



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE HUMANIDADES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

MILENNA JORDANA DE SOUSA ANDRADE

**“NEM TUDO NA VIDA É LOUCURA”: ESTUDO
ETNOGRÁFICO NO COTIDIANO DO CAPS III EM CAMPINA
GRANDE**

**CAMPINA GRANDE-PB
2020**

MILENNA JORDANA DE SOUSA ANDRADE

**“NEM TUDO NA VIDA É LOUCURA”: ESTUDO
ETNOGRÁFICO NO COTIDIANO DO CAPS III EM CAMPINA
GRANDE - PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Campina Grande como requisito para a obtenção do título de Mestra em Ciências Sociais.

Linha de Pesquisa: Cultura e Identidade

Orientador: Prof. Dr. Vanderlan Francisco da Silva

**CAMPINA GRANDE-PB
2020**

A553n Andrade, Milenna Jordana de Sousa.
"Nem tudo na vida é loucura": estudo etnográfico no cotidiano do
CAPS III em Campina Grande-PB / Milenna Jordana de Sousa Andrade.
- Campina Grande, 2020.
93 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal
de Campina Grande, Centro de Humanidades, 2020.
"Orientação: Prof. Dr. Vanderlan Francisco da Silva".
Referências:

1. Etnografia. 2. Saúde Mental. 3. Reforma Psiquiátrica. 4. Loucura.
5. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). I. Silva, Vanderlan Francisco
da. II. Título.

CDU 39:613.86(043)

Ata da 404ª Sessão Pública de defesa de Dissertação de Mestrado da aluna Milenna Jordana de Sousa Andrade do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais.

Aos vinte e oito do mês de fevereiro do ano de dois mil e vinte, às 10:00 horas, na Sala BC2-104 – CH/UFCG, campus de Campina Grande, reuniu-se, na forma e termos dos artigos 63, 64 e 65 do Regulamento Geral dos Cursos e Programas de Pós-Graduação "Stricto Sensu" da UFCG, Resolução nº 02/2006 da Câmara Superior de Pós-Graduação da UFCG, a Banca Examinadora, composta pelos professores: Dr. Vanderlan Francisco da Silva – PPGCS/UFCG, na qualidade de Presidente da Banca e Orientador, Dr. Ronaldo Laurentino de Sales Júnior – PPGCS/UFCG, como examinador interno e Dra. Luciana Maria Ribeiro de Oliveira – PPGA/UFPB, como examinadora externa, todos na qualidade de Membros Titulares, para julgamento da Dissertação de Mestrado da aluna Milenna Jordana de Sousa Andrade, intitulada "*Nem tudo o que os usuários dizem é verdade: Estudo etnográfico do CAPS III em Campina Grande*". A sessão pública foi aberta pelo professor Dr. Vanderlan Francisco da Silva. Após a apresentação dos integrantes da Banca Examinadora, a candidata iniciou a exposição do seu trabalho, sendo este seguido das arguições dos examinadores. O professor Dr. Vanderlan Francisco da Silva convidou a professora Dra. Luciana Maria Ribeiro de Oliveira para iniciar a arguição e o professor Dr. Ronaldo Laurentino de Sales Júnior prosseguiu com a arguição. Em seguida, a banca examinadora solicitou a retirada da assembleia para, em sessão secreta, avaliar a candidata. Após análise da Banca Examinadora foi atribuído o conceito Aprovado, conforme o artigo 65 da Resolução 02/2006 da Câmara Superior de Pós-Graduação da UFCG. Nada mais havendo a tratar, eu, Rinaldo Rodrigues da Silva, Secretário acadêmico, lavrei a presente Ata que, lida e aprovada, assino, juntamente com os membros da Banca Examinadora.

Campina Grande, 28 de fevereiro de 2020

Rinaldo Rodrigues da Silva
Secretário Acadêmico


Dr. Vanderlan Francisco da Silva
Orientador/Presidente da Banca

Dr. Ronaldo Laurentino de Sales Júnior
Membro Titular


Dra. Luciana Maria Ribeiro de Oliveira
Membro Titular

Milenna Jordana de Sousa Andrade
Aluna



*Dedico este trabalho aos meus pais, Francisca
de Sousa e José Joseilson.*

A vocês, todo o meu esforço.

AGRADECIMENTOS

É com muita alegria e sentimento de gratidão que faço esses agradecimentos para todos que estiveram comigo durante todo esse processo de aprendizados e experiências que contribuíram de forma significativa ao longo desses dois anos no Mestrado. Foi de suma importância esse meu deslocamento de sair do Cariri Paraibano, para viver a cidade de Campina, o Campus da Universidade, estreitamento de laços com novos professores, que alguns também foram dos meus professores em Sumé, além do mais, a construção de amizades que se tornaram mais leve esse universo acadêmico.

Primeiramente, sou grata ao universo, aos deuses e essa energia que me acompanha e ilumina o meu caminhar. Como não lembrar da minha querida Avó Mariinha, que me fazia refletir: “são com os pequenos passos que conseguimos alcançar novos voos”. Te amo Vó, meu anjo.

Agradeço as primeiras pessoas que me acolheram em suas casas, em minhas andanças de idas e vindas em Campina Grande, até eu arrumar o meu “cantinho”. Obrigada Luana Gregório (Lua) lá do Cariri, obrigada Jesus Quintans e a sua galera da residência. A Andreza Silva que percorreu comigo esses trajetos iniciais de acordar cedo e pegar o “busão”, logo depois, nos tornamos vizinhas de apartamento, com conversas e cafés.

Agradeço ao professor e meu orientador Vanderlan Silva, pelos aprendizados, pela forma em que as reflexões em suas aulas reinventavam as minhas ideias, não esqueço do exemplo do carro, sobre o retrovisor e para-brisa, referente a forma em que direcionamos o nosso “olhar” nas circulações da vida. Obrigada também pelo convite em participar do SOCIATOS, um grupo que me acolheu e que tive muitos aprendizados, afetos e momentos de descontração nas sextas pela manhã. E por confiar em mim e apostar na minha pesquisa.

Agradeço aos professores da minha banca por aceitarem o convite, pela disponibilidade, sugestões, diálogos e críticas para o amadurecimento da escrita. Obrigada professor Ronaldo Sales, por ter me acompanhado desde a defesa do projeto, por ser cuidadoso em suas observações, expressões, pelas leituras sugeridas, um prazer estar em minha banca. Obrigada Tia Lúh, não tenho palavras para expressar a alegria da sua presença na minha banca, você e o GUETU, foram fundamentais para o caminhar

do meu percurso de hoje, além de ter um coração lindo e ser uma mulher que me inspira.

Expresso também meus agradecimentos aos membros do SOCIATOS, aos nossos encontros e da forma em que o grupo foi se construindo e reinventando. Aristófanés, Banjaqui, Claudius, Denise, Erik, Elizana, Fabíola, Franz, Jeferson, Kaly, Letícia, Nádia, Elizana, Savana, Suênia, Susana e Gessyelle. Um carinho especial a Mariana Cavalcanti, Deyse Dayane e Jakeline Alvez, vocês são incríveis, tenho um sentimento lindo por vocês. Mari e Deyse, vocês me inspiram, possuem um coração lindo, a luz de vocês transcendem. Obrigada.

A amizade é uma dádiva que temos na vida, o nosso alicerce. Patrícia Facino, Kalyenne Antero, Raphaella Ferreira, Nádia Vanessa, Malu Pereira e Suênia Viana. Minha gratidão a vocês, obrigada por tudo, ainda bem que nossos caminhos foram cruzados, e sinceramente, que bom lembrar que caminhei ao lado de vocês. Amo vocês. Aos amigos, Edísio, Muryel, Kleiton, Rosana, Roni, Jussara, Suellen, Savana, Erik. Aos meus amigos do cariri e da vida, Roni, Augusto, Eduardo, Anessa, Lucas, Maria, Regiane, Paulinha, Ana Maria, Beatriz, Amanda, Danilo, Daniel, Tatyanne.

Aos meus pais, Joseilson e Francisca, meus tios, Célia, Neide, Nildo, familiares de Sousa, Vó Maria.

Quero agradecer também ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCS), por ter me proporcionado um rico ambiente intelectual. A CAPES, pelo financiamento e que possibilitou o desenvolver desta pesquisa.

Por fim, e não menos importante, quero agradecer as Coordenadoras do CAPS III REVIVER, Albéria e Fernanda por terem me recebido e acolhido, aos meus interlocutores da pesquisa, as pessoas que tive mais proximidade no CAPS, e que tivemos a possibilidade de um encontro de aprendizados.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar experiências vivenciadas por usuários e suas famílias em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) na cidade de Campina Grande, em um período posterior a Reforma Psiquiátrica que reorganizou toda a sua rede de saúde. Essa dissertação buscou compreender as relações sociais estabelecidas dentro desse serviço, partindo do pressuposto da participação do familiar nessas práticas de cuidado que lhe foram direcionadas como responsabilidade. Para a realização dessa pesquisa e os caminhos metodológicos que nortearam a mesma, foi imprescindível a relação estabelecida com os meus interlocutores sobre a valorização dos momentos de compartilhamento e aproximação que os encontros da pesquisa de campo possibilitaram. Durante a observação participante ficou constatado que, estão em constante diálogo a importância da participação de seus familiares no serviço de atendimento, assim como, a medicalização continua sendo um fator presente sobre esse processo de mudanças no modelo de tratamento asilar.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Loucura; CAPS; Família.

ABSTRACT

This study aims to analyze experiences lived by users and their families in a Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) in the city of Campina Grande, in a period after the Psychiatric Reform that reorganized its entire health network. This dissertation sought to understand the social relationships established within this service, based on the assumption of the family member's participation in these care practices that were directed to them as a responsibility. In order to carry out this research and the methodological paths that guided it, the relationship established with my interlocutors on the valuation of the moments of sharing and approximation, that the field research meetings made possible, was essential. During the participant observation, it was found that the importance of the participation of their family members in the care service is in constant dialogue, as well as, the medicalization remains a factor present in this process of changes in the model of asylum treatment.

Key words: Psychiatric Reform; Madness; Caps; Family.

LISTA DE SIGLAS

APAE- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

MTSM - Movimentos dos trabalhadores em Saúde Mental

PPGCS – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais

RF – Reforma Psiquiátrica

SM – Saúde Mental

SUS – Sistema único de Saúde

TM – Transtorno Mental

UBSF- Unidade Básica de Saúde

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 DESAFIOS DA PESQUISA ANTROPOLÓGICA EM CONTEXTOS URBANOS	16
2.1 PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO E ÉTICA NA PESQUISA	21
3 A “LOUCURA” E AS CIÊNCIAS SOCIAIS: CONDIÇÕES HISTÓRICAS....	26
3.1 ALGUMAS DINÂMICAS SOCIAIS DE INTERAÇÕES E EXCLUSÃO NA SOCIEDADE	26
3.2 A REPRESENTAÇÃO DO FENÔMENO DA “LOUCURA” NA SOCIEDADE	31
3.3 O SURGIMENTO DO HOSPITAL E O PROCESSO DE CONTROLE SOBRE O “DOENTE”	34
3.4 COMO FUGIR DOS MUROS DO MANICÔMIO? UM BREVE CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CENÁRIO INTERNACIONAL E BRASILEIRO	40
4 NOVAS ANDANÇAS DE CAMPO: “AQUI É O CORAÇÃO DA SAÚDE MENTAL”.....	51
4.1 AS RELAÇÕES FAMILIARES NO CAMPO DO CUIDADO COM O ADOECIMENTO.....	59
5 “AQUI PARECE O MAIA”: REFLEXÕES SOBRE O COTIDIANO DO CAPS III REVIVER.....	67
5.1 A ENTRADA NO CAMPO	67
5.2 “ <i>QUEM MANDA NO PEDAÇO SOMOS NÓS</i> ”: PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE A SUA “NOVA CASA”	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS	83
ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO	89
ANEXO II – PÁTIO DA CASA DO CAPS III REVIVER	92
ANEXO III – PÁTIO CENTRAL DA CASA	93
ANEXO IV – ENTREDA PELO PORTÃO CENTRAL.....	94

1 INTRODUÇÃO

As noções do que vem sendo considerado de “saúde” e “doença” nas práticas sociais, ganham uma dimensão histórica e política, através de um modelo biomédico que foi atribuindo noções de “normalidade” e “patologias” no que se refere aos comportamentos sociais, por representações produzidas e reproduzidas ao longo da história, seguindo os sistemas de valores e significados da sociedade de uma determinada época. As experiências sociais que receberam respostas de tratamento por uma ciência que delineia o adoecimento do indivíduo, através das mudanças do sistema terapêutico, na contemporaneidade, foram-se legitimando novas práticas de cuidado para com os sujeitos e suas singularizações de adoecimento.

Os estudos e desafios que envolvem os contextos das vidas de sujeitos que constroem as suas experiências nesse campo da saúde mental e da subjetividade, segundo Sônia Maluf (2010), se apresenta para as Ciências Sociais, e em particular para a Antropologia, um deslocamento nas culturas urbanas do Brasil recente, um campo de estudos e reflexões de possibilidades no contexto em que essa expansão, através da interdisciplinaridade, proporciona novos diálogos entre os saberes sobre saúde nas Ciências Humanas.

A temática sobre o estigma enfrentado pelas pessoas rotuladas como “desviantes”, nesse caso, sujeitos referenciados por “usuários”¹ que fazem o uso de um espaço terapêutico em comum, em particular os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que compõe uma nova rede substitutiva no campo da saúde mental, em frente as transformações de violências institucionais do modelo manicomial. Este estudo tem me interessado desde a realização do meu trabalho monográfico² de conclusão de curso durante a graduação em Licenciatura em Ciências Sociais na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Sumé. Desenvolvi um trabalho visando compreender as

1 No Sistema único de saúde (SUS), denomina-se usuário/a aquele que possui um atendimento de atenção à saúde básica. A nomenclatura da passagem de “paciente” para “usuário”, deu-se, após as demandas de reformas na saúde.

2

relações de sociabilidade e práticas de rotulação social dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I – Estação Novos Rumos Sumé/PB entre si, em relação a sua interação com a comunidade local.

Identifiquei como a presença de atribuições estigmatizantes através da fala dos usuários, ainda é muito forte na realidade cotidiana de sujeitos que sofrem de algum tipo de adoecimento, e isso reflete na possibilidade de inserção em determinados espaços, e como resposta, a imagem da figura do “louco” do século passado só foi sendo reconfigurado nas representações do imaginário social da sociedade, seja pela perpetuação do senso comum para com as “imagens” dos muros do manicômio nos novos estabelecimento de rede de atenção psicossocial, como também, nos discursos que percorrem as relações sociais como um todo.

Contextualizando de uma forma breve, a complexidade do lócus da minha pesquisa anterior, considero de fundamental importância apresentar brevemente meus achados iniciais, por já ter conhecido um pouco sobre essa experiência, sobre os contextos em que tais sujeitos com sofrimento psíquico e dos modos como são socialmente tratados, constroem suas práticas de afetividade e ressignificação cotidiana. Para posteriormente, poder adentrar na minha proposta atual de campo, em um contexto urbano na cidade de Campina Grande onde houve a interdição da Reforma Psiquiátrica.

Sobre algumas considerações, ao longo da realização da pesquisa, notamos nos relatos a presença de atribuições estigmatizantes através da fala dos usuários, sobre a representação social do CAPS naquela comunidade, assim como a representação do público alvo (usuários/as), é repercutido por uma visão estereotipada por frequentarem no seu cotidiano esse estabelecimento. Em certa medida, essas relações de atributos estão interligadas entre si, em meio as intensidades das relações sociais que estão estabelecidas. (ANDRADE,2017)

Por outro lado, tive a oportunidade de conhecer a influência que o CAPS I em Sumé, possibilitou na vida desses sujeitos, como por exemplo, as redes de afetos e familiaridade que “usuários” compartilhavam uns com os outros, até mesmo, com os funcionários do estabelecimento. Os mesmos categorizaram esse espaço como a sua “segunda casa”, ou até mesmo, entre uma das falas registradas no meu diário de campo, de uma interlocutora que relatou sua relação com os demais: “*Nós somos uma família*”. Dessa maneira, o CAPS I Sumé, representava um espaço de socialização na vida desses

sujeitos, possibilitando a construção de novas dinâmicas de relações. Vale ressaltar também, que no do contexto da cidade de Sumé, o CAPS I foi instalado no ano de 2010, por ser uma população de cerca de quase 17 mil habitantes, para que o CAPS fosse instalado para atender a demanda dessa população, foi preciso articular uma demanda de comunidades circunvizinhas, para que o estabelecimento pudesse funcionar. Outro fato importante a ser considerado, é que a especificidade do tipo CAPS I, em atender uma clientela de adultos que sofrem de transtornos mentais leve, grave ou persistente, se estenderia em atender as necessidades de outra clientela, devido a carência de outros tipos de CAPS na região, e isso envolve toda uma complexidade da expansão dessas redes substitutivas e seus agenciamentos na saúde mental.

Nesse sentido, a amplitude e possibilidades que o campo de pesquisa oferece ao pesquisador, também desperta a curiosidade para trilhar novos caminhos. O tema da saúde mental nos coloca em muitos desafios, seja teóricos, metodológicos, e é importante perceber como o nosso “objeto”, sujeitos de pesquisa, vai contribuindo para outras situações de campo, e foram essas motivações que me possibilitaram redesenhar meus trajetos de campo. Sobre os encontros e desencontros, “Portanto, para ser etnólogo, e para permanecê-lo, é preciso um dia deixar o campo”. (Agier, 2015, p.42).

Tal vivência foi fundamental para a construção de reflexões a respeito de um novo cenário de pesquisa que surge em meus pensamentos, delineando por fim, minha intenção maior de pesquisa. Considerando as perspectivas de Mariza Peirano (2014), que “a pesquisa de campo não tem momento certo para começar e acabar” traçando agora meus passos na direção de novas vivências no CAPS III da cidade de Campina Grande, com um olhar de fora, como pesquisadora e cientista social interessada em compreender melhor as questões que se delineiam neste campo, com outras perspectivas e novos debates.

Durante as realizações das minhas leituras e participação em rodas de discussões no referente Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFCG, foi-me apresentada uma pesquisa realizada no mesmo programa de Roseilda Maria da Silva ³no ano de 2012, na qual realizou um trabalho de incursão no cotidiano de usuários do grupo de saúde mental em uma comunidade de Campina Grande. Sua proposta sugeriu

3 Ver: SILVA, Roseilda Maria. Veredas da loucura: incursões no cotidiano de usuários na Estratégia Saúde da Família numa Comunidade de Campina Grande. PPGCS,2012.

analisar o cotidiano de pessoas, em particular, na Estratégia Saúde da Família, relacionando as experiências de internamento de ex-pacientes, tendo como contexto, a interdição do Hospital Psiquiátrico João Ribeiro em Campina Grande, que a partir desse momento, foram-se configurando novos espaços. O seu lócus de pesquisa se estendeu numa comunidade urbana em Campina, ultrapassando as fronteiras dos muros da ESF, trazendo relatos dos próprios usuários, como também, de ex-pacientes do hospital psiquiátrico.

Sua pesquisa lembrou-me um pouco da minha que já vinha trabalhando desde a graduação, que apesar de ter sido realizada num contexto de cidade pequena do cariri paraibano, também tive como objetivo compreender as representações dos usuários no seu cotidiano na esfera do CAPS e a comunidade local.

Um fator que Silva (2012) apresentou para refletirmos sobre os contextos que as instituições apresentam, é que há divergências entre o “narrado” e o “vivido”, por mostrar relatos de ex-pacientes que demonstravam efeitos positivos de suas vivências nesse ambiente, diga-se de passagem, de maus tratos, a autora relata que conheceu a história de um paciente que dizia sentir falta do hospital, porque lá se “alimentava bem” e dormia sem se “preocupar” com nada.

Ao ler a pesquisa de Roseilda Maria, despertou-me o interesse por querer conhecer um pouco mais sobre o contexto da saúde mental em Campina Grande, após a sua reestruturação no modelo de serviços e atendimento para com as pessoas que foram internadas, e as necessidades de atendimento em saúde mental da população em geral. Se concentrando entre um dos pólos de referência, comparado aos manicômios de grandes metrópoles, como São Paulo e Santos, através do fechamento do Hospital Psiquiátrico João Ribeiro, inaugurado em 1963, chegando ao fim os 40 anos da história dessa instituição psiquiátrica que enclausurou por muito tempo o silenciamento da loucura e da exclusão social.

Sobre a luz dessas questões, procurei analisar o cotidiano dos usuários e da participação das suas famílias no modelo proposto de Tratamento do CAPS III REVIVER em Campina Grande, que se constitui como uma prática substitutiva de atenção ao transtorno mental severo e persistente para os usuários e familiares, buscando restabelecer e fortalecer esse vínculo junto com os seus familiares dentro do eixo terapêutico: usuário, família e CAPS. Este por sua vez, só realiza “acolhimentos”

com o usuário em acompanhamento com o seu familiar, dentro das instâncias das “ordens superiores” da secretaria de não aceitar quebrar essa “regra”.

Como veremos, no trabalho etnográfico aqui realizado, na primeira sessão descreverei os entraves que foi chegar para realizar a presente pesquisa, sobre como realizar um trabalho de cunho etnográfico dentro de um modelo legitimado de predominância médica. E as percepções de como circular enquanto Cientista Social com uma etnografia e um bloquinho de anotações no dia a dia do CAPS, sob olhares de curiosidade, seja por parte dos usuários, de indagações, pelos profissionais ao me observarem “sozinha” circulando sobre os espaços partilhados do centro, como da vez que fui “barrada” por um dos vigias por pensar que eu era uma “usuária” querendo sair através da porta de “controle”.

Nesse sentido, o texto está estruturado da seguinte maneira, na primeira sessão intitulada: “Desafios da Pesquisa Antropológica em Contextos Urbanos”, faço uma breve contextualização da pesquisa nos desafios que o trabalho antropológico enfrenta em situações urbanas, para isso, considero importante fazer uma apresentação teórico-metodológico após a introdução, para levantarmos algumas questões iniciais sobre os desdobramentos do trajeto em campo, onde o trabalho etnográfico exige um olhar atento e focado e a situação empírica redefine todo o desenho anteriormente elaborado. Posteriormente, serão indicados os caminhos seguidos durante o processo de negociação para a realização do presente trabalho de campo.

Na sessão seguinte intitulada: A “loucura” e as Ciências Sociais: condições históricas. Neste capítulo traço caminhos iniciais de reflexões sobre algumas dinâmicas de interações e classificações nas relações sociais, buscando o entendimento das primeiras formas “primitivas” de classificações na sociedade, passando pela teoria interacionista, afim de levantarmos observações sobre o fenômeno da loucura na sociedade, através da construção social do hospício como um espaço “não-terapêutico”, e conseqüentemente, com o surgimento do hospital e as novas formas de controle sob o viés de regimento médico “científico”.

Ainda nesse capítulo, traço um breve contexto das manifestações de movimentos sociais, denominado de “Antipsiquiátrico”, desde o contexto mais geral no cenário internacional de reforma manicomial, apresentando as influências que esse movimento

trouxe no cenário brasileiro, para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil regente.

Na terceira sessão: *Novas Andanças de Campo: “Aqui é o coração da saúde mental”*, faço uma apresentação do CAPS III aqui estudado, uma rede de atenção psicossocial do município de Campina Grande, que utiliza-se de um serviço de funcionamento de 24hrs, dando suporte para outras redes de saúde mental, compõe-se de um serviço que preza por uma conscientização do acompanhamento dos familiares, com um restabelecimento de vínculos, através disso que foi formado as reuniões dos grupos de família. Ainda nessa sessão, discuto categorias como o de “controle” e “cuidado”, que estão misturados para pensar as relações intermediárias de tratamento na saúde, tendo como foco, a família.

Na última sessão desse trabalho intitulada: *“Aqui parece o Maia”*: Reflexões sobre o cotidiano do CAPS III REVIVER, é apresentado os momentos vividos por mim no cotidiano do CAPS, as diferentes formas em que estabeleci relação com os meus interlocutores da pesquisa, e de como o encontro, convivência e experiência de campo, nos leva a caminhos e reflexões anteriormente não levantadas. Como o CAPS III, havia sido transferida para outro prédio, assim como eu estava num encontro de conhecer o espaço, foi o que intermediou as primeiras conversas de campo com os usuários, sobre quais eram as suas impressões sobre a sua nova casa, e quais as lembranças da antiga casa. Através dessas narrativas, consegui acessar lembranças de internamento de alguns usuários em regimes de tratamento de “portas-fechadas”, como a Clínica particular do Dr. Maia na referente cidade.

2 DESAFIOS DA PESQUISA ANTROPOLÓGICA EM CONTEXTOS URBANOS

A pesquisa de campo em condições de investigação em meio urbano, na perspectiva das Ciências Sociais, em particular, no trabalho antropológico, proporciona ao pesquisador caminhos e desafios diversos, assim, como novas e renovadas estratégias de campo, como bem frisado por Peirano (2014), cada pesquisador em sua jornada de campo, estará em frente ao confronto com a teoria e as indagações com os sujeitos da pesquisa, partindo para uma construção de “*formulações teórico-etnográficas*” por meio do seu universo estudado. Isto condiz à peculiaridade de uma bagagem da trajetória pessoal do pesquisador, e a maneira em que o seu olhar será direcionado, “Assim, cada pesquisador deve buscar suas trilhas próprias a partir do repertório de mapas possíveis” (Velho, 2003).

De certa maneira, na passagem do século XIX para o XX, houve uma ampliação das fronteiras na qual o paradigma antropológico se encontrava, onde a natureza da relação entre pesquisador/a e os sujeitos da pesquisa, foram marcados por uma distância entre o Ocidente e o Não-Ocidente, sendo construído ao longo da história por uma dominação ocidental, onde suas práticas de pesquisa situavam-se dentro de uma hierarquia de relação colonial. Apesar, de o campo da Antropologia nesse contexto, ter como objetivo compreender o universo das sociedades mais antigas, e de mostrar como as mesmas possuíam suas dinâmicas de ser e viver em sua cultura de modo particular, com a evidência de um grupo que produzia aos olhos dos *viajantes* indagações e respostas, onde as reflexões sobre o “outro”, há muito já se concentrava como elementos de distinções na humanidade.

Logo, fazer etnografia se tornou para os Antropólogos/as Clássicos, como bem dizer, um “ritual de passagem”, desde Malinowski (1976), autor relativista que criticou o etnocentrismo, ou seja, sobre como as maneiras de olhar e se comportar em campo eram interpretados pelos seus valores morais, podendo afetar a pesquisa científica e os seus resultados. Foi com Malinowski (1976), que algumas condições sobre a estadia em campo do pesquisador foram pela primeira vez apresentadas, noções como não se preocupar com os instrumentos de pesquisa, e viver a vida nativa inserido no cotidiano

dos seus interlocutores, ao procurar estar mais próximo do pensar, sentir e se comportar dos nativos da pesquisa.

Diante da leitura de Clifford Geertz (1977) sobre a figura de Malinowski, foi levantado algumas críticas do autor, denominando de “*sensibilidade extraordinária*” e “*capacidade sobrenatural*” de Malinowski em campo, o autor indaga: “(...) Como é possível que antropólogos cheguem a conhecer a maneira como um nativo pensa, sente e percebe o mundo?” (GEERTZ, 1977, p.86). Em contramão, Geertz (1977) propõe uma nova maneira que ajudaria a conduzir a análise antropológica, “é necessário que antropólogos vejam o mundo do “*ponto de vista*” dos nativos”. Nesse caso, o elemento levantado é trazer à tona as próprias reflexões de como os nativos pensam sobre si próprios, como interpretam a sua realidade social, pois somente eles, poderiam repassar essas informações à primeira mão, sem a adaptação e interpretação de outrem, seja do próprio pesquisador ou de um informante.

Sobre isso, chamo a atenção sobre a especificidade do trabalho etnográfico, sobre a inovação de novas perspectivas teóricas e técnicas de campo, ao considerar a prevalência de uma pesquisa de campo realizada *in loco* de determinada cultura, para compreender essa lógica da cultura local, por meio do envolvimento do pesquisador em campo em estreitar relações com os sujeitos da pesquisa. E na outra perspectiva, foi evidenciado a importância para que os dados da pesquisa tenham uma interpretação através dos próprios interlocutores, dada a simbologia presente em suas significações sociais.

Contudo, a “experiência” de campo, por meio dos nossos interlocutores, são variantes determinantes que transcende e vai além de um corpo teórico e de uma metodologia pragmática, que segue um roteiro padronizado que, por vezes, deixa perpassar outras nuances de produção do conhecimento que está nos desdobramentos do campo empírico. Observações estas, que podem fazer o uso de importantes instrumentos no trabalho antropológico, como o “olhar” e a “escuta” etnográfica, como complementos significativos. (Oliveira, 2000)

A Antropologia ao abrir o seu “leque” de pesquisas, abrangendo aos mais variados fenômenos em suas situações cotidianas, através da complexidade que tange as relações sociais no âmbito das cidades modernas contemporâneas. Até os anos 60, sua preocupação se concentrava no “eixo dominante”, ou como disse Peirano (2000), a

Antropologia era entendida pelo “rótulo” antropológico de pesquisa, que era a Etnologia, pesquisando as sociedades mais “distantes”, o seu olhar era concentrado para o dito “exótico”. Dessa forma, no que concerne a Antropologia na história das Ciências Sociais no contexto sobre a questão da alteridade no Brasil, a autora nos diz:

“(…) antropólogos brasileiros não andam à procura do exótico: ao contrário, parece haver uma trilha no mundo e ela é definida pelos caminhos percorridos pela tradição luso-brasileira” (PEIRANO, 2000, p.224) ”

Segundo a autora, ainda nessa discussão, seria importante considerarmos a diferença entre os conceitos de “exótico” e “diferença”, tendo em vista, que na “imaginação antropológica” de que o “objeto” de estudo da Antropologia, na época, estaria correndo o risco de ser tornar uma ciência “sem objeto”. Por outro lado, a diferença, como corpo de estudos da alteridade nas relações entre os homens nas sociedades contemporâneas complexas foi tomando ênfase.

Desde meados dos anos 70, os Antropólogos/as vêm situando os seus estudos nas relações sociais que constituem o “corpo da cidade” em seu ramo de relações, como campo de investigação. Não podemos esquecer a importância que a tradição da Escola de Chicago teve para a Sociologia e Antropologia na consolidação teórica e metodológica com os seus estudos pioneiros em pesquisas empíricas, contemporâneas aos Clássicos, surgindo num momento de grandes tensões sociais que a sociedade americana enfrentava na época, e boa parte das suas pesquisas direcionaram-se para a solução dos problemas sociais que afligiam a cidade americana, questões como criminalização, integração dos imigrantes, delinquência, pobreza, entre outros. Os autores dessa Escola se especializaram em estudar as dinâmicas urbanas da sociedade moderna, entre esses estudos, especialmente, sobre os de interação social e suas ramificações do comportamento humano em pesquisas qualitativas.

O Interacionismo Simbólico exerceu uma grande influência na Sociologia de Chicago, referente aos clássicos da Sociologia norte americana no final do século XIX, como W.I. Thomas, Robert. E. Park e Everet Hugles. O termo Interacionismo Simbólico foi criado por Herbert Blumer em 1937, no seu artigo *Symbolic*

Interactionism, Perspective and Method, e com George Herbert Mead⁴ (1863-1931) considerado o principal precursor do movimento interacionista.

Blumer (1969) é um dos principais referenciais para o entendimento dos pressupostos ontológicos e epistemológicos que cerne a natureza da interação simbólica e o significado que as relações sociais possuem. Segundo Blumer (1969), o Interacionismo Simbólico estabelece que as relações sociais do indivíduo são movidas pelos significados, frutos da interação social, construindo uma da interpretação ou manipulação da ação do indivíduo. Dessa forma, “[...] ignorar o significado dos elementos com que os seres humanos se relacionam é falsificar o comportamento que se analisa” (BLUMER, 1969, p.120).

Observamos que a forma que o significado é entendido como um elemento essencial para o entendimento do comportamento social, e dentro do Interacionismo Simbólico ele é fruto da interação humana, tendo em vista que o indivíduo é interpretado pela maneira como outras pessoas agem em relação às suas ações. Outro ponto que Blumer nos chama atenção é para a concepção de “auto-interação”, entendido como aquele diálogo que o indivíduo interage consigo mesmo, em intermédio das definições que os outros indivíduos o representam. Isso nos lembra de Goffman (2014), outro interacionista, com a questão da representação social dos papéis sociais do ator em sua fase de “jogo de manipulação” para o “outro”.

Considerado o “pai” da sociologia urbana, Robert Park foi um dos grandes influentes entre os membros da Escola de Chicago. Park visualizava Chicago como um “laboratório humano”, logo quando chegou na cidade começou a estudar sobre a vida social urbana, os seus hábitos e costumes como um produto da condição humana que formam a cidade. A cidade representa para Park um “universo a ser desvendado” que está diante dos seus olhos do pesquisador. Considerado um sociólogo empírico e eclético em termos de “método”, Park propõe aos seus alunos a observação de campo usado por muitos antropólogos, como nos diz Valladares (2018):

4 “Mead, considerado o arquiteto da perspectiva interacionista, lecionou na Universidade de Chicago até 1931. Sua perspectiva teórica, fortemente marcada pela influência da psicologia social e de Georg Simmel, que trouxe para a sociologia a filosofia de Kant, é apresentada em *Mind, Self and Society*.” (GOLDENBERG, 2011, p.26).

“[...] Dizia aos alunos que sujassem as calças, sentando-se nas soleiras das casas para conversar. Aconselhava-os a frequentar todas as áreas da cidade, tanto as “boas” quanto as “más”, como as áreas de prostituição e as regiões de migrantes. A cidade de Chicago tornou-se para Park um grande laboratório de estudos sobre o homem urbano e o seu hábitat natural.” (VALLADARES, 2018, p.13)

Dessa forma, as transformações dos contextos sociais na qual os autores estavam inseridos, e o desenvolvimento de como a urbanidade e as relações do seu meio, se tornaram objetos de estudo dos pesquisadores, concomitantemente, todo fenômeno que abrange a esfera social, vem proporcionando os mais variados objetos/sujeitos de pesquisa, preceitos teóricos, metodológicos, a temporalidade da pesquisa, o seu componente ético, e também, *como* estamos pesquisando, *para* quem e qual o *lugar* que o pesquisador está inserido.

As incursões etnográficas nos levam ao “desafio da proximidade” apresentado por Velho (2003), se assim posso dizer, como um “ritual de passagem” para novos horizontes, aliás, agora o novo desafio seria pesquisar o homem inserido na sua própria sociedade, estudar o seu próprio universo de origem. Ora, Velho (1981) nos ensinou que nem tudo que está ao nosso lado é sinônimo de algo já conhecido, ou seja, o *familiar* não é conhecido. Nessa mesma linha DaMatta (1978) considera que para “vestir a capa de etnólogo”, é necessário ter em mãos que precisamos transformar o “exótico” (como o alerta de estranhamento) em familiar; e transformar o “familiar” em “exótico”. Ambos, comungam de preceitos de que estranhar o familiar é uma tarefa difícil, “(...) estamos sempre pressupondo familiaridades e exotismos como fontes de conhecimento ou desconhecimento”. (VELHO, 1981, p.126)

Nesse sentido, o que vem mudando nos modos de “fazer etnografia”, diz muito sobre os contextos sociais que estão em transformação e a particularidade do campo de pesquisa, e os procedimentos a serem utilizados. Pensar as relações entre os indivíduos em frente as ramificações da grande cidade, esta, perpassada por diversas pessoas e grupos sociais, em proveniência dos significados entrelaçados entre os trânsitos entre os mesmos.

2.1 PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO E ÉTICA NA PESQUISA

Realizar uma pesquisa Antropológica nas interfaces do campo da saúde, em particular, quando é realizada dentro da própria instituição na qual a prevalência dominante encontra-se no modelo biomédico como sistema terapêutico, digamos assim, hegemônico por ser legitimado nesse meio, abre as portas para o desenvolvimento de implicações entre os saberes cruzados que permeiam no campo da saúde. Hesitações dessa natureza sempre ocorrem quando iniciamos ou temos o propósito de uma investigação de cunho etnográfico. Para um Antropólogo que vai ter o seu primeiro contato, são frequentes indagações como: se você está no papel de estagiário de alguma área da saúde, é algum profissional de psicologia que vai desenvolver um projeto. O primeiro questionamento é relacionado a sua formação, logo depois, vem as perguntas referentes a metodologia, o que é Etnografia?

O fato de haver experienciado questões dessa natureza, a primeiro momento, não me causaram estranhamento, embora, um elemento novo estava por vir, o primeiro desafio que me foi proposto enfrentar: o Comitê de Ética, e posteriormente, o andar do processo de negociação para que a pesquisa aqui fosse realizada. Como sabemos, toda escolha metodológica é revestida de implicações e desafios específicos, de acordo com a realidade em particular a ser estudada, e por estar situada em outra esfera de relação, morando em outra cidade que possui a sua respectiva dinâmica na demanda de saúde da região, em particular a de saúde mental, estando sua rede de serviço organizada em vários tipos de CAPS de acordo com o seu perfil populacional, entre outros serviços substitutivos que compõem sua rede, na qual a primeira mão, eu não possuía nenhum contato que possibilitasse viabilizar minha entrada em campo.

Embora eu tenha experienciado de forma particular, a facilidade que tive na aceitação de poder vivenciar a realidade de uma rede de saúde mental no meu primeiro contato em experiência anterior de campo (ANDRADE, 2017), na qual foi realizada uma conversa com o então, ex Coordenador do CAPS de Sumé, explicando quais eram os meus interesses de pesquisa, após a conversação e a sua autorização para estar inserido naquele espaço, no dia seguinte pude iniciar o meu campo. Em Campina, diferente de Sumé, eram comuns os seguintes comentários: “você vai precisar do Comitê de ética”, “se você for na Secretaria de Saúde vão te dá um chá de espera”. Em conversa com o meu orientador, fui em busca dos meus primeiros contatos.

Em conversas realizadas com um amigo da pós-graduação, na qual o mesmo já havia realizado pesquisas em âmbito na área da saúde, mas diferentemente do meu caso, o mesmo obtinha um intuito de colher dados estatísticos, entre outras ferramentas que diz respeito a sua metodologia a ser usada. Através dele, consegui o contato com dois profissionais da saúde. No primeiro momento, o meu interesse se direcionava em, através de alguma aproximação por um contato, houvesse uma intermediação para que eu chegasse no campo já com uma “apresentação prévia”, logo consegui o contato com um enfermeiro que no momento se encontrava em intermitente, o mesmo me disponibilizou contatos dos Centros de Atenção Psicossocial da cidade, e me alertou que eu teria que apresentar o CEPE da pesquisa aprovado no Comitê para poder iniciar a pesquisa de campo. Para efeito, despertou-me momentos de angústias, pois, encontrávamos no mês de julho do ano de 2019, e se fosse esperar o parecer do Comitê, poderia demorar meses até a sua aprovação formal.

Sigo na proposta das conversas por meio dos contatos, dessa vez com uma psicóloga (já aposentada) e que trabalhou por muitos anos no CAPSi infantil da cidade, era uma grande amiga da tia do meu amigo, e com isso estabeleci minha primeira conversa. A mesma se mostrou muito solícita e gentil, se disponibilizando a me acompanhar nos CAPS, afim de me apresentá-los, e que eu pudesse conhecer os respectivos coordenadores que estavam à direção dos estabelecimentos. Mas, essas visitas não puderam ser realizadas, devido aos imprevistos do nosso cotidiano, por fim, a psicóloga sugeriu combinar essa apresentação por ligação com o/a referente coordenador/a da instituição. Foi quando ela me perguntou qual CAPS que seria de interesse para a minha pesquisa, sugeri o CAPS II ou III, por terem como perfis semelhantes ao trabalhar com transtornos em seus variados graus, e devido também, a proximidade para o meu deslocamento.

Através da psicóloga, consegui o contato de uma coordenadora, esta, em frente à direção do CAPS III, antes localizado no bairro do Centenário, onde houve uma transferência do prédio para um local de melhor estrutura, a transferência ocorreu no dia 22 de julho para o bairro da Bela Vista, então, eu estava chegando em campo num momento de “reorganização da casa”. Durante a conversa, me apresentei para a coordenadora, expliquei sobre o interesse de realizar uma pesquisa de mestrado na instituição, assim, como a mesma relatou sobre a funcionalidade da assistência no

cotidiano dos usuários, quais eram as oficinas e equipes responsáveis. Tivemos uma conversa proveitosa, a coordenadora expressou que era de fundamental importância a presença de pesquisadores, assim como um espaço de atuação para atuais graduandos e multiprofissionais da saúde e áreas afins.

Recebi por recomendação da coordenadora, ir a secretaria de saúde do município de Campina Grande, para entrar em contato com o Coordenador Geral de Saúde Mental, levando um ofício de apresentação da pesquisa, para poder ser protocolado e reencaminhado para a coordenação do CAPS, segundo a coordenadora, era um procedimento rápido, que não requeria muito tempo.

Entre idas e vindas a secretaria de saúde, em busca de conversar pessoalmente com o Coordenador Geral, e pelo o mesmo não se encontrar nos dias em que estive na secretaria, acabei sendo encaminhada para passar pelo setor de saúde mental. Por ora, pediram-me o parecer do Comitê de Ética, embora eu explicando que nos casos de pesquisas voltadas para as Ciências Sociais, em particular, nos trabalhos de campo da Antropologia, não era comum esse tipo de procedimento, tendo em vista, que não temos um Comitê de Ética voltado para a nossa área das Ciências Humanas, especialmente para as especificidades dos nossos trabalhos, relatei que, por eu ser pesquisadora em curso de um Mestrado, sendo beneficiada por uma bolsa CAPES, isso iria garantir a seriedade do meu trabalho, mas, não teve escolha, a responsável pelo setor disse que, mesmo utilizando apenas de observação participante, era exigido o parecer. Novamente, sentia-me receosa com o andar das informações, e passava-me na cabeça, até mesmo, retornar para a minha proposta de pesquisa anterior, arrumando as malas para retornar o “de volta para Sumé”.

Com isso, reconheço a exigência da solicitação de um Comitê de Ética, apesar das críticas. Ressalto uma inquietação mediante a uma potencialidade de “seriedade” de uma pesquisa, lembro-me do seguinte comentário escutado na secretaria de saúde: “*Mas, Sumé é uma cidade pequena...*”, esse comentário deu a entender que as pesquisas realizadas nos Centros de Atenção Psicossocial em cidades circunvizinhas de menor porte, não teriam “validade”. Nesse sentido, a problematização está em volta da validade de uma pesquisa ou de realizar um trabalho científico nas redes de saúde mental em cidades do cariri?

Pergunto-me, se nos avanços dos CAPS no cenário social com a Reforma Psiquiátrica que chegou até Campina Grande, a mesma tendo que reformular suas práticas com a interdição de um Manicômio, e através disso, houve a sua ampliação de redes substitutivas com a criação de CAPS em sua complexidade para atender a demanda das regiões, se no Cariri Paraibano, eles não estariam atendendo as novas formas de redirecionamento dos usuários? Ou por que elas não se localizam nos grandes centros com uma complexidade maior? Além disso, compondo-se um lócus de pesquisa multidisciplinar, os pesquisadores não seguiriam uma ética nas realizações das suas pesquisas? Aqui fica registrado o questionamento.

Finalmente, no dia 10 de outubro de 2019, recebo o Termo de Autorização Institucional, através da secretaria de saúde, após conversas pessoais que realizei com o Coordenador Geral, apresentando os entraves da pesquisa e o curto espaço de tempo que eu tinha para realizar, recebo uma autorização com uma solicitação de entrada no Centro de Atenção Psicossocial III.

Dessa maneira, enfatizo que esse estudo se baseia nos fundamentos éticos da Antropologia. E o processo de pesquisa é sempre um caminho sinuoso e de mão dupla, por não existir uma receita pronta, ou um guia prático de “como fazer etnografia”. Ou como enunciado por Peirano (2014), essa ideia de “método” na Antropologia é muito complexa, pois a própria teoria em si se confronta quando vamos a campo.

Fazer pesquisa de campo na área da saúde é estar atento aos desafios que o próprio campo pode lhe proporcionar, e como bem explicitado por Sarti (2010), a primeira enunciação do “problema” encontra-se no fato de o estudo se desenvolver no espaço institucional da área de saúde, segundo a autora, é um “campo marcado por relações que tem o saber biomédico como poder instituído” (Sarti, 2010, p.78).

Tendo em vista, que os “objetos” são pensados de formas diferentes, na Antropologia, por exemplo, com a investigação de cunho etnográfico nos ajudará a estar mais perto dos sujeitos em suas situações e interlocuções com o universo da pesquisa. Concordando com Geertz (1999) em sua perspectiva de uma Antropologia Interpretativa, o pesquisador buscará compreender aquele fenômeno que se apresenta à primeira vista, complexo, desprendido aos nossos olhos, procurando fazer uma *interpretação* sobre aquele universo para, posteriormente, apresentá-los.

O que procuramos, no sentido mais amplo do termo, que compreende muito mais do que simplesmente falar, é conversar com eles, o que é muito mais difícil, e não apenas com estranhos, do que se reconhece habitualmente (GEERTZ, 2008, p 10).

Assim sendo, o “encontro etnográfico” procurou evidenciar esse encontro de relações, como um espaço de conversação, possibilidades de aproximação através do diálogo entre os interlocutores da pesquisa em sua rotina dentro do estabelecimento, com os usuários, profissionais de saúde e familiares. Afim que essa aproximação fosse criando confiança entre o pesquisador e o pesquisado e aos poucos conhecendo seus significados e saberes em suas vivências cotidianas.

Para tanto, partilho dos pensamentos sobre a percepção de campo em Agier (2015), entendido como “um saber que fala de relações e nasce nas relações” (Agier, 2015, p.35), o que implica na passagem de um encontro e convivência do pesquisador e os sujeitos da pesquisa, juntamente com o envolvimento interpessoal e as subjetividades presentes.

Em Etnografia como prática e experiência, Magnani (2009) apresenta que essas duas considerações são de fundamental relevância para o “fazer etnográfico”, a prática etnográfica, entendida como um projeto programado e contínuo, e a experiência etnográfica estando presente na ação do campo, como algo descontínuo e imprevisto para o/a pesquisador/a. Como bem apresentou Brandão (2007), relacionando o problema da hipótese para a Etnografia, onde a experiência de campo sempre redefiniu hipóteses e projetos anteriormente elaborados. E é por meio dessas perspectivas, que o desenvolver do meu trajeto foi sendo perpassado, a princípio, com um objetivo inicial teórico de pesquisa na qual o campo foi se confrontando.

Vale ressaltar, que reconheço os limites enfrentados por esta pesquisa, em detrimento a isso, considero pertinente de como o fruto desses encontros foram motivadores de estabelecimento de relações e compartilhamento ricos de informações. Desse modo, a pesquisa foi desenvolvida com a realização de observação participante entre os interlocutores da pesquisa dentro do CAPS, com a realização de algumas entrevistas com familiares e usuários, com o uso do Termo de Consentimento Livre (TCLE), além, das conversas informais que me levaram a caminhos de reflexões e diálogos com dados coletados nessa relação estabelecida por mim e os interlocutores da

pesquisa. Os nomes que serão apresentados, boa parte pedi para os próprios interlocutores criarem, e outros, deixaram a mim a escolha.

3 A “LOUCURA” E AS CIÊNCIAS SOCIAIS: CONDIÇÕES HISTÓRICAS

3.1 ALGUMAS DINÂMICAS SOCIAIS DE INTERAÇÕES E EXCLUSÃO NA SOCIEDADE

Para pensar sobre o fenômeno da loucura, é necessário de início entendermos como em cada momento histórico, social e cultural foi moldando e atribuindo categorias no ambiente social de acordo com as suas rotinas de relações. O indivíduo que no encontro de interação possui alguma marca que o difere dos demais, conseqüentemente causará um estranhamento, ocasionando ou não, uma situação de não aceitação no determinado grupo, pois existem vários tipos de diferenciação, nem todos são tomados como ponto de rejeição.

Antes de delimitar qual a situação que aqui será analisada, se faz importante situar o leitor dentro de algumas abordagens das Ciências Sociais que apresentam, de certa forma, caminhos para refletirmos acerca dessas dinâmicas de interações e relações classificadoras ao longo da história, para mais na frente, situarmos o lugar que a loucura ocupou nesses espaços.

As dinâmicas de inserção dos sujeitos em grupos sociais se constroem por meio das percepções de realidade e vivências comuns que os integram nos espaços sociais de acordo com as experiências particulares dos sujeitos. As concepções de pertencimento no grupo, variam em grau do retorno emocional e proximidade ao ambiente que está intrínseco nas práticas dos indivíduos. O que pode ser inadmissível em um grupo social, pode ser aceito em outro grupo sem nenhum mal-estar no encontro com o “diferente”, tendo em vista, que as relações construídas no decorrer das sociedades se modificam dando formas às diversas configurações de vivências, e as diferentes formas de aceitação podem ser distintas no interior do mesmo grupo, em consonância com as hierarquias.

Em um ensaio de Mauss e Durkheim (1903) apresentam uma contribuição na antropologia do corpo, no que se refere às formas elementares e primitivas de classificação, ao apontarem observações sobre o estudo das representações coletivas e

as funções classificadoras de muitos grupos nas sociedades mais simples, e a influência modelagem do corpo pela cultura. Desde primórdios, para além de querer afirmar que os homens classificam algo naturalmente, as formas de classificações sociais se estendiam nas rotinas de vivências e acontecimentos do mundo, como os fatos da natureza e do tempo que perpassavam as relações de inclusão e exclusão, das maneiras como as coisas iam se constituindo aos olhos daqueles que observam.

Para nós, quando pensamos em classificar algo (no senso comum), automaticamente separamos em grupos distintos de modo a hierarquizar o que pode ser bem visto e aceito socialmente e, o que fica a margem de maneira que fique visível no ato da interação social. As ferramentas que os autores utilizaram para pensar essa forma mais elementar de classificação humana, foi procurar entender como foi sendo construído as classificações de modo mais rudimentar.

Segundo Mauss, os mais humildes sistemas de classificação que conhecemos se encontraram nas tribos australianas, nessa sociedade em particular as relações eram construídas através das relações de parentesco, conforme as semelhanças e diferenças a nível emocional coletivo. “[...] Há afinidades sentimentais entre as coisas assim como entre os indivíduos, e é de acordo com estas afinidades que elas são classificadas” (MAUSS, p.453). As formas de classificação humana foram se apresentando de acordo com o grau de complexidade que as sociedades mais simples se encontravam, por exemplo, os Povos Zunis, na antiguidade levavam em consideração não somente as coisas essenciais da natureza, e sim, a função que o indivíduo ocupava no espaço social, da maneira como iam se construindo em clãs e subclãs de pertencimento àquela origem de organização social.

Segundo os autores, os “estados de natureza emocional”, era o elemento constitutivo que ligava a ponte entre as diferenças e semelhanças entre os homens de acordo com a sociedade particular. Em outras palavras, a maneira em que os grupos foram se agrupando, era mais por um sentimento afetivo coletivo do que uma racionalização intelectual de classificação antes determinada.

Desse modo, esse contexto histórico de classificação das formas mais simples em sociedades da antiguidade, nos impulsiona a pensar com o desenvolver da complexidade das relações humanas, como a natureza dos sentimentos humanos foram

mudando ao desenvolverem classificações de semelhanças e diferenças, que podem ao mesmo tempo gerar uma unidade sentimental que integra o grupo, ou afastar respectivamente, o diferente que não está integrado, conforme o seu contexto histórico e social, ou ser uma variação dentro do próprio modelo.

Na obra *Crepúsculo Antropológico*, Vanderlan Silva (2009) nos mostra como as reflexões sobre o “outro” são tão antigas quanto a própria humanidade, a perspectiva relativista antropológica de não olhar para o “outro” dentro dos seus aspectos de valores etnocêntricos, e sim, distanciar-se o olhar, relativizando essa concepção de distância, trouxe reflexões para pensarmos sobre o conceito de estranhamento com o “outro” diferente vem sendo discutido desde outrora, desde onde os primeiros viajantes e cronistas do evolucionismo do século XIX.

A Antropologia como a “ciência da relativização” e uma abordagem científico/antropológica do “outro”, refletem para nós enquanto pesquisadores nos questionarmos sobre a escolha do próprio fenômeno social a ser estudado, e pensar como esse “outro” estará diante a leitura dos olhos do pesquisador e os seus instrumentos de análises. Dessa forma, procuro fazer uma breve apresentação de ferramentas que possam acrescentar para entendermos os contextos em que esses processos sociais de interações na sociedade que remetem ao modo de classificar o “outro”, produzem as concepções sociais acerca da “loucura” ou “doença”.

Dando continuidade, como referência ao espírito de conformidade a regra moral do grupo social como um todo, Durkheim nos convida a pensar que “[...] A moral começa, portanto, onde começa a vida em grupo pois é aí apenas que o devotamente e o desinteresse adquirem sentido” (DURKHEIM,1970, p.68). Ele parte do princípio na qual o grupo social em geral é investido por uma regra que está acima dos indivíduos, e os mesmos agem por um espírito de solidariedade para manter a coesão social.

A vida em sociedade dentro da concepção Durkheimiana, seja de maneira mais individual ou coletiva é feita através de *representações*, e tudo aquilo que se apresenta a nossa consciência vai se amarrando como uma característica daquela realidade moral objetiva ou subjetiva do indivíduo. Durkheim ainda acrescenta que, “toda regra moral se nos apresenta como um sistema de regras de conduta” (idem, 1970, p.50).

Diferentemente das regras morais que se encontram na sociedade, as regras de conduta possuem uma característica de caráter impessoal, uma ação julgadora, uma regra que não está formalmente estabelecida em forma de lei, mas que determina uma sanção para aquele que sequer conhece a existência dessa regra durante a relação que com ela mantém o ato. “[...] a sanção é uma consequência do ato que não resulta de seu conteúdo, mas do fato de ele não estar de acordo com uma regra preestabelecida”. (ibidem, 1970, p.59).

Essa oposição entre a força do sistema social e a ação individualizante do indivíduo, gera em muitos casos a quebra de consenso dos valores referentes ao bem-estar social gerando o conflito, e conseqüentemente, impulsionando para o comportamento fora de “ordem”, como é chamado “o comportamento desviante”. O desvio dentro da perspectiva interacionista da vida social se apresenta com um grau de “fechamento” daquilo que é dito “normal” na sociedade, podemos dizer como uma ação social “aventureira⁵” como diz a filosofia de Simmel, que aparece ao homem “normal” como loucura dessa possibilidade interpretativa da vivência e experiência “desviante”.

Uma obra brasileira pioneira no estudo do comportamento desviante, encontra-se na coletânea de artigos do livro *Desvio e Divergência – uma crítica da patologia social*, de Gilberto Velho (1985), trazendo para o campo da Antropologia Social, discussões que antes pertenciam somente ao campo da Psicologia social, na medida em que o comportamento desviante era visto dentro da dicotomia biológica (o indivíduo condutor do desvio) e/ou relacionado ao âmbito social (a sociedade em momentos de desequilíbrios conduziria o comportamento desviante).

É nessa perspectiva que o estudo do “comportamento desviante” nas Ciências Sociais, é um campo que proporciona novos desafios e diálogos possíveis, na medida em que o fenômeno da loucura estará entrelaçado em saberes cruzados que, para além de uma concepção individualista dentro dos parâmetros biomédicos, estaremos lidando com representações e percepções sociais dos sujeitos em sua relação com o mundo social. Sobre a luz da antropologia social, Velho afirma:

“Tradicionalmente, o indivíduo desviante tem sido encarado a partir de uma perspectiva médica preocupada em distinguir o “são” do “não são” ou do “insano”. Assim, certas pessoas apresentariam

características de comportamento “anormais”, sintomas ou expressão de desequilíbrios e doença. Tratar-se-ia, então, de diagnosticar o mal e tratá-lo. Evidentemente existiriam males mais controláveis do que outros, havendo, portanto, desviantes “incuráveis” e outros passíveis de recuperação mais ou menos rápida.” (VELHO, 1985, p.13-14.)

Vimos que na Sociologia Durkheiminiana, a exterioridade que os fatos exercem sobre as consciências individuais, resulta numa tensão, espírito de adesão ao grupo e não conformismo, na qual o indivíduo que possuir um comportamento fora das convenções, será punido conforme as sanções, formais ou informais. Há autores que conseguiram ir além dessa oposição de indivíduo e sociedade, como os interacionistas simbólicos da Escola de Chicago⁶.

Em particular a perspectiva teórica do Interacionismo Simbólico, diz que não existem desviantes por si mesmo, e sim, um jogo de relações entre atores sociais (grupos/indivíduos), que se acusam entre si, em detrimento de classificações e diferenciações no momento da interação social. (ANDRADE, 2017, p.18) Portanto, os “normais” e os “desviantes” são constituídos pelo mesmo grupo.

Howard Becker (2008) parte de uma análise da ação coletiva, onde o desvio seria uma consequência da aplicação de uma regra grupal, entre acusadores e os acusados. Já Erving Goffman (2000) com o estudo da microsociologia, na qual o mundo social parte do princípio que é formado a partir das situações de relações de processos estigmatizantes. Ambos autores possuem uma perspectiva de abordagem que se aproximam, a partir do momento que lidam com grupos estigmatizados, independentemente do nível.

A influência do Interacionismo Simbólico no meu trabalho ajuda a caminhar por esse sistema de categorizações sociais, mas é importante ressaltar uma problemática, até que momento essa dinâmica de poder de forma horizontal pode nos levar para outras esferas? De certa forma, não podem ser pensadas isoladamente, pois sempre existirá sujeitos que acusam o que é dito “normal” ou “anormal”. Situar os sujeitos que sofrem de algum adoecimento mental nesse pedantismo, nos limita a pensar outras nuances que

6 A Universidade de Chicago surgiu em 1892 e em 1910 o seu Departamento de Sociologia e Antropologia tornou-se o principal centro de estudos e pesquisas sociológicas dos EUA. Para mais informações, ver o artigo de Becker e suas maiores contribuições: pesquisa empírica e métodos de pesquisa.

circulam sobre essas relações, para além de uma naturalização de termos conforme ou não a aceitação dos mesmos.

Embora a influência interacionista esteja presente no meu trabalho com as discussões de Goffman, apresentado os limites que a teoria do desvio apresenta, caminhamos com o intuito de procurar entender as práticas estigmatizantes nas relações informais, em frente às formas de controle sobre os corpos marcados pelas experiências relacionais, conforme as convenções de anormalidades. Justifico que a sociologia de Goffman oferece um modelo de investigação que não é uma concepção fechada de estudo, ele está vendo as assimetrias e o modo como os indivíduos aceitam esses cenários. Nesse sentido, é uma abordagem que nos abre caminhos para fazermos um exercício interpretativo dos processos de interações.

Seguindo seus passos, refletiremos a seguir, juntamente com Foucault, estudioso no campo da saúde mental, mediando essa discussão em relação a construção histórica da visibilidade que a loucura foi apresentada na França do século XIX, onde a figura do “louco” configurava-se dentro de um conjunto de poderes em que a sociedade como resposta impulsionava o afastamento e a exclusão social. Pensaremos como as pessoas tachadas de “loucas” foram separadas dos demais grupos sociais, quais os lugares que foram estabelecidos e os saberes que intermediaram esses espaços.

3.2 A REPRESENTAÇÃO DO FENÔMENO DA “LOUCURA” NA SOCIEDADE

Antes de contextualizar os espaços que foram sendo construídos para as pessoas que viviam de certa maneira, diferente ao padrão socialmente esperado, é importante frisar umas questões que Gilberto Velho (1987) propôs num artigo sobre as “Relações entre a Antropologia e a Psiquiatria”⁷ no campo do saber. Segundo Velho, os diálogos entre as ciências devem ser alimentados sem perder de vista, a especificidade que cada uma trabalha, em particular a Antropologia. Segundo o autor, a passagem que a noção de indivíduo perpassa sobre as áreas de conhecimento supõe um modo de olhar e interpretar aquela realidade, segundo a condição do procedimento a ele aplicado. Ele nos alerta que as ciências sociais, devem rever a maneira que trata o desvio social, sem cair no abismo do “risco do etnocentrismo”. (VELHO, 1987)

7 Ver o respectivo artigo no livro: Individualismo e Cultura: Notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea. 2 ed. Jorge Zahar Editor.

Destarte, para entendermos o fenômeno social da loucura, é preciso recorrer à sua dimensão histórica que perpassou por diversas concepções, até o desenvolver de na contemporaneidade a loucura ter se tornado objeto na história da psiquiatria e a sua consequente transmissão de saber e poder. Se em um determinado período a loucura foi considerada uma doença de grau patológico, posteriormente, na contemporaneidade, com o advento dos novos protagonistas intermediários e os recentes debates sobre a Reforma Psiquiátrica, apresenta-se um novo cenário perpétuo de alternativas substitutivas de como lidar com esse novo lugar da loucura. No decorrer do texto, me aprofundarei mais sobre essas questões.

Por ora, caminharemos nesse universo social do “corpo” que foi atribuído de “doente” e “loucura”, em alguns momentos representado por uma libertação da natureza, em outros, aprisionado, afastado do convívio social. Observa-se que, refletir sobre o estigma, enquanto uma marca que está contida nas relações informais, para além de um conjunto institucional que o aprisiona, nos levará a caminhar através desses dois conceitos, estigma e controle, que conversam entre si, e que poderemos pensá-los de forma separada no decorrer do texto.

O indivíduo que possui alguma “marca” que o difere dos demais, seja uma marca visível que gera impacto para com o outro indivíduo no processo de interação, ou até mesmo uma marca contida na sua ação, no seu comportamento, transgredindo a linha de fronteira da sua possível aceitação naquele contexto em particular, é caracterizado como “estigma”. Segundo Goffman (1963),

“O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem. ”
(GOFFMAN,1963, p.13).

Ao recorrer sobre alguns fatos na história, Goffman retrata que essa concepção de estigma, foi desde a antiguidade clássica usado para “visibilizar” uma categoria de indivíduos como uma forma de tornar público aqueles que possuíam alguma marca no corpo, como forma de “marcar” a imagem do mesmo diante a sociedade da época. Não esquecemos dos suplícios, uma pena corporal dolorosa, conforme foi apresentado por

Foucault (1977) em *Vigiar e Punir*, como foram sendo desenvolvidas as práticas punitivas sobre a delinquência ao longo da história entre os séculos XVI ao XVIII, o suplício era a punição sobre os corpos dos condenados, uma cerimônia de tortura realizada em praça pública, colocando o corpo como alvo do castigo em um ritual de espetáculo.

Segundo Foucault, a repressão ao corpo segundo a própria lei dessa época, era a “salvação da alma” do condenado. Posteriormente, ao final do século XVIII com o fim do suplício, “a melancólica festa de punição vai se extinguindo ” (FOUCAULT,1977, p.14). Lança-se um novo elemento de como alcançar esse corpo e atingí-lo, de acordo com a modernização do código penal, “desapareceu o corpo esquartejado, amputado, marcado simbolicamente no rosto/corpo, exposto vivo ou morto, dado como um espetáculo” (ibdem,1977, p.14)

O imaginário da figura do “louco” do século passado está configurado através de um conjunto de discursos que exerceram influências, através do significante, para a disseminação da loucura como um diagnóstico de efeitos de anormalidade nas relações humanas. A força que o discurso se apresenta para Foucault (1970), está atrelado ao poder na qual queremos nos apoderar, segundo o autor, o discurso se constrói através da junção entre o “poder” e o “desejo”, juntos adquirem sentidos e a capacidade social de impor uma verdade sobre a outra pessoa. Tendo em vista que, o poder não é uma matéria concreta localizado em um ponto específico da dimensão das estruturas históricas, a leitura foucaultiana vai nos dizer que o poder não existe por si mesmo, se ele atua e está presente, é por ser fruto das práticas e relações sociais.

Por sua vez, desde a idade média foi sendo atribuído à loucura uma série de fatores que a julgavam possuir, desde a sua rejeição por haver um defeito como castigo superior, uma maldição da natureza na qual deveria evitar o contato, logo o seu remédio foi desfrutar ao ar livre o que a natureza lhe proporcionava distante de todos. Algumas dessas interdições de exclusão se manifestaram em diferentes formas, Foucault (1970) mostrou alguns caminhos, como por exemplo a não circulação da “voz do louco”, “[...] o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (Foucault,1970, p.10)

Nesse sentido, algumas dessas interdições interferiram na própria linguagem, Foucault (1970) mostrou que as palavras em sua simbologia, se transformaram num lugar de separação, foram através delas que a voz do “louco” foi ocultada. A representação ao longo da história referentes ao comportamento e discursos dos sujeitos socialmente subordinados, foram sempre escritas e moldada em torno de uma imagem pública em relação as expectativas do “outro”, este “outro” detentor dos jogos e estratégias do poder.

No que concerne à visibilidade do indivíduo considerado louco, que até então as suas palavras foram negadas, “[...] a palavra só lhe era dada simbolicamente, no teatro onde ele se apresentava, desarmado e reconciliado, visto que representava aí o papel de verdade mascarada” (FOUCAULT,1970, p.11). É a partir desses cenários que a “imagem da loucura” vai se permeando e os efeitos dos aparatos do saber vão ganhando uma dimensão política e social que atravessam o corpo de quem sofre algum sofrimento mental. No tópico a seguir, traço o desenrolar da trama da construção social do hospital, e de como esse espaço foi ao longo da história pensado enquanto intervenção de cura e, posteriormente, como o corpo do “doente” foi produzido como instrumento de análise de narrativas de classificação na modernidade.

3.3 O SURGIMENTO DO HOSPITAL E O PROCESSO DE CONTROLE SOBRE O “DOENTE”

No que concerne ao nascimento do hospital na sociedade, como Foucault (1979) havia informado, o hospital enquanto espaço terapêutico é relativamente novo, permeado no fim do século XVIII, e vale ressaltar que tanto a medicina, quanto o médico, foram os primeiros que se constituíram ao longo da história como “objetos de normatização”, ao considerar isso, perceberemos como o corpo do doente foi estigmatizado nesses espaços denominados “ciência da vida”.

A priori, o hospital medieval não possuía a mesma finalidade de “cura” para com o paciente como poderemos entender, “Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. (...) como também de separação e exclusão” (FOUCAULT,1979, p.101). O hospital era conhecido como o “morredouro”, pois a sua assistência ao pobre era somente no momento final da sua morte, o pobre ainda possuía esse direito, diferente do doente que era totalmente

excluído do resto da população. Vale ressaltar que havia uma influência cristã com o papel do “lugar da salvação” “das almas dos pobres”, o médico se figurava como “visitante”, quando era convidado por algum leigo religioso.

A medicina social antiga não era centrada na coletividade, pois continha um aspecto mais privado do processo, desde o seu desenvolvimento, seja estando ligado a organização do Estado, ou articulada com a urbanização da cidade, usando o espaço/corpo urbano para configurar e unificar o seu poder. O projeto da quarentena, por exemplo, sobre os modelos de organização sanitária e médica nas cidades ocidentais, retrata a vigilância e a homogeneização do espaço urbano, excluindo tudo aquilo que pudesse causar perigo para a população. A “purificação” do espaço urbano foi viabilizada por meio dos procedimentos tomados em relação ao surgimento da lepra e da peste, colocando para “fora” o indivíduo que ameaçava foi a forma que a medicina urbana “cuidava” dos “outros” ditos “normais”, e com a exclusão a proporção às sequelas do internamento.

A categoria corpo, enquanto um elemento novo utilizado pela medicina social, diferentemente da perspectiva moldada pelo viés do capitalismo e os seus desdobramentos, sob as respectivas Revoluções Sociais no final do século XVIII e início do século XIX, na qual o corpo do trabalhador foi utilizado enquanto força de trabalho e controle, submetido à alienação social, foi através do corpo que a medicina social e científica o enquadraram como um objeto estratégico de disciplinamento e de análise minuciosa, com o deslocamento da intervenção médica e hospitalar, enquanto instrumento de cura.

Vale salientar, que o corpo enquanto uma categoria de análise, vinculado há uma tradição antiga da antropologia clássica de Marcel Mauss (1872-1950) sobre as noções mais simples de observação de técnicas corporais, e de como cada sociedade atribuiu sentidos próprios através da sua relação com o corpo. Segundo Mauss (1944), “[...] O corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem”. (MAUSS, 1944, p.217), e a noção de “técnica” está perpetuada sobre tudo aquilo que o homem aprende através da tradição e a sua transmissão do saber. Não necessariamente a “técnica”, está associado enquanto um “instrumento” propriamente dito, pois o corpo já se configura como um componente “técnico” de uso.

Desde a supressão do castigo corporal das práticas punitivas, de outrora, a relação de dominação do corpo passou por novos instrumentos e técnicas aperfeiçoadas de poder, no lugar do carrasco, foi enquadrado uma “nova maquinaria”, segundo Foucault (1977), o que interessa agora é o “corpo dócil”, o que pode ser manipulado, treinado, tornando-o útil em um regimento de disciplina e domesticação. De certa forma, a tortura, como propõe Foucault, é mais eficaz quando invade a alma, a psicologia da alma. (FOUCAULT, p.109,1977).

Os métodos punitivos da política sobre o corpo analisado por Foucault, como um conjunto de relações sociais e as formas como dão origem as suas práticas de punição, nos ajudam a compreender como a sujeição a esses modelos punitivos carregam uma “marca” não só negativa do processo, e sim, como o poder e o seu controle vão acarretando um lado positivo que muitas vezes não são visíveis aos nossos olhos, em sua forma mais simbólica possível.

Alguns marcos, em termos teóricos acerca das relações de poder institucional sobre o corpo, assim como, a análise minuciosa desses corpos estigmatizados no seu cotidiano, serão conduzidos pelas análises de autores como Michel Foucault (1977) e Erving Goffman (1961), serão importantes para a condução dessa linha de raciocínio, abrangendo diálogos entre os respectivos autores que foram evidenciados entre os contextos históricos que relatam sobre a saúde mental. Os mesmos são essenciais nesse ramo, em frente às discussões da sociedade moderna disciplinar em contramão da história da tortura do corpo “doente” e a produção da sua visibilidade e invisibilidade nas dinâmicas de relações sociais.

Pensar o mundo social, em particular o mundo de um grupo que receberam um atributo independentemente da sua vontade, e a maneira em que a sua informação social foi sendo revestida de uma “imagem redundante”, por meio que o “controle social” se moldou através de discursos de “verdade”, centrados em debates diversificados de “poder”, se constituirão como exemplos de interpretações acerca desse cenário histórico.

Entender como esses saberes desde as suas relações microssociais, até as relações de molde institucional foram criando uma “rede de controle” que atravessam esse corpo humano e produzem um discurso sobre a “doença mental”, estruturada por meio de uma correlação de forças, nos embasará a recorrer sobre algumas “chaves

interpretativas” através dos respectivos autores citados, de pessoas submetidas à uma organização totalmente sistematizada. E mais na frente, refletiremos como essas propostas advindas de uma Reforma Institucional foram lidando com a “reconstrução” desse “modelo” concretizado sobre a realidade do sofrimento mental na contemporaneidade.

O lugar que o poder de “assujeitamento” que esses espaços resguardam como articulações bem pensadas para “objetivar” indivíduos, que em práticas foram validados cientificamente, apesar de posteriormente, ter sido contestada por movimentos sociais que levantaram a bandeira contra a psiquiatria mais clássica, os contextos que implicam esse aprisionamento como forma de “corrigir” uma “enfermidade” submetida a um único parâmetro hegemônico médico. Dentro dessa perspectiva, Foucault (1979), analisou que o nascimento do asilo foi fruto de um jogo de interesses de determinadas estruturas sociais e política, na qual o médico tinha o poder de “verdade” sobre a doença, como também a sua própria produção.

[...] Todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX – isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos – punições como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico – tudo isto tinha por função fazer do personagem do médico o “mestre da loucura”. ” (FOUCAULT, 1979, p.122).

Vale ressaltar que esse tipo de poder disciplinar se constituiu como um elemento de dominação que fez jus a essa época entre o século XVII e XVIII, sendo recorrente nos campos de análises que Foucault investigava, onde o poder disciplinar possuía um controle de “sujeição” e “docilidade do corpo”, que poderiam ser encontrados para além do campo prisional, como também em outros setores. Observamos que no fenômeno particular da loucura, com o surgimento do hospício, o personagem do “louco” foi ganhando um lugar de destaque na cena, posicionado em uma relação individualizante nesses espaços de relações estruturais e de vigilância total.

É por essa configuração de espaços que o indivíduo com transtorno mental foi sendo direcionado, onde a “loucura” não era internada, para um espaço institucionalizado sob técnicas de distribuição do espaço, como vimos em Foucault, através de uma intervenção higienista médica para aqueles comportamentos que deveriam, a seu modo, serem “corrigidos” e “curados”, que Goffman (1961), por sua vez, no seu estudo minucioso em sua obra “Manicômios, prisões e conventos”, fez um estudo de campo sobre a realidade dos internos que possuíam transtorno mental, e levantou uma crítica à essas Instituições Psiquiátricas.

No seu estudo realizado minuciosamente sobre o cotidiano dos internos e dos dirigentes em uma instituição total, mostrando como o mundo do internado diz muito mais sobre as suas condições de internamento, do que necessariamente a “doença” que possui. Sobre isso, o autor define a instituição total:

“Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. (GOFFMAN,1961, p.11)

As instituições totais, em sua grande maioria, possuem esse grau de “fechamento” externo e interno, evitando que o internado possua um vínculo social na sociedade, como por exemplo, experiências vivenciadas nos conventos, asilos, manicômios, presídios, campos de concentração, entre outros, que variam no seu grau de “fechamento”, alguns sendo mais “fechados” do que outros. Esses pressupostos no que cerne as “portas fechadas” (sobre o internamento” e as “portas abertas” (na perspectiva da reforma), servirão como elementos que serão analisados mais na frente, referente as mudanças nas políticas de saúde mental e o seu novo modelo de tratamento na sociedade moderna.

O propósito de Goffman (1961) nessa investigação da estrutura do “eu” do interno nesse regimento de representações sociais, no que se refere ao sistema de classificações de um grupo sobre a “identidade social” do outro grupo, mostra um cotidiano de relações a partir de uma análise sociológica e etnográfica, sobre um poder disciplinar que muitas vezes “[...] se exerce tornando-se invisível: em compensação

impõe aos que submete um princípio de visibilidade obrigatória” (FOUCAULT,1977, p.167).

A partir da sua funcionalidade, perceberemos como as classificações dos “mundos sociais” que representam a diversidade dos grupos na sociedade mais ampla, estão contidos dentro de padrões de “tipologias” que em alguns casos podem ser levados a certas instituições que recebem determinados tipos de agrupamentos de acordo com os respectivos “perfis” que os enquadram, como vimos em Foucault e Goffman.

Em suma, as Instituições Totais profanam toda autonomia e liberdade de ação do sujeito, devido a disciplina administrada pela equipe dirigente, os internos acabam seguindo uma padronização institucional, onde os mesmos perdem tudo aquilo que é referente ao seu “eu”, a sua identidade, marcas pessoais e materiais que são construtivos para a sua identificação social. Esse controle é uma forma de evitar que o internado tenha algum vínculo social com o “mundo externo”. Os aspectos da sua vida pessoal estariam reduzidos a esse lugar de “reeducação” e disciplina moral, através da interpretação da equipe que formam os dirigentes por meio de um “jogo do olhar” hierárquico, como diz Foucault.

Neste sentido, os sujeitos ditos como possuidor de uma “loucura” se encontrariam como incapazes de cuidarem de si mesmos o que representaria uma ameaça à sociedade, pois quando o interno passa uma estadia longa sem o contato com o “mundo externo”, ocorre o que Goffman caracterizou de “desculturamento”, devido aos vários aspectos de mudança na sua vida cotidiana. A “mortificação do eu”, em uma análise subjetiva do interno, refere-se a tudo aquilo que “[...] nas instituições totais esses territórios do eu são violados; a fronteira que o indivíduo estabelece entre seu ser e o ambiente é invadido e as encarnações do eu são profanadas”. (GOFFMAN,1961, p.31).

Certamente, observamos como se faz necessário pensar o lugar que a centralidade do saber médico normativo ocupou e ainda exerce influência sobre essa oposição normalidade/patológico nas relações humanas, no que se refere aos sofrimentos psíquicos. Segundo Sandra Caponi (2012), em um artigo sobre a gestão biopolítica dos sofrimentos mentais, seguindo os eixos foucaultianos de biopolítica, levanta como problemática, como o surgimento dessas novas formas de maximização

do poder na contemporaneidade, implica na hierarquização dos processos que geram exclusão nas práticas sociais através das políticas higienistas hegemônicas.

“[...] a biopolítica dos sofrimentos psíquicos, aqui analisada, aparece com um modo de exercer o governo sobre os outros que se vale de critérios pretensamente científicos e validados de classificação e que privilegia um modo de intervenção: a terapêutica farmacológica”. (CAPONI,2012, p.119)

Ainda segundo Caponi (2012), com a expansão dessas estratégias biopolíticas referidas aos comportamentos que são visados nesse quadro de classificação, como os novos discursos e os novos saberes vinculados ao contexto moderno, estão lidando com os processos de subjetividade, de sujeitos que em seus sofrimentos mais particulares, vivenciam sua corporeidade nesse ramo de gestão biopolítica excludente?

No próximo tópico, apresentarei os movimentos que deram surgimento as Antipsiquiatrias da história moderna, e as críticas aos papéis desses poderes até então legitimados, em frente a Psiquiatria Tradicional. E de como foram debruçados o processo de desinstitucionalização e reconceituação dessas Instituições, através da Reforma Psiquiátrica.

3.4 COMO FUGIR DOS MUROS DO MANICÔMIO? UM BREVE CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CENÁRIO INTERNACIONAL E BRASILEIRO

Sobre as demandas de reorganização da estrutura asilar e o seu espaço de medicalização, surgiram-se dinâmicas de contextos internacionais de desinstitucionalização sobre as precárias condições dos muros que encarceravam a loucura. O desenvolvimento de movimentos sociais que denunciavam as atrocidades e reivindicavam os direitos à diferença e a busca por uma humanização no que diz respeito aos espaços enclausurados da loucura, deu início nos anos 60, um movimento antipsiquiátrico com críticas ao papel dos saberes e poderes hegemônicos até então legitimados pelo modelo assistencial vigente.

Segundo Voz de Oliveira (2011), na década de 1940, pós-Segunda Guerra, houve o surgimento de um movimento de Contracultura nos EUA, em que militantes e

estudiosos da causa levantaram críticas relacionadas as questões dos direitos humanos e à cidadania no que diz respeito sobre uma revisão aos valores e costumes sociais daquela época. Pesquisadores da saúde mental como David Cooper, David Loing e Gregory Bateson, foram os psiquiatras que se constituíram como as bases da antipsiquiatria, acreditavam que a loucura foi construída pelas relações de poder e das práticas discursivas, e que as grandes atrocidades ocorridas durante a história, foram através dos agentes do saber médico/psiquiátrico com as formas de tratamento do sofrimento psíquico. (VOZ DE OLIVEIRA, 2011, p.143).

O movimento da antipsiquiatria também, propunha modos alternativos de tratamento do sofrimento psíquico, rompendo com todo esse âmbito teórico e científico do tratamento psiquiátrico moderno. O seu método terapêutico recai atenção para o campo micro das relações sociais, tendo em vista que o indivíduo está ligado a uma rede de práticas relacionais, e o seu acompanhamento se estenderia numa integração aos grupos terapêuticos. Passaria para um regime de não isolamento, e supunha de uma forma mais “radical” ao encarar a extinção total do rótulo de “doente mental”, pois o mesmo seria fruto da própria psiquiatria tradicional que o rotulava enquanto uma patologia.

Amarante (1995) ao contextualizar sobre “as reformas da reforma”, pretendia mapear exemplos de propostas iniciais a partir do cenário internacional sobre o movimento institucionalizante. Por exemplo, o modelo de Psicoterapia Institucional na França e a de Comunidade Terapêutica do período de pós-guerra, embora tenham propostas e comulgam de terapias diferenciais, ambos ainda continuavam restritos ao âmbito institucional, não conseguindo ultrapassar os “muros”, focando suas mudanças em termos “grupais” dentro do próprio espaço institucional.

É com a tradição da Psiquiatria Italiana de Franco Basaglia, na qual teve uma grande influência não apenas no Brasil, que os paradigmas enfrentados até então, são renovados situando sua experiência a nível de uma intervenção prática e mundial de operação, sobre isso, sua proposta se baseava em:

“[...] Torna-se preciso desmontar as relações de racionalidade/irracionalidade que restringem o louco a um lugar de desvalorização e de desautorização a falar sobre si. Da mesma forma

que é preciso desmontar o discurso/prática competente que fundamentam a diferenciação entre aquele que trata e o que é tratado. Neste momento, a reinvenção das práticas precisa confrontar-se no espaço da comunidade e na relação que os técnicos estabelecem com a loucura, com a solidariedade e o desejo da produção da diferença plural”. (AMARANTE,1995, p.48)

Sobre as transformações no que se refere ao contexto internacional de assistência psiquiátrica, segundo Vasconcelos (2010), sobre esse contexto de desinstitucionalização nos países europeus durante o período pós-guerra, seguiram como influências a modo comparativo, para pensarmos no exemplo no contexto do Brasil recente. Sobre as mudanças assistenciais, o autor nos diz sobre as propostas em fins da década de 70 durante a conjuntura de redemocratização, tendo como exemplo a tradição basagliana ⁸ na Itália:

“[...]. Centra-se em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é definidamente antiterapêutico, e que a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição radical do hospital por um amplo rol de serviços abertos e comunitários capazes de assistir o usuário desde a crise aguda e as demandas de cuidado psicológico até as necessidades mais amplas de caráter social”. (VASCONCELOS,2010, p.39)

Para Amarante (1995), esse processo de necessidade de mudança assistencial é a fronteira de passagem de uma “visão trágica e clássica” da loucura para uma “visão mais crítica”, o que está em vigor agora seria um projeto de desconstrução, e a desinstitucionalização, para o autor se difere de apenas “desospitalizar”, no sentido de não apresentar um novo modelo:

“Neste sentido desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico

⁸ A tradição basagliana foi proposta pelo italiano Franco Basaglia, um grande percussor de rupturas em detrimento as técnicas dos movimentos anteriores, desde a Comunidade Terapêutica nos EUA, a Psicoterapia Institucional na Inglaterra, e a Antipsiquiatria da Contracultura. Apresentou-se com um teor de crítica e renovação para com a reforma psiquiátrica clássica, desde o modelo de tratamento moral pileniano, proposto pelos fundamentos da medicina clássica de Philippe Pinel.

e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos. (AMARANTE,1995, p.49)

A trajetória da reforma psiquiátrica com esse quadro de desinstitucionalização num contexto internacional de movimentos que foram se mobilizando a repensar perspectivas alternativas acerca desse cenário violativo para com os direitos humanos, é através dessas raízes fixadas no cenário exterior que o contexto particular brasileiro apresenta marcos comuns, no que se refere as críticas estruturais, desde os vários referenciais teóricos e suas consecutivas correntes de críticas e práticas sobre a saúde mental, como também com o desenvolvimento de grupos políticos de militância. (AMARANTE,1995)

Para efeito, tenho como objetivo explanar uma breve periodização desse contexto, no que cerne aos últimos anos da década de 70, onde se configurou a primeira onda de mudanças sociais. Será considerado alguns pontos, no que diz respeito aos principais destaques dos movimentos sociais que tiveram uma participação ativa na implantação de políticas, como o MTSM (Movimentos dos trabalhadores em Saúde Mental), considerado um dos grandes atores políticos e sociais do campo da saúde mental nesse processo de reconstrução de um novo cenário social da loucura.

Como havia demarcado, os anos 70 tiveram como marco mobilizações gerais na sociedade brasileira contra as instituições que funcionavam como mecanismos de opressão à dignidade humana, similar ao que Arbex (2013) referenciou sobre os efeitos de desumanização nos campos de concentração nazista. A quem interessa retomar modelos falidos? O Brasil em menos de duas décadas do fim da segunda guerra mundial, reproduziu uma atrocidade de maus-tratos com um genocídio de cerca de 60 mil mortes no hospício de Barbacena na cidade de Minas Gerais. Vale salientar, que o público alvo, cerca de 70% não continham diagnóstico de transtorno mental, eram confinados os considerados “indesejáveis sociais”, como vítimas dessa política eugenista de limpeza social que justificavam muito dos interesses das suas políticas locais.

A jornalista Daniela Arbex em seu livro Holocausto Brasileiro, retrata o horror que a sociedade brasileira silenciou na história por anos, os muros da exclusão e tortura

que a medicina brasileira reproduziu como uma banalização da violência e do cárcere. O livro de teor jornalístico, apresentado de forma detalhada o seu contato com histórias e relatos de vítimas sobreviventes do holocausto. Tal como a história do internado Cabo, que passou 20 dos 34 anos sendo considerado como uma pessoa muda, porque alguém sequer ousou em lhe dirigir a palavra. A história da interna Maria de Jesus, que foi encaminhada para o Colônia porque se sentia triste.

O perfil das vítimas era nada mais que um sistema patriarcal e excludente que gera reflexo no configuramento de mulheres que foram encaminhadas por seus maridos, meninas que “perdiam a virgindade antes do tempo” ou ficavam grávidas antes do casamento, prostitutas, alcoólatras, militantes políticos, em sua maioria a população negra, que migravam na famosa expressão “trem de doido”, que passava por várias cidades brasileiras em seus vagões, rumo ao confinamento e a tortura, ou como diz Arbex (2013) “num campo de concentração travestido de hospital”.

A psiquiatria se constituiu no Brasil em meados do século XIX, muito antes da construção do Colônia (datado no início dos anos de 1903), tendo como o seu primeiro hospício na década de 1841, o Pedro II, um momento em que ainda era incipiente profissionais médicos. Segundo Arbex (2013), os ditos “loucos” antes do Colônia eram encaminhados para as cadeias públicas ou casas de misericórdia de cunho religioso.

Ainda segundo Arbex (2013), durante o período do Colônia, que perdurou os anos entre 1903 e 1980, não houve nenhuma mobilização entre os governantes e representantes do poder na época. O Colônia, por exemplo, foi precursor do modelo de “leito chão”, com a substituição de camas por capim, para uma maior aglomeração de “lixo humano”, tornando-se influência para que outros estados adotassem essa medida não-terapêutica.

A perpetuação desses efeitos de desumanização teve influências de diversos atores, com o abafamento do papel do Estado e das políticas locais, através dos seus múltiplos micropoderes, desde médicos, funcionários e a própria omissão da população (Arbex,2013). Por certo, uma “instituição total”, assim como afirma Goffman, que preservou e foi racionalizando a condição do “desvio” na sociedade.

Destarte, a vinda ao Brasil de figuras internacionais influentes da Luta Antimanicomial, possibilitou o fortalecimento e engajamento de movimentos a favor da

reforma psiquiátrica. A periodização desse movimento alternativo teve como início os anos entre 1978 e 1980 (AMARANTE,1995, VASCONCELOS,2010), com o destaque para o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que teve um papel fundamental ganhando força através dos congressos, enfrentando a base conservadora da psiquiatria clássica, sendo considerado segundo Amarante, como o “ator” e “sujeito” político para a consolidação da reforma.

Foi durante os anos 70, que as primeiras denúncias foram ganhando visibilidade no cenário brasileiro, desde ações de greve de profissionais e bolsistas da saúde mental que apresentaram para a sociedade as precárias situações de trabalho e desumanização na qual vivenciavam, gerando um estopim, não de abafamento, mas de resistência em outros espaços da sociedade civil, através do conhecido caso ‘crise da DINSAM’⁹, do movimento de denúncias deflagradas nos quatro principais hospitais do rio de janeiro, e foi a partir desse caso que a repercussão foi ganhando espaço, causando um escândalo sobre o que de fato estava sendo vigente nesses espaços. Sobre um balanço desse período, conforme Andréa Heidrich (2017):

“Essa década foi histórica para a sociedade brasileira, marcando a retomada das mobilizações em prol de mudanças sociais, políticas e econômicas, após um longo período de ditadura militar e repressão. No setor da saúde, os sucessivos governos interventores da Ditadura Militar privilegiaram a iniciativa privada e financiaram a construção de grandes hospitais, onerando o sistema previdenciário. ”
(HEIDRICH,2017, p.68)

Ainda segundo a autora, durante o período da ditadura militar, a “loucura” foi mercantizada, os setores privados ganhavam em cima dos números de leitos, aumentando de certa forma, a rede privada no que concerne aos “cuidados” da saúde mental, tornando-se um “objeto de lucro”.

No que diz respeito à organização de militantes, sindicatos e movimentos de trabalhadores da saúde mental, nos anos 70, solidificam Congressos Nacionais de

9 “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do setor da saúde mental na qual era responsável por quatro unidades na cidade do Rio de Janeiro na qual deflagraram greve, como o Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho. Ver mais em: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil, Amarante.

Psiquiatria que colocavam como pauta inicial as reivindicações de melhorias de trabalho, desumanização e denúncias, foi aí que o MTSM, foi ganhando espaço. De uma maneira geral, segundo Amarante (1995), é o primeiro movimento de luta popular que reunia a classe trabalhadora e outros segmentos populares, que possuem como base, uma “resistência a institucionalização”:

“ O MTSM caracteriza-se por seu perfil não cristalizado institucionalmente – sem a existência de estruturas institucionais solidificadas. A não institucionalização faz parte de uma estratégia proposital. (...) Uma relação bastante singular vai surgir no decorrer desta trajetória entre a opção pela não institucionalização do MTSM e pela ‘desinstitucionalização’ do saber e da prática psiquiátrica. Como veremos, esta última torna-se-á o conceito-chave no projeto de transformação da psiquiatria por parte do movimento. ”
(AMARANTE,1995, p.57)

Entre as séries de eventos e congressos nacionais de encontros científicos, Amarante (1995) destaca o que ocorreu em 1979, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria em Belo Horizonte, o mesmo possibilitou a vinda de referências, como a do Movimento Democrático italiano, com o Psiquiatra Franco Basaglia, considerado um líder da Luta Antimanicomial e que garantiu visibilidade mundial com a criação da Lei 180 de 1973, estabelecendo a abolição dos hospitais psiquiátricos, e considerado o principal inspirador do Movimento Antimanicomial no Brasil. Por sua vez, o Hospital Colônia em Barbacena, recebeu a visita de Basaglia, em um trecho do livro de Arbex (2013, p.207), aos horrores do hospício o psiquiatra relata: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta”.

Dando continuidade as trajetórias vivenciadas no Brasil, Vasconcelos (2010) caracteriza como um segundo momento, o modelo sanitarista, por volta dos anos 80, com uma série de iniciativas de ações integradoras no sistema único de saúde, após o fim da ditadura. De uma forma simplificada, Amarante (1995) apresenta a diferenciação desses dois movimentos (a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica) sobre revisão no setor da saúde em processo de mudanças:

“O movimento pela reforma psiquiátrica reencontra suas origens e se distânciava do movimento pela reforma sanitária. Parte da explicação deste afastamento pode ser encontrada no fato de que, apesar de todos os desvios de rota, de todas as contradições e paradoxos, o movimento psiquiátrico sempre mantém um viés desinstitucionalizante – isto é, mantém em debate a questão da institucionalização da doença e do sujeito da doença – ao passo que o movimento sanitário perde de vista a problematização do dispositivo de controle e normatização próprios da medicina como instituição social.” (AMARANTE, 1995, p.94)

De um modo geral, a reforma psiquiátrica tinha como foco pensar nas demandas singulares dos sujeitos em seus processos de sofrimento, diferentemente, de um modelo de saúde que pensa o sujeito de uma forma generalizante através de políticas públicas que estão mais preocupadas em seguir padrões de referência ou formas de controle de epidemias, entre outros.

O terceiro movimento da trajetória de transformações, segundo Vasconcelos (2010) é no período de 1987 a 1992, com a transição e emergência da luta antimanicomial como estratégia política. As principais pautas de luta do MTSM naquela conjuntura tinham como lema “por uma sociedade sem manicômios”, como expressão de uma estrutura opressiva ainda presente nos espaços públicos da sociedade.

Ainda nesse período, foram concedidas as primeiras experiências municipais de assistências substitutivas de cuidados, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo em 1987, e posteriormente uma intervenção em Santos num hospital psiquiátrico, posteriormente, foram implementadas os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), com o funcionamento de serviços abertos em comunidades por 24hr, como experiência do projeto iniciado em Trieste na Itália.

Em meio a essas transformações sociais, surgiu um primeiro porta-voz do movimento em prol da saúde mental, o deputado Paulo Delgado (PT/MG), que submeteu um projeto de Lei Federal de número 10.216¹⁰, sobre a regulamentação dos direitos sociais das pessoas com transtornos mentais, sancionada somente em 2001, doze anos depois da sua primeira proposta de regulamentação em 1989, devido as muitas rejeições de deputados que foram contra.

10 Brasil. Presidência da República. Lei Federal n. 10.216, de 06 de abril de 2001.

A partir da década de 1992 a 2000, a rede extra-hospitalar foi ganhando espaço, de acordo com a construção das diretrizes em saúde mental da reforma psiquiátrica no Ministério da Saúde, e o CAPS possuiu um papel estratégico fundamental. Inserida dentro de uma rede de atenção à saúde, articulada na sociedade com outros dispositivos de organização de serviços como uma forma de serem de fato substitutivos, e não complementar ao hospital psiquiátrico. Entre esses setores, temos as Residências Terapêuticas (RTS), ou Casas de Apoio que surgiram para aderir as necessidades dos sujeitos desinstitucionalizados. Outros que compõem esse conjunto de atenção à saúde mental são os Centros de Convivências, Hospitais Gerais, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), entre outros.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em específico, tem como objetivo um atendimento contínuo de atenção diária com o usuário, por meio de uma organização social que se difere do modelo anterior, o que implica em dar um suporte maior aos sujeitos, assim evitando internações diretas em Instituições fechadas.

“[...] São serviços de saúde municipais abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.” (BRASIL,2005, p.27)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), se organizam no país de acordo com a demanda do perfil populacional dos municípios, os CAPS diferenciam-se por tipo: CAPS I – de menor porte, com população entre 20 e 50 mil habitantes, atendendo jovens adultos com transtornos mentais severos e persistentes, e com uso severo de álcool e outras drogas. O CAPS II – de médio porte, com clientela de transtornos mentais graves e severos, com população entre 50 e 200 mil habitantes. O CAPS III, considera-se de maior complexidade, com um porte acima de 200 mil habitantes, funcionam durante 24 hrs todos os dias, e ainda dá cobertura para outros municípios e/ou CAPS vizinhos, se concentrando nas grandes metrópoles. Temos também o CAPS i – infanto-juvenil em municípios acima de 200 mil habitantes, o CAPS AD- (adulto) especializado em atendimentos de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas,

e mais recentemente, o CAPS AD III- para adulto e infanto-juvenil, com um funcionamento de 24 hrs. (BRASIL,2015).

O propósito geral desses novos serviços é trabalhar com o modelo de “portas-abertas”, conduzindo a “porta de entrada” e a “porta de saída” dos sujeitos no estabelecimento, propondo um projeto terapêutico de reinserção dos mesmos na sociedade em geral. Desta forma, sobre as considerações históricas na qual a pauta da cidadania foi sendo separada dos sujeitos portadores de algum transtorno, emerge agora a afirmação dos sujeitos possuidores de direitos.

As ressignificações do espaço da loucura agora tendem a um deslocamento ou mudança às redes já existentes, tendo em vista que os leitos hospitalocêntricos estão sendo fechados (ou deveriam na prática) pois como sabemos, esses espaços estruturais ainda estão presentes nos nossos dias, e mesmo que essa nova reformulação se afaste desses mecanismos de controle, não impede de reproduzir as características de uma instituição total, como diz Goffman.

É nessa perspectiva que pretendemos analisar a variação de um modelo desinstitucionalizado, que por sua vez, utilizará de uma outra dinâmica de reinserção dos sujeitos nos demais grupos e espaços sociais. Para pensarmos sobre essas experiências singulares de sofrimento em frente as essas rupturas institucionais do campo da saúde mental, como essa inserção dos sujeitos em espaços de sociabilidades interagem em frente às situações de relações estigmatizantes?

Como é de praxe, a participação dos familiares possui um papel fundamental no processo de tratamento, pois se constitui como um primeiro espaço de socialização e de rede de cuidado, é através desse engajamento familiar, que muito das condutas são moldadas e cristalizadas através da representação social em torno da “identidade social” do sujeito em sua condição de adoecimento, sobretudo o estigma enfrentado pela própria família, como reflexo de convívio com pessoas rotuladas como “desviantes” no meio social. Em um artigo de Lúcia Cristina sobre as condições que a família brasileira vivência com os portadores de transtornos mentais ela ressalta que:

“A família precisa ser vista não apenas como um recurso, como um “lugar” como outro qualquer. Evidentemente é um espaço de afeto e

relações pessoalizadas significativas, mas nem sempre é vivenciado como um afeto positivo tanto pelo portador de transtorno mental como pela própria família. O cuidado na família envolve não só afeto, características psicológicas, relações interpessoais concretas para o seu desenvolvimento. ” (SANTOS ROSA,2010, p.285)

Um fator que podemos levantar para pensarmos um pouco sobre o estigma nesse viés de relação: família e usuário; e família na sua relação com o Caps, é que muitas vezes a identificação que o usuário vai receber enquanto um comportamento “ não convencional” é através da sua relação com a família, entendemos que os vínculos que são construídos através dela direcionam o seu encaminhamento para o Caps, mas como são construídas essas relações? A família também pune? Como os Centros de Atenção Psicossocial desenvolvem o seu projeto terapêutico em conjunto com as famílias dos usuários?

No próximo capítulo darei início sobre a apresentação do meu lócus de pesquisa, onde será desenvolvida o meu trajeto de campo e as minhas observações, como também, girarão em torno da questão das percepções sobre a saúde mental em Campina Grande, cidade em que foi fruto da Reforma Psiquiátrica, com a interdição do Hospital Psiquiátrico João Ribeiro, em meados de 2005, e que nos dias atuais compõe de uma junção de redes de atenção em saúde, em particular, a saúde mental. Estará exposto também, algumas bibliografias referentes na área que servirão como base para as reflexões acerca deste cenário.

4 NOVAS ANDANÇAS DE CAMPO: “AQUI É O CORAÇÃO DA SAÚDE MENTAL”¹¹

“Não existe etnólogo sem uma partida, sem sair de casa e ir olhar o mundo, que começa bem perto, além do círculo privado, da casa, dos sentimentos familiares, amorosos, fraternais. Tomar uma distância daquilo que constitui o seu “eu” é o primeiro passo. ” (Agier,2015, p.19)

Inspirando-me nas reflexões de Encontros Etnográficos de Michel Agier (2015), traço as iniciais motivações norteadoras sobre o período de desenvolvimento da pesquisa e do deslocamento que o trabalho etnográfico foi perpassado por outros caminhos que foram sendo percorridos. Como bem salienta o autor, “Descobrir um novo lugar é de início perder-se nele”. (Agier, 2015, p.20)

Inserida em uma experiência anterior de campo (Andrade, 2017), na qual me permitiu familiarizar sobre as questões pertinentes ao fenômeno atual abordado, me possibilitaram refletir sobre o descobrimento de novas vivências de campo. Foi aí que a possibilidade de me conectar com outros estabelecimentos de relações com usuários em um Centro de Atenção à Saúde Mental, em particular na cidade de Campina Grande, norteadora de uma Reforma no que condiz ao seu processo de Desinstitucionalização.

É importante nos situar, de forma breve, como foi desenvolvido esse processo de criação de uma rede substitutiva de saúde mental na cidade de Campina Grande, localizada no interior do estado da Paraíba, através da intervenção pelo Ministério da Saúde no Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Heabilitação Funcional (ICNHF), popularmente conhecido como João Ribeiro.

11 Fala da Coordenadora do CAPS III, referente ao seu atendimento funcionar por 24 hrs, sendo o único dentre os outros CAPS que recebe “pacientes” de outros estabelecimentos.

Algumas bibliografias se tornam importantes para percorrermos o contexto que condiz sobre a história da reforma psiquiátrica em Campina Grande. Algumas reflexões apresentadas no trabalho de Dissertação da historiadora Fátima Saionara Leandro Brito, intitulado: “Andanças que cortam os caminhos da razão: as vivências insanas e atuação da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande-PB¹²”, me permitiu ter contato aos primeiros desdobramentos que despertaram a sua curiosidade de pesquisa, relativo às suas andanças nos ônibus da cidade na qual passava em frente ao hospital João Ribeiro, a mesma observava a questão do “silenciamento” por parte da sociedade, seja por falta de conhecimento referente a situação de negligência que acontecia do outro lado do muro do hospital, como também o silêncio de suas “práticas”, que estava engendrado em todas as outras esferas da sociedade, até que um dia o silêncio foi quebrado, as portas da instituição foram abertas.

Segundo Brito (2011), os primeiros encaminhamentos de denúncias sobre a má assistência dentro daquela instituição, além de culminar na desativação do prédio, possibilitou a construção da “memória” sobre os danos ocorridos aos seus pacientes, memória essa, seja por parte da mídia, jornalistas locais, pelos próprios profissionais de saúde, familiares e ex-pacientes, com a repercussão de vários “discursos”, como produção de “verdades”, seguindo a perspectiva do “olhar” singularizado de cada sujeito presente naquele momento histórico. Segundo a autora, somente depois da instauração da Reforma Psiquiátrica no Brasil, é que a “visibilidade” do hospital foi apresentada na cidade campinense, mas antes disso, me pergunto, como era pensado a questão da saúde mental em Campina Grande? Por quais espaços da cidade percorriam os ditos “desajustados sociais” antes de construir o hospital?

É através dos relatos orais, que Brito (2011) lança mão sobre a construção de memórias que romperam o “silenciamento” dos muros do manicômio em Campina Grande, e ao fazer a montagem de uma “imagem” que representasse esse cenário, percebeu que alguns dos discursos se cruzavam e outros se desviavam, como já frisado por Foucault (1970), os elementos que compõem os discursos estão intrínsecos aos interesses políticos, pelo “saber” e “poder” que perpassam nas linguagens dos sujeitos. Sobre as nuances que atravessaram o João Ribeiro, a historiadora nos lembra de um

12 Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Pernambuco no ano de 2011.

destaque exposto em um dos principais jornais de circulação do Estado, o Correio da Paraíba, tinha a seguinte manchete: *“Doentes nus e abandonados levam o Ministério da Saúde a intervir no Hospital João Ribeiro”*.

“De acordo com o repórter Carlos Magno, aquela era a primeira vez que uma equipe de reportagem tinha acesso ao interior do prédio e só então foi possível mostrar para a sociedade como era a rotina dos pacientes. Os relatos da extensa reportagem presente no interior daquela edição são de pessoas que tomavam banho juntas, homens e mulheres numa espécie de pátio a céu aberto, cujo único instrumento para a higiene era uma mangueira operada, mecanicamente, por um dos funcionários. Os pacientes foram comparados a elefantes de circo com uma única diferença, destacava o texto jornalístico, nos banhos dos elefantes é usado água, escova e sabão, enquanto que os pacientes dispunham apenas de água e um pedaço de pano que servia para enxugar a todos.” (BRITO,2011, p.102)

Segundo Cirilo (2010), no que condiz à desativação de leitos psiquiátricos, dentro do panorama geral no processo de intervenção federal, entre as dez instituições avaliadas no país, o ICANERF encontrava-se entre uma delas, comparada aos manicômios de grandes portes pelo Brasil, como nas cidades de Santos, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Campina Grande ganhando um grande impacto, com a demonstração da desumanidade presente nos bastidores das instituições psiquiátricas nas cidades brasileiras.

Na contramão daquela ordem de deslegitimar o funcionamento de uma banalidade viva no cenário cotidiano daquela instituição, um elemento discursivo colhido por Saionara Brito torna-se interessante para refletirmos o “corpo de imagens” dessas memórias. Brito (2011) apresenta a fala de quem foi “afetado” durante esse processo, através do ex diretor administrativo e filho do então proprietário João Ribeiro, em suas “lembranças” Virgínio Ribeiro relatou sobre o “livre trânsito” dos pacientes pelo hospital, as festividades ocorridas no estabelecimento em épocas comemorativas, festanças de boas vindas com comidas, oficinas que eram disponibilizadas aos seus pacientes, discurso que caminha em contramão às experiências de relações familiares com os internados, como também, de funcionários e relações de proximidade para com aqueles que mantinham algum contato dentro dos “muros”.

Nas interlocuções realizadas em outras produções, encontramos na Dissertação de Roseilda Maria da Silva, intitulada: “Veredas da loucura: incursões no cotidiano de usuários na Estratégia Saúde da família, numa comunidade de Campina Grande-PB”¹³, e assim, como mencionado anteriormente, Silva (2012) também expõe contextos de divergências entre o que é “narrado” e o “vivido”, através dos relatos de ex-pacientes que diziam sentir saudades de algumas vivências no hospital. Para tanto, no decorrer do texto, apresentarei alguns relatos anotados no meu diário de campo de usuários que passaram por experiências semelhantes numa instituição psiquiátrica, nesse caso, na Clínica Psiquiátrica do Dr. Maia em Campina Grande.

Os espaços de pesquisa percorridos por Roseilda Maria se concentraram num Grupo de Saúde Mental na perspectiva da Estratégia Saúde da Família, que diante do processo de reorganização da reforma em Campina, a pesquisadora objetivou focar nas vivências do cotidiano desse grupo numa comunidade urbana, logo após a Reforma Psiquiátrica em Campina. Vale lembrar que antes da Reforma, muitos se questionaram para onde iriam as pessoas que sofrem de transtorno mental, segundo Cirilo (2010), o que perambulava no imaginário social, principalmente a dos familiares, era para que o hospital não fechasse suas portas, tendo em vista que os seus pacientes não estariam totalmente “recuperadas” para receberem em suas casas, como também, devido o teor de gravidade na qual se encontravam, e por haver perdas e abandonos de familiares, concomitantemente, com a necessidade de fazer uma “resgate” sobre as histórias e localidades desses pacientes, e encaminhá-los para as suas respectivas casas e serviços disponíveis, como por exemplo, as residências terapêuticas.

Dessa forma, todos os aspectos que compõem a “identidade” do indivíduo foram “mortificadas”, sua entrada no “mundo interno” da instituição, perpassado os longos anos de internamento, ocorreu o que Goffman (1961) chamou de “destreinamento”, sendo o indivíduo incapaz de enfrentar os aspectos da vida na sociedade, com a perda dos “papéis” sociais e compondo-se de um comportamento institucionalizado. Nessa perspectiva, as “Instituições Totais” profanam toda autonomia e liberdade de ação dos sujeitos em suas necessidades básicas do dia a dia.

13 Dissertação apresentada no referente Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFCG, no ano de 2012.

Mediante a essas experiências, na obra *Canto dos Malditos* de Austregésilo Carrano, em sua escrita autobiográfica, Carrano (2004) nos comove por expressar em palavras, uma sensibilidade de emoções, medo, tristeza e dores de quem sofreu na pele por ter passado boa parte da sua juventude marcado pela violência dentro de instituições psiquiátricas, o mesmo foi levado pelo seu pai ao descobrir que o filho fumava maconha, e devido ao seu considerado “desvio” de comportamento foi internado no manicômio para uso de “tratamento”, momentos antes de levar um eletrochoque ele nos narra:

Sentia-me um animal ferido e acuado, preso naquele quarto. Um garoto de dezessete anos, espinha na cara, barba nem pronunciada. Preso, esperando o choque! Um lugar que jamais sonhara conhecer. Preso! esperando o choque. Passando por pesadelos que fariam qualquer machão adulto ficar temeroso. Preso. Esperando o choque. Dizem que há trinta anos não usam mais eletrochoque na psiquiatria intitulada moderna. Preso. Esperando. O Choque. O que é que eu estou fazendo aqui dentro, então? Preso, esperando o eletrochoque! Esse eletrochoque é um terror, meu Deus! por que fazem isso? Preso, esperando o choque. Sua aplicação é a seco, à unha nos agarram e aplicam essa porra. Por que permitem que façam isso comigo? Preso, esperando o eletrochoque. O que eles dizem para os nossos familiares é uma coisa - queria ver meu pai aqui dentro: preso, esperando o eletrochoque. (CARRANO, p.102,2004)

Vale salientar, que após a saída de Carrano de sua experiência naquele espaço desumano, ele começa a fazer parte do movimento da militância referente à luta antimanicomial, em defesa dos direitos portadores de transtorno mental, e levando às denúncias e críticas como pautas nesse movimento.

Sobre a construção de uma nova rede substitutiva em Campina Grande, Cirilo (2010), ao discutir sobre as estratégias de uma nova “reinvenção” na vida desses expacientes e para com as famílias que necessitavam de ajuda para estabelecer esses laços de cuidados, na época a Secretaria de Saúde de Campina disponibilizou de uma série de reuniões com os funcionários para reverem de maneira administrativa mudanças necessárias nesse tratamento, concomitantemente, a equipe teve como objetivo localizar os familiares desses pacientes, para que pudessem estabelecer uma convivência entre ambos, reestabelecer seus laços, até então perdidos devido longos anos de internação. Lívia Cirilo nos traz informações também, sobre os problemas que esses familiares

tiveram para lidar com esse novo “cuidado”, relatando as dificuldades mediante essa recepção nos seus lares nesse processo de adaptação.

Ao longo de todo esse processo de desinstitucionalização oficial, novas formas de cuidar e acolher foram chegando à cidade, hoje encontramos os seguintes CAPS assim distribuídos: dois CAPS infantis, o de “Intervenção Precoce” e o “Viva Gente”, dois CAPS I, ambos em Distritos, o “Bem viver” localizado no Distrito de Galante, e o “Cuidar e Viver” no Distrito de São José da Mata, o CAPS II “Novos Tempos”, CAPS III “Reviver”, e mais dois CAPS AD Álcool e Drogas, sendo um Infante Juvenil. Além de equipes de saúde mental encontrados nos postos de saúde, seis residências terapêuticas, uma emergência psiquiátrica e um centro de convivência.

Para além de situar a trajetória de um processo psiquiátrico de pessoas que foram institucionalizadas a partir de leis através de portarias pelo ministério da saúde, ou dados que compõem uma ressalva quantitativa de quantas pessoas foram afetadas, com uma busca mais generalizante da história, as bibliografias aqui apresentadas, se configuram por outro olhar sobre esse processo, seja uma construção de “memórias” através dos próprios sujeitos que estiveram presentes no dia a dia daquela instituição Brito (2011), seja num contexto referente após a Reforma na cidade, dentro de uma perspectiva da Esfera da Saúde da Família, através de relatos de ex-pacientes numa comunidade urbana, ultrapassando os “muros” da ESF, de como esses usuários se representavam, e como eram representados pela comunidade em suas relações de vizinhança, Silva (2012).

É dentro desse contexto, que busco compreender, dentro da esfera de outra rede substitutiva, no caso, o CAPS, interessa-me, sobretudo, refletir como essas mudanças na política de saúde mental no panorama internacional de tratamento para com sujeitos que convivem com um adoecimento mental, é vivenciado hoje na cidade de Campina Grande, a partir do trabalho terapêutico desenvolvido no CAPS, buscando analisar como é estabelecido as relações dos usuários uns com os outros nos espaços de relações do seu cotidiano.

Para tanto, as minhas observações de campo, ficaram-se restritas dentro desse universo particular que se configura o CAPS, na esfera de uma cidade urbana, com um intuito de conhecer como é desenvolvido o cotidiano de relações dos usuários. Segundo

Monnerat (2009, p.12), “[...] Mesmo em um contexto pós asilar, a instituição de tratamento psiquiátrico (ao menos no caso estudado) continuava a se constituir como o locus privilegiado das interações sociais dos seus pacientes”. Dessa forma, as acusações de possuir um estigma, por sua vez, tende a diminuir a sua aceitação em outros espaços sociais de interação.

“[...] Vale, ainda, salientar o quanto é significativa a existência de uma linha de tratamento que considere que o estímulo à sociabilidade tenha lugar de destaque no tratamento de pessoas acometidas com transtornos mentais, em meio à preponderância de linhagens biologizantes para explicações sobre o desenvolvimento das doenças mentais.” (MONNERAT, 2009, p.12)

Desde o início do seu funcionamento, o CAPS REVIVER, aqui estudado, antes localizado no bairro do Centenário foi direcionado para um local de melhor estrutura e acolhimento para a assistência aos seus usuários e familiares da casa, foi transferida no dia 22 de julho do ano de 2019, para a sua nova moradia no bairro da Bela Vista em Campina Grande. O Centro tem em sua direção duas Coordenadoras e uma equipe multidisciplinar com a presença de variados profissionais, compondo-se por: médico psiquiatra, enfermeiros, farmacêuticos, assistente social, psicólogos, pedagogos, educador social, técnicos de enfermagem e assistentes administrativos, além dos vigias e cuidadores sociais.

O CAPS III está em funcionamento há 14 anos, de acordo com dados do último Relatório de Monitoramento de 2019.1, o estabelecimento conta com 1422 usuários cadastrados, distribuídos em tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Segundo uma das Coordenadoras, o Caps III é considerado “O Coração da Saúde Mental” de Campina Grande, levando em consideração os outros Caps do município, pois este é o único que tem um funcionamento de 24horas, e acaba “abraçando” as demandas dos outros Centros de atenção do município. Este por sua vez, fornece atendimento de saúde mental nos seguintes bairros de abrangência: Distrito II¹⁴, Distrito

¹⁴ O Distrito II do Município de Campina abrange os seguintes bairros: Bairro Universitário, Bela Vista, Pedregal, Bodocongó, Centenário, Mutirão, Serrotão, Sítio São Januário.

III¹⁵, Distrito VI¹⁶ e o Distrito X¹⁷. Essas informações foram obtidas em registros de documentação e em anotações de campo.

O Caps III possui oito leitos, dividido em quatro para os homens e quatro para as mulheres, com o objetivo de trabalho que busca evitar internações psiquiátricas, dando um suporte clínico aos usuários com transtornos mentais severos e persistentes. Para investir nesse modelo de desospitalização, a dinâmica de intensivo noturno tem como proposta extrapolar o máximo de 7 dias de acompanhamento, tendo em vista, que seu suporte é de apenas de 3 dias, na qual o usuário tem um acompanhamento de 24 horas, e com um envolvimento com as atividades cotidianas que buscam promover uma qualidade de vida.

Em suas atividades assistenciais, o CAPS III também recebe ex-pacientes do João Ribeiro, devido a ausência do abandono dos seus familiares hoje alguns se encontram como residentes de Casas Terapêuticas. Como parte de suas atividades assistenciais, o CAPS dispõe de: consultas, atendimento psicológico individual e coletivo, acolhimentos iniciais com os seus encaminhamentos (ESF, UEPB, UFCG), além, de reunião com grupo de família, e oficinas como, as de interação e movimento, grupo de beleza, grupo de fuxico, oficina com o Projeto Arco íris, desenvolvido por um grupo de estudantes de psicologia, e também oficina de arte e costura. A pessoa em sofrimento psíquico deve receber encaminhamentos realizados pelas variadas redes de atenção básica, ou até mesmo, pela demanda espontânea do próprio usuário, este, recebe a recomendação de se apresentar acompanhado de um ente familiar ou conhecido da sua vizinhança.

Referente sobre as reflexões direcionadas por mim com as formas de “controle” para com os usuários frequentadores do CAPS III em Campina Grande, proponho observar a existência ou não de um controle seguido pelo viés de controle do próprio estabelecimento, com a rotina do serviço, juntamente com a participação e as práticas de cuidado das famílias. “Controle” este, que pode ser desenvolvido através de uma “marca”, como o estigma sofrido pelas pessoas que fazem tratamento em uma

¹⁵ Distrito III: Araxá, Bairros das Nações, Conceição, Cuites, Jardim Continental, Jeremias, Louzeiro (Buraco da Gia/ Rosa Mística), Monte Santo, Palmeira e Prata.

¹⁶ Distrito VI: Cinza, Distrito Catolé de Boa Vista, Jardim Verdejante, Malvinas, Rocha Cavalcante, Sítio Catolé de Boa Vista, Sítio Paus Brancos e Três Irmãs.

¹⁷ Distrito X: Álvaro Gaudêncio, Dinamérica, Ramadinha, Santa Rosa e São José.

instituição de saúde mental, e presente para além dessa rede, em seus variados encontros de interações sociais.

Partimos do pressuposto que as categorias de “controle” e “cuidado” andam juntos, a partir do momento em que essa “responsabilização do cuidado” sai de um âmbito restrito institucional e a família, em particular, é convidada a participar dos serviços com o acompanhamento em seu domicílio, além da sua colaboração para com o serviço que presta assistência desenvolvido pelos profissionais de saúde, configurando-se como “protagonistas” desse novo modelo estratégico dos CAPS.

Cria-se agora, o fortalecimento dos laços sociais que esses indivíduos foram privados de ter. De acordo com a carta¹⁸ de Direitos e Deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental, desenvolvido no Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, no que se refere aos deveres dos familiares: “O familiar deverá cuidar do seu parente enfermo e prestar-lhe toda a assistência necessária. O familiar deverá colaborar com o serviço que presta atendimento a seu parente”.

No que diz respeito às relações com os familiares, procuro entender se de fato, há uma participação dos familiares no que condiz à assistência perante as atividades terapêuticas do CAPS, para afim, de estabelecer contatos com os mesmos, e procurar entender como a família pensa o usuário, a partir das suas vivências, em particular, com o adoecimento. No tópico a seguir, farei uma breve discussão teórica sobre a família que poderá nos ajudar a pensar sobre os exemplos que encontramos no campo de pesquisa.

4.1 AS RELAÇÕES FAMILIARES NO CAMPO DO CUIDADO COM O ADOECIMENTO

O estabelecimento do vínculo familiar junto ao tratamento no serviço através das atividades desenvolvidas pelo Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III- sendo a família incluída nesse ciclo de atendimento a saúde com as reuniões familiares que

18 Para informações gerais, na Carta está contido de forma breve e sucinta, os direitos e deveres para com os usuários e familiares no que lhe presta a assistência e direitos sociais, tanto para com os seus respectivos familiares, além de conter algumas características dos serviços de saúde mental e complementares.

nortearam o trabalho da equipe do referente CAPS, seguindo o norte de “quem cuida também precisa ser cuidado”¹⁹. Com as mudanças ocorridas no “Corpo da Coordenação” do CAPS III nos últimos anos, em conversas informais realizadas com a coordenadora Sara, no que diz respeito à relação familiar no tratamento dos usuários e sua participação no acompanhamento, havia uma certa resistência, pois, os familiares sentiam-se na obrigação de “escutar problemas dos outros” durante a reunião, o que acarretava em um desgaste (no caso, “os outros” era a família), e no decorrer da mesma relatavam como estava sendo o convívio diário em casa e os procedimentos que estavam sendo tomado com os cuidados, em particular, com os usuários do serviço.

Dessa forma, um ponto importante que a coordenadora Sara elaborou na sua gestão foi procurar novas estratégias de aproximação do CAPS III e os familiares, com o objetivo de fortalecer um vínculo entre os mesmos para que pudessem trabalhar conjuntamente em prol do tratamento dos usuários. A família também pode ser considerada como um ambiente que “pune”, em particular, quando estamos falando de jovens que precisam de um “cuidado”, tendo em vista, que a noção de cuidado foram tomando outros rumos depois da Reforma Psiquiátrica, sendo um mecanismo de uso estratégico para com todos que se configuram nessa rede da saúde mental, ao mesmo tempo, para que esse tipo de procedimento de rejeição não se torna-se algo corriqueiro, segundo a coordenadora do CAPS, é necessário que os familiares também tenham um suporte terapêutico, segundo ela, “quem cuida também precisa de cuidado”.

Em um estudo realizado por Cynthia Sarti (2004), em experiências de uma pequena etnografia realizada com famílias nos bairros de uma periferia da cidade de São Paulo, na qual focalizou a construção social da “noção” de família a partir do “olhar” dos próprios moradores desses locais, a autora atribuiu a noção de “família” por meio de uma “categoria nativa”, buscando o “sentido” refletidos pelos mesmos. Sarti (2004) nos serve de apoio, por partir de uma concepção de família que vai além da perspectiva biológica, buscando no meio social como uma realidade de “ordem simbólica”, ao mesmo tempo que possamos pensar essa relação dentro de um ponto de vista “público” e “privado”, ou seja, a família intermediando entre o aspecto individual e coletivo.

¹⁹ Fala de uma das Coordenadoras do que deu o pontapé para o trabalho com as famílias no CAPS III.

Sobre as referências culturais e sociais que exercem na relação da família e cultura, Sarti nos diz:

“Partimos, então, da idéia de que a família se delimita, simbolicamente, a partir de um discurso sobre si própria, que opera como um discurso oficial. Embora culturalmente instituído, ele comporta uma singularidade. Cada família constrói sua própria história, ou seu próprio mito, entendido como uma formulação discursiva em que se expressam o significado e a explicação da realidade vivida, com base nos elementos objetiva e subjetivamente acessíveis aos indivíduos na cultura em que vivem. Os mitos familiares, expressos nas histórias contadas, cumprem a função de imprimir a marca da família, herança a ser perpetuada. ” (SARTI,2004, p.13)

Segundo Dina Czeresnia (2013) em sua apresentação numa coletânea sobre “Os sentidos da Saúde e da Doença”, nos convida a pensar sobre como as transformações dos conceitos de saúde e doença, foram se transformando de acordo com as mudanças sociais, econômicas e históricas em suas diferentes épocas. Em sua perspectiva, os conceitos que foram advindos sobre “doença”, se diferem das “experiências do adoecer”, tendo em vista, que essas experiências compõem de singularidades presentes. Para tanto, entender os efeitos nas quais se apresentam os diferentes “sentidos” do adoecimento, temos antes de interpretar e conhecer como que os nossos interlocutores vivenciam em suas práticas cotidianas.

Dessa forma, as reflexões que serão apresentadas no presente texto, seguirão os propósitos de como a prática etnográfica nos possibilita ao colocar a observação participante e a aproximação como elementos principais de vínculo do pesquisador em campo, concomitantemente, a conversação com os sujeitos intermediários da pesquisa, partindo do ponto de vista que os mesmos interpretam as suas realidades subjetivas. Pensar no quanto o atendimento a saúde dentro das esferas do “cuidar” e do “adoecer”, são experiências que muitos familiares vivenciam em situações particulares de suas experiências cotidianas, partindo do pressuposto que a família é engendrada num “mundo de relações”, Sarti (2004).

No que se trata sobre as relações sociais que fazem parte dessas instituições, enfatizo assim, o desenrolar do contato com os usuários e familiares nesse espaço, no

qual possibilitou que eu pudesse escutar histórias a partir de duas mães de família, por meio do contato inicial através desse estabelecimento, seja a partir da reunião com os familiares e pelos próprios usuários no cotidiano do estabelecimento. Iniciamos nossas reflexões a partir de como é realizado o acesso ao serviço, no primeiro momento, é indicado que a ida ao acolhimento do CAPS, deve ser encaminhado com a presença do usuário e um ente familiar para os acompanhamentos psicológicos, sendo separados quando o usuário vai para o seu atendimento individual e/ou uma oficina, enquanto o seu familiar vai para o grupo de família. Segundo uma assistente social, durante uma das reuniões do grupo de família, relatou que o objetivo dessa roda de conversa é para ser um momento de “descontração” para as famílias. Pude circular entre os três grupos de roda com as famílias e as suas dinâmicas funcionam a partir de uma fala inicial por um profissional do CAPS, perguntando a cada familiar como foi a sua semana, como está o comportamento do seu parente e o diálogo vai proporcionando uma certa circularidade de falas. Também pude notar a presença significativa dos familiares, em particular, na questão de gênero, a participação materna no processo de cuidado para com o portador de transtorno mental é mais presente.

O discurso social como uma reprodução do processo normativo sobre a família, reflete não só apenas nos papéis sociais dos familiares nessa divisão social de gênero, este, entendido como uma construção social que afirma a desigualdade entre homens e mulheres na sociedade, como também, a representação que a noção desses papéis refletem quando vamos falar da noção de “família” que se apresenta para as demais em suas formas mais particulares de vivências, apresentando-se como um “reflexo de espelho”, como diz Sarti (2004). Em outras palavras, podemos entender a família, entrelaçada num campo de relações, onde a linguagem se encontra num aspecto de internalização do que lhe apresenta como algo externo e significativo.

Monnerat (2013) em sua tese: “De Médico e de Louco, toda família tem um pouco: Um Estudo sobre Pacientes Psiquiátricos e Relações Familiares”, teve como objetivo percorrer as experiências de adoecimento e sobre os conhecimentos que tinham sobre ele, procurou entender até que ponto o imaginário social nos leva a entender o papel que os familiares assumem no desenvolvimento de uma “doença”, no caso, a doença mental.

“[...] A valorização dos usuários dos serviços de atenção à Saúde Mental e de seus familiares é fundamental para o conhecimento sobre os transtornos, possibilitando alcançar uma perspectiva sobre a doença e a saúde mental que seja condizente com a experiência vivida”. (MONNERAT,2013. p.18)

Dessa forma, as diferentes formas que os sujeitos se apresentam para afirmar suas experiências com o adoecimento e sobre o conhecimento que tinham sobre, serão discutidos através dos contatos conseguidos com duas mães de usuários no CAPS, no qual foram realizadas entrevistas. Conheci a Edna numa reunião do grupo de família, onde a sua filha possui acompanhamento médico, e também participa de algumas oficinas, ambas frequentam o CAPS quinzenalmente, por conta dos preços das passagens que impossibilitam os seus deslocamentos durante toda a semana, devido a sua condição material. Mãe de três filhos, solteira e faxineira, Edna relata que o seu marido se separou quando deu conta da “responsabilidade” que ia ter com o nascimento da sua filha Mariana:

“O pai dela me largou, com eles três, e foi muito sofrido na minha vida. Eu nunca tirei da minha cabeça, tenho quase certeza que foi isso, quando ele viu que a responsabilidade era grande, aí me deixou largada com três filhos[...]. Eu nunca tive ninguém pra me ajudar, fui criada sozinha, meu casamento não deu certo, trabalhava em casa de família, quando eu não tava trabalhando, fazia faxina. ”

Ser portador de transtorno mental, em alguns contextos sociais de famílias que tendem a sobrecarregar esse cuidado, evidencia momentos de tensões e dificuldades do que é conviver com o adoecimento mental no seu cotidiano. A referência familiar carrega uma tendência ao Etnocentrismo, na perspectiva de Sarti (2004), na medida em que a família tende a “olhar” para os seus filhos de acordo com os valores e expectativas que adquirem de si mesmos, como se fosse um “jogo de normatização” que iguala as suas impressões para os sujeitos que estão numa posição vulnerabilidade de receber imposições sociais. Nesse sentido, podemos entender que é por meio do núcleo da família, que se cristalizam as primeiras impressões do comportamento com um portador de transtorno mental, vejamos um exemplo:

Minha sogra dizia: “Edna, leva essa menina pro médico que ela tem problema”, só que na minha família tem gente que tem problema também, mas ela foi um susto que eu levei. Quando eu tive ela, ela nasceu da cor desse celular, preta, preta, preta. [...]. Na época, ela não andava, não falava direito, era toda torta o rosto dela, você pode olhar que ainda é um pouquinho, quando ela veio se sentar, ela com oito meses pegando nove não se sentava, ela sentava arrodada de travesseiros.

Nessa perspectiva, ressalta-se a importância do cuidado no cotidiano de mulheres que assumem uma forte posição, ao se encontrarem sozinhas sem o apoio e/ou inexistência dos pais no processo de criação dos seus filhos além de obterem uma responsabilidade no sustento financeiro da casa, encontrando-se em condições sociais vulneráveis no que condiz ao seu contexto social. No caso de Edna, os seus filhos quando pequenos foram encaminhados para uma creche, enquanto a mesma realizava o seu trabalho em casas de família. Foi numa dessas indicações de faxina que a Edna começou a trabalhar na casa de um casal, que por sua vez, realizavam trabalho no Instituto APAE²⁰. Através desse contato estabelecido a filha da Edna em torno dos seus sete anos de idade, começou a frequentar essa Associação. Através desse acompanhamento, mariana teve a oportunidade de fazer fisioterapia, natação, acompanhamento com psicóloga, e o seu desenvolvimento e qualidade de vida foram ganhando avanços. Por outro lado, o filho desse casal também necessitava de cuidados especiais, e por intermédio de Edna, que se apresentou como uma figura maternal dos cuidados dessa criança.

Observamos a representação do papel feminino, enquanto cuidadora e provedora das necessidades materiais básicos da casa, além de acumuladora de um “duplo papel maternal”, em particular, no caso de crianças portadoras de um sofrimento psíquico. Após mariana ter frequentado a APAE dos sete anos de idade aos seus dezoito anos, com a mudança de bairro, Edna não possuía condições financeiras para pagar um médico particular, foi quando conseguiu uma indicação de uma amiga para começar a frequentar o CAPS, segundo Edna: *“aqui são todos maravilhosos, até eu nessa reunião*

²⁰ APAE-Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, uma Instituição com atendimento alternativo sobre as demandas de prevenção, heabitação e melhoria na qualidade de vida de pessoas com deficiências.

de família tô me sentindo bem, porque quando eu não venho, não tem ninguém pra conversar e desabafar. E lá em casa, é só eu, meu filho e ela. ”. Sobre o uso e cuidados com a medicação no tratamento da filha ela nos relatou o seguinte:

Ela toma oito medicamento pra controlar fome, tem dia que ela tá que a pessoa nem aguenta, mais tem que ter paciência. [...] Quando ela tá com raiva assim,ela fica dizendo que não sou mãe dela, que tem raiva de mim. Eu me sinto triste né, mais eu sei que é por causa da doença, as vezes eu até choro. [...] Tem hora que eu tô louca, porque é eu sozinha pra resolver tudo. Um papel de água sou eu, tudo eu.”

Sobre as condições que muitas famílias brasileiras com menos de um salário mínimo enfrentam no seu dia a dia, referente ao seu contexto social e sob os cuidados de um filho portador de um transtorno mental, em um artigo de Lúcia Cristina (2010) a autora retrata que por sua vez, por partilhar os mesmos códigos culturais da sociedade, a família sendo incluída nesse tratamento realizado no serviço de saúde passa gradualmente a entender e saber lidar melhor com os sintomas e momentos de crise de um portador de transtorno mental. Por sua vez, “[...] Apesar de a família poder constituir o melhor espaço de relações afetivas e pessoais, esta se encontra em crise em relação as condições para cuidar” (ROSA,2010, p.283)

A princípio, essa condição socioeconômica foi um elemento observado em uma das conversas informais que tive com a mãe do João, “ O Inventor”. Assim que ela chegou no CAPS, ao meu encontro, foi pedindo desculpas pela demora, pois tinha que pegar dois ônibus e começou relatando de uma crise que fez ela parar no hospital e quase ter um infarto. Dona Verônica, se apresentou estar muito preocupada com os conflitos vivenciados em sua casa, com um filho preso, segundo ela, este era o que lhe dava mais trabalho nos últimos anos, também cuida de um sobrinho que apresenta problemas de relacionamento dentro de casa, com o esposo que se encontra desempregado e ainda é alcohólico, além disso, cuida do seu filho João, portador de adoecimento mental, no qual tem maior orgulho.

Disse-me sobre os dilemas que as condições de aceitação por parte do seu companheiro com o seu filho afetaram de forma angustiante o seu tratamento, que por sua vez, já o fora internado diversas vezes na Clínica do Dr. Maia ao longo da sua vida.

Hoje, após o seu acompanhamento no CAPS, suas crises e internações em hospitais psiquiátricos diminuíram. Em uma das situações corriqueiras do cotidiano no espaço de relação com a família, João ao vivenciar com acusações de “loucura”, sendo acusado de “doido” pelo companheiro da sua mãe, este momento foi propício para o desmembramento de uma crise, ao pegar uma garrafa e ir em direção ao esposo da sua mãe atingindo-o a cabeça, a partir deste dia, Dona Verônica começou a reforçar a necessidade de seu companheiro respeitar o seu filho. Nesse sentido, segundo Rosa (2010, p.285):

“A família precisa ser vista não apenas como um recurso como um “lugar” como outro qualquer. Eventualmente é um espaço de afeto e relações pessoalizadas significativas, mas nem sempre é vivenciado como um afeto positivo tanto pelo portador de transtorno mental como pela própria família. O cuidado na família envolve não só afeto, características psicológicas relações interpessoais significativas, mas também condições materiais concretas para o seu desenvolvimento.”

Nos desenrolar da nossa conversa, Verônica me relatou que se tivesse melhores condições básicas de renda investiria no seu filho, matriculando-o em curso de teatro, ainda me disse que João sempre realiza entrevistas com estudantes da Universidade e que se eu tivesse interesse em fazer alguma entrevista com ela, ou até mesmo, indicá-lo para participar de alguma atividade na Universidade que ela estaria a disposição. Nos momentos finais da conversa me disse: *“se puder me indicar pra fazer faxina pra alguém, eu trabalho muito bem, é só me ligar que eu vou”*.

Um elemento em comum observado em ambas entrevistas, mostra como as experiências vividas por essas mães cujo o perfil sócio-econômico impossibilita que essa manutenção do cuidado tenha um andamento com o tratamento que é oferecido no CAPS, na medida em que o mesmo é afetado pelas relações familiares que, de certa forma, possuem uma vivência com o estigma com o portador de um transtorno mental, mostrando os dilemas e condições sociais que esses familiares se encontram, de acordo com as suas necessidades cotidianas, proporcionando uma tensão em suas relações.

5 “AQUI PARECE O MAIA”²¹: REFLEXÕES SOBRE O COTIDIANO DO CAPS III REVIVER

*“ Essa pessoa tá em devaneio.
Loucura!
Essa pessoa fala sozinho.
Loucura!
Nem tudo na vida é Loucura. ”*

(O Inventor - Usuário do CAPS III)

5.1 A ENTRADA NO CAMPO

Após o meu retorno à Secretaria, como havia falado anteriormente, onde adquiri o termo que concebia minha entrada oficial no CAPS, assim que recebi o papel, ora, esperei três meses para poder realizar uma observação participante em uma rede de saúde mental, entrelaçada em uma rede de atenção psicossocial na comunidade como um todo, para com usuários juntamente com atuação de multiprofissionais em atividades nas suas esferas de atividades que trabalham com a proposta de reinserção social.

As minhas primeiras observações naquele cotidiano que se apresentava diante a mim, se direcionaram em relação ao próprio estabelecimento do CAPS, não tem nenhuma placa na frente que o identifique como um Centro de Atenção aos usuários, e a proposta dos CAPS é que funcionem como uma casa aos usuários e que os mesmos se sintam acolhidos em sua “segunda casa”. O objetivo das redes de substituição aos hospitais psiquiátricos é que não tenham nenhuma semelhança aos hospitais, tendo em vista, que é recorrente as internações nesses serviços quando usuários estão em uma elevada crise. Voltando as lembranças visuais do CAPS, paredes brancas e com um portão que tem alguns vigias que monitoram a porta de entrada e de saída dos usuários.

21 Fala de um usuário referenciando a imagem de uma Clínica Psiquiátrica particular do Dr. Maia em Campina Grande, em relação à nova casa do CAPS III.

Até que ponto esse controle de uma rede que trabalha com as “portas abertas” para a sociedade, não estaria reproduzindo símbolos de um regimento fechado monitorando os seus usuários?

Sobre a estrutura do estabelecimento, do lado de fora tem um pátio com várias cadeiras brancas uma do lado das outras, é um espaço onde são realizadas algumas oficinas com os usuários, como por exemplo, a oficina de interação e movimento com o professor de educação física. Esse mesmo espaço é onde os familiares, usuários e visitantes partilham do mesmo pátio, aguardando na fila de espera o recebimento de remédios e a realização de consultas com o médico. Também é, ao meu ver, onde ocorre uma “divisão” da casa quando as portas dos funcionários são fechadas para o seu momento de descanso ou uma pausa de retorno das atividades. Mais na frente retomo a esse ponto, quando considerarei esse espaço como a construção de aproximações e interações com os usuários.

A casa também possui uma piscina que está vazia e coberta, outro pátio sem cadeiras, o qual é pouco movimentado e, quando alguns usuários ocupam esse espaço na maioria das vezes para ficarem sozinhos. Em um dos momentos de campo, observei uma usuária que se isolava dos outros usuários nesse local, houve certa resistência de aproximações dela comigo e, quando perguntei informações sobre ela a um usuário, ele relatou que ela estava no “*intensivo*”.

De acordo com a Portaria GM de n.336/22, ficam divididos os atendimentos para com os usuários nos CAPS das seguintes formas: Atendimento Intensivo, quando o usuário necessita de um atendimento diário em uma rede de saúde mental com o acompanhamento dos funcionários, seja por estar em algum momento de crises, precisando de um suporte maior. O Atendimento Semi-Intensivo, é quando o usuário pode ser atendido até 12 dias dentro de um mês. Já o tratamento Não-Intensivo, é voltado para quando o usuário já não precisa de todo esse suporte, podendo ser atendido até 3 durante o mês. Todo esse redirecionamento compõe o planejamento de atendimento de uma rede substitutiva que pretende evitar o internamento dos usuários, sem retomar ao antigo modelo hospitalocêntrico.

Na sala de recepção, ao aguardar a coordenadora do centro, um usuário veio em direção a mim, e ao me cumprimentar me chamou de professora e, como só estávamos

nós dois na sala de espera, ao se aproximar de mim, o usuário que vou chamar de José, começou a puxar assunto, com expressão de feliz, mostrou-me o seu cartão de vale transporte. Tal cartão dá direito aos usuários que possuem algum tipo de transtorno mental, e que são provenientes de camadas média baixa da população, receberem um valor significativo para a sua locomoção pela cidade na rede de saúde onde realiza tratamento. Conhecido como o brincalhão e “converseiro” do CAPS, José começou a me contar espontaneamente sobre alguns relatos que o deixavam triste, que se configuravam em torno do estigma por frequentar o CAPS, ao preconceito com relação a sua cor, como também aos problemas familiares com os seus irmãos que, segundo ele, o deixavam deprimido. Foi um momento importante no campo, optei por não fazer muitas perguntas no início e escutei atentamente o que ele queria me relatar. Curiosa, fiz uma pergunta referente ao me chamar de professora e também ao atribuir esse nome também aos funcionários do CAPS, disse-me: *“eu chamo de professora, porque vocês cuidam da gente”*.

Nossa conversa foi interrompida, ao ser chamada para sala da coordenação, a coordenadora ao explicar sobre a rotina semanal do estabelecimento, me informou que o CAPS possuía duas coordenadoras de centro com as suas respectivas equipes de trabalho, com o seu respectivo cronograma incluído os dias e horários de trabalho. De início, a coordenadora sugeriu que eu fosse ao CAPS entre duas ou três vezes durante a semana, na parte da manhã ou à tarde, de acordo com minha preferência.

Ainda me habituando no local, fui apresentada para a equipe da respectiva coordenadora que me recebeu e, entre um corredor e outro, era comum a minha presença causar curiosidade através dos profissionais do local. Entre um dos questionamentos que recebi, me perguntaram se eu estava acompanhada de “alguém”. Uma observação importante a ser considerada, é que muitos dos pesquisadores e estagiários da área de saúde, ao chegarem no CAPS são direcionados para realizarem suas pesquisas através de um acompanhamento por um profissional do estabelecimento, ou seja, “tal discente do curso de psicologia é acompanhante de determinada psicóloga...”. Outro ponto a considerar em minhas observações de campo e, ao estabelecer contatos com os funcionários do CAPS explicando que estava ali realizando uma pesquisa e que era estudante, escutava: *“já foi aprovado no Comitê?”*. Isso, me

causava desconforto, refletindo como um “documento formal” pode ser tão significativa para poder consolidar o meu espaço enquanto pesquisadora naquele local.

Entendemos que, conforme as mudanças dessa relação terem aberto as portas para outros diálogos, estamos diante de duas realidades, uma que lida com a objetividade empírica de pesquisas realizadas “em” seres humanos (o saber biomédico), e a dimensão simbólica de pesquisas realizadas “com” os sujeitos num campo de negociação e construção do saber (o viés antropológico).

Segundo Sarti (2010), a interdisciplinaridade nos alerta para a anunciação de um problema, o foco desse encontro entre as ciências do saber não seria “unir” por meio de uma identificação específica de um tema a ser tratado, a interdisciplinaridade se encontra aqui, como um ponto de “marcar território”, uma “separação” que não anula a especificidade do nosso campo de interesses, em suas palavras:

“[...] quando um antropólogo toma como objeto de reflexão o corpo, a dor, o sofrimento, a saúde e a doença, ele terá um enfrentamento com um corpo de conhecimentos no qual os saberes biológicos se constituem socialmente como referência. Campo difícil, marcado por relações de poder instituídas pelo lugar social que tem o saber biomédico em nossa sociedade”. (SARTI, 2010.p.78-79)

Sarti (2010) ressalta a importância do Antropólogo que está inserido no campo da saúde reconhecer que, apesar dos olhares sobre o mesmo fenômeno serem distintos, querendo ou não, a pesquisa será realizada dentro desse espaço institucional da saúde, e o pesquisador terá que lidar com esses desafios. Vale salientar que a dimensão simbólica da doença no meio social está inserida em um sistema de classificações, colocando a doença mental num jogo de poderes da “funcionalidade da loucura” no meio social.

Em torno disso, o meu interesse maior era, por meio da minha inserção na rede de relações com os usuários, em seus momentos de atividades, nas trocas de conversas, estabelecer uma confiança com eles. Isso era fundamental para o fundamento deste estudo. Com isso, para adquirir essa confiança, passei boa parte do tempo em campo nos espaços compartilhados pelos usuários, mais do que com a “equipe dirigente”. Isso me possibilitou conhecer as “regras da casa” a partir do ponto de vista dos usuários,

logo, compartilho dos pensamentos de Barreman (1962), onde “as melhores informações foram obtidas nas observações e compartilhamentos, e não por perguntas”.

Foram nos momentos de espontaneidade que pude vivenciar e conhecer as formas em que as conversas informais se apresentavam, observar o que era mais corriqueiro no cotidiano do CAPS e, principalmente, no pátio principal da casa. Como havia dito, esse é um espaço que se constituía em frequências e circulações de vários grupos, desde os familiares aos visitantes que iam ao CAPS em busca de remédios. Nesse momento no qual as pessoas ficam sentadas na cadeira esperando o horário de funcionamento, surge a possibilidade do reencontro entre conhecidos que trocam conversas sobre seus cotidianos. Relatos pessoais que fazem parte do seu dia a dia, como por exemplo, o uso de piadas referente a categoria de “doido”

Ao pensar a loucura como uma categoria social mais ampla do senso comum, na qual ela está inserida em todos os espaços da sociedade, vejamos uma situação de campo na qual os “perfis” dos usuários foram classificados por uma Assistente Social e uma Psicóloga num “Momento de Acolhimento” do CAPS. Seguindo o cronograma do estabelecimento, todas as quintas-feiras na parte da manhã, é reservado horário para o “Acolhimento” do CAPS, este acolhimento é voltado para todos os familiares e usuários da sociedade que tenham o interesse de fazer parte de uma rede de atenção psicossocial, um momento na qual é redirecionado os usuários para os respectivos centros de tratamento que seja de acordo com a demanda do seu perfil.

Em uma dessas reuniões, acompanhei a recepção de alguns familiares, e de acordo com o perfil que a assistente junto com a psicóloga recebiam, quem não se enquadrasse na demanda do CAPS III que atende um público com transtorno mental severo e persistente, as profissionais se encarregavam de encaminhá-los para uma rede que pudesse atendê-los, como por exemplo, foi direcionado a demanda de uma usuária que por ser menor de 18 anos, não poderia fazer parte desse Centro, e com uma ligação, foi sugerido pela assistente social que o seu caso para ser encaminhado para outra rede de saúde. Um caso, em particular me chamou bastante atenção, na roda na qual estávamos sentados, observei um usuário que demonstrava se encontrar impaciente, a todo momento queria mexer em algo ou se levantar, seja para beber água ou ir ao banheiro, e o familiar no caso o seu pai, de instantes em instantes, expressava alguma

um sentimento de estar incomodado com o comportamento do filho. Enquanto isso, a assistente social no esforço de explicar qual o perfil que o Caps III trabalhava, fez a seguinte observação ao utilizar de características que pudesse referenciar esse perfil, fez o uso das seguintes categorias: “ *o que tira a roupa*”, “*briga dentro de casa*”, “*sai correndo*”.

Ora, parece haver uma naturalização do estigma de “louco” entre alguns dos profissionais da saúde para com os usuários do Centro de atenção, com descrições de comportamento que viabilizam a loucura e o louco como um suporte da doença mental. Entendemos que embora as mudanças na nomenclatura referente ao portador de transtorno mental considerando o desenvolver do processo de crítica do movimento manicomial, a relativização da doença mental está em curso nos meados desse complexo processo da reforma psiquiátrica.

Ainda sobre os acolhimentos oferecidos pelo CAPS, surge um momento de tensão na reunião, quando uma usuária chegou sozinha sem nenhum acompanhamento familiar, solicitando um laudo e, por ser impedida pelos funcionários, por se encontrar sozinha e não seguir a “regra” do tratamento do CAPS, em que a presença de um familiar ou de algum conhecido se faz obrigatória. A usuária, por sua vez, se sentiu rejeitada e afirmava a todo instante que não tinha ninguém que pudesse lhe acompanhar, além de explicitar o seu quadro atual, na qual se encontrava com plena consciência de seu comportamento e exclamou: “*Eu não sou louca!* ”. Diante do quadro, foi solicitado a presença da coordenadora no local para solucionar o “problema” que por sua vez, não houve consenso, segundo a coordenadora, o CAPS não poderia “acolher” a usuária por estar sem acompanhamento de um familiar e eles estariam seguindo as normas das instâncias maior da secretaria de saúde da cidade.

Perante isso, os dispositivos de saúde mental ao implementar uma dinâmica de que o usuário deve estar acompanhado de um familiar ou conhecido para dar início ao seu tratamento na instituição, inicialmente cumpre essa regra da casa, mas deixa passar por exemplo, casos de usuários que depois de terem passado pelo acolhimento ao longo do seu processo de tratamento há o abandono da família com o seu dever de acompanhamento, como foi o caso de dois usuários na qual tive contato, o estigma caminha junto ao abandono das relações familiares.

A gente sofre preconceito da família mesmo, que chama a gente de doido. Meu marido mesmo, me chamava muito de doida, aí depois que dei uns murro, ele parou de chamar de doida. Lá na rua, todo mundo sabe que eu sou doida do caps, aí eu disse a ele, quem tá precisando de ir no caps é tu, vocês não sabem nem o que é o caps, quem vai pro caps é gente rico, não é pobre não. Aí fica, né assim, a gente vê quando a gente vai pros canto que o povo vê, fica olhando assim pra gente como fosse nojo, como se a gente tivesse uma doença que fosse pegar. (Usuária Maria)

Para além de uma concepção acusatória a “loucura” ainda é interpretada pelo imaginário social como um *contágio*, uma enfermidade que é hereditária e necessitaria de uma distância social que pudesse tratá-la, digamos assim, na figura do “indivíduo a ser corrigido” em Foucault (2010), o “anormal” que apareceu no século XVII e XVIII como um monstro que banalizava o cotidiano das pessoas ainda perpetua nos dias de hoje num campo de aparecimento na qual instituições são encarregadas de “cuidar”. Foi ao longo do que estava por trás das anomalias que percorriam nessa época que o indivíduo, no seu caso particular, se configurava como gestão de uma rede de relações que estavam no seu campo de apoio, e a família se constituía uma delas. Sobre a representação social dessa imagem que outrora perpetua nas falácias do senso comum, darei o seguimento sobre as sociabilidades dos usuários, em particular, no que se concentra as suas linguagens no dia a dia dessa rede de saúde.

5.2 “QUEM MANDA NO PEDAÇO SOMOS NÓS”²²: PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE A SUA “NOVA CASA”.

As oficinas são realizadas no pátio central, as cadeiras são afastadas, e uma roda é formada entre usuários, residentes das casas terapêuticas, estagiários e profissionais. É uma das oficinas que os usuários mais gostam, tem música, movimento, exercícios e relaxamento. Antes de iniciar as atividades, é realizado um momento de diálogo, todos seguram as mãos uns dos outros e, com a participação de outro profissional, é sugerido que cada um fale uma palavra que tenha um significado ruim e quer se livrar, e outra palavra com sentimento bom para levar para a vida. Entre as

²² Uma expressão usada por uma usuária ao estranhar a presença de um “novo” usuário quebrando as “regras” da casa.

palavras mais faladas pelos usuários, as que são classificadas como ruins giram em torno de preconceito e doença, as que eram consideradas boas tem a ver com saúde, respeito e amor. Como desfecho, sempre é realizada uma oração, com um *avemaria* e/ou *pai nosso*, partindo dos profissionais.

A oração é um elemento presente no cotidiano deste CAPS, como pude observar, seja no início ou no final de alguma atividade, ou nos momentos de agradecimentos. Um momento forte, na qual teve músicas religiosas com direito a caixa de som, emoções e solidariedade entre usuários e uma profissional do centro foi na confraternização de final de ano de natal na qual foi realizado a primeira peça teatral encenada pelos usuários. Esse eixo, apresenta reflexões sobre as considerações sobre “loucura” e religiosidade nos diferentes períodos da história, de um estreitamento de relação entre “cura” dos ditos “com razão” e os “sem razão” que atravessam a discussão até os dias de hoje.

Momento antes da oração é comum utilizar algum tipo de reflexão movida por um dos profissionais sobre situações corriqueiras do nosso cotidiano, como também exemplos de qualquer tipo de preconceito sofrido pelos próprios usuários do CAPS, como por exemplo, o caso do João. Na fala do professor de educação física, ao relatar sobre a sua situação, João tinha sido impedido de usufruir dos direitos que todos usuários de saúde possuem em relação às necessidades básicas de atendimento dentário. No postinho de saúde perto da sua casa, segundo informações obtidas pelos funcionários da UBS como resposta ao impedir um serviço público ao usuário, foi recebido a seguinte informação: “*ele poderia ficar violento*”. Indignado, o profissional do CAPS foi pessoalmente no postinho fazer reclamação e, como resposta, disse que era inadmissível esse tipo de atitude, ainda mais, vindo de profissionais da rede de saúde.

Foi no pátio que tive os meus primeiros estreitamentos de contatos com alguns dos usuários. Sentava junto com eles, observava, trocava ideias com o intuito de construir uma aproximação, seja me informando sobre algo relacionado às oficinas, como também, buscando compreender as impressões que os usuários interpretavam sobre a mudança do prédio e como era a antiga casa do CAPS, se estavam gostando mais desse local ou não. Essas observações mostravam que eu estava interessada em saber através deles, suas impressões sobre o novo estabelecimento, embora eu não tenha

conhecido o anterior. Foram nessas conversas informais que um usuário me chamou atenção ao relatar suas impressões sobre a nova casa CAPS: *“Parece o Maia, parede branca, tudo branco, chega dá agonia nos olhos”*.

Conhecido no CAPS como “O Inventor”, por sua inteligência ter se tornado curiosidade naquele ambiente, esse usuário desperta a admiração entre os outros ao seu redor, além de ter despertado a minha atenção, parece que eu também o despertei curiosidade. Não hesitei em responder as perguntas que a mim eram feitas, tendo em vista, que para a construção de uma relação é preciso de diálogo. João, “O Inventor” também me observava e conversando sobre o CAPS ele olhou para mim e disse:

João: “Há coisas que quero saber, mas não devo perguntar”.

Pesquisadora: Sobre o Caps?

João: Também.... Você tem *Crush*?

Pesquisadora: (risos)

João: Ele te respeita?

Apesar da surpresa pela pergunta, só pude entender essa pergunta mais na frente, quando tive a oportunidade de conhecer sua mãe e saber pela própria sobre as tensões que as relações sociais na sua família estavam postas, e ao mesmo tempo oferecer uma escuta para uma mãe de família, que muitas vezes é sobrecarregada com as demandas de casa, sendo encarregada de ter que resolver os problemas que ficam a sua mercê, além de cuidar de um filho portador de um transtorno mental.

Sobre as atividades eram realizadas ao mesmo tempo, enquanto estava sendo realizada a oficina de fuxico na sala do primeiro andar, as atividades de interação e movimento estavam acontecendo no pátio principal, no decorrer que, o atendimento psicológico individual estava no seu acompanhamento com os usuários, as reuniões de família ocorriam no andar de cima. Até eu ter acesso ao cronograma do estabelecimento com horários a serem atualizados, e oficinas que não estavam em prática, como por exemplo, o de boxe, algumas informações foram tendo acesso na “boca a boca”. Esse tipo de funcionamento para quem está de “fora” da rotina da casa torna o processo de conhecimento da casa a partir de um direcionamento para atividades que de certa forma, abarcam estratégias de movimento dos funcionários.

No que tange as relações sociais estabelecidas nos espaços compartilhados do CAPS, um homem que estava de óculos e mochila, ao entrar no estabelecimento ficou num espaço da parte de cima da casa, em frente a porta que dava acesso somente para os funcionários, foi quando Maria olhou para Rita e disse: *“Gente estranha! Quem manda no pedaço aqui somos nós! Ele não é melhor que nós! Passa pra lá e pra cá...”* Foi quando perguntei o porquê não podia ficar naquele espaço, segundo Maria, são as regras da casa, eles já receberam indicações que não deve “tumultuar” na porta de entrada, nem entrar pela porta dos funcionários, e sim, pela porta da recepção. Os banheiros também eram divididos, tinha o banheiro de uso para usuários e para os funcionários, assim, como o bebedor de água que fica no pátio com a utilização de só um copo para todos, inclusive alguns usuários já reclamaram sobre ter apenas um. Por outro lado, segundo uma assistente social durante a reunião com os familiares dizer o seguinte sobre as regras casa: *“No almoço, primeiro são os usuários, depois os funcionários”*, ressaltando que o CAPS só funcionava por conta da presença deles (usuários).

As reflexões que tangem os sujeitos inseridos nessas complexas redes de relações, tendo em vista que o CAPS se constrói nesse deslocamento de reinserção social dos usuários, me pergunto quais estratégias esses serviços se situam nessa reinserção de outros laços sociais que permeiam a comunidade? Nas conversas realizadas com os usuários pude perceber que as redes nas quais possuem essa troca de contato se restringem a família, igreja ou no próprio espaço do CAPS.

Nas observações realizadas em campo, mostra como os próprios usuários avaliavam as suas consultas médicas e como as classificavam. Apresentarei um exemplo coletado no trabalho etnográfico, João, “O Inventor”, estava na sala de recepção com os outros usuários, e encenou na bancada que ele era o médico, fazendo uma encenação no papel do Dr. Marcelo. Os usuários, em fila, iam de um e um ao seu atendimento, essa observação foi feita no dia da festa de confraternização de natal, ao observar, pedi que eu pudesse filmar aquele momento, segue a narração da “cena”:

Usuário: Dr. Marcelo

Doutor: Pois não meu filho

Usuário: Eu tô precisando de uma receita...

Doutor: De que?

Usuário: Deazepan

Doutor: de quanto?

Usuário: De cem...

Doutor: Eu vou passar Deazepan de cem, um de manhã, outro de noite, dois de tarde, dois de noite, aqui a carimba e a receita.

Usuário: Tô precisando também de um Rivotril

Doutor: Vou passar a receita do Rivotril, pronto, tá aqui.

Seguindo a brincadeira dos bastidores da encenação, sobre o atendimento médico, uma usuária fez a seguinte observação: *“Agora você fez errado, Dr. Marcelo mal deixa a gente falar”*, em seguida, João disse: *“O certo era o Psiquiatra ouvir mais os seus pacientes.”*. São tais experiências e expressões dos usuários que o situam como protagonistas do seu próprio tratamento, apesar de ainda observarmos como as suas relações dentro do serviço ainda estão marcadas por certa hierarquia de conhecimento.

Uma vez que estava inserida no dia a dia dos usuários no Caps, pude observar a circulação de vários “discursos”, ao conversar com a coordenadora local sobre o usuário João, chegou uma assistente social e me disse o seguinte: *“cuidado com tudo o que você escuta, nem tudo o que os usuários dizem é verdade”*. Por ter realizado as entrevistas dentro daquele espaço institucional, outra profissional me alertou não ir pessoalmente na casa dos usuários, porque poderia ser “perigoso” as visitas domiciliares, Assim como disse Foucault (2014), a produção dos discursos “está na ordem das leis”, observamos quanto o discurso e a marca do estigma ainda se perpetuam, embora não tenha como objetivo situar o que viria entender a “verdades” nessas falas, e sim, observar como os discursos por vezes se cruzam e descruzam.

Em conversa realizada com uma mãe que acompanha sua sobrinha no tratamento do CAPS, além de cuidar dela, também tem um irmão que faz acompanhamento no CAPS II no Catolé. Ao conversarmos sobre a sua experiência de cuidar de duas pessoas com sofrimento mental, disse-me sobre as séries de internamento que ela teve durante sua vida, e que de vez em quando ainda vai para o Dr. Maia. Consegui me aproximar dessa familiar na festinha de encerramento do ano no CAPS, quando escutei uma fala de sua sobrinha com outros usuários: *“Eu gosto do Maia”*. Por sua vez, a coordenadora, outro dia, disse o seguinte: *“ eles gostam do maia porque lá o sexo é liberado ”*.

Essa familiar relatou que sua sobrinha é muito “danada”, quando estávamos no pátio, me aproximei da usuária e batemos um papo, eu quando tive oportunidade, perguntei se ela gostava mais do Maia ou do Caps. Ela confirmou dizendo que era o Maia, e deixou “escapar” o seguinte comentário: *“Quando ligaram lá em casa dizendo que eu tava de alta e que poderia voltar pra casa, minha tia disse: Ah, não Meu Deus!”*. Nesse momento surgiu um desconforto da tia que estava conosco no pátio. Observo que os relatos realizados com a familiar ao me contar sobre os cuidados e internações que sua sobrinha vem enfrentado, mostra-se o “desgaste” enfrentado pela mesma ao longo dos anos e que a Clínica Psiquiátrica se constitui como um espaço de procura pela família, perante a lógica manicomial de quando o “paciente” não ia embora, ficando restrito aquela instituição de controle.

Descrever sobre acontecimentos de relatos de experiências de internamento de usuários mostra o quanto nos dias de hoje as assistências de modelo asilar continuam presentes na procura dos familiares e que apesar dos usuários frequentarem o CAPS, que já existe há mais de dez anos, as memórias de suas lembranças nesses serviços ainda continuam vivas em suas memórias. Assim, sobre suas internações no Maia, João nos relata:

“Lá a gente não era tratado como gente, e sim, como receptáculos de remédio. Todos tomavam o mesmo tipo de remédio, chegou um tempo que o meu corpo paralisou por completo, fiquei imóvel, se me jogasse no chão eu não ia sentir dor nenhuma” (Anotações do meu diário de campo)”

No que diz respeito ao tratamento do CAPS, as observações feitas durante o trabalho de campo, pude notar que durante a semana o único dia que o Caps estava movimentado, onde a sala de recepção estava cheia de gente, assim como no pátio, era nos dias de pegar medicamento na farmácia e nas consultas médicas. A questão da medicalização que intermeia as relações ainda é muito forte, inclusive, devido às condições financeiras de muitas famílias, e a falta de dinheiro para o deslocamento de transporte para ir ao CAPS, quando faltava, tinha que escolher qual dia ir, como por exemplo, uma indicação realizada por um profissional de saúde foi que, se o usuário estiver com uma passagem e entre escolher ir para a oficina ou ir ao atendimento médico, sugeriu que escolhessem o atendimento, pois, além das sociabilidades entre os

usuários nas oficinas serem importantes, o remédio é fundamental no andar do seu tratamento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero essa uma das partes mais complexas de uma finalização da pesquisa, pois, espera-se que apresentemos um desfecho dos resultados obtidos ao longo do trabalho de campo. Dito isso, dentro dos limites postos, deixamos mais perguntas do que respostas, a partir das lacunas e problemáticas apresentadas, esperamos enfatizar uma trajetória de pesquisa que possam gerar novos frutos e reflexões para pesquisadores das mais variadas áreas. Nessa direção, não proponho atribuir como um caráter de conclusão, e sim, estabelecer através das observações realizadas no trabalho etnográfico, novas estratégias e caminhos para pesquisas futuras.

Esta dissertação buscou analisar acontecimentos de situações vivenciadas pelos interlocutores da pesquisa, através da minha observação participante dentro do cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial CAPS III na cidade de Campina Grande-PB, buscando analisar o cotidiano dos usuários nos espaços de sociabilidade no estabelecimento, com a minha inserção nos seus espaços compartilhados. Tenho clareza que percorri vários caminhos, além dos meus objetivos iniciais de pesquisa, ao buscar refletir sobre o desenvolvimento de controle dos usuários, dentro do viés de controle do CAPS e da família, uma vez que, no entendimento de Velho (2003, p.23):

“As possibilidades desse empreendimento ser bem-sucedido dependem, sem dúvida, das peculiaridades das próprias trajetórias dos pesquisadores, que poderão estar mais inclinados ou aptos a trabalhar com maior ou menor grau de proximidade de seu objeto. Logo, para variar, não há fórmulas nem receitas, e sim tentativas de armar estratégias e planos de investigação que evitem esquematismos empobrecedores.”

Destaco que o trajeto de campo e suas contingências no trabalho do pesquisador, implicam de acordo com as demandas cotidianas, que a certo ponto, no primeiro momento podem se apresentar como obstáculos através do processo de interação que produz modificações do “olhar” do pesquisador a partir da sua inserção em campo.

Os desdobramentos de limites de realizar uma pesquisa dentro de um espaço institucional, nesse âmbito que constitui a multidisciplinaridade, ao focarmos na discussão sobre a utilização de “métodos” e “técnicas” de pesquisas em Ciências Sociais na área da Saúde. Para a realização da minha pesquisa, tive que entrar em um processo

de negociação com o Coordenador Geral de Saúde Mental de Campina Grande, relatando sobre o interesse maior de realizar uma pesquisa dentro de uma rede de saúde, e em contraposição a isso, saber lidar com os entraves da exigência de um Comitê de Ética em Saúde. Levanto aqui uma problematização, como os Antropólogos e Cientistas Sociais devem levar em conta, os limites e possibilidades de realizar uma pesquisa de cunho etnográfico num espaço do campo da área da saúde?

Uma vez que, esse estudo parte de uma perspectiva dos sentidos dados pelos sujeitos em seus campos de simbologias e significações dos “sentidos” de vivenciar em seu modo particular, com o adoecimento no seu cotidiano, em detrimento, de como no campo biomédico eles encaram o fenômeno da doença, dentro de uma hierarquia dos saberes médicos hegemônicos. Observamos isso, na segunda parte do trabalho, onde fiz uma construção histórica desse “objeto” de pesquisa, de acordo como era tratado a discussão sobre a “loucura” em suas diferentes épocas na sociedade, com o intuito de construirmos localizações e desconstruções dessas pré-noções/pré-julgamentos sendo referenciados como obstáculos epistemológicos, ao mesmo tempo, que nos ajudam a perceber as discontinuidades visíveis e invisíveis dessa relação conceitual de “loucura” e as representações de explicação do real, vivenciados pelos sujeitos em seus contextos empíricos.

Ainda nessa segunda parte do texto, apresento um diálogo entre os conceitos de “loucura” em sua relação com teóricos das Ciências Sociais e a Antropologia, apontando questões históricas sobre a representação desse fenômeno na nossa sociedade atual, como também, dos famigerados manicômios, entre os apogeus e declínios dos mesmos, com o surgimento da Reforma Psiquiátrica. Nessa medida, a Reforma proporcionou a criação de novos modelos de Instituição e de uma forma mais humana dos profissionais da saúde, e esse movimento de “controle” e “poder” representado pelo exemplo das portas (quem as fecha ou as abre, quem passa ou não passa e quando se passa em determinadas portas) permanece ainda muito forte como uma forma de “distinção” entre quem circula nesses espaços.

A “loucura”, dessa forma, continua sendo um evento humano de medo e controle, só que com outros formatos de relações com a sociedade. Através das mudanças do projeto terapêutico que os Centros de Atenção Psicossocial vêm

apresentando para a sociedade como uma alternativa de atenção ao portador de transtorno mental, o uso da medicalização ainda possui um peso que intermeia as relações sociais.

Na terceira parte e a sessão seguinte, fica destacado a sequência os momentos vividos no cotidiano do CAPS, apresento a discussão de “controle” e “cuidado” e de como estas ações/afetos estão juntos para se pensar as relações dos usuários com os familiares e a instituição em si (desde a arquitetura da instituição que apresentam memórias de outras instituições manicomiais, as relações com os funcionários de saúde mental). A família, por seu lado, é encarregada de ter esse cuidado, o problema reside, tanto na dificuldade que muitos familiares vivenciam em seu cotidiano referente ao cuidado diferenciado com crianças com necessidades especiais, a orientação que esses membros familiares recebem do CAPS com o uso da medicalização, sendo recorrente a sua frequência no ambiente para o recebimento do mesmo, e por fim, o estigma como uma rede de relações que intermeiam esse universo particular.

O adoecimento e a singularização do sofrimento permanecem vulneráveis a situações dos modos disciplinares dos modelos manicomiais que estão presentes nas configurações de estratégias do modo de cuidar na rede de saúde, apesar da resistência dos movimentos de desinstitucionalização ao situar os sujeitos sociais como protagonistas das suas histórias, os discursos são distintos, seja dos usuários familiares e/ou funcionários, por estarem situados em lugares diferenciados, essas experiências intensificam categorias de sentidos e significados de pressupostos negativos em adesão ao tratamento e agenciamentos em saúde mental nos dias de hoje.

REFERÊNCIAS

- AGIER, Michel. **Encontros etnográficos: interação, contexto, comparação**, 1 Ed, São Paulo: Editora Unesp; Alagoas: Edufal 2005.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- _____, **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia**. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, nº1, jan – abr. 2009.
- ANDRADE, Milenna Jordana de Sousa. **“Doido é quem fala”: uma etnografia sobre sociabilidades e estigmas entre usuários/as CAPS de Sumé – PB**. 2017
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1 ed. - São Paulo. Geração Editorial, 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde – **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil** – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal n. 10.2016**, de 06 de abril de 2001.
- BRITO, Fátima Saionara Leandro. **Andanças que cortam os caminhos da razão: as vivências insanas e atuação da reforma psiquiátrica em Campina Grande- PB**. Dissertação de Mestrado. Recife: UFP/CFCH, PPGH, 2011.
- BECKER, Howard. **Conferência a Escola de Chicago**. Mana 2(2): 177-188. 1996.
- _____, **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BERREMAN, Gerard. Etnografia e controle de impressões em uma aldeia do Himalaia In: ZALUAR, Alba (Org.) **Desvendando Máscaras Sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, pp. 123 – 174.
- BISNETO, José Augusto. Serviço Social e Saúde Mental: Uma análise Institucional da prática. **Capítulo IV. O Social, a Saúde Mental e a Análise Institucional**, p.172. 3.ed. Cortez, 2007.
- BLUMER, Herbert. **Symbolic Interactionism: perspective and method**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1969.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Reflexões sobre como fazer trabalho de campo**. Sociedade e Cultura, v. 10, N. 1. 2007.
- CAPONI, Sandra. **Classificar e Mediar: A Gestão Biopolítica dos sofrimentos psíquicos**. Revista Interthesis. Vol.03, Jul/Dez-2012.
- CARRANO, Austregésilo. **O canto dos malditos**. Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. “**O trabalho do antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever**”. In _____. O trabalho do antropólogo. UNESP, 2000.

CIRILO, Livia.S; FILHO,Pedro.O; **Da desativação de leitos psiquiátricos à construção de uma rede substitutiva: a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande (PB)**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.34, n.84, p.148-158, jan/mar.2010.

CZERESNIA, Dina. **Os sentidos da saúde e da doença**. In: Czeresnia, D. Seixas Maciel,E.M.G,Oviedo,R.A.M.(orgs). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,2013.

DAMATTA, Roberto. O Ofício do Etnólogo ou como ter Anthropological Blues In: NUNUES, Edson de Oliveira (org), **A Aventura Sociológica:objetividade,paixão,improviso e método na pesquisa social**. Rio de Janeiro: Zahuar. 1978. Pp. 23-35.

DURKHEIM, Emile. Sociologia e Filosofia. **Capítulo I: Representações Individuais e Representações Coletivas, p.15-50. Capítulo II: Determinação do Fato Moral, p.50-54.1**. ed. 1970.

_____, Emile. Sociologia. **Capítulo 17: Algumas formas primitivas de classificação**, p. 183- 204. 9. ed.2000.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. 24.ed. São Paulo: Edições Loyola,2014.

_____, Microfísica do poder. **Os Anormais**. Rio de Janeiro: Ed: Graal, 1979.

_____, **Vigiar e Punir. Nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1977.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Editora UNESP,1991.

GEERTZ, Clifford. O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa. **Capítulo 3: “Do ponto de vista dos nativos”: a natureza do entendimento antropológico.p.85-107**. Petrópolis, RJ: Vozes,1977.

GOFFMAN, Erving. **A representação do eu na vida cotidiana**. 20. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

_____, **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC. 2008.

_____, **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Balanco da reforma psiquiátrica antimanicomial brasileira**. In: Serviço Social, Saúde Mental e Drogas. In: DUARTE, M; PASSOS, R; SILVA GOMES, T; (orgs). Campinas: Papel Social,2017.

III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial.

JOAS, Hans. **Interacionismo Simbólico**. In: GIDDENS, A. TURNER, J. Teoria Social Hoje. São Paulo: Ed. UNESP, 1999.

JOSEPH, Isaac. **Erving Goffman e a Microsociologia**. Editora: fgv. 2000.

MAGNANI, José G. **Etnografia como prática e experiência**, Horizontes Antropológicos, v. 15, n. 32, 2009, p. 129 – 156.

MALUF, Sônia Weidner. **Gênero, Saúde e Aflição: Políticas Públicas, Ativismo e Experiências Sociais**. In: MALUF, Sônia Weidner e TORNQUIST, Carmem Susana (orgs). Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MAUSS, Marcel. Sociologia e Antropologia, com uma introdução à obra de Marcel Mauss, de Claude Lévi-strauss. **Capítulo I – Noção de técnica corporal**, p.211-231. EPU, 1944.

MALINOSWSKI, Bronislaw. **Introdução: Tema, método e objetivo desta pesquisa**. In: Os Argonautas do Pacífico Ocidental. São Paulo: Editora Abril, p.21-33. 1976.

MONNERAT, Sílvia. **De médico e de louco, todo mundo tem um pouco: um estudo sobre pacientes psiquiátricos e relações familiares**. Rio de Janeiro: UFRJ/MN/PPGAS, 2014.

_____. **Trajetórias, acusações e sociabilidade: uma etnografia em um centro de convivência para pacientes psiquiátricos**. Rio de Janeiro: UFRJ/MN/PPGAS, 2008.

OLIVEIRA, William Vaz de. **A fabricação da loucura: Contracultura e Antipsiquiatria**. Rio de Janeiro, v.18, n,1, jan-mar. 2011, p.141-154.

PEIRANO, Mariza. **A Antropologia como Ciência Social no Brasil**. Etnografia. Vol IV, p.219-232, 2000.

_____, **Etnografia não é Método**. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, v.20, n.4, 2014.

ROSA, Lúcia Cristina do Santos. **As Condições da Família Brasileira de Baixa Renda no Provimento de Cuidados com o Portador de Transtorno Mental**. In: ROSA, L; PEREIRA, I; BISNETO, J; VASCONCELOS, E; (org). In: Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____, Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. **Capítulo I- O Campo da Saúde Mental na Perspectiva da Desinstitucionalização, da Cidadania e da Interdisciplinaridade**. p.17-34; 5.ed.- São Paulo: Cortez, 2010.

SARTI, Cynthia. **Corpo e Doença no Trânsito de Saberes**. RBCS. Vol 25. n74, outubro de 2010.

SCOTT, J. A dominação e a arte da resistência. **Capítulo I. Por detrás da história oficial**. Lisboa, Livraria Letra Livre, 2013.

SILVA, Roseilda Maria. **Veredas da loucura: incursões no cotidiano de usuários na Estratégia Saúde da Família, numa comunidade de Campina Grande-PB**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Centro de Humanidades – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – Universidade Federal de Campina Grande, 2012.

SILVA, Vanderlan Francisco da. Crepúsculo Antropológico. **Capítulo I: Um olhar pelo retrovisor: Reflexões antropológicas acerca das teorias do bom e mau selvagem**.p. 27-29. Mossoró: Fundação Vingt-un Rosado. 2009.

SIMMEL, Georg. **A aventura**. In: Simmel, G. Fidelidade e gratidão e outros textos. Lisboa: Relógio D' água, 2004.

_____, **As Grandes Cidades e a Vida do Espírito**. In: Mana,2005.

_____, **O Dinheiro na cultura moderna**. In: O conflito da cultura moderna e outros escritos. São Paulo: Editora Senac,2013.

_____. **Sociabilidade – Um exemplo de sociologia pura ou formal. Grandes cientistas sociais**. São Paulo. 1983.

VALLADARES, Lícia do Prado. **A sociologia urbana de Robert E. Park**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2018.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O Campo da Saúde Mental na Perspectiva da Desinstitucionalização, da Cidadania e da Interdisciplinaridade**. In: ROSA, L; PEREIRA, I; BISNETO, J; VASCONCELOS, E; (org). In: Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5.ed. São Paulo: Cortez,2010.

VELHO, Gilberto. Desvio e Divergência: uma crítica da patologia social. **O estudo do comportamento desviante: A contribuição da Antropologia Social**. p.13-34. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar,1985.

_____, Individualismo e Cultura. Notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea. **Capítulo 6: Relações entre a Antropologia e a Psiquiatria**.p.93-102. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar,1987.

_____, Pesquisas Urbanas: Desafios do trabalho antropológico. **Capítulo 1: O Desafio da Proximidade**.p.11-19. VELHO, G. KUSCHINER, K. (orgs). Rio de Janeiro: Jorge Jahar,2003.

_____, Observando o familiar. In: NUNES, Edson de Oliveira (orgs), **A Aventura Sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social.** Rio de Janeiro: Zahuar. 1978. Pg. 36-46.

ANEXOS

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – T.C.L.E**

Convidamos o Sr (a) para participar da pesquisa intitulada ESTIGMAS E FORMAS DE CONTROLE DOS USUÁRIOS FREQUENTADORES DO CAPS EM CAMPINA GRANDE – PB, que compõe a pesquisa (dissertação) da mestranda Milenna Jordana de Sousa Andrade (milennajordana07@hotmail.com), domiciliada na rua Juvêncio arruda, número 240, bairro novo bodocongó, Campina Grande/ PB. / Telefone: (83) 9 9900-3923. A pesquisa segue sob orientação do Prof. Dr. Vanderlan Silva (vanderlansilva@uol.com.br).

Informações sobre a pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo geral refletir sobre o estigma e as formas de controle dos usuários frequentadores do CAPS em Campina Grande -PB, sob o viés de controle do CAPS e da família.

Os objetivos específicos são:

Analisar o cotidiano dos usuários nos espaços do CAPS, afim de observar como são desenvolvidos as suas relações de sociabilidades;

Observar as continuidades e as discontinuidades do estigma do CAPS na sociedade pós Reforma Psiquiátrica;

Compreender o processo de visibilidade e/ou invisibilidade dos usuários através da família em conjunto com o trabalho terapêutico desenvolvido no CAPS;

Justificativa da pesquisa:

Proponho-me a realizar uma compreensão sobre a maneira que o estigma é presente na vida desses usuários e de como são desenvolvidos suas formas de controle.

O debate refere-se no espaço de um contexto urbano onde houve uma interdição da Reforma Psiquiátrica.

É importante levantar a questão de como é produzido essa visibilidade e invisibilidade dos sujeitos socialmente subordinados, e levanto como uma das análises a serem respondidas no decorrer dessa pesquisa, a presença das formas de controle, seja pelos agentes do CAPS na dinâmica do cotidiano no estabelecimento, como também, o estigma enfrentado pela família.

Como a família pensa o usuário? A família também pune? Podemos dizer que a família é a primeira rede de socialização do usuário, e é por meio dela, que os vínculos são construídos para o próprio encaminhamento para o CAPS. Este, se apresentando, como outra rede de socialização, para além, do tratamento.

Desenvolvimento da Pesquisa:

Após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, e a apresentação da pesquisadora ao ambiente do CAPS III em Campina Grande (PB), será iniciado à observação e coleta de dados. Ao decorrer do trabalho de campo, será disponibilizado para os interlocutores da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E), explicando de forma clara como o mesmo poderá contribuir para a pesquisa e seus desdobramentos.

Risco e benefícios da pesquisa:

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de maneira que não permita a identificação de nenhum voluntário. Ao final do estudo, se for do interesse dos participantes, eles terão livre acesso ao conteúdo do mesmo através de um relatório disponibilizado pela pesquisadora.

Esta pesquisa atende às exigências das resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), as quais estabelecem diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Formação de Professores (CFP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) é um colegiado interdisciplinar e independente de caráter consultivo, deliberativo e educativo, que tem

como foco central defender os interesses e a integridade dos participantes voluntários de pesquisas envolvendo seres humanos e, conseqüentemente, contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Em caso de dúvidas relacionadas a pesquisa, o senhor(a) tem a liberdade de conversar com a pesquisadora em qualquer momento do estudo pelos contatos abaixo: (83) 9 9900-3923 / millennajordana07@hotmail.com. Se houver dúvidas em relação aos aspectos éticos, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFCG. Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande – PB. (83) 2101-5545 / cep@huac.ufcg.edu.br. Após ser esclarecido (a) sobre o teor da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra pertence à pesquisadora, que também irá rubricar e assinar.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “Estigmas e formas de controle dos usuários frequentadores do CAPS III em Campina Grande”, e declaro que fui informado (a) de todos os procedimentos, dos possíveis riscos e benefícios da minha participação. Foi oferecida a mim a oportunidade de tirar dúvidas e também foi garantida a retirada do meu consentimento a qualquer momento.

LOCAL E DATA

Assinatura ou impressão datiloscópica do voluntário ou responsável legal

Nome e assinatura do responsável pelo estudo

ANEXO II – PÁTIO DA CASA DO CAPS III REVIVER



ANEXO III – PÁTIO CENTRAL DA CASA



ANEXO IV – ENTREDA PELO PORTÃO CENTRAL

