



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
CURSO DE LICENCIATURA EM HISTÓRIA**

**GABRIELY KÉSIA DE OLIVEIRA LÔA**

**A LOUCURA E O FEMININO: UMA ANÁLISE DO PERFIL DAS USUÁRIAS-DIA  
DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS III) “TOZINHO GADELHA”  
DE SOUSA-PB**

**CAJAZEIRAS-PB**

**2023**

**GABRIELY KÉSIA DE OLIVEIRA LÔA**

**A LOUCURA E O FEMININO: UMA ANÁLISE DO PERFIL DAS USUÁRIAS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS III) “TOZINHO GADELHA” DE SOUSA-PB.**

Monografia apresentada a disciplina de Trabalho de Conclusão de curso (TCC) de graduação em licenciatura plena em História da Unidade Acadêmica de Ciências Sociais do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para a obtenção de nota.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosemere Olimpio de Santana.

**CAJAZEIRAS-PB**

**2023**

## Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação-(CIP)

L1111	<p>Lôa, Gabriely Késia de Oliveira. A loucura e o feminino: uma análise do perfil das usuárias do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) “Tozinho Gadelha” de Sousa-PB / Gabriely Késia de Oliveira Lôa. – Cajazeiras, 2023. 84f. : il. Color. Bibliografia.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Rosemere Olimpio de Santana. Monografia (Licenciatura em História) UFCG/CFP, 2023.</p> <p>1. Psiquiatria. 2. CAPS III – Sousa-Paraíba. 3. Luta antimanicomial. 4. Reforma psiquiátrica. 5. Prontuários médicos-CAPS III. 6. Saber médico psiquiátrico. 7. Usuárias do CAPS III. 8. Loucura e feminino. I. Santana, Rosemere Olimpio de. II. Título.</p>
UFCG/CFP/BS	CDU – 616.89

**GABRIELY KÉSIA DE OLIVEIRA LÔA**

**A LOUCURA E O FEMININO: UMA ANÁLISE DO PERFIL DAS USUÁRIAS-DIA  
DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS III) “TOZINHO GADELHA”  
DE SOUSA-PB.**

Aprovado em 10 / 11 / 2023



---

**Dra. Rosemere Olimpio de Santana-UFCG**

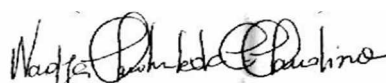
**(Orientadora)**



---

**Dra. Mariana Moreira Neto-UFCG**

**(Examinadora Interno)**



---

**Ms. Nádja Claudinale da Costa Claudino**

**(Examinadora Externo)**



---

**Ms. Raquel Bastos Leão**

**(Examinadora-suplente)**

**CAJAZEIRAS-PB**

**2023**

A Deus, razão de toda a minha existência As minhas avós Fátima e Elma Maria e a minha mãe vocês são/ foram colo, carinho e cuidado.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por ser tão maravilhoso e misericordioso comigo. Por nunca desistir de mim e me conceder a graça de viver seus milagres e prodígios sem ele nada seria possível. A intercessão poderosa de São Miguel Arcanjo uma vez que este trabalho foi uma resposta da oração que fiz durante a sua quaresma no ano de 2020. Obrigada, São Miguel Arcanjo, por combater comigo essa batalha me mostrando sempre que nada e nem ninguém pode mais do que Deus.

A virgem Maria que me concedeu seu colo de mãe em todos os momentos que vos pedi. Afinal, todo aquele que solicita sua proteção materna jamais será decepcionado, obrigada mãezinha. Agradeço aos meus pais, a minha avó, a minha irmã, a minha tia por todo apoio e cuidado durante toda minha caminhada. Agradeço a tia Célia por compartilhar comigo suas saudosas memórias. Aos meus amigos Sonalia, Michael e Cleiton, Gabriel, Rita de Cássia, Geraldo, Maria Clara, Maria de Fátima e Analucia e Renato por todos os momentos compartilhados e pelas palavras e atitudes de incentivo.

Agradeço aqueles que durante essa caminhada se tornaram mais que amigos, tornaram-se uma família. Lucas e Mylena me faltam palavras para dizer-lhes o quanto eu os amo e o quanto sou grata. Vocês são as minhas pessoas, eu sou muito abençoada em tê-los ao meu lado. A minha querida Marleide, obrigada por me apresentar a UFCG (rsrs). Aos meus amigos de graduação, Érica, Hewerton, Katiana, Eduardo, Raniere, Ana Júlia, Isabela, Aline, Val, Léo, Vitória Duarte, Karine, Ana Raquel, Mayara, José Carlos, Davi, Walber.

Agradeço, a toda equipe do CAPS III de Sousa que com competência, responsabilidade e afeto me receberam na instituição e aqui em especial a Silvia Pedrosa, Ruceny, Francisca Neves e Alex Alves. Aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) uma vez que foram solícitos durante os momentos que compartilhamos juntos.

Agradeço a seu Gilberto, a Cláudia, a Lili, a Victor pela agradável vivencia nesses 5 anos bem como estendo esses agradecimentos aos meus queridos professores Israel, Isamar, Ana Lunara, Larissa, Neto e Dmitri, e não menos importante a minha querida orientadora Rosemere. Rose, grande parte do que eu aprendi sobre ensinar/educar foi você quem me ensinou, obrigada por me ajudar a enxergar o outro dentro da sua singularidade. Não há um só dia que ao entrar em uma sala de aula que eu não me recorde dos seus ensinamentos.

Aos meus amados e maravilhosos alunos os quais me ajudaram a entender que a vida é muito mais bonita quando compartilhamos aquilo que sabemos ao passo que nos tornamos dispostos aprender com o outro o que ainda nos falta, obrigada. Amo vocês.

*“Deixe-me livre,  
Posso ser livre,  
Sou livre, nasci para a  
Liberdade”*

(Alex Alves)



## RESUMO

Os significados em torno do fenômeno da loucura foram conforme a concepção foucaultiana passando por um processo de transformação à medida que novas circunstâncias iam surgindo em determinados períodos históricos. Assim, cada sociedade possuía uma visão particular acerca do louco e da loucura, sendo considerada uma construção sócio-histórica permeada por transformações culturais, sociais e políticas. Quando visualizamos essas construções na contemporaneidade, é inevitável não falar da reforma psiquiátrica e conseqüentemente da criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Logo, o objetivo desta pesquisa é analisar, mas também problematizar como o CAPS da cidade de Sousa, localizada no alto sertão paraibano, foi criado e como a sua história repercutiu na vida das mulheres que passaram por esse espaço. Por isso, analisamos o perfil sociodemográfico das usuárias que compõem o quadro de pacientes-dia da referida instituição e tentamos percorrer os aspectos da história de vida dessas usuárias abrindo o diálogo para as questões vinculadas a saúde mental em uma perspectiva de gênero. Trabalhamos com o projeto de implementação e implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) “Tozinho Gadelha”; os prontuários médicos pertencentes às usuárias do CAPS III “Tozinho Gadelha”; bem como, algumas conversas que foram realizadas com funcionários da referida instituição. Também trabalhamos com alguns autores, como Valeska Zanello, que discute Saúde Mental, Gênero e Dispositivos: Cultura e Processos de subjetivação, Michel Foucault com a História da Loucura na Idade Clássica; Paulo Amarante com Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil; entre outras referências. Em síntese, tentamos promover uma discussão acerca dos termos de saber-poder especialmente o saber médico psiquiátrico e como este reverbera nas relações e vivências cotidianas das mulheres que frequentam a instituição supracitada.

**Palavras-chave:** Doença mental, Mulheres, CAPS, Gênero.

## ABSTRACT

The meanings surrounding the phenomenon of madness and the so-called madman have, according to Foucauldian conception, undergone a process of transformation as new circumstances arose in certain historical periods. Thus, each society had its own particular view of the mad and madness. In this sense, representations of the mad and madness are considered to be a socio-historical construction permeated by cultural, social and political transformations. This paper therefore has the following objectives: to investigate how the Psychosocial Care Center (CAPS) was set up in the city of Sousa, located in the high hinterland of Paraíba; to analyze the sociodemographic profile of the female users who make up the day-patients at this institution; to investigate aspects of the life history of these users, opening up a dialogue on issues related to mental health from a gender perspective. To this end, the following sources were used: *The History of Madness in the Classical Age* by Michel Foucault; *Madmen for Life: the trajectory of psychiatric reform in Brazil* by Paulo Amarante; The implementation and implantation project of the Psychosocial Care Center (CAPS III) "Tozinho Gadelha"; *Before anyone tells* by Julieta de Paiva Gadelha; The medical records of the users of CAPS III "Tozinho Gadelha"; *Mental Health, Gender and Devices: Culture and Processes of Subjectivation* by Valeska Zanello, among other bibliographies. In summary, we have tried to promote a discussion about the terms of knowledge-power, especially psychiatric medical knowledge, and how this reverberates in the relationships and daily experiences of the subject in these women who attend the aforementioned institution.

**Keywords:** Madness, Historiography, Psychiatric Reform, CAPS, Gender.

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>FIGURA 1 - FOTO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS III).....</b>	<b>28</b>
--	-----------

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - NÚMERO DE CASOS POR DIAGNÓSTICO .....	52
<b>Tabela 2</b> - FLUXO DE ENTRADA E SAÍDA DAS USUÁRIAS.....	54

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1- O ESTADO CIVIL</b> .....	40
<b>Gráfico 2 - IDADE</b> .....	42
<b>Gráfico 3 - GRAU DE INSTRUÇÃO</b> .....	44
<b>Gráfico 4 - OCUPAÇÃO</b> .....	46
<b>Gráfico 5 - COR/ RAÇA/ ETNIA</b> .....	49
<b>Gráfico 6 - RELIGIÃO</b> .....	50
<b>Gráfico 7 - ENDEREÇO</b> .....	51
<b>Gráfico 8 - HISTÓRICO FAMILIAR</b> .....	53

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BPC	-	Benefício de Prestação Continuada.
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial.
CAPS AD	-	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.
CAPS I	-	Centro de Atenção Psicossocial Infantil.
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa.
DINSAM	-	Divisão Nacional em Saúde Mental.
MSTM	-	Movimento do Trabalhadores em Saúde.
OMS	-	Organização Mundial de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 1: “POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS.”</b> .....	<b>17</b>
1.1 A LUTA ANTIMANICOMIAL E A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA. ....	17
1.2 A IMPLEMENTAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS III) EM SOUSA PARAÍBA. ....	23
1.3 OS ESPAÇOS, INAUGURAÇÃO E O FUNCIONAMENTO .....	26
<b>CAPÍTULO 2: A EXPERIÊNCIA COM OS PRONTUÁRIOS MÉDICOS</b> .....	<b>31</b>
2.1 O PRONTUÁRIO MÉDICO E SUAS MULTIPLAS POSSIBILIDADES.....	31
2.2 A LIDA COM OS PRONTUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. ..	36
2.3 O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS USUÁRIAS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL “TOZINHO GADELHA” .....	38
<b>CAPÍTULO 3: “HISTÓRIAS DE VIDAS”</b> .....	<b>56</b>
3.1 OS PRONTUÁRIOS MÉDICOS E O CAMPO DAS SENSIBILIDADES.....	56
3.2 A DOENÇA MENTAL E O FEMINÍNO: UMA PESPECTIVA DE GÊNERO.....	58
3.3. AS USUÁRIAS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	64
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>73</b>

## INTRODUÇÃO

No ano de 2019 ao caminhar pelos corredores da coordenação do curso de licenciatura em História da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)- campus Cajazeiras-PB me deparei com um TCC que estava no mural da referida coordenação intitulado “As Faces da Loucura em Cajazeiras” da historiadora, professora e pesquisadora Larissa Bezerra. A proposta da pesquisa era interessantíssima e muito me chamava a atenção. Então, busquei saber quem era aquela pesquisadora o que ela fez para realizar a pesquisa, quem a orientou entre tantas outras questões.

O trabalho de Larissa Bezerra foi o primeiro contato com a História da Loucura, ela me tocou e me impactou pelo olhar de sensibilidade no qual a sua pesquisa foi conduzida. Logo, me vi encantada, imersa e ansiosa para descobrir esse universo que é tão sensível, pesado, apaixonante, cansativo, surpreendente e desafiador. Assim, no ano seguinte (2020) de forma atípica iniciamos o terceiro período com as aulas de historiografia da professora Rosilene Melo as quais ocorreram de forma remota. Através dela pude ter contato com obra de Michel Foucault intitulada a “História da Loucura”.

Na obra de Michel Foucault o autor compreende as experiências da loucura por meio dos discursos e saberes que são atribuídos a loucura em determinadas épocas. Na idade média, por exemplo, os loucos foram substituindo os leprosos, ficando à deriva da sociedade evidenciando um caráter de exclusão social. No período do renascimento, a loucura pode ser entendida por duas faces a razão crítica que a considera como sendo uma razão incomum e pela religiosidade que a compreende como uma manifestação diabólica. Ou seja, de acordo com Foucault é possível perceber que em cada época a loucura ganha o novo significado e uma nova representação.

quando o século XIX decidir fazer com que o homem desatinado passe para o hospital, e quando ao mesmo tempo fizer do internamento um ato terapêutico que visa a curar um doente, fá-lo-á através de um golpe de força que reduz a uma unidade confusa, mas para nós difícil de deslindar, esses temas diversos da alienação e esses múltiplos rostos da loucura, aos quais o racionalismo clássico sempre havia permitido a possibilidade de aparecer (Foucault, 1978, p.150).

Assim, logo após se iniciaram as cadeiras de projeto de pesquisa com base no trabalho de Larissa surgiu o desejo de analisar as questões relacionadas a loucura em um nível local. Por aqui, não havia antigos manicômios, mas era possível ter acesso aos serviços substantivos os Centros de Atenção Psicossociais. Então, iniciei sob orientação do professor Francisco



Firmino Neto uma revisão de literatura buscando obras que dialogassem e problematizassem a questão da loucura e do gênero. Nesse caso, as mulheres, já que anteriormente havíamos aprendido por meio de Foucault que a loucura era uma construção social fazia-se necessário analisar como essa construção se deu entorno das mulheres?

Encontrei algumas obras importantíssimas entre elas a da historiadora Maria Clementina da Cunha um artigo cujo o título era “Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do século XX” neste trabalho ela promove algumas indicações da história social das mulheres no Brasil no início do século XX discorrendo sobre a história de algumas mulheres cujo o intuito era demonstrar como eram vistas e qual tratamento era a elas oferecido dentro daquele contexto. A partir daí busquei pensar em qual situação se encontrava as mulheres do Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha” (CAPS III) de Sousa, Paraíba.

Nessa perspectiva, nosso primeiro passo foi mapear a nossa fonte. Assim, conversamos pela primeira vez com a equipe multiprofissional do CAPS para nos certificarmos da disponibilidade da fonte. A medida em que analisava os elementos dos prontuários busquei o grupo de pacientes-dia como assim são chamadas as usuárias que estão em tratamento semi-intensivo e participam semanalmente das atividades da instituição.

Ainda cursando as cadeiras de projeto de pesquisa decidi identificar dentro desse grupo quais eram os estados civis, idades e profissão mais recorrentes entre essas mulheres e a partir daí problematizar esses dados. Ademais fazia-se necessário compreender de forma pontual o processo de Reforma Psiquiátrica e suas referidas implicações no estado da Paraíba bem como o processo de implementação e implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) e seus respectivos discursos de poderes.

Após alguns encontros com a professora Rosemere Olímpio de Santana, orientadora desta pesquisa fui direcionada a buscar novamente a coordenação do Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha” dessa vez com uma carta de apresentação e com o projeto de pesquisa detalhando os objetos da referida pesquisa. Dessa forma, fui ao Centro de Atenção Psicossocial apresentei a proposta da pesquisa ao coordenador administrativo da instituição e logo fui encaminhada a equipe de assistência social para expor o projeto e entregar uma cópia do mesmo.

Recebemos a autorização documentada por parte do coordenador após o mesmo solicitar a apresentação do projeto de pesquisa para a equipe da assistência social. Logo, submetemos o projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de

Campina Grande (UFCG) o qual aprovou o referido projeto após atendermos todas as suas exigências em cada etapa do processo.

Só a partir daí conseguimos realizar os primeiros acessos aos prontuários bem como comecei a questionar como iria problematizar esses dados através das perspectivas da historiografia. Como iria conhecer a história de vida das usuárias através de fontes que em um primeiro momento pareciam tão rasas? Sobretudo quando pensávamos em questões subjetivas que poderiam permear a vivência dessas mulheres. Foram muitas idas e vindas ao CAPS III e alguns encontros com Rosemere assim como conversas trocadas com Larissa com intuito de viabilizar o melhor caminho para utilização dessa fonte marcado pelo “duplo encontro” e por que não dizer por múltiplos encontros?

Na medida em que íamos entrando em contato com os prontuários, a necessidade de dialogar com pesquisas que atentassem de forma mais sensível para a discussão, assim como a problemática em torno da doença mental e as relações de gênero foram se fazendo importante. Surgiu também a necessidade de algumas vezes afirmar o lugar historiográfico da pesquisa. Entendemos assim, que a pesquisa que se envereda pelos sentimentos, sensações, sofrimentos e alegrias dos indivíduos são interesses do historiador. Enquanto pesquisadora percorri o caminho das fontes, dos prontuários, fiquei atenta às suas particularidades, acessei os projetos referente a criação do CAPS, realizei inúmeras visitas ao espaço, conversas, acompanhamento de rotina. A metodologia pensada abriu espaço para que as mulheres ali presentes naqueles prontuários, não fossem apenas números, mas pessoas, perpassadas pelos diversos marcadores sociais como o gênero, a classe, a idade, o capacitismo.

Dessa forma, estruturamos esse trabalho em três capítulos o primeiro discute em linhas gerais a trajetória da reforma psiquiátrica, a implementação do centro de atenção psicossocial, a inauguração, o funcionamento e os espaços da referida unidade. No segundo capítulo apresentamos ao leitor um pouco da importância da utilização dos prontuários médicos nas pesquisas historiográficas assim como discorremos acerca da nossa e dos desafios encontrados durante a nossa trajetória na análise dos prontuários médicos das usuárias.

No momento em que fizemos o recolhimento dos dados iniciais a exemplo da idade, estado civil, grau de instrução, endereço, religião, ocupação e etc através do que chamamos de análise sociodemográfica do perfil das usuárias, muitos questionamentos surgiram, as mulheres casadas tiveram acesso a alguma formação escolar? E a maioria que era solteira teve acesso a alguma formação? Em que medida além do marcador social da doença mental, quais outras vivências ajudavam a excluir ainda mais essas mulheres?

Por fim, buscamos traçar um diálogo com o campo das sensibilidades escolhemos 2 (dois) prontuários dos 28 disponíveis para analisarmos aspectos da história de vida das referidas usuárias por meio dos registros como visitas realizadas pela equipe multiprofissional do CAPS III, relatórios entre outros. É evidente que aqui não trabalhamos a história de vida das usuárias em sua totalidade até porque acreditamos que somos complexos demais para termos nossa história descrita em sua totalidade nesses documentos. Assim, convidamos o leitor (a) a percorrer conosco esse caminho visa identificar continuidades e rupturas que estão em torno das questões relacionadas a saúde mental e ao gênero sobretudo as mulheres usuárias do CAPS III de Sousa-PB.

## CAPÍTULO 1: “POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS.”

### 1.1 A LUTA ANTIMANICOMIAL E A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.

A ausência da razão, domínio das paixões, os desvios de conduta são considerados características que auxiliam na definição do que se entendia como loucura. O conceito de loucura passou por muitas interpretações ao longo do tempo. Sabe-se que durante a idade média muitos indivíduos foram afastados do convívio social, a exemplo dos leprosos os quais ficavam excluídos e exilados nos arredores das cidades, pois, eram vistos como aqueles que foram acometidos por um castigo divino fato que os colocava na condição de impuros<sup>1</sup>.

Podendo, portanto, serem enviados aos hospitais que do latim significam “hospedagens”. Nessa época, os hospitais eram destinados aos pobres, aos mendigos, aqueles que se encontravam sem abrigo e também aos doentes. Assim, o hospital assumia uma função marcada pelo assistencialismo destinado aqueles que estavam em situação de vulnerabilidade. Logo, as ordens religiosas se constituíam como principais responsáveis pelas atividades filantrópicas desempenhadas nesses espaços<sup>2</sup>.

Em decorrência das transformações políticas, econômicas e sociais que perpassavam a sociedade no século XVIII sobretudo com o advento da Revolução Francesa que pôs fim no regime absolutista e proclamou ideias de *Igualdade, Liberdade e Fraternidade* as antigas instituições que representavam a repressão monárquica e religiosa deveriam ser democratizadas. Nesse contexto, a presença dos médicos nos hospitais que antes eram esporádicas agora passaram a ser cada vez mais frequentes no processo lento e gradual denominado a “medicalização dos hospitais”.

a partir do momento que o hospital é concebido como instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser a principal responsável pela assistência hospitalar. A ele se pergunta como se deve construí-lo e organizá-lo e é por este motivo que

---

<sup>1</sup> Matias, Kamila Dantas. A Loucura Na Idade Média Ensaio Sobre Algumas Representações.2015. Dissertação (Mestrado)-Departamento de História, estudos europeus, arquivologia e Artes da faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 2015.

<sup>2</sup> Amarante, Paulo Uma Instituição de Loucos, Doentes e Sãos in Amarante, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Rio de Janeiro, 2007, Fiocruz, p.21-36.

Tenon faz o seu inquérito. A partir de então, a forma do claustro, da comunidade religiosa, que tinha servido para organizar o hospital, é banida em proveito de um espaço que deve ser medicalizado (Foucault, 1978, p.46).

Embasado no caráter de modernidade o qual se acreditava e defendia a crença no poder da ciência médica como meio de cura para tais enfermidades Philippe Pinel médico francês considerado o “pai da psiquiatria” desenvolveu em meados do século XVIII um novo campo de atuação médica que inicialmente teria surgido como uma disciplina chamada alienismo voltada para tratar aqueles que já se encontravam afastados do convívio social dentro das mediações do Hospital Geral<sup>3</sup>.

Assim, Pinel trazia ao campo da medicina novos discursos e também novos objetos: o alienismo, o alienado e o alienista.” Isso significou um tratamento possível para as pessoas até então eram vistas como incuráveis, por serem privadas do precioso atributo da razão, e cujo o destino invariável seria a errância, o abandono em asilos ou o recebimento de caridade religiosa.” (Teixeira. 2019, p. 544).

Dessa maneira, a tarefa que antes era realizada pelas ordens religiosas agora estaria a cargo da figura do médico uma vez que a medicina almejava mostrar-se mais eficaz na sua missão de “curar” que a religião. Na sequência, os médicos especialistas no tratamento da loucura foram ganhando cada vez mais espaço no que diz respeito a administração das instituições manicomiais.

No Brasil em 1841 foi aprovado o projeto que visava a construção do primeiro hospício também chamado de “palácio dos loucos”. Em 1852 o Hospital Pedro II começou a receber os pacientes da Santa Casa de Misericórdia, a instituição era centro de referência no tratamento da loucura recebia pacientes de toda a província, o corpo médico/administrativo foi influenciado pelas concepções pinelianas as quais defendiam o isolamento como meio de tratamento por presumir que “o manicômio por si só, era um lugar de cura.” (Teixeira, 2019, p. 555)

---

<sup>3</sup> O Hospital Geral da França exercia inicialmente uma função de caráter assistencial cujo o objetivo era recolher os ditos errantes. (Mendigos, idosos, crianças, deficientes, epiléticos, portadores de doenças venéreas entre outros). Dessa forma, à medida que eram admitidos tornavam-se residentes do hospital, realizavam atividades laborais com intuito de assegurar o próprio sustento. Convém ressaltar que administração do hospital estava a cargo das ordens religiosas o que fazia com o que a presença de médicos fosse algo muito raro. Todavia, de acordo com Michel Foucault em 1654 a monarquia francesa redige e publica um decreto real que ordena a criação do Hospital Geral associando a outras instituições existentes como Saint-Lazare e Salpetriere consolidando a ação punitiva e repressiva da monarquia associada ao ideário religioso. Vale ressaltar que, essa medida não se limitou apenas a França, mas espalhou-se pela Europa por países como Espanha, Alemanha e Inglaterra.

em outras palavras, o princípio do isolamento estaria associado à própria produção do conhecimento no campo do alienismo, pois o hospital pineliano, agora transformado em instituição médica se tornava o próprio laboratório onde as pessoas seriam observadas e estudadas, seus comportamentos descritos, comparados, analisados e classificados. Na medida em que a alienação mental seria um distúrbio no equilíbrio das paixões, e que o hospital de alienados poderia representar como afirmava Pinel, um estabelecimento onde seria possível submeter o alienado “as regras invariáveis, de polícia interior”, o hospital, seria ele próprio, uma instituição terapêutica (Amarante, 2007, p.12).

Foi constatado que por volta de 1869 cerca de 46% das internações do Hospício Pedro II eram realizados por intermédio da polícia. Visto que, eram eles que levavam a maioria dos pacientes os quais eram recolhidos nas ruas para serem avaliados e possivelmente internados. Nesse momento, sob a ótica social a loucura e a criminalidade estavam em mesmo parâmetro e se entrelaçavam ainda mais quando estas se encontravam dentro das instituições manicomiais<sup>4</sup>.

“A loucura não diz tanto respeito a verdade e ao mundo quanto ao homem e a si mesmo que ele acredita distinguir. Ela desemboca, portanto, num universo inteiramente moral. O mal não o castigo ou o fim dos tempos, mas apenas erro e defeito.” (Foucault, 1978, p.30). Logo após a inauguração do Hospital Pedro II em 1840 inúmeras cidades brasileiras inauguravam os seus hospícios os seus lugares de “guardar doidos” ao passo que eram utilizadas como um verdadeiro depósito daqueles que estavam a margem da sociedade.

A priori, a maioria dos hospícios criados nessa época estavam correlacionados com a Santas Casas de Misericórdia fato que só veio a ser alterado por volta de 1890 devido a uma jurisdição homologada pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores o qual desvinculava as Santas Casas de Misericórdia da administração dos hospitais de alienados e repassava essa tarefa para o Governo Federal.

A partir daí médicos especialistas no tratamento da loucura ganharam espaço na administração das instituições manicomiais brasileiras nomes como Juliano Moreira e Franco da Rocha (uns dos primeiros médicos brasileiros a se especializarem em psiquiatria) foram convocados para administrar grandes instituições psiquiátricas a exemplo da Colônia Agrícola do Juquery inaugurado em São Paulo no ano de 1898.

---

<sup>4</sup> GONÇALVES, Monique Siqueira de; EDLER, F. C. Os Caminhos da Loucura na Corte no Imperial: Um Embate Historiográfico Acerca do Funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. **Rev. Latinoan. Psicopat.** V.12 p. 393-409.

Devido à grande demanda de pacientes os hospícios apresentaram rapidamente um quadro de superlotação essa superlotação também estava associada as péssimas condições sanitárias devido os repasses insuficientes que eram realizados pelo poder público fato que corroborou com o surgimento de uma série de denúncias ligadas as condições desumanas nas quais se encontravam os usuários. Assim, “as reformas posteriores à reforma de Pinel procuraram a questionar o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico surgidos após a Segunda Guerra quando novas questões são colocadas no cenário histórico mundial” (Amarante, 1995, p. 31).

Após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) o número de soldados internados nos hospitais psiquiátricos em decorrência dos traumas físicos e psicológicos em virtude da Guerra eram alarmantes. O mundo passava a questionar o modelo adotado pelas instituições asilares nos tratamentos dos transtornos psíquicos assim como a própria psiquiatria afirmando que os manicômios muito se pareciam com os campos de concentração usados para promover os extermínios dos judeus durante a Guerra<sup>5</sup>.

Dessa forma, entre tantas experiências de “reformas psiquiátricas” que ocorreram em países como a Inglaterra, França e Estados Unidos, cabe ressaltar, a experiência italiana, o movimento da luta antimanicomial ou antipsiquiatria ocorrido por volta dos anos de 1960. Tendo Franco Basaglia<sup>6</sup> como principal nome, mas logo contou com o engajamento de outros profissionais da área saúde e de outras áreas de atuação como advogados, sociólogos, partidos políticos a exemplo do partido comunista, ex-usuários das instituições psiquiátricas entre outros.

A luta daqueles que estavam engajados no movimento tinha o objetivo de assegurar garantia dos direitos humanos daqueles que se encontravam nas dependências dos hospitais psiquiátricos além de promover um atendimento mais humanizado ao portador de sofrimento psíquico bem como realizar o fechamento gradativo dos hospitais psiquiátricos. “Suas reivindicações apontam para o estado e suas políticas sociais, assim como para a cultura e para o cotidiano, procurando modos de sociabilidade mais solidários e democráticos, com afirmação das diferenças” (Goulart, 2007, p. 24).

---

<sup>5</sup> GOULART, Maria Stella Brandão. As raízes italianas do movimento antimanicomial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

<sup>6</sup> Franco Basaglia nasceu em Veneza em 1924, era ascendente de uma família rica a qual reconhecia o estado fascista da Itália. Conquanto, ao entrar na faculdade de medicina em 1943 adentrou em grupos opositores do regime fascista fato que corroborou para que o mesmo fosse preso. Porém, após a prisão em 1949 concluiu o curso de medicina e dedicou-se ao estudo da psiquiatria e da filosofia. Participou de inúmeras conferências e congressos assim como liderou o movimento chamado de antipsiquiatria o qual impulsionou a consolidação da Reforma Psiquiátrica e italiana.

Diante disso, foi promulgada na Itália a Lei 180 que recebia o nome de um dos principais líderes do movimento conhecida popularmente como a “Lei Basaglia” cujo o objetivo seria:

a Lei 180, conhecida como lei Basaglia de 1978, proibiu a construção de hospitais psiquiátricos na Itália, regulamentou as arbitrariedades, recolocou o portador de transtornos mentais no centro do processo do tratamento, resgatando a necessidade de consentimento e o caráter voluntário do processo, garantiu ao usuário o direito a comunicação e à informação e reorientou a assistência nos serviços extra-hospitalares (Goulart, 2004 *apud* Goulart, 2007, p.23).

Como resultado, as lutas angariadas pelo movimento antimanicomial ou antinstitucional na Itália possibilitaram a consolidação de uma reforma nas bases da psiquiatria e conseqüentemente nos tratamentos oferecidos aqueles que se encontravam nas instituições manicomiais em decorrência de algum tipo de transtorno que levava o indivíduo ao sofrimento psíquico. “O movimento antimanicomial italiano fundou um novo modo de ver e de interpretar quando revelou que o status dos internos dos manicômios era o de prisioneiros.” (Basaglia, 1977; 1981; 1982 *apud* Goulart, 2007, p.25.)

Assim, o fechamento gradativo dos hospitais psiquiátricos italianos também abriu espaço para uma nova visão acerca da loucura e do dito “louco”. Era necessário democratizar as formas de atendimento e de tratamento libertando o usuário do isolamento ao passo que pudesse inseri-lo no convívio social. O processo de desinstitucionalização das instituições psiquiátricas italianas influenciou fortemente a experiência vivida no Brasil no decorrer da década 80 no contexto que marca a abertura política do regime militar e ascensão de inúmeros movimentos sociais de caráter opositor ao regime.

No caso do Brasil, o movimento de luta antimanicomial eclode em virtude de uma crise no DINSAM (Divisão Nacional da Saúde Mental) o órgão encontrava-se com o quadro de funcionários defasados, portanto, para suprir as demandas contratava-se bolsistas os quais podiam já possuir uma graduação na área ou apenas ser um estudante de algum curso vinculado a área da saúde e da respectiva função que estava sendo solicitada.

a crise é deflagrada a partir da denúncia realizada por três médicos bolsistas do CPPII, ao registrarem no livro de ocorrências de um plantão do pronto-socorro as irregularidades da unidade hospitalar, trazendo a público a trágica situação existente naquele hospital (Amarante, 1998, p. 74.).



As denúncias repercutiram e receberam o apoio de outras instituições de influência nacional como a REME (Movimento de Renovação Médica), a CEBES (Centro Brasileiro de Estudos) entre outros setores ligados não só a área da saúde, como também, os sindicatos nas suas mais variadas categorias e demais instituições vinculadas a sociedade civil. Além do mais, com menos de ano da existência o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MSTM) alcança espaço na imprensa nacional.

o MSTM caracteriza-se por seu perfil não cristalizado institucionalmente sem a existência de estruturas institucionalizadas solidificadas. A não institucionalização faz parte de uma estratégia proposital: é a resistência a institucionalização. Costuma-se ocorrer nos movimentos populares em saúde, na medida em que a institucionalização é associada a perda da autonomia, á burocratização ao encastelamento das lideranças e da instrumentalização utilitarista do movimento por parte dos poderes políticos locais ou da tecnocracia (Gershman, 1991 *apud* Amarante, 1998).

Com intuito de fortalecer o movimento foram realizados entre 1978 e 1987 inúmeros eventos a exemplo do I Congresso Brasileiro de Psicanalise de Grupos e Instituições, (recebe como um dos mentores Franco Basaglia, o qualerce uma crítica ao evento apontando o caráter elitista do mesmo), I e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, a última sendo realizada em Bauru, São Paulo adotando como lema; “Por uma sociedade sem manicômios”<sup>7</sup>.

“Em muitos desses eventos se sustentou a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos como um reduto de marginalizados.” (Amarante, 1998, p. 80). Como também aparece a questão da defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos através dos “porta-vozes ou grupos defensores dos direitos humanos, cuja a atuação, torna-se princípio, deveria perpassar todas as instituições psiquiátricas.” (Amarante,1998, p.81).

Nesse sentido, por volta de 1987 é inaugurado no Brasil o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no estado de São Paulo ao passo que no ano de 1989 a secretaria municipal de saúde da cidade de Santos promove a intervenção em um hospital psiquiátrico conhecido por manter os pacientes em situação de maus-tratos.

Tal fato, repercute nacionalmente e de acordo com o relatório da Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, o episódio de intervenção em Santos demonstrou de forma clara a necessidade de consolidar um

---

<sup>7</sup> . BRASIL. Ministério da Saúde. A Reforma Psiquiátrica e Política em Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reformas dos Serviços: 15 anos depois de Caracas, Brasília, novembro, 2005.

atendimento mais humanizado através da construção de uma rede de atendimento substantiva aos hospitais psiquiátricos.

No mesmo ano, dar entrada no Congresso Nacional o projeto de lei elaborado pelo deputado Paulo Delgado (PT-MT) o qual propõe a extinção gradual dos manicômios espalhados pelo Brasil assim como a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno psiquiátrico. Entretanto, o projeto não estabelece uma linha muito clara quanto a substituição dos hospitais psiquiátricos pelos Centros de Atenção Psicossocial. Todavia, é inegável a contribuição que o mesmo exerce quanto consolidação da reforma psiquiátrica brasileira sobretudo nos campos do legislativo.

Apesar de inspirar a abertura de inúmeros CAPS de forma descontínua por todo país, a lei só veio a ser sancionada em 2001 após o texto original ser submetido a algumas alterações. A lei 10.216 ficou nacionalmente conhecida como “a lei da Reforma Psiquiátrica”. “A presente lei reorganiza de forma mais objetiva as ações voltadas a assistência em saúde mental, os tratamentos oferecidos de base comunitária assim como os direitos e a proteção das pessoas portadores de sofrimento psíquico.” (Brasil, 2005).

Diante do disso, é importante salientar que o processo de desinstitucionalização ocorre de forma lenta e gradual. Ademais, cada lugar enfrenta seus desafios de acordo com suas particulares locais. Nessa perspectiva, o processo de desinstitucionalização ganha impulso a partir do ano de 2002 em virtude de uma série de regulamentações publicadas pelo Ministério da Saúde as quais estabeleciam meios mais claros e seguros quanto a redução dos leitos dos hospitais psiquiátricos<sup>8</sup>. Tal fato, coincide com a implementação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) na cidade de Sousa localizada no sertão paraibano a 432 km da capital João Pessoa.

## 1.2 A IMPLEMENTAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS III) EM SOUSA PARAÍBA.

Na paraíba o movimento de luta antimanicomial bem como o processo de Reforma Psiquiátrica dialoga com o contexto nacional. Isso porque, foi por volta do final da década de 1970 estudantes egressos da Universidade Federal da Paraíba realizaram denúncias acerca das

---

<sup>8</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. A Reforma Psiquiátrica e Política em Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reformas dos Serviços: 15 anos depois de Caracas, Brasília, novembro, 2005.

péssimas condições que se encontravam os pacientes do hospital psiquiátrico Juliano Moreira (complexo Juliano Moreira) considerado um centro de referência no tratamento de transtornos mentais em todo estado.

Não é à toa que os pacientes da cidade de Sousa localizada no sertão paraibano, os quais necessitavam de um atendimento psiquiátrico mais especializado eram enviados para a capital João Pessoa com destino ao hospital psiquiátrico Juliano Moreira. Ademais, o processo de transferência dos pacientes era marcado por uma série de condições desumanas. Uma vez que, não podiam ser medicados durante a crise (essa era uma das condições impostas pelo hospital) além do mais, eram colocados em uma ambulância de pequeno porte e amarrados durante todo o percurso.

Contudo, foi após o I Congresso de Saúde Mental que ocorreu na Bahia e contou com a participação de alguns profissionais ligados à área de saúde mental da Paraíba que se abriram espaços para as primeiras discussões e eventos no estado como o I Seminário Paraibano em Saúde Mental em 1994 e o II Seminário ocorrido em 1996. Nesse contexto, a capital João Pessoa recebe o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em 1995.

No alto sertão paraibano, o primeiro município a implantar esse serviço substantivo ao modelo hospitalocêntrico foi a cidade de Cajazeiras no ano de 2001 após a realização da I Conferência Intermunicipal realizada entre os dias 3 e 4 de outubro do mesmo ano. Após a inauguração do CAPS em Cajazeiras outras cidades circunvizinhas deram início ao processo de implementação dos Centros de Atenção Psicossocial e das Residências Terapêuticas nos seus respectivos municípios como é caso da cidade de Sousa localizada a aproximadamente 40 km de Cajazeiras<sup>9</sup>.

Em dezembro de 2002 a psicóloga Francisca Neves em parceria com uma médica psiquiatra (ambas vinculadas a Secretária de Saúde do município) elaboraram o projeto de implementação e implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) na cidade de Sousa<sup>10</sup>. O projeto supracitado possui 12 tópicos os quais convém citar: apresentação, os objetivos, as atividades do CAPS III (externas e científicas), o plano terapêutico, ações de

---

<sup>9</sup> Santos, Larissa Beserra. O Centro de Atenção Psicossocial de Cajazeiras (CAPS II): Inauguração, espaços e funcionamento. XIII **Encontro Estadual de História, ANPUH-PE**, p.1-17. Sousa, Secretaria Municipal de Saúde. Plano de implementação e Implantação do Centro de Atenção Psicossocial CAPS III, Sousa, 2002.

<sup>10</sup> De acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica o CAPS III visa realizar o atendimento prioritário a pessoas que estão em sofrimento psíquico graves e persistentes relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes. (Bahia, Secretária Estadual de Saúde) Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/rede-de-atencao-psiocossocial/>

prevenção, ações de tratamento, ações de ressocialização, organização da demanda, hierarquização da rede, resultados previstos e a conclusão.

Em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde o gestor da época o senhor Salomão Gadelha assinou o termo de compromisso anexado no referido projeto cujo o objetivo é firmar perante o Ministério da Saúde o compromisso de manter permanente o funcionamento do CAPS III em Sousa, e da residência terapêutica os quais prestariam atendimento em âmbito regional.

o objetivo do CAPS é oferecer atendimento á população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento de laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criados para serem substitutos as internações em hospitais psiquiátricos. (Brasil, 2004)

As Residências Terapêuticas inseridas no contexto das propostas da Reforma Psiquiátrica, são moradias implementadas na comunidade e destinadas as pessoas em que em algum momento da sua vida foram descritas como “loucas” e se tornaram dependentes do chamado manicômio<sup>11</sup>. Dessa forma, as residências terapêuticas se inserem no quadro de serviços substitutivos ao modelo adotado pelos hospitais psiquiátricos. Os serviços disponibilizados nesses ambientes visam atender os portadores de transtornos mentais os quais por algum motivo perderem o direito de ir e vir bem como não possuem vínculos familiares que os garanta algum suporte durante o processo de inserção social<sup>12</sup>.

A intenção inicial do poder executivo da cidade de Sousa era criar uma espécie de complexo voltado para o atendimento no campo da saúde mental da referida cidade. Isso explica o fato da residência terapêutica funcionar em um espaço conjugado ao CAPS isso porque o que os separa é apenas uma porta cujo acesso foi interdito.

É importante salientar que, Salomão Gadelha (gestor na época) adveio de uma oligarquia que durante muito tempo dominou o cenário política em âmbito municipal e

---

<sup>11</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília, 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf) . Acesso em 06 set. 2023.

<sup>12</sup> Almeida, Flávio Aparecido de, Cesar, Adeilton Tavares. As residências terapêuticas e as políticas públicas em Saúde Mental. **Revista IGT na Rede**, v.13, n° 24, p.105-114, 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-2526201600010000](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-2526201600010000). Acesso em 06 set, 2023

estadual. Era conhecido por promover comícios os quais agitavam as massas das populares, subindo apenas em um banquinho de madeira fazia os seus discursos e após findá-los realizava o tradicional ritual do “quebra-pote” (prática muito comum entre a população sertaneja durante a Semana Santa).

O caráter populista da linhagem Gadelha leva-os a se utilizar das benezes do serviço público para se autopromover. Assim, os embates entre a equipe multiprofissional e o poder executivo eram constantes. Isso porque, esses espaços foram utilizados como meios para garantir empregos em troca de votos nos pleitos eleitorais o que corrobora com o agravamento de mais um problema: a ausência de capacitação entre parte dos funcionários.

Fato que, dificultava as ações da equipe que estava à frente do processo de implementação do CAPS os quais embasados nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica visavam promover um trabalho de desconstrução do imagético criado pelos antigos hospitais psiquiátricos além de demonstrar para a comunidade a importância que tais serviços possuíam para a população. Nesse momento, os embates entre a equipe e o poder executivo se concentravam em uma nova questão: O lugar de funcionamento.

### 1.3 OS ESPAÇOS, INAUGURAÇÃO E O FUNCIONAMENTO

Toda cidade pode nos parecer um discurso que articula variados signos. As cidades desenvolveram suntuosamente uma linguagem mediante duas redes diferentes e superpostas: a física, que o visitante comum percorre até perder-se na sua multiplicidade e fragmentação, e a simbólica, que ordena e exige a interpretação de sinais. Ainda que essa última só seja percebida por aqueles espíritos capazes de ler, de atribuir significações àquilo que, para os demais, constitui apenas significantes sensíveis, é possível reconstituir a ordem através da leitura. (Pinheiro, Silva, p. 24)

Polarizando cerca de sete municípios da décima gerência geoadministrativa da Paraíba, (Aparecida, Lastro, Marizópolis, Nazarezinho, Santa Cruz, São Francisco, São José da Lagoa Tapada e suas respectivas zonas rurais) Sousa é considerado o terceiro município de maior extensão territorial do estado<sup>13</sup>. Ao analisar sua organização urbana percebe-se que a maioria das instituições ligadas ao serviço público se aglomeram no centro. Logo, o espaço disponibilizado pela prefeitura municipal para a implementação e implantação do CAPS III não poderia tomar outro destino a ser o centro da cidade.

---

<sup>13</sup> BGE. «Brasil / Paraíba / Sousa» Acesso realizado em: 05 de setembro de 2023.

De acordo com o manual de estrutura física os Centros de Atenção Psicossociais devem disponibilizar os seguintes ambientes<sup>14</sup>:

recepção compreendida como espaço de acolhimento, sala de atendimento individualizado, salas de atividades coletivas, espaço de convivência, banheiros com chuveiros e sanitários adaptados para as pessoas com deficiência, sala de aplicação de medicamento (posto de enfermagem), quarto coletivo com acomodações individuais, quarto de plantão, sala administrativa, almoxarifado, sala para arquivo, relatório, copa, banheiros com vestiário para funcionários, depósito de material de limpeza, rouparia, abrigo de recipientes de resíduos (lixo), área externa para embarque e desembarque de ambulâncias, área externa de convivência (Brasil, 2013, p. 20-21).

O local escolhido para a implementação do Centro Atenção Psicossocial (CAPS III) foi um prédio desativado onde funcionava a antiga maternidade Lídia Meira uma espécie de fundação administrada pela família Gadelha. O espaço escolhido possui a estrutura hospitalar o qual reforça o caráter institucional dos hospitais psiquiátricos não dialogando com as propostas da Reforma Psiquiátrica, gerando a princípio um novo embate entre a equipe multiprofissional que estava à frente do processo de implementação e o poder executivo da referida cidade.

**Figura 1 - Foto do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III)**



Fonte: Prefeitura Municipal de Sousa-PB

---

<sup>14</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

A estrutura marcada pelo modelo da hospitalar dificultava a criação de um ambiente de caráter acolhedor e “menos” institucionalizado. Inaugurado em maio do ano de 2003 a unidade de atenção psicossocial (CAPS III) recebeu o nome de “Tozinho Gadelha” como ficou popularmente conhecido o senhor Felinto da Costa Gadelha (ex-prefeito de Sousa, lembrado por levar a água encanada para aquele município)<sup>15</sup> uma homenagem prestada por Salamão Gadelha do qual é primo de segundo grau o que reforça a existências dos laços de parentela característica muito comum entre essas oligarquias.

O Centro de Atenção Psicossocial na modalidade de CAPS III funciona 24 horas por dia, (incluindo finais de semana e feriados) é referência para 37 municípios localizados dentro e fora do estado da Paraíba. Isso porque, em todo alto sertão paraibano o único município que oferece atendimento especializado na modalidade CAPS III é o que está localizado na cidade de Sousa. O mesmo oferece cerca de 14 atividades para o usuário como avaliação psiquiátrica, psicoterapia (individual ou em grupo), terapia ocupacional, acompanhamento da trajetória social, psicopedagogia (atualmente não há profissional ligado a psicopedagogia atendendo na instituição), oficina de autocuidado, atendimento nutricional, atendimento farmacológico, oficinas de artes, atividades de expressão corporal e física, atividade extra CAPS (passeios), assistência de enfermagem, acolhimento aos familiares, e visitas domiciliares<sup>16</sup>.

Hodiernamente, a unidade possui uma equipe com aproximadamente 36 funcionários. Vale destacar que, grande parte da equipe técnica possui vasta experiência na área de saúde mental a exemplo da psicóloga Francisca Neves com mais de 30 anos de atuação na referida área bem como foi uma das precursoras no diz respeito a implantação do serviço na referida cidade.

Todavia, convém destacar que nem todas as atividades supracitadas estão ativas devido à ausência de profissionais para atuar no desenvolvimento das mesmas. Os serviços mais procurados pelas famílias e pelos usuários consiste ainda na busca pela consulta com o médico especialista em psiquiatria, o acompanhamento psicológico, a equipe de assistência social e a farmácia por onde são distribuídos os remédios.

Em linhas gerais, faz mister salientar ainda que de forma resumida como ocorre o processo de acolhimento/ admissão do indivíduo que busca o atendimento dos CAPS, neste caso, em especial, o Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha” (CAPS III). A priori,

---

<sup>15</sup> Gadelha, Julieta Pordeus. **Antes que ninguém conte**. Sousa: A União, 1986

<sup>16</sup> Tais informações foram fornecidas através de um panfleto intitulado “Cuidar sim, excluir não” que nos foi dado, o qual aponta brevemente o perfil da instituição, as atividades que a instituição oferece assim como o quadro de profissionais e os objetivos da unidade.

convém destacar que os Centros de Atenção Psicossocial promovem a admissão de indivíduos que se encontram em um quadro de transtorno mental grave e persistente. Assim, atendimento especializado pode ser solicitado por um médico, ou ainda, pela própria família o que é mais comum quando o usuário se encontra em crise. Em alguns casos, percebemos que o próprio paciente foi responsável por solicitar atendimento ao procurar a equipe do CAPS III.

Dessa forma, ao chegar na instituição o indivíduo passa pela triagem onde ocorre a sondagem inicial para o preenchimento dos dados requeridos nos prontuários. Tal procedimento pode ser realizado por qualquer um que faça parte da equipe técnica, a exemplo, dos assistentes sociais, psicólogos, médicos e enfermeiros. Após esse processo, o paciente é encaminhado para o atendimento necessário e na sequência através de um estudo de caso a equipe discute o perfil do usuário para concluir se este deve ou não ser admitido no quadro de usuários que recebem tratamento semi-intensivo, os ditos usuários-dia.

Nessa perspectiva, com intuito de entender como funcionava na prática a realização dessas atividades com os usuários e equipe após receber autorização acompanhei uma manhã de atividades realizadas com os usuários. A equipe organizou um momento de formação que ocorreu fora da unidade no auditório da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) localizado no Centro de Sousa.

O momento foi conduzido pela equipe multiprofissional do CAPS III e contou com a presença dos agentes de saúde da cidade de Sousa assim como um grupo de usuários da unidade que estão inseridos no quadro de pacientes-dia. Os usuários que estão no quadro de pacientes-dia participam semanalmente de atividades e oficinas que são promovidas pela instituição. Neste dia, eles começaram a chegar à unidade por volta das 8:00 da manhã e foram acolhidos pela equipe de assistência social na sequência foram encaminhados a ao auditório da UFCG.

Ao chegar na UFCG a atividade foi dividida em três momentos, o primeiro conduzido pelo psicólogo e coordenador administrativo da unidade o qual por meio de uma palestra dirigida em especial aos agentes de saúde daquele município apontava a necessidade realizar um atendimento mais humanizado nas unidades de saúde básica como é o caso das Unidades de Saúde da Família (PSF) os quais devem realizar uma correta avaliação dos casos que realmente precisam do atendimento oferecido no CAPS III.

Isso porque, de acordo com a equipe dirigente mais de 600 pacientes esperam por uma avaliação psicológica e inúmeros outros buscam a unidade em busca de outros serviços que poderiam ser realizados pelas unidades básicas de saúde e assim evitar a superlotação dessa unidade. Além do mais, foi relatado que frequentemente de forma incorreta a polícia tem sido



chamada para realizar contenção e condução do usuário que se encontra em crise. Essa medida é classificada como errônea uma vez que a força policial só deve intervir nos casos os quais os usuários estejam portando algum armamento o qual ofereça risco de lesão para o próprio e para os demais. Dessa forma, o único serviço que deve intervir nesse processo de contenção e condução do usuário no momento da crise (que não esteja pondo em risco a si próprio e ao ambiente que se encontra) é o Serviço de Atendimento Móvel em Urgência (SAMU).

Nessa perspectiva, é importante que haja entre as unidades de saúde nas suas variadas áreas de atuação uma relação de articulação entre as mesmas para a consolidação de um serviço mais digno e humanizado para os seus usuários. Fato que, só foi possível na cidade de Sousa após uma incessante luta entre a atual equipe multiprofissional do CAPS III e as demais unidades de saúde. Na sequência, dando início ao segundo momento com a psicóloga Francisca Neves a qual conduziu uma breve palestra cuja temática era “O Impacto da Saúde Mental no Trabalho”.

Ao questionar os usuários acerca do que eles estavam achando da atividade daquela semana muitos me responderam que não compreendiam o que estava sendo dito nas palestras, mas estavam gostando de está ali. Era como se houvessem dois ritmos os dos palestrantes e agentes de saúde que recebiam os direcionamentos proporcionados por aquele momento formativo e os dos usuários os quais em muitos momentos mostravam incompreensão e desinteresse acerca da discussão promovida pelos palestrantes. Seus corpos medicalizados possuíam um ritmo próprio que a priori pareciam não entrar no compasso ditado pela atividade em questão.

Finalizando esse momento a equipe de assistência social trouxe ao centro do auditório os usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) o intuito era dialogar com as propostas sugeridas para o “setembro amarelo” mês dedicado a prevenção do suicídio. Assim, os usuários foram à frente do auditório todos com uma plaquinha na qual estava escrita a seguinte mensagem “abraço grátis”. Receberam e distribuíram abraços, sorrisos e afetos de todos os que estavam no auditório. Os usuários permanecem na instituição até o momento do almoço quando retornam para as suas casas.

Além do mais, é importante mencionar que a maioria dos usuários presentes nessa atividade eram mulheres. Um total de 8 usuários dos quais 5 eram mulheres e 3 eram homens. Desses 8 usuários 2 eram moradores da Residência Terapêutica. Isso porque, os moradores da residência terapêutica realizam as atividades e oficinas no CAPS III dessa forma, vão semanalmente a instituição para realizá-las retornando após o termino das mesmas.

Durante toda atividade estive com os usuários os quais me receberam muito bem. Sentei ao lado deles, percebi suas inquietações, seus corpos em alguns momentos davam sinal de fadiga ao passo que se aventuravam em conhecer novos ambientes e novas pessoas. Logo, me questionaram o que eu estava fazendo ali, o que eu estava escrevendo naquele caderno, quem era eu...

Após respondidas essas perguntas para alguns eu não era mais uma estranha, eu era a menina da faculdade, e assim fui estabelecendo um diálogo com eles. A medida em que nossa conversa fluía eu percebia que por trás dos corpos medicalizados, estigmatizados e muitas vezes violados existem pessoas com a necessidade de serem vistas e ouvidas de forma humanizada.

## CAPÍTULO 2: A EXPERIÊNCIA COM OS PRONTUÁRIOS MÉDICOS

### 2.1 O PRONTUÁRIO MÉDICO E SUAS MULTIPLAS POSSIBILIDADES.

A palavra prontuário tem sua origem no latim *Pronptuarium* o qual de acordo com o seu sentido literal diz respeito a um local onde poderia ser guardado objetos os quais fossem necessários a qualquer momento. Definido como “manual de coisas úteis” ou ainda “informações pertencentes a uma pessoa” a necessidade de arquivar informações acerca do estado de saúde ou da evolução clínica de um indivíduo não é uma demanda da contemporaneidade, mas pelo contrário é uma problemática que advém de muito tempo atrás datada ainda na antiguidade clássica.

Os primeiros registros dessa natureza surgiram no Egito com o papiro de Edwim Smith (2648-2667 a.C) considerado o tratado médico mais antigo do mundo o qual registra em formas de colunas os nomes dos pacientes e o resumo de sua evolução clinica bem como o processo de cura de cada um. Ao todo constavam-se 48 casos clínicos registrados nesses documentos. No século V Hipócrates conhecido como “pai da medicina moderna” realiza na Grécia os primeiros registros de saúde em ordem cronológica. O mesmo através das informações que são coletadas acerca dos pacientes estabelece uma reflexão em torno do desenvolvimento da enfermidade, suas causas, suas possibilidades de tratamento e consequentemente de cura.

A importância de tais registros foram mencionadas pela célebre Florence Nightingale (1820-1910) considerada a predecessora da enfermagem moderna no momento em que cuidava dos feridos da Guerra da Criméia (1853-1856). Dessa forma, segundo a enfermeira, os registros realizados em tais documentos proporcionam a continuidade do paciente sobretudo quando se refere a assistência prestada pelos profissionais da enfermagem. Uma vez que, atendimento prestado a um paciente conta com a atuação de uma equipe multiprofissional<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> O Prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico Massad, Marín, Azevedo Neto, editores. OPAS/ OMS 2003. Florence Nightingale foi considerada fundadora da enfermagem moderna em todo o mundo, ganhado maior destaque quando atuou como voluntária na Guerra da Criméia. O trabalho de Florence foi além da organização da enfermagem e o cuidado com os feridos da guerra. Isso porque,

Referência no campo da enfermagem Florence Nightingale deixa registrado em uma frase clássica a importância que a mesma dava aos registros realizados nos prontuários: “Na tentativa de chegar à verdade, eu tenho eu tenho buscado em todos os locais, informações: mas em raras ocasiões eu tenho obtido os registros hospitalares possíveis de serem usados, o que de bom foi realmente feito com ele.” (Massad, Marím, Azevedo, 2003.p.2).

Conquanto, no final do século XIX um médico norte-americano Willian James Mayo (1861-1939) com a colaboração de um grupo de amigos cria a clínica Mayo localizada no estado de Minnesota na região centro-oeste dos Estados Unidos<sup>18</sup>.

No decorrer desse processo foi constatado que a maioria dos médicos realizavam as anotações acerca do estado clínico dos pacientes de forma cronológica, ou seja, seguindo uma sequência natural dos acontecimentos. Por vez as anotações eram realizadas em um documento único fato que levou os profissionais a enfrentarem grande dificuldade para realizar o acesso as informações de cada paciente.

No início do século XX mais especificamente no ano de 1907 a clínica Mayo contou com um arquivo e passou a realizar os registros nos prontuários de forma individual, ou seja, a partir desse momento cada paciente possuía seu próprio prontuário os quais seriam arquivados de forma sistematizada. Nessa perspectiva, 13 anos depois em 1920 a referida clínica passou a padronizar os prontuários os quais a partir daquele instante deveriam contar com um conjunto mínimo de dados a serem registrados.

Assim, os dados registrados nos prontuários médicos passaram a ser sistematizados e contaram com um padrão de informações-chaves que deveriam ser incluídas no decorrer da elaboração desse documento. Essas informações dizem respeito a identificação do paciente, a história clínica, a evolução, o registro de medicações prescritas assim como os exames os quais o referido paciente foi submetido.

No Brasil o uso de prontuários iniciou no ano de 1944 no hospital das clínicas da USP em São Paulo, por conseguinte foi adotado pelo Instituto de Previdência Nacional, fato que, facilitou a consolidação de tal medida em todo território nacional.<sup>19</sup> Hodiernamente, o Código de Ética Médica estabelece por meio da resolução 1286/88 a obrigatoriedade do prontuário médico para cada paciente. Ademais, o Conselho Federal de Medicina através da resolução número 1.638/02, aponta a definição sobre o que é um prontuário de acordo com a

---

a mesma desconstruiu preconceitos que se criava em torno da atuação de mulheres no exército. Florence, institucionalizou a enfermagem apontando que esta deveria servir a medicina e não aos médicos.

<sup>18</sup> O Prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico Massad, Marím, Azevedo Neto, editores. OPAS/ OMS.

<sup>19</sup> Conselho Federal de Medicina do Distrito Federal. Prontuário médico do paciente: Guia para Uso prático: O documento conta com um resumo histórico acerca dos prontuários médicos. Brasília, 2006.

concepção médica bem como torna obrigatória a criação da comissão de revisão de prontuários médicos nas instituições de saúde.

documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos, situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico que possibilita comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência a ele prestada (Brasil, 2002, p.1)

Logo, diante da complexidade e da sensibilidade atribuída a produção do prontuário de um paciente vale ressaltar que o mesmo possui uma série de objetivos e benefícios os quais assistem não só o paciente e os profissionais da área da saúde, mas favorece todo o corpo social ao contribuírem com a construção da história da saúde como também ao auxiliarem com construção de uma memória acerca do indivíduo e sobretudo das práticas de uma determinada instituição.

para o paciente o prontuário possibilita atendimento e tratamento mais rápido e eficiente, mediante os dados em registro. Para o médico é a defesa legal como provas documentais em processos com tramitações em conselhos de classe e tribunais de justiça, facilita o trabalho na elaboração de diagnósticos e instituição do tratamento. Para o ensino e pesquisa, faculta a análise de casos em reuniões científicas, oferece dados que permitem formar indicadores sobre mortalidade, morbidade, elaboração de fichários estatísticos sobre pacientes, doenças e tratamentos (Massad, Marím, Azevedo, p. 17, 2003.).

Os prontuários produzidos no âmbito de um espaço institucional se constituem uma “verdade” dentro dos âmbitos políticos, jurídico, médico e também social que norteiam as histórias de vida de muitos indivíduos, demarcam o diagnóstico e o tratamento que deve ser oferecido. Nessa perspectiva, é válido refletir o espaço institucional não apenas como um lugar de “tratamento e cura”, mas como ambientes que constroem representações, neste caso, acerca da loucura e do ser louco a partir da maneira como a própria instituição retrata o doente e a doença.

Esses novos personagens o “doente” e a “doença” foram sendo introduzidos como objeto de pesquisa e investigação dos profissionais das ciências humanas á medida que áreas como a História passavam por um momento de renovação dos paradigmas principalmente com o advento da Escola dos Annales a qual inaugurou na França um movimento que ficou popularmente conhecido como Nouvelle Historie que na sua tradução literal chamamos de

Nova História. É sabido que a Escola dos Annales influenciou significativamente a historiografia ocidental sobretudo quando pensamos na terceira geração a qual estava sob a direção de Fernand Braudel.

A renovação pela qual a História passou com a introdução de uma nova perspectiva que buscava a partir daquele momento produzir uma historiografia cuja finalidade era elaborar uma análise problematizadora da História ou ainda a introdução de uma “história vista de baixo” a qual trouxe para o centro da produção historiográfica os sujeitos então negligenciados pela historiografia tradicional possibilitou a ampliação das fontes assim como introdução de novos “personagens” como os doentes e as doenças.

É cabível afirmar que para a Escola dos Annales tudo é considerado História desde da vida de uma pessoa comum até o recorte temporal de uma grande personalidade. Assim, no momento em que historiadores como Marc Bloch e Lucien Febvre introduziram os estudos de áreas como a psicologia na história eles também se apoderaram de outros campos do conhecimento como a história das mentalidades. Dessa forma, a história vai se constituindo enquanto um campo aberto de análises e possibilidades onde o historiador dialoga com inúmeras áreas do conhecimento.

Além da introdução de novas áreas como foi o caso da psicologia é possível identificar a renovação das abordagens já existentes, como foi o caso da nova história social caracterizada por ser uma área ampla que dialoga com quase todas as outras abordagens desdobrando-se em diferentes possibilidades e perspectivas de pensar a sociedade e pensar como os sujeitos constroem as relações por meio das interações e experiências vivenciadas cotidianamente.

“A história social surgiria de forma restrita assim como abordagem que buscava formular problemas históricos específicos quanto ao comportamento e as relações entre diversos grupos sociais” (Castro,1997, p.8). Essa nova história social visa romper com antiga visão de uma história positivista que apontava seus holofotes para os “vencidos”, excluindo a grande massa popular ou aqueles que não se encaixavam nos padrões de moralidade que a sociedade impunha como é o caso dos portadores de algum tipo sofrimento psíquico.

Dessa forma, documentos como prontuários médicos receberam um novo significado foram atribuídas novas formas de análises e novas perspectivas, pois, tais documentos “permitem a compreensão de experiências individuais e coletivas com enfermidade, estigmas e morte” como coloca Pedro Lain Entralgo médico, historiador e filósofo espanhol que contribuiu significativamente com a história médica e antropológica.

Assim, o caráter técnico no qual a elaboração de um prontuário médico se fundamenta provoca o interesse dos estudiosos da área da saúde e em contrapartida pode provocar nos pesquisadores das ciências humanas uma espécie de acanhamento diante da complexidade de tais análises. Não obstante, os pesquisadores das ciências humanas devem buscar apoio em uma rede de profissionais de caráter multiprofissional.

Uma vez que, faz-se necessário, a manutenção da interdisciplinaridade nesse processo de análise a qual auxilia na ampliação das perspectivas como também dar ao pesquisador a capacidade de reconhecer as especificidades de cada ciência ou área de conhecimento para assim delimitar corretamente os objetos de pesquisa, os limites e os caminhos pelos quais essa ação de cunho analítica pode percorrer.

Para o historiador (a) realizar uma análise das informações apresentadas nos prontuários médicos de cada paciente é valoroso levar em consideração as particularidades dessa documentação e dos espaços nos quais os prontuários são produzidos e arquivados como é o caso dos hospitais psiquiátricos e dos centros de atenção psicossocial. Afinal, *“cada prontuário revela no perpassar de suas páginas um mundo particular”* pois *“referem-se a vida das pessoas podendo expor os indivíduos e suas famílias”* (Viana, 2013, p. 44) caso o pesquisador não tenha a sensibilidade e o compromisso de respeitar as questões éticas que permeiam essa documentação.

Sendo assim, o contexto no qual o prontuário é elaborado é um fator preponderante que deve ser considerado pelo historiador no momento em que este realiza a análise. Isso porque, ao analisarmos o contexto não tratamos essa fonte e as informações por ela oferecida como fatores isolados, mas através deles podemos estabelecer uma ponte que vise investigar como uma sociedade ou uma instituição procediam para com os seus doentes e consequentemente para com suas enfermidades.

Em suma, o pesquisador das ciências humanas observa o prontuário médico como um texto de cunho cultural o qual estão inseridos registros acerca de “duplo encontro” de um lado o saber médico marcado pela ciência, legitimidade e capacidade de identificar e tratar doenças e por outro lado está o paciente dotado de subjetividade e autonomia, mas que na maioria das vezes se torna um ser passivo perante a figura do médico<sup>20</sup>.

Ademais, é nítido que a medicina contemporânea estabeleceu um “ideal de saúde” na qual o corpo comporta-se como se fosse uma máquina, e qualquer alteração considerada “anormal” para o funcionamento da máquina, deve ser avaliado e tratado pelo conhecimento

---

<sup>20</sup> BERTOLLI, Cláudio Filho. OS Prontuários Médicos e a Memória da Saúde Brasileira. **Rev. Boletim do Instituto de Saúde.** e 1518-1812/ online 1809-7529, p.12-15, 2006.

médico fundamentado na cientificidade que reduz os seus objetos, com o intuito de aplicar os sistemas formais e universalizados do que se chama de ciência.

segundo essa doutrina da “verdade científica”, o médico passa a ser um guardião da verdade que deve ser imposta ao paciente que por ter pecado perde os todos os seus direitos e deve ter o seu direito corrigido por aquele que supostamente “sabe” a verdade sobre o corpo do paciente (Martins, 2004, p.25).

Essa relação de poder é marcada pelo duplo encontro daquele que profere o discurso da “verdade” e muitas vezes de onipotência perante aquele corpo doente que precisa ser curado e medicalizado o qual muitas vezes perde uma autonomia ante a figura do médico. Esse mesmo poder não medicaliza apenas os corpos, medicaliza a vida dos indivíduos e repercute na produção dos próprios prontuários. “Em outra instancia, o prontuário também é um território alimentado pelo encontro de dois personagens humanos e os possíveis elos da sociabilidade instituídos entre ambos” (Bertolli, 2006, p.12).

## 2.2 A LIDA COM OS PRONTUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Em primeira análise, nos foi disponibilizado 31 prontuários, conquanto, no decorrer da pesquisa conseguimos fazer a análise de 28 prontuários pertencentes as mulheres que compõem o quadro de pacientes- dia do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) “Tozinho Gadelha”.

Hodiernamente, o prontuário de um paciente deve contar com uma série de informações-chaves como a data de nascimento, estado civil, endereço, grau de instrução, profissão, religião, cor, nome dos genitores, história clínica, vínculo informante, detalhamento do estado clínico, da forma como o paciente chegou a instituição, os tratamentos que ele foi submetido como terapias e consultas médicas, entre outros.

O prontuário do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) é composto por etapas a primeira consiste na identificação (dados pessoais do paciente como endereço, data de nascimento, idade, sexo e etc.) A segunda etapa diz respeito da evolução clínica do paciente onde são registradas não apenas as prescrições médicas como também as demais atividades que as mesmas realizam ou realizaram na instituição. (Oficinas de pintura, visitas realizadas pela equipe de assistência social em parceria com os psicólogos podendo ser solicitadas ou não pela família).



Esses dados associados com o apoio prestado pela equipe da referida instituição a qual por meio da sua competência e sensibilidade me auxiliaram em cada visita e no decorrer de cada análise a mapear o perfil das usuárias que estão inseridas no quadro de pacientes-dia dessa instituição.

Sem dúvida trabalhar com análise de fontes tão sensíveis que retratam nas suas linhas e entrelinhas aspectos da vida do paciente seja na perspectiva do saber-poder médico, da assistência social ou pelos relatos dos próprios pacientes, descritos algumas raras vezes nessas fontes, somos convidados a adentrar nas histórias que permeiam a vivência cotidiana/institucional desses sujeitos.

Dessa forma, a partir dessa fonte buscamos tencionar as relações bem como pensar os marcadores sociais que estão intrínsecas na sua produção as quais exercem influência sob a vida daqueles ditos “loucos (as)” os quais muitas vezes foram silenciadas pelo preconceito enraizado na sociedade. Não é de hoje que os pacientes com sofrimento psíquico padecem com ausência de espaços que os possibilitem ter uma maior autonomia quanto suas histórias de vidas.

Diante disso, sabemos que quanto a busca pela subjetividade desses indivíduos os prontuários são considerados fontes problemáticas, uma vez que a história ou aos menos aspectos da história de vida de um determinado paciente são registrados pelas mãos e pelo olhar de uma outra pessoa que deve levar em consideração as colocações dos pacientes ou do acompanhante. “É preciso destacar que o prontuário é um documento que tem interferências diretas advindas da fala do usuário, da família e desse saber considerado especializado legítimo que é a psiquiatria. No entanto, é possível formular novos potenciais para a essa documentação” (Santos, 2019, p.59).

Á vista disso, buscamos utilizar os prontuários como fontes as quais nos possibilitasse investigar como essas pacientes eram classificadas, como a instituição as via como eram representadas por meio de uma perspectiva institucional. Entretanto, é importante que o leitor compreenda que o acesso a esse tipo de fonte não é nada fácil, percorremos um processo burocrático e com muitas etapas para que pudéssemos ter acesso a referida documentação.

Assim, iniciamos nossa viagem em busca de analisarmos os prontuários médicos das pacientes da referida instituição. Nesse momento, voltamos nossa atenção em estabelecer uma linha de análise que conseguisse problematizar através dos prontuários dessas mulheres como os determinantes sociais podem estar relacionados ao seu estado clínico, qual o olhar

que elas recebem da instituição e como essa perspectiva institucional pode influenciar a vivência cotidiana delas.

Teria a doença mental uma classe social? Estado civil? Cor? Instrução? Religião? Entre tantas outras características. Como o sofrimento psíquico pode influir na forma como essas mulheres desenvolvem suas relações ou ainda na maneira como elas enxergam a si e aos outros? Muitas são as questões que podem ser discutidas em torno da análise de uma fonte tão sensível como é caso dos prontuários. Cabe, portanto, ao pesquisador escolher o melhor caminho a ser trilhado para o desenvolvimento da pesquisa.

### 2.3 O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS USUÁRIAS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL “TOZINHO GADELHA”

O principal enfoque dessa pesquisa é analisar o perfil das pacientes do Centro de Atenção psicossocial “Tozinho Gadelha.” (CAPS III) para isso surgiu a necessidade de delimitar melhor o nosso objeto de pesquisa e assim fizemos, uma vez que, acatamos a sugestão da equipe de assistência social a qual nos sugeriu trazer para o enfoque da pesquisa os prontuários das mulheres que compõem o quadro de pacientes dia da referida instituição.

De acordo com o Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS) os pacientes-dia são aqueles que recebem o atendimento hospitalar durante o dia, mas não permanecem no período noturno. Além do mais, o atendimento a esses pacientes é realizado de forma programada. Nos Centros de Atenção Psicossocial, os pacientes-dia são aqueles que mantém o vínculo com os serviços prestados pela instituição partindo desde consulta com o médico psiquiatra até o atendimento realizado pela equipe de assistência social.

A grande maioria desses pacientes estão em uma situação clínica e social de maior vulnerabilidade por isso esses pacientes não utilizam apenas nos momentos em que estão em “crise”, mas devido seu estado clínico são acompanhados pela equipe multiprofissional que compõem o quadro de funcionários da instituição<sup>21</sup>. Na sequência, tivemos acesso a uma lista com os números e os nomes de todos aqueles que são classificados como pacientes-dia da instituição

A lista contava com 49 usuários homens e mulheres deste número 30 eram mulheres. Entretanto, tivemos acesso a 31 prontuários (havia uma usuária que não estava na lista, mas

---

<sup>21</sup> Arquivo do Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha” (CAPS III), prontuários das pacientes-dia.

era classificada como paciente-dia) o que equivale dizer que 63,3% dos usuários classificados como pacientes-dia são mulheres. Em virtude, do surgimento de alguns imprevistos dos 31 prontuários foi realizada a análise em 28 prontuários pertencentes as usuárias classificadas como pacientes-dia.

Dessarte, pode-se concluir que a maioria dos atendimentos do CAPS III são procurados e conseqüentemente realizados em usuárias do sexo feminino, um fato que não se restringe apenas ao município de Sousa-PB, mas reforça os dados obtidos em âmbito nacional e estadual acerca do perfil dos usuários que frequentam tais serviços. A sobrecarga atribuída as mulheres (mães, esposas e trabalhadoras) denotam um fator preponderante quanto ao adoecimento psíquico das mesmas.

De acordo com os levantamos realizados pelo Serviço de Monitoramento da Paraíba as mulheres correspondem a maioria dos atendimentos realizados nas modalidades CAPS I, II e III. Por outro lado, os usuários do sexo masculino correspondem a uma significativa parcela dos atendimentos nos serviços especializados em saúde mental e dependência química os chamados CAPS AD nas suas respectivas modalidades de atendimento.

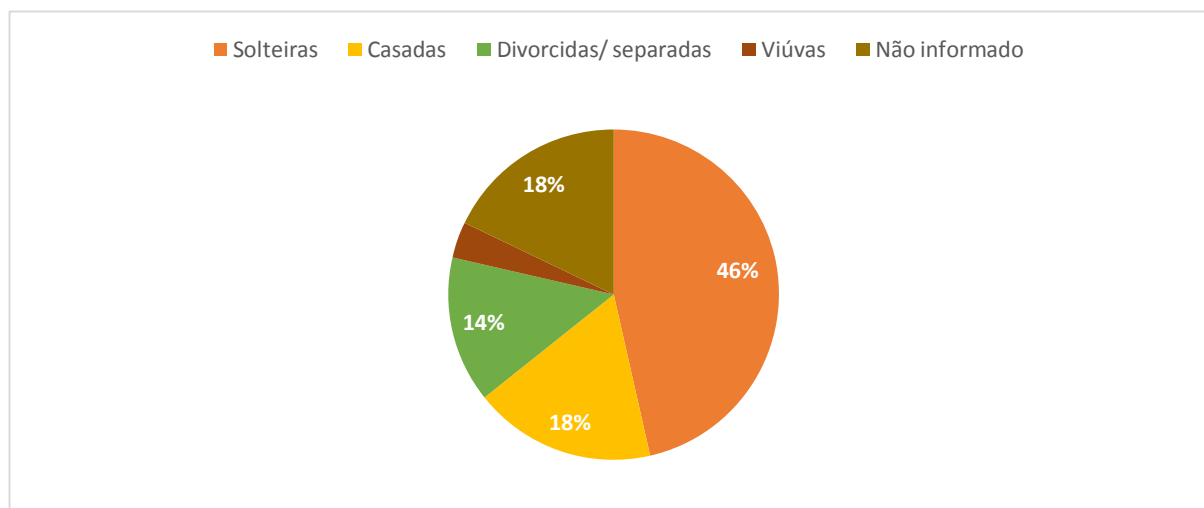
Com intuito de problematizar e refletir as questões que permeiam o perfil dessas usuárias realizamos um estudo de caráter sociodemográfico e coletamos dados acerca da idade, do estado civil, do grau de instrução, da religião, histórico familiar, da localização geográfica, da data de entrada e data do último atendimento que essas mulheres receberam por intermédio do CAPS.

Em primeira análise, foi possível identificar a significativa presença feminina no serviço de atenção psicossocial de Sousa-PB um fato que se reflete no cenário paraibano nos seus mais 110 Centros de Atenção Psicossociais espalhados por todo estado. Segundo o relatório de monitoramento dos serviços da rede de atenção psicossocial publicado no segundo semestre do ano de 2018 pela coordenação estadual de saúde mental da Paraíba 58% dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS III) são mulheres<sup>22</sup>.

Nessa perspectiva, a nível local surge a necessidade de refletir como o estigma da loucura molda e impacta a vivencia e as relações que essas mulheres estabelecem ou tentam desenvolver com o corpo social.

---

<sup>22</sup> Paraíba, Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental-SES-PB. Relatório de Monitoramento dos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Paraíba em 2018,2. João pessoa, 2018, p.10.

**Gráfico 1- O ESTADO CIVIL**

Fonte: Os dados do gráfico foram coletados dos prontuários das pacientes Dia do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III)

Em uma pesquisa realizada pela professora Juliana Suknow Vacaro com os prontuários das mulheres do Sanatório Pinel de Pirituba localizado no estado de São Paulo mais especificadamente entre os anos de 1929 a 1944 foi constatado que 53% das mulheres internadas eram casadas. Isso porque, o casamento era uma espécie de “passaporte social” que dava as mulheres um status de validação perante a sociedade. 36% eram solteiras e 8,5% eram descritas como viúvas.

Naquele momento, o estado civil das mulheres era considerado um fator de destaque quanto a construção dos diagnósticos e na forma como essa mulher seria reconhecida na sociedade. Ao analisar os prontuários das pacientes-dia do CAPS III de Sousa foi identificado que 46% das mulheres são solteiras, 18% são casadas na maioria dos prontuários pertencentes as mulheres casadas era possível identificar que em grande parte das relações matrimoniais essas mulheres enfrentavam problemas oriundos da violência doméstica podendo ser física, moral ou psicológica.

Nos prontuários em que o divórcio ou a separação são identificados correspondem a 14% dos casos. Vale ressaltar que, o fim do relacionamento em grande parte era apontado como fator responsável por desencadear as crises que acarretam em um quadro de sofrimento psíquico enfrentado por essas mulheres.

No que diz respeito as mulheres viúvas dos 28 prontuários analisados apenas 4% são descritas como tais. Além do mais, no caso da usuária classificada como viúva foi identificado em seu prontuário informações que apontavam o fato da mesma tentou refazer a vida, mas sem a necessidade de adentrar em um novo relacionamento. Assim, ela foi

descrita antes da viuvez como “boa e direita” e após a viuvez “agressiva e violenta”. O que nos faz pensar como a sociedade atual ainda cobra das mulheres a partir de uma afirmação pelo relacionamento heteronormativo e da maternidade compulsória. Casada era “boa e direita”, mas sem o marido se torna agressiva e violenta, quais seriam os parâmetros para pensar esse comportamento? A morte do marido seria mesmo o elemento desestabilizador? E se sim, em qual sentido?

Mas, adiante o prontuário descreve que a paciente passou a adotar comportamentos descritos como “comportamentos libidinosos” devido o fato da usuária se encontrar em alguns momentos “roçando em árvores, introduzindo dedos e objetos na vagina a ponto de provocar sangramentos.” Aqui percebemos, como a sexualidade é um ponto frágil na vida destas mulheres. O comportamento da paciente não vem acompanhado pelo olhar das questões culturais que envolve o feminino, depois desse registro nada mais foi analisado. Por outro lado, foi possível identificar que essas mulheres mesmo em condição de sofrimento psíquico ainda exercem tarefas voltadas para o cuidado do lar.

Conquanto, faz mister destacar que, o estado civil de um indivíduo ainda determina a forma como este é visto e classificado pela sociedade vigente. Visão essa que foi herdada do patriarcado no qual a sociedade brasileira consolidou suas bases. Quando levamos essas questões para as mulheres que estão em sofrimento psíquico essa problemática se torna ainda mais complexa devido a necessidade que surge em compreender como a loucura ou estigma que se cria em torno dessa condição pode reverberar e interferir nas relações que essa mulher estabelece.

Dentro dessas instituições a sexualidade dos usuários é vista como um sintoma decorrente do quadro clínico ou ainda é dada uma menor importância para essa questão. Isso porque, no momento em que estava analisando os prontuários também fui apresentada a algumas atividades que a instituição realiza com os usuários e dessa forma pude observar a inexistência de atividades e oficinas voltadas para a orientação sexual sobretudo para com as mulheres. Mas, como no lembra Foucault (1999):

o poder sobre o sexo se exerceria do mesmo modo a todos os níveis. De alto a baixo, em suas decisões globais como em suas intervenções capilares, não importando os aparelhos ou instituições em que se apoie, agiria de maneira uniforme e maciça; funcionaria de acordo com as engrenagens simples e infinitamente reproduzidas da lei, da interdição e da censura: do Estado e da família, do príncipe ao pai, do tribunal a quinquilharia das punições cotidianas, das instancias de dominação social às estruturas constitutivas do próprio sujeito, encontrar-se ia em escalas

diferentes apenas, uma forma geral de poder. Essa forma é o direito com o jogo lícito e ilícito, a transgressão e o castigo (Foucault, 1999, p. 73).

“O poder mascara-se atrás de múltiplas faces que lhe permitem inserir-se sinuosamente como prática de dominação nas relações humanas, sem que o seu caráter de dominação seja percebido” (Lazzarin, 2007, p.18). Todos esses mecanismos possibilitam um monitoramento detalhado dos sujeitos tornando os corpos intrinsecamente ligados a docilidade e a utilidade. Fato que, corrobora com o dispositivo que Foucault chama de “disciplina”.

A disciplina se faz presente segundo autor em instituições como as escolas, as prisões e os hospitais deixando explícito que o ato de disciplinar se faz presente nos projetos políticos que permeiam essas instituições de poder ao passo que adentram nas relações sociais e no cotidiano dos indivíduos. Sendo assim, mesmo quando a instituição que analisamos não desenvolve projetos ou ações para pensar a sexualidade de seus usuários, o fato de não o fazer, nos permite pensar algumas possibilidades, por exemplo, patologizar a sexualidade dos indivíduos, ou seja, as manifestações sexuais dos seus corpos também estariam adoecidas, logo o prazer, o sexo não faria parte da vida das pessoas, principalmente mulheres com doenças mentais ou sofrimento psíquico.

## **IDADE**

Para realizar a análise acerca das idades foi estabelecido um período de aproximadamente 10 anos de diferença. Levando em consideração o levantamento realizado com os prontuários das pacientes-dia do CAPS III “Tozinho Gadelha” de Sousa-PB é possível constar a predominância de mulheres entre 20 a 30 anos chegando a compor 38% dos prontuários.

Todavia, o preconceito em torno da condição de sofrimento psíquico impede o ingresso dessas mulheres no mercado de trabalhos o que implica no fortalecimento da exclusão social que está em torno da representação criada acerca da doença mental.



Fonte: Os dados foram coletados dos prontuários das pacientes-dia do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) “Tozinho Gadelha” de Sousa-PB

23% das mulheres estão na faixa etária de 40 a 50 anos de idade e 35% estão na terceira idade com 60 a 70 anos de idade. Apenas 4% não tem a idade informada nos prontuários. Além do mais, apesar da diferença de idade as pacientes realizam as mesmas atividades sugeridas pela instituição como atividades físicas, terapias entre outras. Não há de acordo com a equipe a realização de atividades voltadas para cada faixa etária específica. Vale ressaltar que a idade se apresenta como um fator que não exerce muita influência quanto a construção do diagnóstico dessas mulheres. O que não condiz com os trabalhos mais recentes que consideram a questão geracional para se pensar diversos contextos culturais, inclusive relacionado ao gênero.

## **O GRAU DE INSTRUÇÃO**

A grande maioria das mulheres que são acompanhadas pelo CAPS como pacientes-dia apresentam um baixo nível de escolaridade os quais apontam que a maioria das usuárias que estão em sofrimento psíquico não frequentaram as instituições educacionais o que acarreta em um alto índice de analfabetismo entre esses usuários. 40% das mulheres que compõem o quadro de pacientes-dia são descritas como analfabetas.

Esse número tende a ser menor quando analisamos os prontuários cuja as usuárias teriam concluído ou estavam cursando os anos iniciais ou finais do ensino fundamental I e II. Nessa perspectiva, apenas 4% das mulheres concluíram a última etapa da educação básica o ensino médio, não foi identificado entre as 28 usuárias alguma que tivesse ingressado ou concluído o ensino superior. Além do mais, em cerca de 29% dos prontuários não consta o

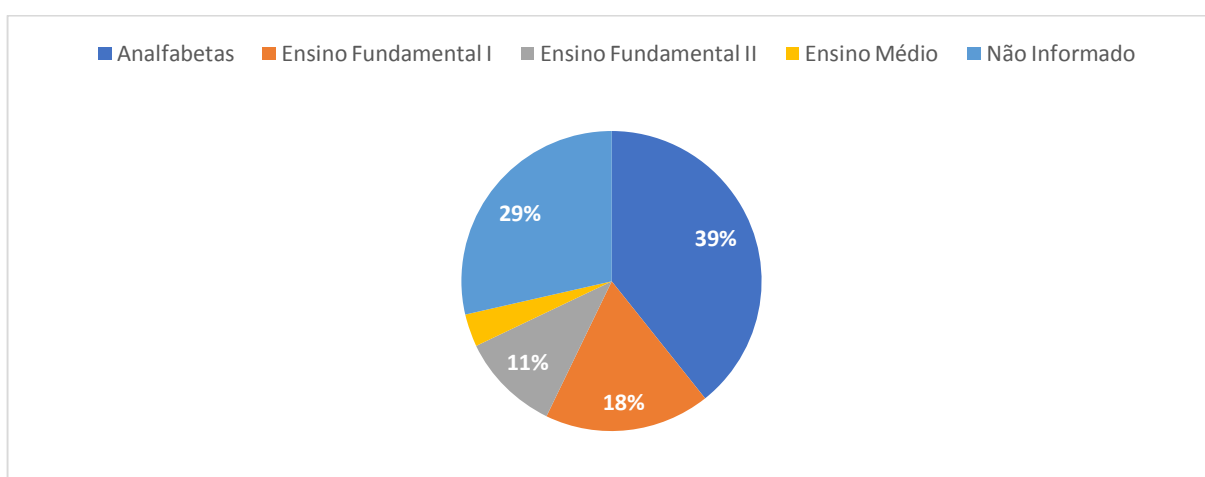
grau de instrução que essas mulheres possuem apesar do mesmo destinar um espaço específico para o registro dessa informação.

Ao analisar a implementação e implantação de outros Centros de Atenção Psicossociais no estado da Paraíba sobretudo nas unidades situadas na capital pode-se constatar a presença de usuários que possuíam formação em curso superior mesmo que essa presença ainda fosse escassa. Esses números tendem a ser ainda menores quando voltamos a análise para o interior do estado como é o caso do CAPS III considerado uma unidade de referência para o alto sertão paraibano.

Nessa premissa, convém analisarmos como os transtornos relacionados a saúde mental dos indivíduos contribuem para a persistência desses dados de analfabetismo e baixa escolaridade entre as pacientes-dia do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) “Tozinho Gadelha”. Muitos fatores estão atrelados quanto a manutenção dos dados relacionados a taxa de analfabetismo e de baixa escolaridade existente entre os usuários dos Centros de Atenção Psicossociais, dentre eles a questão social e econômica. Podemos apontar que a maioria das suas usuárias sobretudo aquelas classificadas como pacientes-dia estão em situação de vulnerabilidade.

Isso porque, questões relacionadas a classe social que estas usuárias ocupam devem ser levadas em consideração. A nível nacional a maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde brasileiro são negros e pardos. Dessa forma, a pesquisa realizada no CAPS III de Sousa reforça as estatísticas propagadas a nível nacional as quais nos levam a compreender quem são as pessoas que buscam os serviços desse sistema assim como pensar as possíveis dificuldades enfrentadas no decorrer de suas vidas e de suas lutas para a ocorrência de uma efetiva reinserção social dos portadores de sofrimento psíquico.



**Gráfico 3 - GRAU DE INSTRUÇÃO**

fonte: Os dados foram coletados dos prontuários das paciente-dia do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) “Tozinho Gadelha” de Sousa-PB.

Nas visitas que fiz a instituição pude observar a inexistência de um diálogo ou ainda de ações realizadas entre a instituição, a família e a comunidade escolar da referida localidade. Além do mais, é importante salientar o déficit existente no currículo que compõe o campo de educação inclusiva no Brasil quanto a inclusão de pessoas com sofrimento psíquico nos ambientes educacionais. Fato que, implica ainda mais no processo de afastamento e exclusão do indivíduo do meio social que não seja o CAPS e o seu meio familiar.

em vez de revolucionar o ensino e sua estrutura, o ocidente prefere, pelo contrário, remediar os efeitos das anomalias geradas por um ensino inadequado à nossa época. Remediar os efeitos significa, neste caso, encarregar a medicina de responder onde o ensino fracassou (Mannoni, 1988, p. 62)

É importante ressaltar a inexistência de programas que visam realizar alfabetização ou recomposição de aprendizagem voltada para as usuárias da referida instituição. Fato que, demonstra a fragilidade do poder público em instituir a integração das pessoas com transtornos psicossociais graves ou não.

Ademais, a maioria das famílias das usuárias cujo os dados foram analisados demonstram uma postura marcada pela atitude de incapacitar ou ainda considerar insignificante a subjetividade dessas mulheres o que impulsiona para o agravamento de problemáticas posteriores como a inserção dessas mulheres no mercado.

Ao acompanhar uma atividade realizada pela equipe do CAPS III foi relatado por um dos profissionais que ao chegar na instituição a equipe encontrou cerca de 15 pedidos de internação compulsória<sup>23</sup> realizado pelas famílias dos usuários o quadro só veio a ser modificado após uma decisão judicial que apontava para o fato de que caso os usuários necessitassem de internação o benefício por eles recebido ficaria a cargo da instituição para custear a sua internação.

Isso porque, anterior a essa decisão os curadores dos usuários permaneciam com os seus benefícios e o estado custeava essa internação. Com a nova medida a equipe relatou que os pedidos de internação compulsória diminuíram drasticamente. Esse posicionamento adotado pelas famílias das usuárias advém em grande parte dos posicionamentos propagados anteriores a Reforma Psiquiátrica nos quais aos portadores de sofrimento psíquico caberiam apenas um destino a internação e conseqüentemente e a exclusão.

## OCUPAÇÃO

A formação da sociedade brasileira foi estruturada no modelo patriarcal de família no qual o homem exercia o papel de chefe nas relações familiares estando, portanto, no centro dessas mesmas relações. Na Paraíba colonial homens e mulheres possuíam papeis bem definidos os quais foram instituídos socialmente, politicamente e culturalmente.

Para as mulheres foram estabelecidas as funções de mães (responsáveis integrais da educação dos filhos), esposas fieis, dedicadas e submissas as vontades dos seus maridos, cuidadoras do lar devendo manter a organização e a harmonia do ambiente familiar.<sup>24</sup>

---

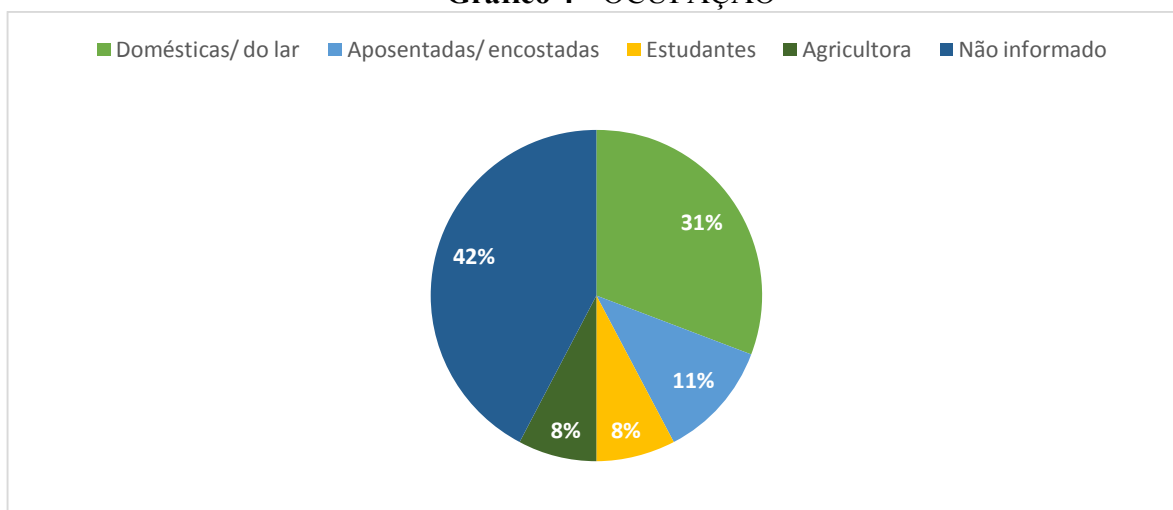
<sup>23</sup> As internações compulsórias são internações realizadas sem o consentimento do paciente neste caso, do usuário e a pedidos de terceiros que geralmente são os familiares. Os pedidos devem ser feitos por escrito e aceito pelo médico psiquiatra.

<sup>24</sup> Silva, Luisa Stella de Oliveira Coutinho. "Evidências do cotidiano das mulheres na Paraíba colonial (1585-1630)." *Portuguese Studies Review*, vol. 22, no. 2, July 2014, p.2

As ditas “loucas” eram isoladas do meio social, pois, consideradas a representação do fracasso e do desequilíbrio características essas intoleráveis para a sociedade da época que condenava qualquer comportamento considerado um desvio de conduta do perfil da “mulher ideal” que consistia na dedicação integral a família (mãe dedicada, esposa fiel e submissa ao marido). Ao longo, de séculos de transformações históricas, muitas coisas mudaram, principalmente no que se trata da forma de sentir, normatizar, disciplinar e educar. Práticas, discursos, condutas, saberes de diversas áreas foram sendo partilhados. A própria forma de olhar e conduzir os corpos femininos perpassados pelo sofrimento psíquico está sendo revista. Porém, embora não seja nossa intenção pensar na continuidade de práticas, não podemos esquecer que algumas questões são de ordem estrutural, logo, tanto a “loucura” dos séculos anteriores, quanto a apresentação da mesma no corpo feminino ainda são problemáticas marcadas pela desigualdade, pelo preconceito e pela violência.

Hodiernamente, as portadoras de deficiência psicossocial se deparam com a barreira do estigma e da exclusão quanto a sua inserção no mercado de trabalho. O que leva a maioria dessas mulheres a realizarem atividades que são voltadas para o cuidado do lar e do meio familiar. Nesse sentido, ao analisar os dados acerca das profissões das mulheres pacientes-dia do CAPS III aquelas classificadas como domésticas ou do lar correspondem a 31% dos casos analisados.

**Gráfico 4 - OCUPAÇÃO**



Fonte: Os foram coletados dos prontuários das pacientes-dia do Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha” de Sousa-PB.

Não há uma especificidade nos prontuários quanto a realização desse trabalho doméstico. Portanto, não sabemos na íntegra se são atividades desempenhadas apenas no âmbito familiar ou essas mulheres prestam serviços de maneira informal em outros lares.

Apenas 11% declaram que recebem o benefício mais especificamente o BPC (Benefício de Prestação Continuada) o qual garante o pagamento mensal de um salário mínimo (sem a parcela do 13º salário) ao idoso que possui idade igual ou superior a 65 anos e que atenda os pré-requisitos da referida lei.

o Benefício de Prestação Continuada – BPC, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, é a garantia de um salário mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade. No caso da pessoa com deficiência, esta condição tem de ser capaz de lhe causar impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (com efeitos por pelo menos 2 anos), que a impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. (Brasil, 2019)

Durante as visitas ao CAPS pude observar a notória problemática que está em torno desses benefícios. O fato de muitas famílias negligenciarem o cuidado digno a essas pacientes mesmo estando em posse do benefício social e por outro lado existe o fato do familiar responsável pelo cuidado com a paciente ter muitas vezes que abdicar do seu trabalho fora do meio familiar para se dedicar integralmente ao cuidado da mesma tornando em muitos casos o benefício social concedido a pessoa com deficiência psicossocial como única fonte de renda formal da família.

Na sequência 8% se declaram estudantes da mesma forma 8% se colocam como agricultoras. Todavia, 42% dos prontuários não informam a profissão ou a função desempenhada pelas pacientes. Diante do exposto, convém destacar o fato de que em nenhum dos prontuários consta a ocupação dessas mulheres em trabalhos formais regulamentados pela Previdência Social.

Estatuto da Pessoa com Deficiência mais especificamente no seu artigo 4º assegura o direito a igualdade a não discriminação da pessoa com deficiência seja ela física, mental, intelectual ou psicossocial.<sup>25</sup>. Entretanto, é correto apontar que apesar da legislação

---

<sup>25</sup> O Estatuto da Pessoa Com Deficiência foi instaurado no ano de 2009 pelo deputado federal Paulo Paim cujo o objeto inicial era regulamentar todas leis bem como os decretos voltados para as pessoas com deficiência. Em 2003 passou por um processo de reestruturação no Senado Federal, anteriormente chamado de Estatuto do Portador de Necessidades Especiais alterou-se a nomenclatura para a que conhecemos atualmente (Estatuto da Pessoa com deficiência). Ademais, a Lei Complementar 142/2013 não só assegura o benefício social aos portadores de transtornos mentais como também define quem pode ter acesso a esse benefício.

brasileira contar com leis afirmativas que asseguram a inclusão da pessoa com deficiência (física, mental ou psicossocial) ao mercado de trabalho a teoria deturpa a prática

Uma vez que, a existência dos sentimentos de aversão para a contratação de pessoas com deficiência sobretudo a deficiência psicossocial é um desafio cotidiano enfrentado por essas pessoas dificultando a sua inserção no mercado de trabalho o que agrava o quadro de vulnerabilidade social que essas mulheres se encontram.

### **COR/ RAÇA/ ETNIA**

Dos 28 prontuários analisados 72% não apresentam a identificação de cor ou etnia<sup>26</sup>. Observa-se que este dado se torna irrelevante durante a elaboração do prontuário da paciente. Assim, apenas 10% das pacientes são identificadas enquanto pardas, 18% como mulheres brancas e não há, portanto, menções as pacientes negras, indígenas, ciganas, amarelas ou quilombolas.

De acordo com o Relatório de Monitoramento dos Serviços de Saúde Mental na Paraíba (RAPS) realizado em 2018.2 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou em 2010 um censo onde consta que 52,7% da população paraibana se autodeclara como parda e 5, 57% como pretas.<sup>27</sup>

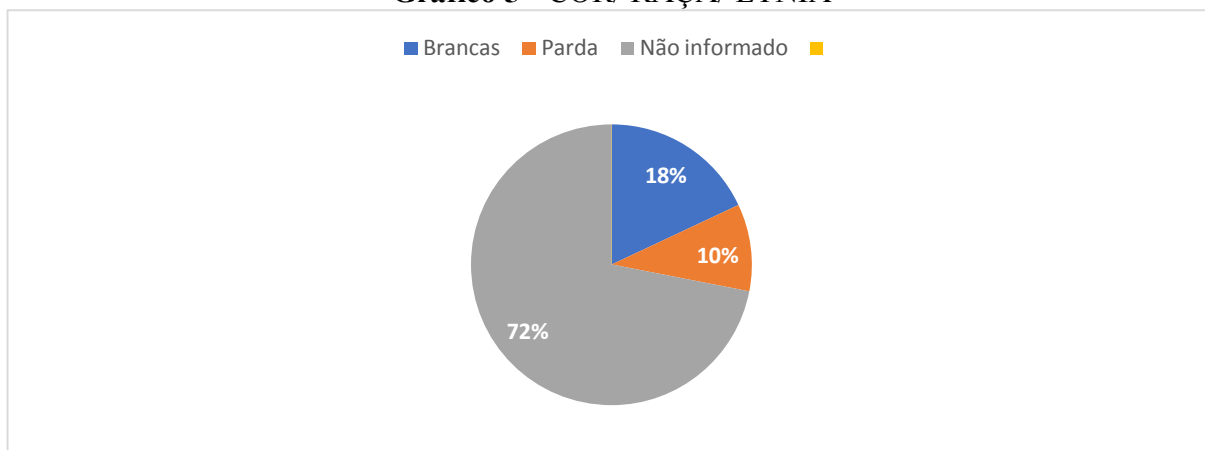
Nessa mesma perspectiva, o relatório supracitado apresenta como resultado de suas análises uma alta porcentagem de atendimentos realizados pelos Centros de Atenção Psicossocial da Paraíba a pessoas declaradas pretas e partas constituindo a maioria dos atendimentos em todas as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial que estão distribuídos pelo território paraibano.

Todavia, quando partimos para uma análise a nível local percebemos algumas disparidades quando comparadas com o Relatório de Monitoramento dos Serviços de Saúde Mental do estado.

---

<sup>26</sup> Foi relatado pela equipe de assistência social do Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha” que os prontuários da instituição dedicarão um local para a identificação étnico racial dos usuários.

<sup>27</sup> GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA. Relatório do Monitoramento dos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Paraíba em 2018.2, João Pessoa, 2020.

**Gráfico 5 - COR/ RAÇA/ ETNIA**

Fonte: Os dados foram coletados dos prontuários das pacientes-dia do Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha” de Sousa-PB

Nesse sentido, é importante salientar que a análise dos prontuários não nos permite compreender se as usuárias se autodeclararam ou essa identificação é realizada unicamente pela percepção dos funcionários sem que estes levem em consideração a voz dessas mulheres no que diz respeito a sua identificação étnico-racial. Entre as mulheres identificadas como brancas a uma maior prevalência de usuárias estudantes ou que tenham concluído o ensino médio se comparado as mulheres pardas cujo o número é menor.

Entre as usuárias pardas, a ocupação varia entre agricultoras, aposentadas e aquelas que realizam os serviços do lar. Aquelas que possuem nos prontuários o processo de étnico identificação, ocupação e idade possuem a faixa-etária entre 62 a 65 anos enquanto entre as mulheres brancas esse dado varia entre 30 a 50 anos de idade. É importante ressaltar que a maioria dos prontuários nos quais a identificação étnico-racial foi constatado pertence as mulheres brancas.

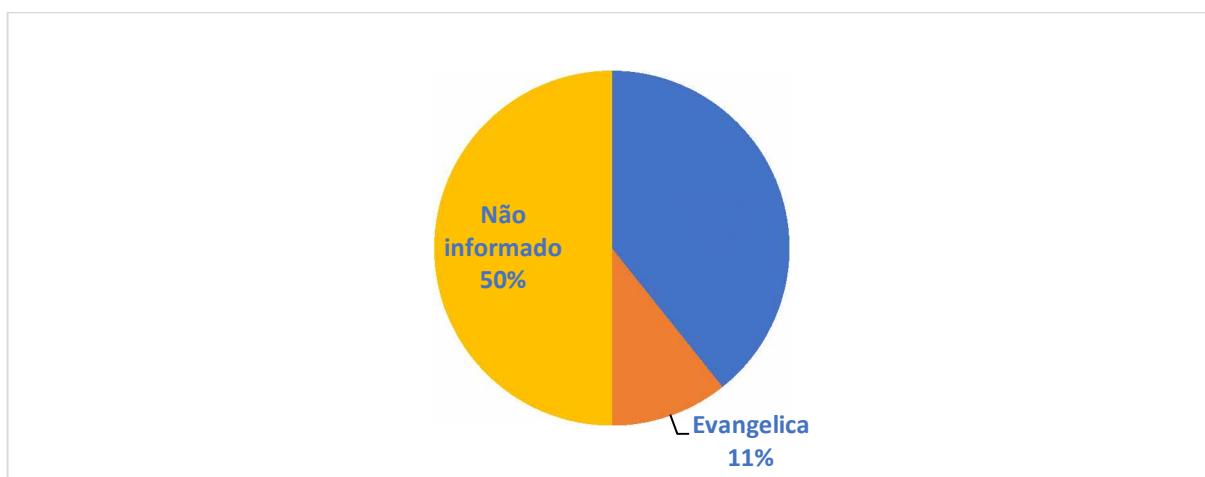
Além do mais, os outros prontuários que identificam a ocupação, as idades e o grau de instrução dessas mulheres não trazem a identificação étnico-racial. Tal fato pode ser explicado pela ausência de indicadores que possibilitem essa identificação nos prontuários, pois os mesmos não fornecem esse espaço específico e quando essa identificação é realizada geralmente ela fica na parte de cima do prontuário. O que nos impede em certa medida de realizar uma análise mais profunda nessa questão.

## RELIGIÃO

Em busca de identificarmos a religião das usuárias através da análise dos seus prontuários nós pudemos constatar que em quase 50% dos prontuários que trazem informações acerca da religiosidade da paciente a grande predominância está nas religiões de caráter cristão especialmente a católica mencionada em 39% dos prontuários e em seguida a evangélica registrada em 11% dos prontuários analisados.

Durante nossa pesquisa no arquivo do Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha” com os prontuários das mulheres classificadas como pacientes-dia não foi encontrado nenhum registro acerca de mulheres que são adeptas a religiões de matrizes africanas ou que se colocassem como ciganas, espíritas entre outras religiões

**Gráfico 6 - RELIGIÃO**



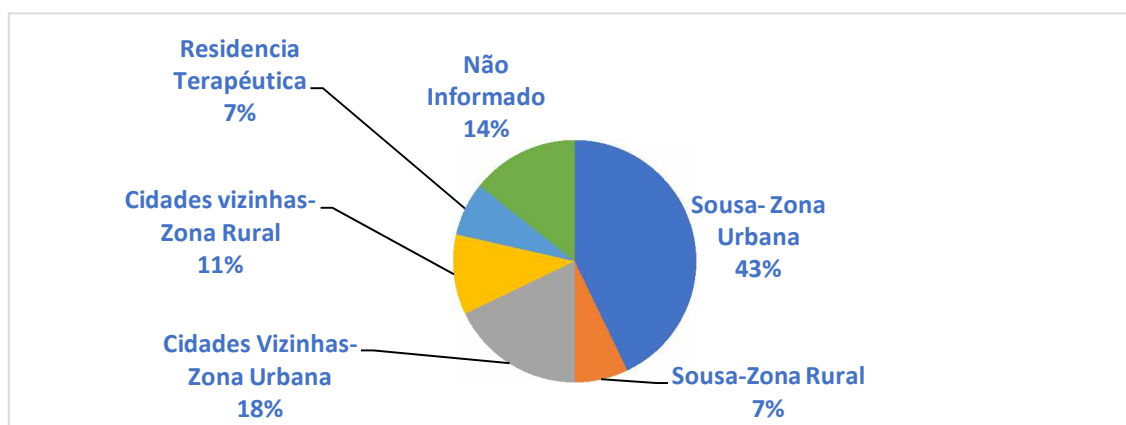
Fonte: Os dados foram coletados dos prontuários das pacientes-dia do Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha” de Sousa-PB.

Vale ressaltar que em 50% dos prontuários não constam registros acerca da religiosidade das usuárias. Ademais, como mencionado anteriormente não podemos ter certeza se durante a elaboração dos prontuários a voz da paciente levada em consideração ou esse processo fica restrito a família e a perspectiva da equipe profissional.

## ENDEREÇO

De acordo com o Ministério da Saúde a unidade do CAPS III é implementada nas cidades ou regiões que possuem cerca de 70 mil habitantes.<sup>28</sup> O último censo divulgado pelo IBGE em 2022 apontou que a cidade de Sousa possuía 67.259 mil habitantes<sup>29</sup>. Os Centros de Atenção Psicossocial dessa cidade oferecem os seus serviços para a população das cidades vizinhas assim como a zona rural dessas respectivas cidades. A maioria das pacientes o que corresponde a 43% dos casos residem na cidade de Sousa especialmente nos bairros periféricos dessa localidade e apenas 7% residem a zona rural.

**Gráfico 7 - ENDEREÇO**



Fonte: Os dados foram coletados dos prontuários das pacientes-dia do Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha” de Sousa-PB

18% das mulheres são residentes das cidades vizinhas as quais são assistidas pelo CAPS III de Sousa-PB. Esse número tende a cair quando analisamos o número de mulheres que residem na zona rural dessas pequenas cidades e são assistidas pela referida instituição correspondendo a apenas 11% dos atendimentos.

Essa problemática quanto ao atendimento dessas mulheres pode ser analisada por diferentes perspectivas entre elas está a negligencia do poder público em garantir um transporte que viabiliza a ida das pacientes a instituição assim como a ida dos profissionais que atuam no CAPS as referidas localidades como forma de tornar atendimento mais humano e democrático

<sup>28</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 366 de fevereiro de 2022.**

<sup>29</sup> IBGE. População. População no último censo. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/sousa>



Em 14% dos prontuários não consta a informação acerca do endereço das usuárias. Além disso, apenas 7% das mulheres residem na zona rural de Sousa e outras 7% moram Residência Terapêutica que pertence ao CAPS III.

## DIAGNÓSTICO

Ao analisar os 28 prontuários pertencentes as usuárias-dia do Centro de Atenção Psicossocial foi constatado que cerca de 78% dos prontuários apresentam o Código Internacional de Doenças (CID). Todavia, essa identificação em grande parte não se faz presente na primeira página do prontuário onde consta as informações básicas do usuário, mas é possível identificá-lo nas páginas posteriores geralmente onde estão as prescrições médicas.

**Tabela 1 –NÚMEROS DE CASOS POR DIAGNÓSTICO**

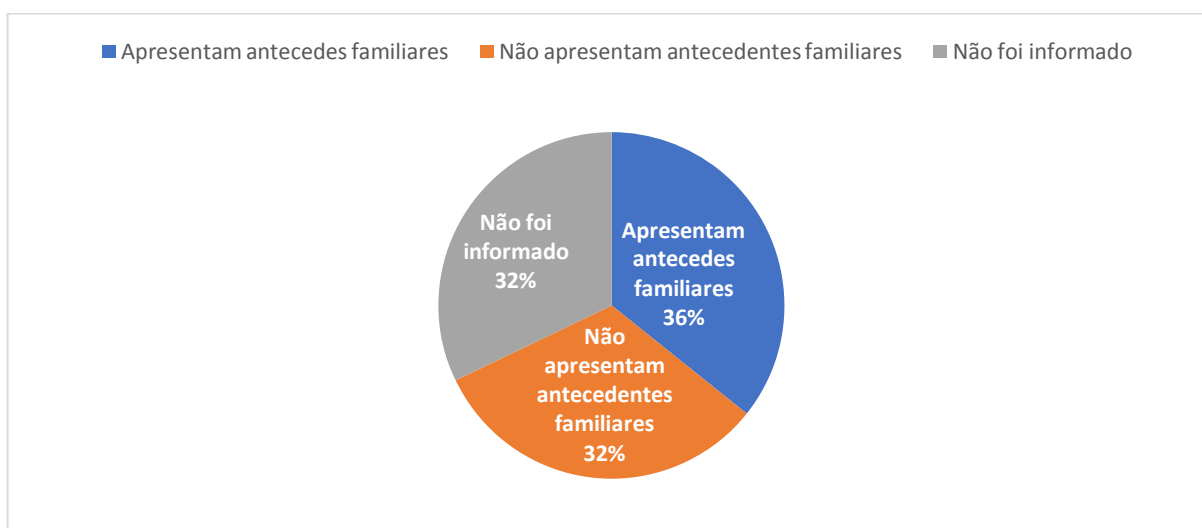
TIPOS DE DIAGNÓSTICO	NÚMERO DE CASOS
Transtorno Afetivo Bipolar	4
Transtorno esquizofrenico do tipo depressivo.	1
Esquizofrenia	6
Esquizofrenia paranóide	1
Fuga dissociativa	1
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de drogas	1
Epsódio depressivo moderado	1
Transtorno esquizofrenico do tipo mderado	1
Transtornos comportamentais devido ao uso de fumo- síndrome de dependencia.	1
Psicose não-organica especificada	1
Transtorno Psicótico agudo poliformo, com sintomas de esquizofrenia.	1
Retardo mental Grave	1
Retardo mental Moderado	2
Não encontrado	6

Fonte: Os dados foram coletados dos prontuários das pacientes-dia do Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha” de Sousa-PB

Em alguns casos só conseguimos encontrar o CID nos anexos referentes a processos judiciais que as usuárias precisaram passar seja para solicitar o BPC, interdição da paciente ou a sua permanência na residência terapêutica geralmente esse tipo de ação é solicitada pelas famílias<sup>30</sup>. Outrossim, em parte dos prontuários analisados não consta um espaço dedicado apenas para a descrição do diagnóstico por meio do CID fato que facilitaria o trabalho dos profissionais e consequentemente tornaria o atendimento mais rápido. Nesse sentido, em apenas 22% dos prontuários não foi possível identificar o CID.

## HISTÓRICO FAMILIAR

**Gráfico-HISTÓRICO FAMILIAR**



Fonte: Os dados foram coletados dos prontuários das pacientes-dia do Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha” de Sousa-PB

O histórico familiar de um paciente faz parte de uma série de informações que devem constar no prontuário com intuito de auxiliar a equipe que elabora o diagnóstico da paciente. Isso porque, o histórico familiar corrobora para compreender como e por quais motivos a paciente desenvolveu uma determinada patologia. Portanto, torna-se um importante aliado na construção de um diagnóstico para a paciente.

Ademais, em 32% dos prontuários analisados são constatados que essas mulheres não apresentam nenhum tipo de histórico familiar acerca de doenças de caráter psicossocial nos outros 32% não foi encontrado nenhuma informação acerca do histórico familiar da

<sup>30</sup> Arquivo do Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha”, prontuários das pacientes-dia.

paciente. Em seguida, 36 % dos casos apresentam a existência de casos antecedentes no núcleo familiar. Na maioria desses casos o vínculo geralmente ocorre com parentes de segundo a terceiro grau como tios (as) e primos<sup>31</sup>.

## **DATA DE ENTRADA-DATA X DO ÚLTIMO ATENDIMENTO**

A década de 2000 como mencionado anteriormente foi marcada pela implementação dos Centros de Atenção Psicossocial por todo país. Assim, no ano de 2002 é inaugurado em Sousa- PB o Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha” (CAPS III). Portanto, os prontuários das mulheres classificadas como pacientes-dia estão temporalmente delimitados entre anos de 2002 a 2023.

Os registros realizados nos prontuários nos auxiliam a compreender a frequência dessas mulheres na instituição. Além do mais, buscamos nessas informações averiguar o impacto que a pandemia de Covid-19 (2020-2022) teve para com a continuidade dos atendimentos prestados a essas mulheres.

**Tabela 2 – FLUXO DE ENTRADA E SAÍDA DAS USUÁRIAS**

<b>ENTRADA</b>	<b>NÚMEROS DE REGISTROS</b>	<b>SAÍDA</b>	<b>NÚMEROS DE REGISTROS</b>
2002-2004	5	2002-2004	0
2005-2007	3	2005-2007	0
2008-2010	2	2008-2010	1
2011-2013	3	2011-2013	1
2014-2016	4	2014-2016	3
2017-2019	4	2017-2019	2
2020-2022	0	2020-2022	12
2023	0	2023	1

Fonte: Os dados foram coletados dos prontuários das pacientes-dia do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) “Tozinho Gadelha” de Sousa-PB

De acordo com os dados mostrados pela tabela acima o maior número de entradas está registrado entre os anos de 2002 a 2004 que correspondem aos primeiros dois anos de

<sup>31</sup> Arquivo do Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha”, prontuários das pacientes-dia.

implementação da instituição. Em contrapartida, no que diz respeito aos últimos registros de atendimento os de 2020-2022 apresentam um número expressivo.

O que equivale dizer que durante dois os anos em que eclodiu a pandemia de COVID-19 das 20 mulheres que indicam nos seus prontuários as datas de entrada e do último atendimento cerca de 60% delas abandonaram o tratamento e não buscaram mais os serviços oferecidos pelo CAPS. A pandemia e o pós-pandemia trouxeram inúmeros desafios quando ao cuidado da saúde mental dessas mulheres deixando-as em ainda mais vulneráveis<sup>32</sup>.

a pandemia que tem afetado todo o mundo não atinge a todos e todas da mesma forma, o seu alvo tem raça, tem sexo, tem gênero e tem classe social. Isso se consta a partir do aumento da violência se consta a partir do aumento do feminicídio noticiados diariamente, além de outros fatores que aumentaram a vulnerabilidade das mulheres que decorrem da ordem social, econômica e sanitária e as medidas emergenciais necessárias adotadas para a proteção individual e coletiva (Barbosa, 2020 *apud* Santos, 2021).

É notável que a pandemia apesar de ter se constituído como um fenômeno global não atingiu a todos da mesma maneira. As mulheres foram alvo escancarado das desigualdades agravadas durante a pandemia. A dupla jornada de trabalho, a sobrecarga a ausência de políticas públicas capazes de assegurar uma qualidade de vida melhor sobretudo as mulheres que estão em situação de vulnerabilidade social são indicadores que demonstram como essa parcela foi afetada pela a crise sanitária.

A ONU publicou que a segunda categoria de trabalhadores mais atingidos nesse período no Brasil foram as trabalhadoras domésticas cerca de 2 milhões de demissões ocorreram nesse durante a pandemia de COVID-19 (2020-2022)<sup>33</sup> o alto índice de desemprego abre caminho para uma série de problemas relacionados a saúde mental das mulheres como o agravamento de quadros de ansiedade e depressão.

---

<sup>32</sup> Arquivo do Centro de Atenção Psicossocial, “Tozinho Gadelha”, prontuários das pacientes-dia

<sup>33</sup> Trabalhadoras domesticas fazem campanha por direitos durante a pandemia de COVID-19, 2020. Disponível em: <https://news.un.org/pt/tags/onu-mulheres>. Acesso em 10 de agosto de 2023

## CAPÍTULO 3: “HISTÓRIAS DE VIDAS”

### 3.1 OS PRONTUÁRIOS MÉDICOS E O CAMPO DAS SENSIBILIDADES

É notável que em um primeiro momento ou ainda em alguns casos específicos os prontuários podem parecer fontes rasas e cheias de limitações quando o assunto é pensar a história de vida de um indivíduo ou aspectos dessa história. Uma vez que, ao analisar a história de vida de um indivíduo o pesquisador perpassa pelo campo das subjetividades humanas para compreender o porquê de determinadas ações é nítido que ao atravessar esses campos o mesmo também estabelece um diálogo inúmeras vertentes historiográficas a exemplo da História Cultural e do campo das sensibilidades.

a vertente historiográfica conhecida como História Cultural cujo os primeiros indícios datam de 1780 na Alemanha segundo Peter Burke (2008), tornou-se em fins do século XX uma senhora madura e dona do seu próprio estatuto historiográfico. Traçou a sua metodologia, seus aportes teóricos e deixou em aberto os seus objetos de pesquisa de tal forma que é impossível algum tema ou objeto que não possa ser abordado por esse manto. Estudar a sedução, a solidão, saudade, a identidade, o medo, o amor, a culpa, a cultura, a dança, o ritual, as vestimentas, as instituições, “até o desconhecido”, os discursos dos viajantes, a esperança enfim o que é material e imaterial e que diz respeito ao ser humano, tudo é passível de ser inserido na abordagem cultural e efetivamente tem sido caso haja o desejo de fazer um levantamento historiográfico sobre (Lupion, 2017, p. 2536).

Nesse sentido, ao adentrar mais profundamente nos prontuários pertencentes as usuárias que estão em tratamento semi-intensivo também classificadas como pacientes-dia pode-se observar que em alguns casos os prontuários constituíam apesar de suas limitações fontes ricas em informações sensíveis sob a história de vida de algumas usuárias. “É preciso destacar que o prontuário é um documento escrito que tem interferências diretas advinda das falas do usuário, da família e desse saber considerado legítimo que é o da psiquiatria. No entanto, é possível formular novos potenciais para essa documentação” (Santos, 2019 p. 50)

Assim, decidimos para este momento diminuir o nosso campo de análise trazendo para a elaboração desse capítulo as informações registradas em 2 (dois) dos 28 (vinte e oito) prontuários disponíveis para análise. Os critérios para essa escolha pautaram-se no teor de sensibilidade que a história das referidas usuárias possuía. Particularmente, me senti atravessada por essas histórias e após refletir acerca quais histórias trariam a esse trabalho um maior sentido decidi pelos dois em questão. É importante destacar que a tarefa de transcrever

esses documentos é bastante complexa ao passo que também é delicada e cansativa entre meados de 2021 até o segundo semestre de 2023 foram idas e vindas ao Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III de Sousa-PB.

Como mencionado anteriormente o prontuário é um documento composto por várias partes. Assim, na parte introdutória desta fonte estão as informações pessoais dos usuários, aspectos gerais da crise bem como da possível patologia que levou os mesmo a buscar atendimento no CAPS III. Além do mais, existe um espaço destinado para um registro resumido de informações acerca da história clínica/ história vida dos usuários. Porém, apesar desse espaço nos possibilitar o conhecimento de alguns aspectos relevantes da vida das nossas usuárias caso utilizássemos apenas estes dados nossa análise correria um sério risco de ficar bastante superficial.

Era necessário adentrar mais nessas fontes, explorar a sua potencialidade em busca de informações que nos apontassem para a história vida das usuárias. Nosso objetivo era buscar trazer esses aspectos sensíveis para o centro do nosso trabalho com o intuito de dar uma maior visibilidade a essas mulheres apesar das limitações que a documentação apresenta.

Ao passar essa primeira folha a qual nos proporcionou a maioria dos dados utilizados no capítulo anterior adentramos na chamada “evolução clínica.”. Nessa etapa, estão registradas as prescrições médicas, as atividades que o usuário realizou na instituição bem como as visitas domiciliares realizadas pelos psicólogos e assistentes sociais. Nessa parte também podem ser registradas falas do usuário mesmo que na maioria dos casos esse registro seja feito por intermédio de outra pessoa como a equipe de assistência social. Entretanto, em alguns momentos podemos através desses registros compreender como os usuários se sentem em algumas situações corriqueiras.

no entanto, vestígios das falas desses sujeitos revelam-se, ainda que de forma breve, mas temos que considerar que são existentes. Sendo assim, é possível acessar um pouco desses sujeitos. De forma coletiva ou individual, eles constroem e contam narrativas de si, dentro das possibilidades encontradas nas fontes em diálogo com a com a teoria e metodologia aplicadas (Santos, 2019, p.61).

Apesar dessas limitações decidimos trazer para o centro da nossa discussão nesse momento as usuárias do centro de atenção psicossocial “Tozinho Gadelha” pensar suas emoções, dores e tantos outros aspectos que estão em torno das suas histórias muitas vezes silenciadas diante da preponderância do saber-poder médico sobretudo o psiquiátrico as normativas institucionais e

as pedagogias sociais que na maioria dos casos põem a subjetividade e autonomia dessas mulheres em segundo plano.

### 3.2 DOENÇA MENTAL E O FEMININO: UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO

“Gênero é um poderoso determinante social que deve ser levado em consideração nas análises e compreensão dos processos de saúde mental pelo o mundo.” (Patel, 2005 *apud* Zanello, 2018 p. 16). Assim como o gênero a doença mental ou o sofrimento psíquico também são compreendidos por alguns estudiosos a exemplo de Foucault como uma entidade produzida socialmente, no caso do sofrimento psíquico produzido e propagado sobretudo por meio das práticas e discursos institucionais como saber-poder médico, neste caso, psiquiátrico.

Levando em consideração uma perspectiva psicológica discutida pela autora Valeska Zanello na obra intitulada *Saúde Mental, Gênero: dispositivos, cultura e processos de subjetivação* o gênero se organiza no que ela chama de instancias de articulação como as assimilações que seriam uma espécie de rotulação e atribuição, a identidade e os papéis de gênero. A divisão sexual neste caso aponta também para os significados culturais que são socialmente construídos acerca do ser homem e do ideal de mulher<sup>34</sup>.

Portanto, quando pensamos no conceito de “gênero” também articulamos essas ideias as noções de relações de poder. Durante as transformações que permeavam a consolidação do sistema capitalista foi reforçado a ideia de lugares específicos os quais os sujeitos deveriam ocupar sobretudo em uma sociedade marcada pelo binarismo (homem/mulher) e pelo patriarcado. As mulheres deveriam assumir o cuidado com lar, a maternidade e a submissão moral e sexual para satisfazer o marido.

A discussão acerca da saúde mental feminina ocupou entre o final do século XIX e início do século XX inúmeros lugares como os jornais das faculdades de medicina que almejavam através do “conhecimento” do corpo feminino promover o que Foucault chama de *histerilização dos corpos* cujo o objetivo seria adaptá-los às necessidades e exigências sociais. Por essa razão, as mulheres deveriam ser um molde que se encaixasse nas

---

<sup>34</sup> ZANELLO, Valeska. *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Editora Appris, 2020.

normativas sociais o que equivale dizer que qualquer desvio de conduta poderia ser um motivo para uma futura internação nos antigos hospitais psiquiátricos.

é dócil um corpo que permite ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser aperfeiçoado (...) O corpo é objeto de investimentos tão imperiosos e urgentes; em qualquer sociedade o corpo está preso no interior dos poderes muito apertados, que lhes impõem limitações, proibições ou obrigações. Muitas coisas, entretanto, são novas nessas técnicas (Foucault, 1987, p. 1963).

Esses lugares destinados as mulheres geravam o que Zanello chama de ausência de empoderamento e prevalência do silêncio (característica que estava inserida dentro dos padrões de feminilidade as quais as mulheres deveriam se sujeitar.) fato que abre caminho para compreendermos o porquê do adoecimento psíquico na maioria dos casos acometem sobretudo as mulheres. Dessa forma, os comportamentos adotados por muitas mulheres que se encontram em sofrimento psíquico deveriam ser entendidos como respostas ao contexto em que as mesmas estão inseridas.<sup>35</sup>

É mais seguro para a ordem patriarcal permitir que mulheres insatisfeitas expressem suas queixas através de doenças psicossomáticas do que vê-las protestando por direitos legais e econômicos. E assim, cada vez mais, discurso natural-biologizante impõe as mulheres o que a sociedade espera delas. Os aparatos estruturais do patriarcado contribuíram para a condenação, opressão e muitas vezes interrupção desses corpos (Chagas, 2022.).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) as mulheres são grupo mais suscetível de desenvolver transtornos como a depressão e a ansiedade se comparado aos homens<sup>36</sup>. Alguns transtornos inclusive carregam estereótipos femininos (Chagas, 2022) uma vez que as mulheres são diagnosticadas a partir de como a sociedade as enxergam e moldam os seus comportamentos. As vozes foram silenciadas à medida que o discurso psiquiátrico ia sendo propagado por homens que definiam o que seria a saúde e a doença, razão e a loucura.

“O discurso do sujeito em sofrimento passou a ser traduzido em termos de presença/ ausência de sintomas (identificados pelo especialista), tais como os descritos nos manuais, caracterizados por lógica binária” (Zanello, Macedo e Romero, 2011 *apud* Zanello, 2018 p. 19). Nesse sentido, a loucura nas mulheres estava relacionada com a sua condição biológica.

<sup>35</sup> ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Editora Appris, 2020.

<sup>36</sup> Transtornos mentais. Organização Pan-americana de saúde (OPAS). Disponível: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais> Acesso em 8 de setembro de 2023



Isso porque, a menstruação, o parto, o puerpério eram considerados fatores que impulsionavam a iminência e instabilidade da personalidade feminina abrindo caminhos para futuros desvios de conduta.

Além do mais, a repressão sexual exercida sob as mulheres era realizada de forma mais severa se comparado aos homens os quais a condição de loucura estava ligada ao papel que este deveria desempenhar na sociedade da época. Logo, os homens que apresentassem algum traço de sensibilidade ou até mesmo de “feminilidade” eram vistos como um retrato do fracasso uma vez que não haviam conseguido se enquadrar no modelo traçado pela sociedade.

dessa forma, o conceito de loucura feminina foi diagnosticado e incorporado na sociedade através dos saberes que caracteriza o que era normal ou não. A maneira de justificar os sintomas da loucura era explicitamente o corpo feminino e seus movimentos biológicos, que eram desconhecidos, mas julgava-se saber o suficiente para transformar mulheres e pessoas indesejadas na sociedade em loucas (Tavares, Rodrigues, Ledovisvisk. 2018, p. 99)

Por conseguinte, os indivíduos precisavam apresentar um certo tipo ou quantidade de sintomas para que possa identificar um determinado transtorno. O choro por exemplo é um sintoma clássico que faz presente nos prontuários de pacientes/ usuários acometidos pela depressão. Entretanto, tais sintomas muitas vezes entram em conflito quando pensamos nos valores e ideais de gênero nos quais o indivíduo se constituiu.

Isso porque, o choro como expressão social muitas vezes é reprimido nos homens ao passo que é incentivado nas mulheres, fazendo parte da “natureza feminina”. Assim, “seria possível que índices epidemiológicos desse transtorno sejam mundialmente bem maiores em mulheres?”<sup>37</sup> (Zanello, 2018, p.20).

o parâmetro utilizado geralmente pelos médicos (e profissionais de saúde) seriam os mesmos para homens e mulheres? É esse parâmetro, invisível, acrítico profundamente gendrado, que precisa ser questionado, refletido, problematizado; pois ele é a “ponte” entre os manuais de classificação o efeito diagnóstico e qualquer possibilidade de tratamento a vir ser oferecida (Zanello, 2018, p.21).

Nesse sentido, faz mister refletir os próprios ideais e valores de gênero que estão entorno do médico bem como dos profissionais de saúde responsáveis pelo diagnóstico.

---

<sup>37</sup> ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Editora Appris, 2020.

Uma vez que em saúde mental não convém interpretar o diagnóstico médico atribuído a outro indivíduo como um ato marcado puramente pela neutralidade, mas equivale pensar no julgamento moral que também é atribuído em alguns casos. Não é difícil encontrar nos prontuários expressões como “irritabilidade”, “agressividade”, “choro fácil”, “comportamentos libidinosos” entre outros.

Tais comportamentos entram em conflito quando se refletem no modelo criado acerca da “mulher ideal” dócil, recatada, silenciosa, afetuosa, materna e sexualmente contida. Ainda hoje as tecnologias de gênero (revistas, propagandas, músicas, mídias sociais) reforçam imagens e estereótipos criados em torno da mulher e da sua relação com o sofrimento psíquico.

mais do que nunca, a mulher sofre prescrições. Agora não mais do marido, do padre e do médico, mas do discurso jornalístico e publicitário(...) (É uma subordinação, diga-se pior que sofria antes, pois diretamente do passado quando quem mandava era o marido, hoje o algoz não tem rosto. É a mídia. São os cartazes de rua. O bombardeio de imagens na televisão (Del Priore, 2000, p.15 *apud* Zanello, 2020. P. 85).

Refletindo acerca do dispositivo amoroso, as ditas tecnologias de gênero induzem determinados comportamentos a serem adotados pelas mulheres para que estas possam ser o objeto escolhido na “prateleira do amor”<sup>38</sup> Nessa perspectiva, convém salientar, os padrões de beleza que são impostos as mulheres, o corpo magro, branco e sexualmente desejável foi estabelecido como ideal a ser alcançado. Assim, esse ideal passou a ser perseguido como um dever social que estas mulheres deveriam cumprir com o objetivo de se tornarem legitimadas e escolhidas.

A busca para alcançar os padrões de beleza se tornou cada vez mais comum entre as mulheres de classe média alta como também de classe média baixa, isso foi possível em virtude de um processo que permitiu a facilitação do pagamento de uma série de procedimento vinculados a estética através dos “famigerados” parcelamentos, possibilitando que aquela parcela da população tida antes como excluída passasse a ter acesso esses bens de consumo. Fato que, dialoga com a perspectiva defendida pela historiadora Mary Del Priore a qual destaca que a beleza deixou de ser um fator meramente estético e passou ser um dever ético o qual elas deveriam cumprir.

---

<sup>38</sup> ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Editora Appris, 2020.

os possíveis efeitos destes prejuízos, tratam-se esferas que afetam não apenas a aparência das mulheres, mas a sua saúde mental. A insatisfação corporal, resultado da exposição aos padrões de beleza, leva as mulheres a tomar medidas drásticas, e muitas vezes desnecessárias. Na busca pelo corpo ideal-magro, deixa-se levar em consideração o fator saúde, e leva-se em consideração o fator beleza (Concecio, Silva, 2022, p.18).

Logo, é possível identificar isso quando analisamos o número de procedimentos cirúrgicos ligados a estética corporal realizados no Brasil na última década. De acordo com uma reportagem divulgada pelo G1 em 2020 o Brasil ocupou a segunda posição no ranking de cirurgias plásticas chegando em 2021 a ocupar o primeiro lugar, passando países como Estados Unidos e México. Os procedimentos mais procurados foram: lipoaspiração, aumento de mama, cirurgia de pálpebra, abdominoplastia, lifting de mama e rinoplastia<sup>39</sup>.

Essa supervalorização do corpo acarreta consequências severas a saúde mental das mulheres. Isso porque, na tentativa de se encaixar no molde traçado pela sociedade sexista, machista e patriarcal essas mulheres acabam passando por um processo de perda de identidade, o eu, se subjetiva, para ser visto e aceito pelo outro, e esse outro no caso, seriam os homens os quais avaliam, julgam e escolhem a “mulher ideal”. “Em nossa cultura, os homens aprendem a amar muitas coisas e as mulheres aprendem a amar, sobretudo e principalmente, os homens”. (Zanello, 2020 p.83).

A exemplo disso, percebe-se a existência de uma variedade de músicas que estão no mercado as quais evidenciam em suas letras comportamentos considerados doentios como a bipolaridade, naturalizados na música na performance de uma mulher louca.

Eu sei que na minha confusão, eu te confundo  
E, na pressão de errar, eu erro em tudo  
Sentimentalmente eu sou a pessoa mais bipolar  
Do mundo. Cê tá autorizado a ignorar meus surtos.

Ao escutar a música “Surtos” interpretada pela dupla feminina de maior sucesso da atualidade (Maiara e Maraisa) hodiernamente, consideradas a representação da “voz da mulher brasileira” no mercado da música sertaneja, pude perceber como as ditas tecnologias de gênero atuam na consolidação da imagem de fragilidade da personalidade feminina e sua subordinação em relação ao homem. Uma vez que, todas as vezes que mulheres adotam

---

<sup>39</sup> Garcia, Márcia. Mamas, rinoplastia e lipo: Brasil está entre países que mais fazem cirurgias plásticas. G1, 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2022/07/03/mamas-rinoplastia-e-lipo-brasil-esta-entre-paises-que-mais-fazem-cirurgias-plasticas-veja-lista-e-ranking.ghtml#:~:text=O%20Brasil%20voltou%20a%20ser,s%C3%B3%20para%20os%20Estados%20Unidos>. Acesso em: 30 de setembro de 2023.

comportamentos que não condizem com os ditames do modelo de “mulher ideal” ela é considerada uma “surtada” e porque não dizer louca.

Afinal, aquelas que não se enquadravam no dito modelo ideal do ser mulher, são vistas como solitárias, tristes, encalhadas, fracassadas entre tantos outros adjetivos que denotam aspectos negativos acerca dessa mulher. Dessa forma, para além do dispositivo amoroso, convém ressaltarmos, o dispositivo da maternidade empregado as mulheres como um dos requisitos para serem consideradas “bem-sucedidas”.

a vivência da maternidade muitas vezes é vista como algo naturalizado, um fato corriqueiro que se dá de acordo com um instinto pré-programado, iniciando com a concepção e finalizando com a feliz experiência de interação do par mãe/ bebê. Entretanto, desde que estamos imersos no mundo da linguagem, esta experiência está longe de ser algo da ordem do natural. Nota-se que a experiência de ser mãe não é reproduzível, não segue parâmetros instintivos, nem sempre acontece de forma alegre, nem sempre acontece de forma sofrida, nem sempre ela acontece; mas irá se apresentar de forma única para cada sujeito (Aguilar, Silveira, Dourado, 2011, p. 623.).

Visto que, assim como o dispositivo amoroso e os padrões de beleza a maternidade e os papéis a ela atribuídos também fizeram parte do que entende como construção social. Sentimentos e obrigações foram sendo rotulados a medida que novas exigências iam surgindo e transformando as relações sociais. Gradativamente, a ideia de amor foi sendo associada a da maternidade da mesma forma, a mulher foi tendo sua imagem transformada passando de sedutora e perigosa para boa e disponível para cuidar.

A maternidade passou a ser cada vez mais sacralizada, a figura das mães de família foram ganhando aspectos místicos de mulheres “santas” as quais deveriam adotar determinados comportamentos para evitar que fossem confundidas com as mulheres de postura extravagante. Assim, as ditas mães de famílias deveriam se atentar ao vestir, falar olhar de preferência sempre para baixo. A partir de então, as mães que não nutriam tais sentimentos e dedicação pela maternidade eram vistas como verdadeiras “aberrações”.<sup>40</sup>

Diante do exposto, não é bem vista aquela que por algum motivo nega-se a viver dentro da bolha do ideal da “mulher perfeita”, a mãe devotada, a esposa submissa. Não é difícil encontrar nas instituições de saúde mental casos de mulheres que se rebelaram de certa forma a essas normativas impostas pela sociedade. “A “loucura” poderia aqui ser

---

<sup>40</sup> ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Editora Appris, 2020.

compreendida como uma comunicação desesperada de falta de poder, interpretada sob um prisma gendrado/moral acrítico”. (Zanello, 2020, p.21).

Logo, após tantas perspectivas que permeiam a saúde mental das mulheres convém agora dialogarmos com a história das usuárias do Centro de Atenção Psicossocial. (CAPS III) pensar a forma como são descritas, tentar identificar traços das suas subjetividades bem como o contexto nas quais estão inseridas.

### 3.3. AS USUÁRIAS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Triste, louca ou má  
Será qualificada ela  
Quem recusar  
Seguir receita tal.  
A receita cultural,  
Do marido, da família  
Cuida, cuida da rotina...

Há três atrás anos quando decidi que iria me dedicar a pesquisar a história da loucura pensando em uma perspectiva de gênero sobretudo pensando em analisar a história de vida das mulheres que estavam em sofrimento psíquico, me deparei com a canção de Francisco El Hombre “Triste, louca ou má” a qual inicialmente daria título a essa pesquisa, ao ouvi-la fui atravessada pela profunda crítica que o artista faz acerca de como enxergamos e qualificamos as mulheres e aqui em especial aquelas acometidas pelo sofrimento psíquico e pelos inúmeros estigmas sociais.

Sendo assim, nos debruçaremos neste tópico a conhecer aspectos da história de algumas das usuárias do Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha”. Para isso, convém mencionar que devido a sensibilidade de tais fontes e visando respeitar as questões éticas que permeiam os usos dos prontuários médicos como fonte para inúmeras pesquisas serão atribuídas as usuárias pseudônimas (nomes fictícios) com intuito de preservar a identidade de cada uma.

As histórias aqui apresentadas têm o objetivo de nos proporcionar uma reflexão acerca não só do estado clínico dessas mulheres, mas do contexto em que elas estavam inseridas, suas vivências e a forma como tais questões podem ter influenciado o surgimento de determinados transtornos. Assim, a partir da história de vida dessas usuárias podemos

estabelecer um diálogo com todas as outras problemáticas apresentadas no decorrer desta pesquisa a exemplo do preconceito que reforça quadros de exclusão.

## CLARÍCE

A usuária é acompanhada pelo CAPS desde que tinha 3 (três) anos de idade quando recebia atendimento do CAPS I (voltado para o público infanto-juvenil com intenso sofrimento psíquico)<sup>41</sup> chegou à instituição acompanhada pela sua mãe, possuindo em seu histórico inúmeras tentativas de suicídio chegando a tentar tirar a própria vida cerca de 7 vezes em um único dia sendo impedida.

Diagnosticada, a priori, com esquizofrenia (F20) e psicose não-orgânica do tipo não especializada (F29) no ano de 2017 a usuária dá entrada pela primeira vez no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) sob o acompanhamento do CAPS I em virtude da mesma possuir apenas 15 anos de idade. Nessa ocasião, Clarice passou 24 horas internada devido as diversas tentativas de suicídio, apresentava-se agressiva e agitada como mencionado no relatório produzido pela assistência social. Percebemos que no relatório não existe a relação entre o estado psicológico de Clarice e sua vivência enquanto mulher. Quais elementos de sua existência enquanto mulher não poderiam estar relacionados com os sentimentos pelos quais afligiam a sua condição? Logo em seguida, temos uma constatação disso.

A mãe da usuária demonstra certa preocupação ao temer que a filha pudesse está grávida apontando que a mesma mantinha relacionamentos com homens os quais conhecia pela internet. Clarice foi encaminhada ao hospital da cidade para realizar o exame de BHCG onde foi confirmado a gravidez. Dessa maneira, estamos diante de um quadro de uma gravidez não planejada de uma adolescente que se encontrava em intenso sofrimento psíquico. O que nos faz questionar até que ponto Clarice não foi vítima das relações de gênero, na qual a heteronormatividade compulsória a guiaram.

A relação de Clarice com a maternidade é marcada por altos e baixos. Nos registros encontrados em seu prontuário no ano de 2017 consta que:

a usuária retornou ao serviço com comportamento manipulador e conversas desconexas, calma e muito empolgada com a maternidade (...) apresentando, portanto, um comportamento inconsequente mediante a circunstância que está vivendo foi orientado e trabalhado os aspectos negativos da situação.

---

<sup>41</sup> Secretária de Saúde do Distrito Federal. CAPS I é voltado para o público infanto-juvenil com intenso sofrimento mental, 2021. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/capsi-e-voltado-para-publico-infanto-juvenil-com-intenso-sofrimento-mental> Acesso em: 11 de outubro de 2023.

Empolgada com a maternidade é o que aparece no relatório. Quais os discursos que Clarice possivelmente tinha acesso sobre o maternar? Seriam os mesmo que romantizam a maternidade? Após esse momento, Clarice retornou aos cuidados do CAPS I voltando ao CAPS III no ano de 2019 quando foi orientada permanecer em tratamento semi-intensivo sendo sugerido sua frequência na instituição duas vezes na semana para realizar as atividades que são oferecidas aos usuários. Entretanto, as atividades foram interrompidas em virtude da eclosão da pandemia de COVID-19, permanecendo assim visitas domiciliares realizadas pela equipe do CAPS III.

Nesse período, a usuária entrou em contato com a instituição relatando que estava passando por problemas familiares devido a ocorrência de conflitos entre ela a mãe e a irmã. Além do mais, recusava-se a tomar a medicação prescrita de forma correta ao afirmar que não era “doida” e não voltaria a frequentar a instituição, pois sentia vergonha. Clarice, passou por outras internações na instituição recebeu também várias visitas da equipe em sua residência. Percebemos aqui que a própria Clarice absorve o discurso de vergonha ao se assumir doente mental, o relatório também não enfatiza os cuidados e acompanhamento que seriam necessários pela experiência da maternidade. Mesmo que as visitas tenham sido realizadas não menciona se relacionaram esse difícil momento na vida da mesma.

A mãe de Clarice solicitou atendimento psicológico para a neta. Segundo ela, a criança vinha apresentando certas alterações no comportamento devido presenciar episódios em que a mãe estava em sofrimento psíquico. Inicialmente, Clarice mostrou-se resistente ao pedido da mãe conquanto, logo após a intervenção da equipe técnica ela cedeu e autorizou a sua genitora levar a criança para o atendimento médico que já estava agendado. Em uma dessas visitas datada de setembro de 2022 a usuária relata que:

(...) não estava suportando viver com a família, incluindo a rejeição contra a sua filha, com desejos homicidas. O nascimento indesejado da filha tornou-se “empecilho” para viver da forma como gostaria, não conseguindo nutrir nenhum sentimento materno, qualquer vínculo afetivo.

Além do mais, são registrados no relatório elaborado pela equipe de assistência social a evidencia de comportamentos autolesivos, ou seja, automutilações. Quando questionada pela equipe a usuária afirmou que “fez porque quis, não estava em sofrimento e não sentia dor com a prática.” No decorrer do tratamento Clarice foi diagnosticada com transtorno de personalidade com instabilidade emocional (F60.3). Todos esses sintomas, associados a

rejeição para com a filha e todas as outras experiências fortemente vivenciadas pela sua percepção de gênero não foram consideradas ao pensar a paciente.

Tudo foi analisado a partir de sintomas, como a instabilidade nos relacionamentos interpessoais, distúrbio acentuado e constante no que diz respeito a autoimagem, instabilidade afetiva, ideação suicida entre outros. Atualmente, Clarice mora sozinha em virtude dos constantes desentendimentos com a sua família, a filha não a reconhece como mãe<sup>42</sup>. Aqui, não nos convém atribuir um olhar de julgamento para a história Clarice.

A maternidade é exaustiva, vivenciada de forma solo (isso porque não foi mencionado a partilha da criação da criança com o pai ou com algum membro da família paterna) ela se torna ainda mais cansativa bem como se constitui como um fator que corrobora com o agravamento do estado clínico do usuário que se encontra em sofrimento psíquico. Mas, esta condição, assim como, o abandonado escolar e a vergonha de ser perceber enquanto doente mental não fora efetivamente trabalhadas.

Desse modo, percebe-se a importância de as instituições voltadas para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico estabelecerem contato com outras instituições de saúde, a exemplo do Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de promover uma rede de apoio ao usuário visando estabelecer meios para a realização do planejamento familiar dando ao usuário uma maior autonomia.

## **HELENA**

A história de Helena se passa em contexto marcado pela violência doméstica mais especificamente os maus-tratos infantil os quais reverberaram nas suas vivências e relações cotidianas.

a usuária compareceu a unidade acompanhada com a mãe, SIC-relata que quando era criança era agredida pelos pais, escondia-se, ficava com fome e sede, até retornar a casa. Nesse momento, os pais a tratavam bem e ficavam alegres com a sua chegada. A adolescência foi tranquila, morava com uma irmã na cidade, os pais foram morar no sítio.

Diagnosticada com transtorno bipolar não especificado (F31.9) Helena, possui um prontuário complexo e denso onde se registra inúmeras passagens de internações psiquiátricas

---

<sup>42</sup> Todas as informações aqui apresentadas foram retiradas do prontuário médico da referida usuária após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) associado a autorização da instituição onde a pesquisa foi realizada, neste caso, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) “Tozinho Gadelha”.



entre o complexo Juliano Moreira e o Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha” (CAPS III) casou-se aos 19 (dezenove) anos de idade, seu esposo era usuário de drogas e em vez outra acabava sendo preso pela polícia. Nesses momentos, relata-se que a usuária sofria bastante ao ficar com os dois filhos (frutos dessa relação) entre a casa da mãe e a casa da sogra onde relata ter passado por muitas humilhações.

Ao analisar a primeira folha do prontuário de Helena datado do ano de 2016 mostrava que a mesma recusava fazer o uso de qualquer medicação, foi registrado ainda que mesmo durante o momento de crise ela mantinha sua orientação auto psíquica preservada, ou seja, sabia nome, a idade e a filiação. Seus pensamentos foram descritos como delírios, seu humor informado como disfônico, alucinações do tipo auditivas. Assim, fui perpassando as inúmeras páginas a fim conhecer aspectos da vida dessa mulher caracterizada nos momentos de crise como violenta e agressiva.

realizada a visita domiciliar com objetivo de avaliação psicossocial, a usuária nos recebeu com hostilidade e de acordo com os seus pais e irmã ela está bastante agressiva, recusando fazer o uso da medicação trazendo vários problemas para ela e os seus familiares.

A postura resistente de Helena ao tratamento é vista pelos profissionais que atuam no CAPS como dificultosa para a estabilização do seu quadro clínico. Segundo o relatório elaborado pela equipe de assistência social apenas durante os dias que Helena permanece internada é que o seu estado clínico apresenta certa estabilidade. Conquanto, a equipe do CAPS III afirma que apesar dos períodos de internação promover a estabilidade do quadro o ideal não seria prolongar o tempo de internação uma vez que a função da instituição é promover a reinserção social do usuário. Reconhecemos as dificuldades do CAPS III, mas a reinserção social se dá muitas vezes, de forma precária e desarticulada com outros setores sociais.

Assim, o mais indicado seria o aumento do monitoramento da medicação associado aos cuidados familiares. Todavia, as relações de Helena com sua família são bastante conflituosas, seus pais idosos apontavam que não possuíam mais condições de cuidar da filha, contando assim apenas com a ajuda de uma irmã. Em seu prontuário é possível identificar alguns dias de internação compulsória ou de prolongamento de internação solicitada pela família da mesma. “Usuária calma, apática relata que sua família não teve carinho ou qualquer afeto por ela, (...) diz que irá fugir na primeira oportunidade.”

Em uma das tantas visitas realizadas pela equipe multiprofissional do CAPS foi relatado que a usuária vivia sozinha em uma casa sem móveis com apenas duas peças de roupa alegando abandono por parte dos familiares. Seus familiares buscaram auxílio do poder público para construir um cômodo nos fundos da casa da família para que Helena pudesse lá morar. Após a construção do cômodo em fevereiro de 2023 a equipe realiza uma nova visita onde constata que:

(...) encontramos a usuária calma e orientada, sem nenhuma resistência a nossa abordagem. Porém, está morando em um quatinho em condições insalubre com o vaso sanitário e um chuveiro dentro do quarto sem nenhuma divisória, o vaso sanitário nem tampa tem. Uma irmã mora na casa ao lado, porém tem uma porta e uma grade impedindo o acesso da usuária a casa.

Na maioria dos casos a exclusão é uma realidade para aqueles estão em sofrimento psíquico. Infelizmente, ela acessa todos os níveis da vida do indivíduo desde o mercado de trabalho até o convívio familiar. A história de Helena soma-se a tantas outras na qual o indivíduo é tratado como um estorvo pela família em virtude de muitos fatores entre eles a ausência de preparo para lidar corretamente com a pessoa que se encontra em sofrimento psíquico.

tais representações reforçam que o doente mental precisa ser afastado da sociedade e mantido sob o cuidado de quem sabe cuidar e tem responsabilidade, “os especialistas” e a família retirando do doente a sua capacidade de se cuidar e exercer a sua cidadania. Essas representações criam uma lógica que seria cuidar/proteger/ tratar/ hospitalizar, o que termina por sustentar o sistema asilar e tutela do doente mental (Marciel, et al, 2008, p. 118).

No prontuário de Helena foi encontrado além das inúmeras fotografias que sequenciavam episódios de crise da usuária relatos em que a mesma apontava o desejo que a sua família possuía em interná-la de forma permanente em uma clínica psiquiátrica. Um dos últimos registros acerca do seu atendimento no centro de atenção psicossocial (CAPS III) “Tozinho Gadelha” foi datado de fevereiro de 2023. Atualmente, Helena encontra-se internada em uma clínica psiquiátrica localizada no vizinho estado do Ceará como era do desejo da família<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup>Todas as informações aqui apresentadas foram retiradas do prontuário médico da referida usuária após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) associado a autorização da instituição onde a pesquisa foi realizada, neste caso, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) “Tozinho Gadelha”

Logo, é possível constatar que apesar dos avanços e benesses que a Reforma Psiquiátrica proporcionou quanto ao atendimento, tratamento e ressocialização da pessoa que enfrenta o sofrimento psíquico muito ainda precisa ser feito como o trabalho de orientação voltado para as famílias com o objetivo de ajudá-las a consolidar o processo de ressocialização a priori dentro do ambiente familiar.

Isso porque, como acompanhamos através das histórias apresentadas anteriormente as famílias quando não compreendem a importância do processo de ressocialização são as primeiras a propagar a exclusão desse indivíduo por meio do isolamento deste para com os seus pares.

a loucura tem o poder de questionar códigos, de provocar uma determinada “razão”, de promover uma reinvenção. Se ainda não sabemos viver sem um território que tem por base uma ideia de racionalidade não significa que não tenhamos a chance de viver de forma diferente e intensa (Santos, 2019, p.77).

Aqui, não temos a pretensão de apresentar um desfecho para as histórias de vida dessas mulheres até porque elas dentro de suas múltiplas realidades ainda estão escrevendo as páginas desse livro. Assim, desejo que Clarice, Helena e tantas outras mulheres marcadas pelas dores do sofrimento psíquico possam ter autonomia, liberdade e dignidade para escrever e reinventar as suas histórias sem perder de vista a sua subjetividade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o caminho percorrido convém a nós apontar que não é e não será fácil para um pesquisador das ciências humanas adentrar em uma pesquisa cuja a fonte primária são prontuários médicos. Muitos foram os questionamentos e as inseguranças em torno de como proceder ou qual a melhor estratégia poderia ser definida para analisar tais fontes.

Nas primeiras idas ao Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha” fui questionada sobre o por que uma estudante de um curso de licenciatura decidiu pesquisar uma temática voltada para área de saúde mental já que o fato que seria mais comum entre estudantes de psicologia ou de outros cursos ligados à área da saúde. Dentro da própria universidade eu recebi tais indagações em alguns momentos eu sabia o que responder, entretanto em outros eu silenciava, e buscava refletir de maneira mais profunda o propósito de tal pesquisa.

Nesse sentido, após cursar a cadeira de projeto IV com a professora Dra. Lucinete Fortunato senti que a pesquisa daria certo fato que veio a ser confirmado quando participei de um minicurso ministrado pela professora Ms. Larissa Beserra voltado para a história da saúde mental. Assim, as somas de tantos fatores colaboraram para que eu tivesse forças para continuar acreditando que a história dessas mulheres ainda que através dos retalhos fornecidos pelos prontuários precisavam ser conhecidas.

Faz-se necessário fazer com que a história de homens e mulheres muitas vezes excluídos do convívio social marcados pela dor do isolamento causado pelo sofrimento psíquico pudesse ser transformada em produção historiográfica.

Desse modo, no primeiro capítulo buscamos ainda que de maneira geral discutir a trajetória das instituições psiquiátricas e da Reforma Psiquiátrica no Brasil visando compreender os reflexos de tal movimento no estado da Paraíba e assim estabelecer uma ponte entre o contexto apresentado e a implementação do Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha” em Sousa, Paraíba e suas relações de poderes. Aqui, compreendemos que a luta antimanicomial e o processo de reforma psiquiátrica que corroborou com o que chamamos de desinstitucionalização da loucura ocorre diariamente dentro de cada instituição e de cada sujeito.

A desconstrução é cotidiana, pois muito ainda se cultiva das antigas práticas que impunham ao portador de transtornos psíquicos o isolamento e as mulheres a condição “natural” da loucura. Entretanto, acredito que seja importante apontar o fato de que muito

ainda precisa ser falado quando pensamos nos serviços vinculados a saúde mental e a história das mulheres. Os prontuários apesar de serem considerados muitas vezes fontes sem muitas informações quando o intuito é buscar traços da subjetividade de um sujeito também é visto como uma fonte de um enorme potencial a depender da perspectiva de cada pesquisador.

Assim, em um segundo momento nos propusemos a realizar uma análise sociodemográfica das usuárias o intuito era investigar o perfil das mulheres que procuravam e frequentavam a instituição. Nesse momento, os resultados mostraram que o público que busca e recebe os serviços oferecidos pelo CAPS III de Sousa faz parte da parcela da população que se encontra em vulnerabilidade social. Dialogando com o contexto nacional o qual aponta que a maioria da população que se utiliza dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) estão em situação de pobreza<sup>44</sup>.

Por fim, em um terceiro momento visamos dialogar com a doença mental por meio de uma perspectiva de gênero para assim entendermos como as ditas tecnologias de gênero influenciam na manutenção de certos posicionamentos os quais defendem a ideia de mulheres seriam mais suscetíveis ao desenvolvendo de transtornos mentais uma vez que esse público é o que mais busca atendimentos em instituições voltadas ao cuidado com a saúde mental.

Portanto, buscamos discutir tais questões procurando respostas nas relações de gênero as quais nos apontaram que esse expressivo número de mulheres com transtornos psiquiátricos poderiam ser melhor explicados caso levassem em consideração o contexto em que essas mulheres estão inseridas.

por outro lado, nossa cultura ainda apregoa amplamente concepções domésticas de feminilidade, amarras ideológicas para uma divisão sexual de trabalho rigorosamente dualista, com a mulher como a principal nutridora emocional e física as regras dessa construção de feminilidade ( e falo aqui numa linguagem tanto simbólica quanto literal) exigem que as mulheres aprendam como alimentar outras pessoas não a si próprias, e que considerem como voraz e excessivo qualquer de auto-alimentação e cuidado consigo mesmas. Assim, exige das mulheres que desenvolvam economia emocional totalmente voltada para os outros (Zanello, 2020, p.156).

Ou seja, os lugares que marcam ausência de empoderamento estão diretamente vinculados com o adoecimento psíquico uma vez que as mulheres se perdem da sua subjetividade própria para se enquadrarem no padrão imposto pela sociedade que em sua maioria é marcada pela lógica patriarcal. Nessa perspectiva, quando apresentamos aspectos,

---

<sup>44</sup> Paula, Patrícia de. Biblioteca Virtual em Saúde, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsm.saude.gov.br/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia/> 13 de outubro de 2023.

retalhos ou partes das histórias de Clarice e Helena tínhamos um objeto de compreendermos ainda que de forma sucinta o contexto em que essas mulheres estavam inseridas na tentativa de dar uma maior visibilidade a essas mulheres.

Diante exposto, desejamos que cada história seja vista, entendida e respeitada de acordo com a singularidade que cada uma possui. Ademais, que luta contra a cultura manicomial continue viva dentro de cada serviço substantivo, a exemplo do Centro de Atenção Psicossocial “Tozinho Gadelha” e toda sua equipe a qual todos os dias trava uma luta constante em busca de proporcionar um atendimento digno e humanizado para os seus usuários.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Denise Tomaz; SILVEIRA, Lia Carneiro; DOURADO, Sandra Mara Nunes. A Mãe em Sofrimento Psíquico: objeto da Ciência ou sujeito da clínica? **Escola Ana Nery**, v.15, p.622-628. 2011.

ALBERTI, Verena. *Narrativas na História Oral*, 2003.

ALMEIDA, Flávio Aparecido de; CESAR, Adeilton Tavares. As residências terapêuticas e as políticas públicas em Saúde Mental. **IGT na Rede**, v.13, n 24, p.105-114, 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-2526201600010000](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-2526201600010000). Acesso em 06 set, 2023.

AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Scielo- Editora Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo Uma Instituição de Loucos, Doentes e Sãos *in* Amarante, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**, Rio de Janeiro, 2007, Fiocruz, p.21-36.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, Rodrigo Oliveira. Aos Loucos, o hospício. **Revista Fapesp**, ed. 263, 2018. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/aos-loucos-o-hospicio/> acesso em 20 de maio de 2023.

BERTOLI, Cláudio Filho. Os Prontuários Médicos e a Memória da Saúde. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**. n.38, p.12-15, 2005.

BERTOLINI, Jeferson. O Conceito de Biopolítica em Foucault: Apontamentos bibliográficos. **Rev. Missioneira.**, v. 21, p.75-91, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 366 de fevereiro de 2022**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à 106 Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004/** Secretaria.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção Psicossociais (CAPS)**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção**

**Psicossocial e Unidades de Acolhimento:** Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília, 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf) . Acesso em 06 set. 2023.

CHAGAS, Laisla Dantas. Patologizando a mulher: o corpo que abriga a loucura. Mandala, 2022. Disponível em: <https://www.mandalalunar.com.br/autoconhecimento/patologizando-a-mulher-o-corpo-que-abriga-a-loucura/>.

CONCECIO, Jucimara Murici; Silva Laurena de Almeida. **Os Padrões de Beleza e o Impacto Na Saúde Mental Nas Mulheres da Atualidade: Um Estudo com Discentes de Psicologia.** Monografia (Bacharelado em Psicologia) - Centro Universitário Vale do Cariré, São Mateus, 2022.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. Loucura, Gênero Feminino: As Mulheres do Juquery na São Paulo do Início do Século XX. **Rev. Brasil de História.** UNICAMP. V.9 n°18. p. 121-144.

DINIZ, Francisco Romulo Alves; OLIVEIRA, Almeida Alves de. Foucault: Do poder Disciplinar ao Biopoder. **Rev. Scientia.** V:2, p.143-157, novembro de 2013/ janeiro de 2014.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica,** São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **A Ordem e Discurso.** Edições Loyola, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** 8.ed, Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da Clínica.** 2. ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1980.

FOUCAULT, Michel. O Nascimento da Medicina Social. *In:* FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica,** Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1977. p. 79-95.

FREITAS, Bismarck Liandro. A Evolução da Saúde Mental no Brasil: Reinserção Social. **Revista Científica.** v. 01, p. 1-15, 2018.

FURTADO, Rafael Nogueira; CAMILO, Juliana Aparecida de Oliveira. O Conceito de Biopoder no Pensamento de Michel Foucault. **Rev. Subjetividades.** V: 16e 2359-0777, p. 34-44, 2016.

GADELHA, Julieta Pordeus. **Antes que ninguém conte.** Sousa: A União, 1986.

GARCIA, Márcia. Mamas, rinoplastia e lipo: Brasil está entre países que mais fazem cirurgias plásticas. G1, 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2022/07/03/mamas-rinoplastia-e-lipo-brasil-esta-entre-paises-que-mais-fazem-cirurgias-plasticas-veja-lista-e->



ranking.ghtml#:~:text=O%20Brasil%20voltou%20a%20ser,s%C3%B3%20para%20os%20Estados%20Unidos Acesso em: 30 de setembro de 2023

GONÇALVES, Monique Siqueira de; EDLER, F. C. Os Caminhos da Loucura na Corte no Imperial: Um Embate Historiográfico Acerca do Funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. **Revista Latinoan. Psicopat.** v.12 p. 393-409, 2009.

GOULART, Maria Stella Brandão. As raízes italianas do movimento antimanicomial. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 2007.

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA. Relatório do Monitoramento dos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Paraíba em 2018.2, João Pessoa, 2020.

GUARRIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre os discursos psiquiátricos e seus efeitos na educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan/ abr,.2007.

HIRDES, Alice. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v: 14, p. 297-304, 2009.

IBGE. População. População no último censo. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/sousa>. Acesso em 05 de setembro de 2023

IBGE. «Brasil / Paraíba / Sousa» Acesso realizado em: 05 de setembro de 2023.

LARA, Angela Mara de Barros; MOLINA, Adão Aparecido. Pesquisa Qualitativa: apontamentos, conceitos e tipologias. In César de Alencar Arnaut de Toledo; Maria Teresa Claro Gonzaga (org). **Metodologias de Jovens nas Áreas das Ciências Humanas**. Maringá: EEduem, v.1, p. 121-172, 2011.

LEI Nº13.146 de julho de 2015. Institui a lei brasileira de inclusão a pessoa com deficiência.(Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, 2015.

LOPES, Maria Helena Itaquí. Pesquisa em Hospitais Psiquiátricos. Porto Alegre, 2001. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/psiqpes.htm>. Acesso em 02 de junho de 2023.

LUPION, Márcia Regina de Oliveira. O percurso das sensibilidades, **VIII Congresso Internacional de História** p. 2535-254, 2017. Disponível em: <http://www.cih.uem.br/anais/2017/trabalhos/3476.pdf>. Acesso em: 20 de setembro de 2023

MACIEL, Silvana Carneiro, et. al. A exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **Psico.USF**, v.13, n.1, p.115-124, 2008.

MALUF, Sônia Weidner, et al. Por dentro do Hospital Colônia Santana: uma leitura etnográfica de prontuários psiquiátricos de mulheres internas nas décadas de 1940 e 1950. **Anuário Antropológico**, v.45, n.2, p.54-75 2020. Disponível em: <https://journals.openedition.org/aa/5799>. Acesso em: 15 de agosto de 2023.

DE HOLANDA, M. Júlia B. MANNONI, Manud. Educação impossível. Rio de Janeiro: Francisco Alves ,1988. **Educação Por Escrito**, v.4, n. 2, p.204-215, 2013.

MASSAD, Eduardo; MARÍN, Heimar de Fátima; AZEVEDO NETO, Raimundo Soares de. **O Prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico** *in: O Prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico*, 2003.

MÉDICO, PRONTUÁRIO; PACIENTE, D.O. guia para uso prático. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. Brasília: DF, v.2002, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A Organização Mundial em Saúde Divulga nova Classificação Internacional de Doenças. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/organizacao-mundial-da-saude-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas>. Acesso em: 02 de outubro de 2023.

MOREIRA, Stephanie M. C; MOREIRA, Luciana de. A construção de um novo lugar social para a loucura: reflexões sobre o reuso de uma instituição psiquiátrica em Natal-RN. v.9, p. 1-12, 2019.

MOURA, Ferreira Rejane, et al. Planejamento Familiar das Mulheres com Transtorno Mental: O que os profissionais do CAPS têm a dizer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, p.935-946, 2012.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré. Saúde Mental e Mulheres: sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita. In: **Saúde mental e mulheres: sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita**. 2000. p. 151-151. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>. Acesso em: 22 de agosto de 2023.

(OPAS) Organização Pan-americana de saúde. Transtornos mentais. Disponível: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais> Acesso em: 8 de setembro de 2023.

PINHEIRO, Délio José Ferraz; SILVA, Maria Auxiliadora da. **Visões imaginárias da cidade da Bahia: um diálogo entre geografia e a literatura**. EDUFBA, 2004.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL). Pesquisa com Prontuários. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**, Brasília, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 10 de fevereiro de 2023.

RIBEIRO, Luiz Sérgio. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Rev.Psicologia, Ciência e Profissão**. V.3, p. 92-99, 2004.

SALLA, Fernando; BORGES, Viviane Trindade. Prontuários de instituições de Santos, Francisca Kanada Lustosa dos; Santos, Keurelene Campelo dos. Impacto da pandemia COVID-19 na vida das mulheres e a falha nas políticas públicas. **Revista Espaço Acadêmico**, nº 230, set/out, 2021.

SANTOS, Francisca Kanada Lustosa dos; Santos, Keurelene Campelo dos. Impacto da pandemia COVID-19 na vida das mulheres e a falha nas políticas públicas. **Revista Espaço Acadêmico**, n° 230, set/out, 2021.

SANTOS, Larissa Beserra dos. **As Faces da Loucura em Cajazeiras-PB: Entre o social e o sensível**. Monografia (Licenciatura em História) - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras, 2019.

SANTOS, Larissa Beserra. O Centro de Atenção Psicossocial de Cajazeiras (CAPS II): Inauguração, espaços e funcionamento. XIII **Encontro Estadual de História, ANPUH-PE**, p.1-17.

SECRETÁRIA DE SAÚDE do Distrito Federal. CAPS I é voltado para o público infanto-juvenil com intenso sofrimento mental, 2021. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/capsi-e-voltado-para-publico-infanto-juvenil-com-intenso-sofrimento-mental>

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Sousa-PB. **Plano de implementação e Implantação do Centro de Atenção Psicossocial CAPS III**, Sousa, 2002.

SILVA, Luisa Stella de Oliveira Coutinho. Evidências do cotidiano das mulheres na Paraíba colonial (1585-1630). **Portuguese Studies Review**, v. 22, n. 2, p. 39-62, 2014.

SILVA, Mayara Duarte. A Reforma Psiquiátrica em Campina Grande: Um debate contemporâneo. XIV **INIC. Encontro Latino Americano de Iniciação Científica**. P.1-4.

TAVEIRA, Adriana do Val Alves; RODRIGUES, Juliana; LEVANDOSKI, Daisa Maria. MULHER E A PSIQUIATRIA NO SÉCULO XIX. **Revista Faz Ciência**, v. 20, n. 31, p. 95-95.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Pinel eo nascimento do alienismo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 2, p. 540-560, 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812019000200012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000200012) . Acesso em: 22 de agosto de 2023.

VACARO, Juliana Suckow. **A Construção da Modernidade e da Loucura: Mulheres no Sanatório Pinel Pirituba (1929-1944)**. 2011. Dissertação(mestrado) – Departamento de História da faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

WADDI, Yonissa Marmitt. A Escrita Epistolar no Hospício: documento médico, documento histórico. **Rev. Latinoam Psicopat. Fund.** V:8, p. 137-149, 2005.

ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Editora Appris, 2020.

ZIZLER, Rosangela Lobo. Violações de direitos humanos na história da psiquiatria no Brasil. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 24, n. 5772, 21 abr. 2019. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/67093>. Acesso em: 5 ago. 2023.