Fiore (2008), e a extensão do *corpus* da loucura. Isso porque, diante da tecnicidade, das práxis que ao longo dos tempos estão se modificando, a loucura consegue adaptar-se aos movimentos que ocorrem em seu entorno, saltando aos olhos do impossível, das memórias e das representações sociais, exibindo-se de maneira espontânea e construindo aquilo que se configura como um genuíno ato de resistência.

Para além disso, tal relato, ainda que descontraído, vem a opor outros relatos sobre a postura inflexível da figura psiquiátrica, muito disso se deve ao fato de que as memórias e representações sociais deste participante sobre a sua atividade laboral como psiquiatra deste hospital, tem sido mantida neste agrupamento por meio de elementos idiossincráticos, a exemplo, o seu prazer em trabalhar com a figura do louco.

Isso soa bastante positivo para o cenário da Reforma Psiquiátrica, detectar em um relato médico a compreensão da condição de um sujeito de loucura e as suas necessidades mais tangenciais, é a constatação de que a conduta ética não foi ferida pelo automatismo das práxis médicas. No próximo item, apresentamos a conclusão deste estudo no qual buscamos de maneira sintética retomar aquilo que já discutimos nas análises, propondo para além disso, a expressão de um relato de experiência de campo.

6 CONCLUSÃO

Sintetizando todas as análises produzidas nas categorias e subcategorias, entendemos que a memória do atendimento institucional do Hospital Afrânio Peixoto está dentro do critério erigido por Halbwachs ([1950]2003), que nos apresenta as bases constitutivas da memória individual e coletiva, orientando-nos que a primeira não pode ser considerada uma condição necessária e suficiente para o exercício da segunda, tendo em vista que, se não conseguimos nos recordar de algo, muito provavelmente, é porque não fazemos mais parte do grupo pelo qual essa memória perduraria, explicitando assim o modelo coercitivo na constituição da memória.

Desse modo, entendemos os prontuários examinados na pesquisa documental como produto do exercício coletivo do grupo de profissionais da saúde da instituição hospitalar investigada, que ali registra o contato com o usuário do serviço, sua problemática, a hipótese diagnóstica, a conduta médica farmacológica entre outras informações, que como demonstramos em boa parte de nossas análises estão em perfeita coesão, demonstrando que a equipe médica do Hospital Afrânio Peixoto está de acordo com as práticas hospitalares.

Ainda assim, consideramos que poucos são os usuários que conseguem remontar os fatos em um momento de crise, no ato da internação, muito por conta da ausência de lucidez, principalmente, quando tratamos da questão do uso de drogas e do adoecimento mental. Dito isso, é preciso salientarmos que a maioria dos relatos investigados são feitos por familiares ou até mesmo pessoas próximas do círculo de convivência do usuário, estando, portanto, a sua memória ancorada a princípio no agrupamento familiar.

Não obstante, entendemos que a tradução destas informações fornecidas pelo agrupamento familiar, é ancorada e objetivada pelo grupo de profissionais da saúde, privilegiando as suas memórias e representações sociais, obviamente, pela posição na qual a instituição hospitalar Afrânio Peixoto ocupa, tendo em vista que ainda é uma ferramenta que possui respaldo sociopolítico no cuidado das pessoas que possuem algum tipo de sofrimento psíquico.

Soma-se a este fato, a importância deste espaço hospitalar para a localização de tais memórias e representações sociais. Aquilo que Halbwachs ([1950]2003) acena ao dizer que não há possibilidade de uma memória coletiva sem a presença de um contexto espacial determinado, pois seria impossível que qualquer gênero de atividade se desenvolvesse com todas as suas implicações sem possuir uma relação direta com o lugar espacial. Entendemos com isso, que as questões afetivas também são importantes para a localização de uma

memória e das representações sociais, algo que é muito presente nos relatos dos participantes das entrevistas bem como nos olhares das pessoas que neste hospital buscam o amparo.

Feitas tais considerações, ao longo das análises foi possível observar que essa memória coletiva de caráter institucional, registrada nos prontuários está em pleno diálogo com as representações sociais extraídas das entrevistas semiestruturadas, não apenas pela coesão e diálogo entre o conteúdo apresentado, mas, por evidenciarem uma estrutura de comunicação interessante para este estudo, quando conseguimos identificar a essência da relação entre uso de drogas e loucura, em sua última acepção: uma doença mental.

Observamos com os dados analisados, que as drogas lícitas, sobretudo, o álcool, têm sido responsáveis neste retrato amostral, pela volumosa procura por internações dadas as complicações em seus processos de intoxicação e abstinência, superando drogas como a maconha, o *crack* e a cocaína, estas últimas, bastante mencionadas no discurso psiquiátrico, que é alarmante quanto ao seu consumo.

Do mesmo modo, pudemos inferir por meio da comunicação entre as duas teorias supracitadas, toda sintomatologia apresentada na emergência hospitalar ao longo das análises, entendendo os mecanismos utilizados para a sua identificação e classificação patológica. Neste mesmo percurso, encontramos uma questão paradoxal e, neste sentido, tanto as memórias quanto as representações sociais nos confirmam que o tratamento para a doença mental decorrente do uso de drogas é exclusivamente pautado na conduta médico-farmacológica.

Ademais, pudemos observar neste diálogo entre as duas etapas da pesquisa que há, por assim dizer, uma fragmentação entre os serviços que prestam cuidado aos sujeitos em condição de sofrimento psíquico severo por conta do uso problemático de drogas. Para além disso, as memórias e as representações sociais da Reforma Psiquiátrica confirmam que tais proposições políticas de cuidado ainda não são tão eficazes quanto aquilo que está escrito no “papel”.

Com efeito, entendemos que as representações sociais aferidas durante este percurso, apresentam também os componentes estabelecidos pela abordagem cultural de Jodelet (2001), por isso, nos certificamos e compreendemos que elas possuem a vitalidade por estarem dentro dos limites de expressão do pensamento em psicologia social, ora calcada no sujeito e em como ele constrói a realidade ora calcada no social, em como o grupo constrói a realidade. Outrossim, possuem também a transversalidade, atravessando os participantes e suas respectivas disciplinas durante o processo de entrevista, análise e identificação das representações. Por fim, apresentam também a complexidade, dada a amplitude do fenômeno

da loucura, que recortamos aqui tendo em vista a relação do uso de drogas e do adoecimento mental.

Nesta perspectiva, as memórias e as representações sociais do Hospital Afrânio Peixoto, nos informam sobre a importância da sua função enquanto ponto de atenção emergencial no atendimento das pessoas que experimentam algum tipo de sofrimento por conta do uso, abuso ou dependência de drogas, ainda que, ao deslocarmos nosso pensamento sobre os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica entendamos que não é o ideal e nem de longe o suficiente.

Outra questão importante de se pontuar é de que os custos do tratamento hospitalar no âmbito da saúde mental são bastante elevados, principalmente, quando identificamos números expressivos de reincidências de alguns usuários, a este respeito, como já pontuamos com Cordeiro e Ratto (2002), usuários que apresentam algum dos quadros identificados neste estudo possuem uma tendência maior no que diz respeito às reincidências do serviço de internação.

Dito isso, percebemos que a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, estruturada como um dos desdobramentos da Reforma Psiquiátrica, ainda não consegue ser efetiva na gestão de algumas demandas, a exemplo, a primeira consulta, que tem chegado ainda com números bastante expressivos na emergência do Hospital Afrânio Peixoto, sobrecarregando este quadro hospitalar.

Acerca deste fato, ao percorrermos os corredores do referido Hospital entre as idas e vindas neste trajeto de pesquisa, percebemos os olhares inquietos das pessoas que buscam ali algo que vai além das prescrições médicas: o acolhimento. Em nosso entendimento, o sentido mais amplo da palavra acolhimento, significa a manutenção de uma das habilidades humanas adquiridas ao longo da sua história: a empatia. Implicar-se com a dor do outro é, em última análise, tarefa humanitária e que acaba permeando algumas disciplinas, sobretudo, as disciplinas ancoradas na área da saúde.

No entanto, o retrato de um Brasil diverso e eloquente, compunha diariamente o cenário deste Hospital, tanto na Ala Feminina quanto na Masculina, que tivemos a oportunidade de conhecer em um convite da enfermeira chefe de um setor. Lá pudemos observar, seja através dos gritos que atravessavam as paredes e circulavam os corredores, seja na inquietude dos tragos ligeiros e compulsivos dos tantos cigarros ali consumidos, que a sociedade possui uma dívida histórica com os “loucos”.

Uma dívida que vem sendo paga com a pontual Reforma do modelo de assistência à saúde mental, com políticas que visam a assegurar direitos que foram e ainda continuam

sendo violados. Acesso à moradia, acesso à alimentação, à saúde, à cultura e ao lazer. Acesso às oportunidades que possam dignificar a vida dos “loucos”. A busca por autonomia continua. O louco precisa participar mais incisivamente daquilo que muitas vezes lhe é imposto unilateralmente. “Ah! Mas ele não tem condição de distinguir”: dizem.

A distinção, ora se não é aquilo que Roterdã (2015) acenou como uma convenção social, um pacto, para deixar claro o que é esteticamente agradável ao palato daqueles que cometem insanidades absurdas em seus palácios. Palácio que para o louco, pode ser, inclusive, o hospital. No Afrânio Peixoto, percebemos que muitas pessoas cumprem o papel de tentar dignificar a vida daqueles que ali se internam. Sem falarmos dos que ali moram. Sim, existem três pessoas que moram neste Hospital, esperando pela implantação do SRT, que em seu modelo de *home care* traria, certamente, uma melhor estrutura para as necessidades de cada um.

Difícilmente, conseguiríamos remontar a história destes personagens nesta dissertação já tão extensa, algo que, certamente, seria de grande interesse, pelo fato de que estes moradores inscreveram nos registros da loucura boa parte de suas existências na instituição hospitalar em questão. Longe de ser objetivo deste empreendimento, o nosso interesse por esses pacientes perpassa pela questão estrutural da RAPS, e da emergente implementação de serviços que possam reaver a dignidade de tais usuários do nosso SUS – Sistema Único de Saúde, a qual apontamos através do material coletado memórias e representações do seu funcionamento.

Contudo, dói. Dói saber que a violência praticada contra essas pessoas, talvez, não resida no fato de que em um momento de agitação, elas precisem ser contidas em uma maca. Contenção de pulso, contenção torácica. Tragam os remédios. Antipsicóticos, ansiolíticos, anticolinérgicos. Uma verdadeira bomba nuclear de calar a voz que não quer ser calada. E a voz insiste, não quer se calar. Mas, ora, o que foi que houve? Chamem o Alienista! Mas nem sempre vai funcionar, a própria intuição médica sabe. Alguém explica porque a dosagem deste medicamento não funciona? Surgem as teorias metafísicas para a loucura.

Diante de todo este cenário, algumas vezes pensamos: olha o tamanho deste lugar! Poderia ser um grande complexo de saúde, abrigaria ali, todos os dispositivos de uma só vez. Ou seja, a porta de entrada de um se conectaria com a porta de saída de outro. Os pontos de atenção da rede juntos, olha que maravilha! Utopia, logo experimentamos a sensação desta palavra tão necessária quanto as dificuldades que nos são impostas pela vida, pelos governos, pelos aparelhos ideológicos, diria Louis Althusser (1918-1990), que em um surto psicótico, estrangulou sua mulher.

Este relato ainda que breve, serve, também, como um alerta sobre os desígnios políticos no âmbito regional. No que diz respeito à realocação dos serviços deste Hospital Afrânio Peixoto para o Hospital Crescêncio Silveira, este último, dividia sua estrutura com o CAPS II. E o que aconteceu? O CAPS II foi realocado para longe dali, tirando novamente a oportunidade de conectar estes serviços. As conclusões não nos enganam, memórias e representações falam por esta pesquisa, não há diálogo, comunicação, os pontos de atenção estão, por assim dizer, fragmentados em suas ações.

Por fim, este estudo vem a proporcionar uma reflexão sobre as políticas de cuidado no âmbito da saúde mental, sobre a sua estrutura, principalmente, quando pensamos na ocorrência das demandas entre uso de drogas e o adoecimento mental, cada vez mais presentes no cotidiano e, sobretudo, na relação de cuidado que é estabelecida nesta questão.

Ainda que com tentativas constantes de suavização, as práticas de cuidado sob uma perspectiva mais ética, que visam ao processo de autonomia do sujeito frente ao seu adoecimento, ainda encontram barreiras, estigmas, e, principalmente, as antigas práxis médico-hospitalares que, se por um lado são ainda necessárias em casos de sofrimento psíquico severo, por outro, mascaram uma realidade acerca da subjetividade do sujeito percebido como louco: os aprisionamentos continuam.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. **As representações sociais**. In: JODELET, D. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.
- ALBA, M. D. Representações sociais e memória coletiva: uma releitura. In: ALMEIDA, A. M. D. O; SANTOS, M. D.F.D.S; TRINDADE, Z. A **Teorias das Representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014.
- AMARAL, R. A.; MALBEGIER, A.; ANDRADE, A. G. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância na emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Vol. 32, Supl II, Out/2010.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.
- _____. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. (Org.). 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- ASSMANN, A. **Espaços da recordação: formas e transformações da memória cultural**. Campinas, SP: Unicamp, 2011.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e dependência: crack. **Revista Associação Médica Brasileira**. p. 141-153, 2012.
- BERTONI, L. M. **Se beber não dirija**. Campinas, SP: Librum, 2015.
- BERTOLDI, S. G; BRAGA, F. D. A; MENDES, E. A. **Psiquiatria para estudantes de medicina**. In: CATALDO NETO, A; GAUER, J.G.C; FURTADO, N.R. Porto Alegre: EDPUCRS, 2003.
- BICHO de sete cabeças. Direção: Laiz Bodansky, Produção: Sara Silveira, Caio Gullane, Fábio Gullane, Luiz Bolognesi e Marco Muller. Brasil/Itália: Buriti Filmes, Gullane, Dezenove som e imagens e Fábrica Cinema. 2001, DVD.
- BONADIMAN, C. S.C et al. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de carga global de doença, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de epidemiologia**, São Paulo, p. 191-204, mai, 2017.
- BORDIN, S; FIGLIE, N. B; LARANJEIRA, R. Sistemas diagnósticos em Dependência Química – Conceitos Básicos e Classificação Geral. In: BORDIN, S; FIGLIE, N. B; LARANJEIRA, R. (Org.). **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004.
- BOTELHO, A. Estados mistos da psicose maníaco-depressiva. **História, Ciências, Saúde**. Vol. 17, supl. 2, p. 704-708, dez, 2010.
- BRANCO, T. C. **Holocausto manicomial 2: Trechos da história velada do Juquery**. Internet. Disponível em: <<http://justificando.cartacapital.com.br/2015/07/30/o-holocausto-manicomial-2-trechos-da-historia-velada-do-juquery>>. Acesso em: 15-10-2017.

BRASIL, **Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Internet. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.html>. Acesso em: 15/05/2017.

_____. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Internet. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 20/07/2017.

_____. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Internet. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20/07/2017.

CARNEIRO, H. Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência. In: LABATE, B.C et al (Org.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008.

CASTRO, M. **Mais de 60 mil morreram no maior manicômio do Brasil**. Internet. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/cidadania/2015/08/mais-de-60-mil-pessoas-morreram-no-maior-manicomio-do-brasil>>. Acesso: 13/04/17.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2012.

CORBISIER, C. A Reforma Psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CORDEIRO, D. C.; RATTO, L. Principais comorbidades psiquiátricas na dependência química. In: BORDIN, S; NELIANA, B; LARANJEIRA, R; **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos nos transtornos mentais**. Internet. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Caballo%206_8.pdf>. Acesso em: 13/04/2017.

CORREA, R. G. **Redução de danos e reinserção social: desafios, processos e estratégias na dependência química**. São Paulo: Érica, 2014.

CORROCHE, P. C. **Uma análise sobre a manifestação da loucura na obra Hamlet, Príncipe da Dinamarca, de William Shakespeare**. 38 fl. TCC – Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Letras, português e literatura portuguesa) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. [CREMESP]. São Paulo, 30 de Junho de 2015. Parecer nº 186106, Internet, disponível em <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=a&ficha=1&id=13308&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%3o%20Paulo&numero=186106&situacao=&data=30-06-2015>, acesso em 30/10/2017.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2008.

DOISE, W. Atitudes e Representações Sociais. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

ESCOHOTADO, A. **Historia elemental de las drogas**. Barcelona: Anagrama, 1996.

ESTAMIRA. Direção: Marcos Prado. Produção: José Padilha. Riofilme. Brasil, 2004, DVD.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In.: DESLANDES, S. F; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26 Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

FRAYZE-PEREIRA, J.A. **O que é loucura?** 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

FREUD, S. O Ego e o Id. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

FONTE, E. M. M. Da institucionalização da loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Revista estudos de sociologia da UFPE**. Vol. 1, nº 18, 2012.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **Microfísica do poder**. 2. ed. São Paulo: Paz & Terra, 2015.

FIGLIARELLI, M. A medicalização da questão do uso de “drogas” no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R. CARNEIRO, H. **Álcool e Drogas na História do Brasil**. São Paulo: Alameda Editorial, 2005.

_____. Prazer e risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre o uso de drogas. In: LABATE, B.C et al (Org.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. São Paulo: Centauro, 2003.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA AVANÇADA E NEUROMODULAÇÃO. [IPAN]. São Paulo. Internet, disponível em <http://www.ipan.med.br/eletroconvulsoterapia/>, acesso em 30/10/2017.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

_____. **Loucura e representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

LARANJEIRA, R; ZALESKI, M; RATTO, L. Comorbidades: uma visão global. In: **ABEAD** – Associação Brasileira de Estudos em Álcool e Drogas. São Paulo: 2003.

LAURENTI, R. Pesquisa na área de classificação de doenças. **Saúde e sociedade**. Vol 3, p. 112-126, 1994.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986.

MIRANDA, A. C; TARASCONI, V. C; SCORTEGAGNA, A.S. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. **Avaliação Psicológica**. p. 249-257, 2008.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**. Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: Investigação em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

NOGUEIRA, M. D. J. **O uso de psicofármacos** – um guia. Araraquara, SP: Atheneu, 2017.

PRADO, A. C. 5 tratamentos psiquiátricos bizarros que caíram em desuso. **Super Interessante**, São Paulo, 24, set. 2010, disponível em <http://super.abril.com.br/blogs/superlistas/5-tratamentos-psiquiatricos-bizarros-que-cairam-em-desuso>, acesso em: 25/08/16.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 2012.

ROSA, P. O. Uso abusivo de drogas: da subjetividade à legitimação através do poder psiquiátrico. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**. 1(1), p. 27-32, 2010.

ROTerdã, E. **O elogio da loucura**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

SÁ, C. P. Sobre o campo de estudos da memória social: uma perspectiva psicossocial. **Psicologia**: reflexão e crítica. p. 290-295, 2007.

SALLES, M. N.H. **Políticas de Drogas no Brasil** – Temos o melhor modelo?: um estudo completo para enriquecer o debate. Rio de Janeiro: Lumens Juris, 2013.

SANTOS, E. G; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. p. 238-246, 2010.

SANTOS, A. R. D. **Filosofia**: iniciação ao estudo do pensamento clássico. In: ESPÍNDOLA, A. D. Londrina: UEL, 2011.

SANTOS, M. D. S. **Diálogos com a teoria da representação social**. SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALMEIDA, Leda Maria (Org.). Ed. Universitária da UFPE, 2005.

SCHOPENHAUER, A. **O mundo como vontade e representação, segundo tomo**: suplemento aos quatro livros do primeiro tomo. São Paulo: EdUnesp, 2015.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA [SESAB]. Bahia, 06 de nov. 2015. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&v

iew=article&id=9935:o-hospital-especializado-afranio-peixoto-completa-49-anos&catid=13:noticias&Itemid=25>. Acesso em: 20 de ago 2017.

SENA, E. L.S et al. Reabilitação psicossocial segundo a perspectiva de consumidores de drogas. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**. Rio de Janeiro, v. 9, p. 520-525, abr/jun, 2017.

SONIM, D. N. FARIAS, W. **O capa-branca** – de funcionário a paciente de um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil. São Paulo, Ed. Terceiro Mundo, 2014.

SOUZA, T. D. **Luta antimanicomial**: a mobilização necessária. Internet. Disponível em: <<http://www.novomilenio.inf.br/santos/h0260r.htm#Autora>>. Acesso em: 10/10/2017.

TARELOW, G. Q. Um tratamento de choque: a aplicação da malaroterapia no Hospital do Juquery (1925-1940). **Cadernos de História da Ciência** – Instituto Butantã. Vol 1, jan-jul, 2009.

VARGAS, E. V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, B.C et al (Org.). **Drogas e Cultura**: novas perspectivas. Salvador: Edufba, 2008.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ANEXO - A²¹

GLOSSÁRIO FARMACOLÓGICO

Ácido Valpróico - medicamento utilizado no tratamento de Epilepsia.

Biperideno - medicamento utilizado no tratamento da Síndrome de Parkinson.

Carbamazepina - medicamento utilizado no tratamento dos Transtornos Afetivos Bipolares.

Carbolitium - medicamento utilizado no tratamento dos Transtornos Afetivos Bipolares.

Clorpromazina - medicamento utilizado no tratamento das Psicoses.

Diazepam - medicamento utilizado no tratamento dos Quadros de ansiedade.

Fenobarbital - medicamento utilizado no tratamento de Quadros convulsivos.

Fluoxetina - medicamento utilizado no tratamento da Depressão.

Haldol - medicamento utilizado no tratamento das Psicoses.

Levomepromazina - medicamento utilizado no tratamento das Psicoses.

Prometazina - medicamento utilizado no tratamento de Quadros de insônia.

Risperidona - medicamento utilizado no tratamento das Psicoses.

Rivotril - medicamento utilizado no tratamento dos Quadros de ansiedade

Tiamina - medicamento utilizado no tratamento da Deficiência de vitamina B.

²¹ Todas indicações dos medicamentos citados foram retiradas do livro **O uso de psicofármacos – Um guia**, da autoria de Nogueira (2017).

ANEXO - B²²**GLOSSÁRIO DAS MORBIDADES**

Depressão – é caracterizada pelo humor deprimido, perda do interesse, do prazer, tendo como consequência a energia reduzida.

Esquizofrenia – é caracterizada pelas distorções do pensamento e da percepção, presença de afeto embotado ou inadequado.

Epilepsia - é caracterizada por ataques que envolvem a rigidez muscular, convulsões e perda de consciência.

Transtorno afetivo bipolar, mania - é caracterizado pelas alterações do humor e nos níveis de atividade, episódio com sintomas eufóricos.

Transtorno afetivo bipolar, hipomania - é caracterizado pelas alterações do humor e da diminuição nos níveis de atividade, episódio com sintomas depressivos.

Transtorno de ansiedade generalizada - é caracterizado pela preocupação excessiva com episódios futuros ou com algum estímulo estressor.

Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco - é caracterizado pela presença de sintomas esquizofrênicos e de transtornos da afetividade.

Transtorno psicótico agudo polimorfo - é caracterizado pela perda de contato com a realidade, com alterações no humor e no comportamento.

Transtorno mental não especificado em outra parte - é caracterizado por sintomas que não foram relatados em outros códigos.

Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool - é caracterizado por alterações psicológicas e do comportamento induzidas pelo uso de álcool.

²² Toda caracterização das morbidades, expressa neste anexo, foram sintetizadas do livro **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**, de autoria de Dalgarrondo (2008).

Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de canabinóides - é caracterizado por alterações psicológicas e do comportamento induzidas pela maconha.

Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas substâncias - é caracterizado por alterações psicológicas e do comportamento pelo uso de muitas substâncias psicoativas ao mesmo tempo.

Psicose não orgânica - é caracterizada pela presença de sintomas esquizofrênicos ou de sintomas dos transtornos de afetividade.