

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA – IP  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA  
E CULTURA – PPG-PsiCC

**LOUCURA E PRECONCEITO NO CONTEXTO DA  
REFORMA PSIQUIÁTRICA:**  
Sujeito, Território e Políticas Públicas

RÚBIA CRISTINA RODRIGUES

Brasília – DF

2010

RÚBIA CRISTINA RODRIGUES

**LOUCURA E PRECONCEITO NO CONTEXTO DA  
REFORMA PSIQUIÁTRICA:  
Sujeito, Território e Políticas Públicas**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador: Dr. Ileno Izídio da Costa

Brasília - DF

2010

Rúbia Cristina Rodrigues

***Loucura e Preconceito no contexto da reforma psiquiátrica:  
Sujeito, território e políticas públicas***

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

---

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa – PsiCC/UnB  
(Presidente)

---

Profa. Dra. Débora Diniz – SER/IH/UnB  
(Membro Externo)

---

Profa. Dra. Júlia Sursis N. F. Bucher-Malüschke – PsiCC/UnB e UNIFOR  
(Membro Efetivo)

---

Profa. Dra. Maria Inês Gandolfo Conceição – PsiCC /UnB  
(Membro Suplente)

Brasília, 31 de agosto de 2010.

*À minha mãe Maria Zélia, com a saudade de sua presença e de seu sorriso!*

*Ao meu companheiro José Vanderlei pelo incentivo, carinho e admiração verdadeira.*

*Ao meu sobrinho Henrique, que corre e brinca ocupando a rua, do jeito que deve fazer as crianças, e poder ser criança.*

*Aos usuários de saúde mental, mundo de vidas cheias de história e afetos que nos ensinam a criar vínculos e amizades, e a querer uma sociedade menos medíocre e preconceituosa.*

## AGRADECIMENTOS

A toda a minha família pela torcida e compreensão das minhas ausências nas reuniões familiares, enquanto eu me dedicava a esta dissertação.

Ao meu orientador, professor Ileno Izídio, um militante de causas diversas, inclusive pela saúde mental, por ter me aceito como orientanda, e a quem admiro pela atuação acadêmica.

Ao Luiz Carlos, meu amigo, a quem torna possível que eu conheça o sentido e o sentimento profundo de amizade, sempre.

A Helizett Lima pelo incentivo e orientação inicial rumo ao mestrado no Instituto de Psicologia da UnB.

A Mônica Ribeiro Costa, ex-diretora da Rede Básica de Saúde da Secretaria de Goiânia, por ter me convidado para a sede da secretaria, como equipe da Coordenação de Saúde Mental, onde eu pude ter novas experiências profissionais, até que eu fosse buscar e criar *outro lugar* para continuar o trabalho na saúde mental.

Aos associados e aos colegas da Gerarte pela graça da convivência, sempre muito prazerosa, na construção diária de um projeto de trabalho.

À freira Vera Maria pela estadia tão acolhedora e acessível durante os meus dias em Brasília, e ao Sr. Juventivo pela condução, da porta da minha casa até a universidade e vice-versa. Ambos ajudaram a tornar tudo bem mais fácil para mim.

A Carlene Soares e Consuelo Guilardi sempre pelas trocas oportunas nos nossos encontros, e pelo apoio ao desenvolvimento da minha pesquisa.

Às amigas Tanimar Pereira e Andréia Gonzalez pela fundamental colaboração durante a pesquisa de campo, e pelo carinho e atenção.

Ao meu enteado Alen pela ajuda nas transcrições de fitas e mais fitas cacetes com gravações, preservando a ética e despertando interesse pelas histórias.

Aos professores com quem pude partilhar os saberes; professoras Vera, Gláucia e Fátima, e professor Edson (Departamento de Sociologia).

A Leidiane, minha conterrânea do chão goiano, da qual nos conhecemos no mestrado, pela companhia semanal e conversas agradáveis. Um elo de amizade que espero que não se perca.

Aos trabalhadores da Secretaria da Pós-Graduação do Departamento de Psicologia Clínica e Cultura, em nome de Carmem e Jhenne, bem como do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos, em nome de Soemes, pelas orientações.

*Às meninas*, em nome da Larissa, que foram alunas durante a minha experiência de prática de ensino, no mestrado. Foi uma ótima vivência.

A todos os amigos da saúde mental que participaram da minha pesquisa, pela disponibilidade, confiança e compartilhamento profissional.

A Patrícia Amorim pelo envio de textos sobre (des) medicalização do social, embora eu não os tenha usado, ficando assim, para um estudo posterior.

Aos meus colegas do mestrado e outros do doutorado, pelas ricas trocas e sugestões durante as aulas.

Aos participantes do GIPSI – Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica, em especial a Carolina Alcântara, Raquel de Paiva, Marcelo Marinho e Arij Mohamad, pela sempre boa energia e acolhida, nos encontros que eu pude estar.

A cada participante da minha Banca Examinadora pela disponibilidade de discutirem e contribuírem para o meu crescimento acadêmico.

Muitos fizeram parte efetivamente da rede apoio que criei, no percurso deste trabalho. Obrigada de coração a todos (as)!



Painel com retalhos de tecido produzido em CAPS. Coordenação de Flora Elisa

*É como um caldeirão  
Misturando ritos e raças  
É a missa da miscigenação.*

*Um mameluco maluco  
Um mulato muito louco  
Moreno com cafuso  
Sará com caboclo  
Um preto no branco  
E um sorriso amarelo banguelo*

*Galeno com crioulo  
Nissei com pixaim  
Curiboca com curumim*

*É o camaleão e as cores do arco-íris  
Na maior muvuca  
Ô...etnia caduca!*

*Lenine*

## LISTA DE SIGLAS

ADC - Análise de Discurso Crítica  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social  
CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental  
CID 10 - Classificação Internacional de Doenças versão n. 10  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
CONEP - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa  
ESF - Estratégia da Saúde da Família  
EUA - Estados Unidos da América  
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz  
GIPSI - Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social  
LBHM - Liga Brasileira de Higiene Mental  
MS - Ministério da Saúde  
MTSM - Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental  
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OPAN - Organização Pan Americana de Saúde  
PAILI/GO – Programa Louco Infrator de Goiás  
PNASH/Psiquiatria - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/psiquiatria  
PNDH-3 - Programa Nacional de Direitos Humanos n. 3  
PSP - Pronto Socorro Psiquiátrico  
PVC - Programa de Volta para Casa  
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SUS - Sistema Único de Saúde  
SRT - Serviço Residencial Terapêutico  
TCU - Tribunal de Contas da União  
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura



## RESUMO

Esta dissertação foi realizada através de estudo qualitativo e exploratório em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Goiânia - GO, que atendem pessoas adultas em sofrimento psíquico. Seu objetivo foi conhecer aspectos da desinstitucionalização proposta pela reforma psiquiátrica brasileira, a partir do preconceito vivenciado pelas pessoas em reabilitação psicossocial, bem como, identificar o papel dos serviços substitutivos mediante o imaginário social sobre a loucura. Participaram do estudo 10 usuários de ambos os sexos, e 10 profissionais de diferentes formações. A Análise de Discurso, enquanto teoria social, foi utilizada como referencial de análise. A produção e a coleta dos dados ocorreram através de entrevistas narrativas, grupo focal e aplicação de questionários, no período de setembro a dezembro de 2009. Os resultados obtidos com os usuários mostram as vivências singulares e as experiências subjetivas e objetivas dos mesmos, que são caracterizadas por violação de direitos, exclusão familiar e discriminação institucional. Os mesmos criam estratégias para lidarem com o estigma social e demonstram sentimentos ambivalentes quanto à participação nas atividades da luta antimanicomial. Junto aos profissionais, o estudo identificou a noção de autopreconceito atribuído aos usuários, como influência negativa no processo de reabilitação psicossocial. Observaram-se nos CAPS, práticas baseadas na reprodução de estereótipos por parte de profissionais, em relação ao usuário, ausência de projeto institucional mais amplo para lidar com a (re) produção e as consequências do preconceito no território, dificuldades de outros equipamentos sociais no atendimento em saúde mental e harmonia na gestão municipal da rede substitutiva de saúde mental, com o modelo hospitalocêntrico no atendimento à crise psíquica grave, mantendo estigmas.

**Palavras-chave:** Preconceito, Loucura, Cuidado psicossocial, Desinstitucionalização, Território

## ABSTRACT

This work was carried out using qualitative and exploratory study in Psychosocial Care Centers (CAPS), Goiânia - GO, serving adults in psychological distress. His goal was to understand aspects of institutionalization for psychiatric reform in Brazil, from the prejudice experienced by people in psychosocial rehabilitation, as well as identifying the role of substitute services through the social imaginary of the madness. The study included 10 users of both sexes, and 10 professionals from different backgrounds. Discourse analysis as social theory, was used as reference for analysis. The production and collection of data occurred through narrative interviews, focus groups and questionnaires in the period September to December 2009. The results show the users with unique experiences and the experiences of these subjective and objective, which are characterized by violation of rights, exclusion, family and institutional discrimination. They develop strategies to cope with social stigma and show ambivalent feelings regarding participation in the activities of anti asylum. With professionals, the study identified the notion of *autopreconceito* assigned to users as a negative influence on psychosocial rehabilitation. Observed in CAPS, practices based on the reproduction of stereotypes on the part of professionals, from the user, the absence of broader institutional design to deal with the (re) production and the consequences of prejudice in the area, difficulties in other social facilities mental health care and harmony in the municipal administration of substitutive mental health network, with this model is in compliance with serious mental crisis, maintaining stigma.

**Keywords:** Prejudice, Madness, psychosocial care, institutionalization, Territory

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 REFORMA PSIQUIÁTRICA .....</b>	<b>19</b>
2.1 A Política de Saúde Mental no SUS .....	25
2.2 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) .....	29
<b>3 CONSTRUÇÕES SÓCIO-CULTURAIS E DISCURSIVAS SOBRE PECONCEITO</b>	<b>34</b>
3.1 A perspectiva da antropologia e sociologia .....	344
3.2 A perspectiva da microssociologia - o estigma .....	38
3.3 A perspectiva da psicologia .....	40
3.4 Da loucura a normalização da vida .....	433
<b>4 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO .....</b>	<b>490</b>
4.1 Escolha do referencial teórico de análise .....	490
4.1.1 A análise de discurso e mudança social .....	523
4.1.2 A análise de discurso entre Fairclough e Foucault.....	534
4.1.3 Poder e Saber: o discurso em Foucault.....	545
4.1.4 Poder e Luta: a resistência em Foucault.....	589
4.2 Procedimentos Metodológicos.....	612
4.2.1 Contextualização do campo de pesquisa .....	612
4.2.2 A Entrevista Narrativa .....	645
4.2.3 O Grupo Focal.....	667
4.3 O Questionário .....	678
4.3 Caracterização dos Participantes da Pesquisa.....	689
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>712</b>
5.1 Resultados das Entrevistas Narrativas.....	712
5.2 Resultados do Grupo Focal.....	85
5.3 Resultados dos Questionários com Profissionais.....	8788

<b>6 DISCUSSÃO: OS PRIMEIROS ENSAIOS .....</b>	<b>94</b>
6.1 Existe Autopreconceito?.....	9496
6.2 CAPS – os seus projetos e o território.....	97
6.3 Atendimento à Crise Psíquica Grave – imagens e estigma .....	104
6.4 Os discursos sobre a família e a loucura .....	107
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>11416</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>119</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>126</b>
Apêndice A -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	127
Apêndice B - Questionário aos Profissionais .....	130
Apêndice C - Tópico Guia de Entrevista Narrativa .....	132
Apêndice D - Tópico Guia de Grupo Focal .....	133
<b>ANEXOS .....</b>	<b>134</b>
Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....	145

## 1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como temática o preconceito em torno das questões relativas à loucura e sua influência para o cuidado e a atenção psicossocial em saúde mental. O percurso adotado se insere no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira e localmente na cidade de Goiânia - GO, a partir do convívio com os atores envolvidos nesse processo de reforma, sobretudo os(as) usuários(as) dos serviços de saúde mental. Estes(as) são afetados(as), historicamente, pela exclusão e violação aos seus direitos humanos, em função do legado da estigmatização produzida pela verdade científica psiquiátrica e seus aparatos institucionais.

Dentre os desafios postos pela reforma psiquiátrica brasileira, está a participação das pessoas singulares e com sofrimento psíquico, na vida pública. Assim, pressupõe que essa temática, de alguma forma, produz efeitos no projeto da atenção em saúde mental, realizada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e que assim sendo, podemos buscar identificar e refletir sobre as dificuldades, estratégias e perspectivas quanto às transformações, no território onde vivem as pessoas, das relações manicomializadas tecidas com a loucura.

Meu interesse por esse tema começou ao final da especialização em saúde mental, que conclui em 2005. Na pesquisa com usuários (as) de CAPS, incluindo os de álcool e outras drogas, sobre o tema do trabalho no contexto da atenção psicossocial, a questão do preconceito foi intensamente exposta, chamando atenção para a necessidade de estudo a respeito.

Preliminarmente, é interessante que reconhecer a existência do estigma da “doença mental” é um ato consensual, pelo menos entre aqueles que possuem contato com a temática da loucura. O estigma comumente está na lista dos problemas a serem enfrentados ao se falar de exclusão das pessoas em sofrimento psíquico.

No campo da produção do conhecimento encontramos, com maior disponibilidade, publicações sobre representação social dos familiares sobre os seus entes psiquiatrizados, ou as representações de trabalhadores sobre os usuários e familiares. Esses estudos são relevantes, contudo pouco explicitam o componente da organização e funcionamento da rede nas realidades locais, ao abordarem os processos de estigmatização.

Trata-se de uma temática pouco estudada pelo viés da desinstitucionalização em curso no campo da saúde mental, no sentido de buscar articular não só com os processos de trabalho da atenção psicossocial, em seu cotidiano de intervenção nas demandas do sofrimento mental, mas em perceber como a forma de gestão e de organização da rede de saúde mental favorece a estigmatização.

A estigmatização e sua relação com a rede de saúde mental (quando existe alguma) pode explicitar duas diferentes concepções, que dão forma ao funcionamento da assistência. Aquela rede que tenta harmonizar o novo modelo de cuidado no campo da saúde mental (diante das pressões por mudanças), com o modelo tradicional (representado pelos aparatos da ordem psiquiátrica), e aquela rede que por decisão política administrativa, priorizará os serviços substitutivos em detrimento das práticas e estruturas tradicionais.

Não pretendemos com isso dizer que o preconceito e o estigma explicam uma rede de serviços, mas a avalia a partir dos problemas dos usuários, relativos ao fenômeno da exclusão e do sofrimento mental individual e das famílias relacionados aos processos de estigmatização. Pelo impacto do preconceito na vida de pessoas e/ou grupos discriminados, o Relatório sobre Saúde Mental no Mundo (OPAS, 2001), considera-o um desencadeador de sofrimento ou transtorno mental.

Além disso, as pessoas que vivenciam o preconceito e o estigma de “doentes mentais” ou de “loucos” podem sofrer com outros tipos de preconceito associados, a exemplo do preconceito racial, a homofobia, estereotípias, preconceito de classe social e questões de gênero.

Preconceito é tema da ordem do dia no contexto mundial face à xenofobia, ao desenvolvimento das neurociências fundadas na eugenia moderna, e à intolerância e dominação política e religiosa no mundo. No entanto, o cenário atual de lutas nacionais tem contribuído para evidenciar publicamente as práticas de discriminação, avançando na perspectiva de assegurar direitos, embora, as práticas preconceituosas não são eliminadas das relações de modo geral, mas podem ser cerceadas pela relação de direitos.

São os debates dos movimentos organizados que provocam, em termos legais, a garantia da igualdade na diversidade. Dentre os movimentos, citamos aqueles que fazem a discussão sobre as cotas para negros nas universidades, explicitando as desigualdades raciais brasileira, a Iª marcha nacional contra a homofobia, realizada em maio de 2010, em que comemoram a retirada, em 1990, da homossexualidade da classificação internacional de doenças que a tinha como um desvio, dentre outras articulações.

Assim, ressaltamos as discussões que levaram à elaboração do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3), instituído pelo Decreto n.º. 7.037/2009. Em saúde mental destaca-se, no Plano, o atendimento à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico e dependência química, a reestruturação do sistema penitenciário, a previsão de campanhas de prevenção do uso de álcool e outras drogas, e um anexo, no plano, sobre ações governamentais para a política de saúde mental.

Na perspectiva da atuação cultural, uma política pública de reconhecimento das iniciativas no campo da saúde mental é o “Prêmio Loucos por Diversidade” do Ministério da Cultura em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz/Rio de Janeiro (FIOCRUZ), que incentiva ações artístico-culturais que abordam a loucura na sociedade, facilitando a participação de grupos independentes e/ou vinculados a iniciativas governamentais. Outra inovação é a articulação com a economia solidária na área do trabalho. Essas experiências são fundamentais para lidar com estigmas de improdutividade, periculosidade e incapacidade das pessoas em sofrimento psíquico, e com a exclusão. A experiência da economia solidária, por exemplo, permite o deslocamento da identidade fixa de usuários de saúde mental, para outras posições aos sujeitos: de serem produtores, artesãos, comerciantes, sócios, cooperados.

A Marcha Nacional dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial à Brasília, ocorrida em setembro de 2009, com a presença de cerca de 1.800 usuários, além de familiares, trabalhadores, gestores e movimentos sociais de apoio, levou à convocação, para 2010, da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, pelo Ministro da Saúde, após nove anos da realização da terceira conferência.

Os eixos de discussão da IV Conferência - Intersetorial, cujo título foi *Saúde mental: direitos e compromisso de todos - consolidar avanços e enfrentar desafios* foram organizados em três eixos, cada um composto por uma série de sub - eixos. O primeiro eixo foi Saúde mental e políticas de Estado - pactuar caminhos intersetoriais (eixo da política e da pactuação); o segundo eixo foi Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais (eixo do cuidado) e o terceiro eixo, Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial. No eixo três, constavam temas que lidam de uma forma mais direta com as questões do imaginário social da loucura na sociedade, através da discussão sobre Cultura e diversidade cultural, Violência, Comunicação/informação e relação com a mídia.

Sobre mídia, o Relatório de Avaliação de Programa - Ações de Atenção à Saúde Mental, realizado pelo Tribunal de Contas da União – TCU (Brasil, 2005), aponta como causa da ausência de uma política de comunicação social, na área da saúde mental, a pouca atuação do Ministério da Saúde e demais gestores da saúde na promoção de campanhas sistemáticas de divulgação e de educação contra o estigma das pessoas “portadoras de transtornos mentais”. Como consequências da falta de campanhas incluem; 1) a falta de sensibilização da sociedade; 2) pouco envolvimento e compromisso dos gestores com a reforma psiquiátrica; 3) a desinformação dos profissionais de saúde não envolvidos com a saúde mental e 4) o desconhecimento da rede existente em boa parte da população.

A partir dessas constatações, as reflexões iniciais que nortearam este estudo partiram das seguintes indagações:

- que “espaço” ocupa a temática do estigma e do preconceito da ‘doença mental’ na prática da desinstitucionalização em saúde mental;
- como desenvolver as atividades diárias na atenção psicossocial sem perder de vista a desconstrução social dos atos que reproduzem o estigma e o preconceito que contribuem para manter os usuários na posição de ‘doentes mentais’;
- que relação é possível fazer entre a cidadania dos usuários de saúde mental associada ao combate do estigma e do preconceito que recai sobre estes.

Dito isso, como objetivo geral do estudo visamos discutir sobre a importância da abordagem sobre o estigma e o preconceito da doença mental na prática da atenção psicossocial buscando:

- identificar as narrativas de pessoas em sofrimento mental em relação ao preconceito da doença mental, da loucura;
- conhecer as experiências subjetivas e objetivas de pessoas com sofrimento psíquico em relação ao estigma e ao preconceito;
- identificar na atenção psicossocial a percepção e formas de lidar com a temática do preconceito da ‘doença mental’ nos projetos e cotidiano do cuidado.

Através do Capítulo II, retomamos os aspectos históricos e conceituais das reformas psiquiátricas no contexto internacional, nacional e local, onde o estudo ocorreu, no intuito de situar na discussão, os aspectos mantenedores de estigmas, bem como a proposta de desconstrução mais ampliada no campo da saúde mental. Para contextualizar a saúde mental, discorreremos sobre a política pública preconizada e em desenvolvimento, para, em seguida, refletir o papel dos Centros de Atenção Psicossocial na constituição de uma rede inovadora de cuidado.

No Capítulo III, apresentamos as configurações dos preconceitos sobre o olhar de diferentes disciplinas, incluindo, na história da psiquiatria, sua relação com o desenvolvimento do racismo. Citamos ainda, aspectos do multiculturalismo, identidade e culturas híbridas que configuram os debates atuais na globalização.

No Capítulo IV, dissertamos sobre o referencial teórico que permeia esta pesquisa, sobretudo pela Análise de Discurso em Foucault, nos eixos saber-poder e luta-resistência, que



nos ajudam a pensar sobre o contexto da reforma psiquiátrica e a implantação da atenção psicossocial, pelo movimento de (des)construção permanente de paradigmas e relações de poder. Discorreremos, em seguida, sobre o percurso metodológico com as escolhas dos métodos, estratégias e instrumentais utilizados no contato com o campo de estudo.

No Capítulo V, apresentamos os resultados dos dados proporcionados pelos relatos e contribuições dos sujeitos participantes, em que buscamos priorizar a forma de exposição, a partir do formato textual priorizado no método da análise de discurso de Fairclough, buscando o registro singularizado dos relatos, embora utilizando de nomes fictícios para os participantes.

No Capítulo VI, discutimos sobre os dados disponíveis, delimitados a partir daquilo que julgamos essencial na relação entre os relatos e as situações levantadas pelos trabalhadores da atenção psicossocial, e as dificuldades na rede de saúde mental. Os relatos dos usuários fornecem uma riqueza de detalhes para a visualização dos seus enfrentamentos, as suas interpretações, os seus sentimentos e suas estratégias frente aos micros processos de discriminação e intolerâncias que os afetam. Foram apontados desafios para o cuidado pelos CAPS diante das vivências do preconceito por parte dos (as) usuários (as).

No Capítulo VII, chegamos às considerações finais, revendo o percurso da pesquisa. Manifestamos com as nossas impressões, convicções e sugestões mediante os desafios postos pelas diretrizes da reforma psiquiátrica, na atenção psicossocial em Goiânia, esperando poder contribuir com as reflexões, individual e coletiva.

Cabe dizer que, em uma conjuntura de críticas formuladas contra a política de saúde mental em curso pelo Ministério da Saúde, por parte de setores corporativos da saúde e sobretudo, os da iniciativa privada, os apontamentos por nós realizados têm o intuito de fortalecer e somar-se à caminhada e à discussão do projeto de saúde mental pública, voltado para a vida e para os direitos humanos.

Esta dissertação é, no entanto, produção e produto do meu envolvimento, co-responsabilização *de dentro*, como profissional, cidadã e por ética, em que, atuando na saúde mental há 12 anos, e com o mesmo entusiasmo do começo, sei que essa área proporciona uma das experiências mais intensas, vivas e ricas no Sistema Único de Saúde. Experiência, que tanto pode ser também para o ensino, para o trabalho na saúde e para a cultura, ao insistirmos nas diferenças como um valor positivo nas relações entre as pessoas, pela via da alteridade e da solidariedade.

Quero dizer sobre a dificuldade de encontrar uma terminologia que viesse ao encontro desta dissertação, mediante os usos comumente encontrados na literatura para falar da loucura,

dentre eles, transtorno mental, sofrimento psíquico grave e pessoas em sofrimento mental/psíquico. A opção é pelo termo *pessoa em sofrimento mental* na maior parte da redação. No entanto, para nos referirmos às situações de crise na saúde mental, vamos utilizar o termo *sofrimento psíquico grave*, pelo que, de acordo com Costa (2003), entende-se a angústia, a subjetividade e o sofrimento, que não são passivos de serem delimitados de forma simplista. Por *grave*, está o que não é da ordem do comum, do simples, do normal, beirando a ordem do ‘inadmissível’. Para o autor, em sofrimento psíquico grave, encontram-se as pessoas com intenso sofrimento, pelo qual a vida e os afazeres cotidianos do sujeito são consideravelmente afetados. Já a terminologia *pessoa com transtorno mental* que foi utilizada, está contextualizada a partir da política de saúde mental brasileira, que adota o termo nas legislações.

## 2 REFORMA PSIQUIÁTRICA - HISTÓRIAS PARA REFLEXÃO

*“A gente quer do bom e do **melhor**  
a gente quer é ter muita **saúde**  
a gente quer viver a **liberdade**  
a gente quer carinho e **atenção**  
a gente quer é ser um **cidadão**.”*

*Gonzaguinha*

A Reforma Psiquiátrica apresenta-se, a partir da segunda metade do século XX, como um movimento de resistências empreendidas na sociedade, naquilo que Foucault denomina de forças revolucionárias e de (micro)lutas contra os vários (micro)poderes que são produzidos nas relações interpessoais, institucionais e científicas.

Os princípios para uma sociedade não manicomial, defendidos pelo movimento da reforma psiquiátrica, dizem respeito às diversas modalidades de violação de direitos humanos de modo geral e, em particular, àqueles ocorridos com as pessoas rotuladas de loucas. São lutas por novas formas de subjetividades, por produção de cultura democrática (e não entretenimento empobrecido) e por novas formas de produção e trabalho.

Pôr em discussão com a sociedade sua relação com as diferenças e os diferentes e com o sofrimento humano que é produzido nas relações é o desafio no mundo global, de se desenvolver nas relações pela alteridade. Concordamos com Bezerra Jr (1992, p.114) de que “(...) *trata-se não apenas de desfazer o aparato e a cultura manicomial ainda hegemônicas no cenário psiquiátrico, mas sobretudo construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a loucura.*” No caso da loucura, o autor ressalta que não é somente um fato psíquico da experiência individual e singular, mas junto a esta, é um fenômeno social e histórico cuja experiência emerge tanto para o sujeito como para os outros, com práticas que conferem certo lugar e uma existência nomeada em vocabulários, na cultura.

Passados cerca de seis décadas do início das reformas, percebemos que muitas denúncias hoje, possuem características de épocas anteriores, como maus tratos pela situação de abandono em instituições hospitalares e asilares, que se aplicam à realidade dos manicômios judiciais brasileiros, convivência com modelo hospitalar mesmo com grandes avanços na rede substitutiva, perpetuando os processos de mortificação do eu, conforme estudados por Goffman (2007).

Conhecer as histórias é válido para que não se repita aquilo que no campo do conhecimento e das experiências deve ser rompido ou superado, bem como ampliar a visão com a trajetória de conquistas das lutas. É nesse sentido que vamos fazer um breve percurso,

em que os processos sociais e políticos das reformas psiquiátricas pelo mundo podem ser compreendidos, conforme os estudos de Amarante (2003a) em três períodos, a partir da Segunda Guerra Mundial. Período fundamental para o desenvolvimento de novas abordagens na teoria e na técnica psiquiátricas e de saúde mental, no contexto de

- pós-guerra em que a situação social era precária, com inúmeros danos físicos, psicológicos e sociais que acometeram um enorme contingente de homens jovens;
- necessidade de mão-de-obra para a reconstrução era imensa e grande parte da população ativa foi morta ou invalidada pela guerra;
- parcelas da população invalidada que foram chamadas a participar ativamente do processo de reconstrução, como os internos de hospitais psiquiátricos;
- asilos ou hospitais psiquiátricos que se assemelhavam aos campos de concentração nazista, o que moralmente provocava mal estar na sociedade com essa situação.

O primeiro período da reforma foi marcado pelo processo de crítica à estrutura asilar responsável pelos altos índices de cronificação dos internos. Mas havia, por parte de seus percussores, a crença nos manicômios enquanto instituição de cura possível de ser resgatada em sua positividade, através de reformas internas. Não questionaram as causas da institucionalização psiquiátrica. Os movimentos responsáveis neste primeiro momento das reformas foram a Comunidade Terapêutica (Inglaterra e Estados Unidos da América – EUA na década de 40) e a Psicoterapia Institucional (França, década de 50).

O segundo período da reforma foi marcado pela extensão da prática psiquiátrica no espaço público nas cidades e privado nas famílias, com o objetivo de prevenir e promover a “saúde mental”. A proposta era de superar os limites do espaço físico hospitalar. Os movimentos responsáveis formam a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA, na década de 50) e a Psiquiatria de Setor (França, na década de 60). Houve críticas sobre os dois primeiros períodos por se tratar de tendências que limitaram a meras reformas do modelo psiquiátrico, pois acreditavam nesse saber; buscavam o mesmo fim - a promoção da “saúde mental”, não somente individual, mas coletiva, deixando a terapêutica de ser só assistencial para ser preventiva. Como resultado houve a expansão do projeto da psiquiatria tradicional, enquanto um projeto social, que trouxe consequências políticas e ideológicas com “a caça às bruxas” a todos aqueles considerados desajustados e desviados da sociedade. As ações fizeram elevar o número da população levada à internação psiquiátrica e à medicalização do social.

O terceiro período da reforma foi o da ruptura epistemológica e prática com a psiquiatria tradicional, sua nosografia, a iatrogenia e a medicalização não só do sujeito, mas do

social. Enfim, a desconstrução do aparato psiquiátrico em suas instituições, práticas e discurso, que se impôs como suposta verdade, atuando de forma a reduzir a complexidade dos fenômenos psicossociais. Os movimentos responsáveis foram a Antipsiquiatria (Inglaterra, década de 60) e a Psiquiatria Democrática (Itália, pós década de 60), sendo o último percurso, o da Itália, referência para o movimento social no Brasil, e também para a implantação das políticas públicas de saúde mental, sem desconsiderar o jogo de poder para tal.

As experiências avaliadas deixaram influências múltiplas nas práticas de reformas que agem nos dias de hoje. Da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional, a questão de democratizar os processos de trabalho institucional, com a participação mais efetiva dos usuários, trabalhadores, familiares e a comunidade, no sentido de todos serem potenciais para a função terapêutica. A socialização dos problemas e das alternativas, e a criação de atividades diferenciadas: oficinas, assembleias, grupos operativos feitos por pacientes, reuniões diárias, festas, ateliês, etc.

Da Psiquiatria de Setor, ressalta-se suas contribuições com a ideia de setorização da assistência, por regiões geográficas referentes ao hábitat dos *pacientes*, e a proposta de continuidade do tratamento após alta da internação. Nos anos 70, conforme Amarante (2003a), a territorialidade tornou-se uma política oficial, para população de até 70 mil habitantes, com equipe multiprofissional, ou melhor, mini-equipe (psiquiatra, psicólogo, assistente social e enfermeiro). Da Psiquiatria Preventiva ou Comunitária foram criados oficialmente os Centros de Saúde Mental Comunitário, em que adotaram a intersectorialidade (educação, polícia, assistência social, igrejas). Propuseram as noções de prevenção primária, secundária e terciária.

Da Antipsiquiatria, ressalta-se a contribuição para a abordagem multidisciplinar sobre a loucura, com as vertentes da psicanálise, do marxismo, do existencialismo e da fenomenologia. O discurso “do louco” era valorizado e percebido enquanto denúncia das relações de violência social e familiar, embora a crítica ao movimento seja a da ênfase na esquizofrenia calcada nos problemas de comunicação entre as pessoas.

A Psiquiatria Democrática conservou as noções de democracia e territorialidade das outras experiências. Atuou a partir da crítica que formulou aos modelos anteriores, iniciando a reforma psiquiátrica nas cidades Italianas de Gorizia (1961 a 1968) e Trieste (1971 a 1979). Ficam claras quando lemos as experiências desse movimento, as influências de alguns teóricos, dentre eles, Gramsci, Castel, Foucault. Seus percussores buscaram romper com a racionalidade psiquiátrica, com a transformação teórica e prática nos modos de conceber e

operacionalizar mudanças mais profundas. Assim, pautaram-se nos fundamentos históricos da segregação dos diferentes, revelando o nexo entre psiquiatria, controle social e a exclusão.

Esse grupo deu ênfase na cidadania dos sujeitos em sofrimento e na *desinstitucionalização* enquanto construção de novo lugar social para a loucura, além das transformações na assistência e nos conceitos. Franco Basaglia formula três críticas fundamentais: 1) a ligação entre psiquiatria e justiça 2) a origem de classe das pessoas internadas e 3) a não neutralidade da ciência e dos técnicos/profissionais.

Conforme Amarante (2003b), a tônica basagliana é pôr a doença mental entre parêntese, ou seja, em não ocupar-se da doença mental como conceito psiquiátrico e sim ocupar-se de tudo aquilo que se refere ao sujeito em sua existência. Olhar o sujeito que sofre e que está encoberto pela instituição psiquiátrica (discurso, práticas, locais, rótulos), posto que a psiquiatria deixou de lado o sujeito para dedicar-se a nosografia. E os efeitos do pensamento fundado na nosografia em um determinado percurso histórico, é pertinente ao estudo do estigma da “doença mental” no sentido em que a noção de desinstitucionalização parecer ter ocorrida de forma a (re)produzi-los.

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) discorrem sobre os modelos da desinstitucionalização dos continentes, em que os serviços conviviam com a internação psiquiátrica e com a fragmentação do atendimento aos usuários, tendo por base as características definidas de cada serviço ofertado à população. Para os autores, essa experiência fundamentava-se na racionalidade própria da psiquiatria quanto a sua perspectiva de problema-solução. Sem uma abordagem global aos usuários, a busca de solução para cada problema resultou, assim, na seleção e triagem destes. Os usuários passaram a ter que se encaixar nos critérios de oferta, devendo “(...) *saber colocar a requisição coerente com o tipo de serviço ou (...) ser conscienciosos, ou (...) devem apresentar problemas pertinentes às prestações oferecidas*” (2001, p. 22).

Acerca da fragmentação e sobreposição entre os serviços, esses autores tecem críticas à lógica de “cada *coisa* em seu lugar” e do funcionamento da oferta de serviços conforme uma empresa, onde a seleção dos problemas parte unicamente de sua competência, além da desarticulação entre os equipamentos e serviços (o centro de internação para crise, a farmácia que distribui remédios, o serviço social para subsídios, o centro para psicoterapia).

Dessa forma, a segregação dos usuários no manicômio foi substituída pela lógica do circuito, que alimentava os problemas crônicos, e não oferecia atenção a outras demandas existentes, tidas como não crônicas no campo da saúde mental, por exemplo, junto à juventude. No circuito, os usuários transitam de um serviço ao outro conforme os

encaminhamentos e demandas. O mais problemático nesse funcionamento é a total desarticulação entre os serviços e o não acolhimento universal para o cuidado em saúde mental.

No Brasil, na década de 70, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira teve grande importância para a mobilização social e na crítica sobre a relação entre a política, a economia e a situação da saúde da população, com o envolvimento de trabalhadores, movimentos sociais e gestores comprometidos com a necessária transformação no quadro que se apresentava. Nesse contexto surge o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), com a denúncia de trabalhadores através de registros em prontuários, sobre as precárias condições de trabalho nos hospitais e sobre as condições dos internos que sofriam agressões, estupro, trabalho escravo, mortes, tratamento essencialmente biológico, por falta de medicamentos, e longas filas nos ambulatórios. As denúncias atingiram também as universidades por estarem do lado do mercado da saúde, caracterizado pela privatização do setor e desigualdades do atendimento voltado ao pobre em detrimento do atendimento favorecido ao rico.

De acordo com Amarante (2003a), o movimento constituiu-se em um espaço de luta não institucionalizado, local de debate e encaminhamentos de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutinava informações, organizava encontros, explicitavam os conflitos de interesses e o caráter elitista da psiquiatria durante congressos da área, reunia trabalhadores em saúde mental, bem como associações de classe e entidades e setores amplos da sociedade que apoiavam as denúncias. O apoio de militantes e intelectuais de outros países trouxe força e convicção dos caminhos de rupturas que o movimento empreendia, com a vinda ao Brasil, dentre outros, de Basaglia, Rotelli, Foucault e Castel.

Na década de 80, no contexto da democratização política do país, ocorreram vários encontros (regionais, nacional) do MTSM. Surge nesse período a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial que leva a bandeira na defesa de direitos dos ‘pacientes psiquiátricos’. Em 1986, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde a qual se diferencia das anteriores, conforme Amarante (2003), pela participação de amplos setores populares (movimentos sociais). Enquanto encaminhamento dessa conferência, em 1987 ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e a criação de Fóruns independentes para a continuidade nas discussões nos municípios. Surgem nesse momento, novas associações de usuários e familiares, passando o movimento a abranger novos atores, além dos trabalhadores.

O lema “*Por uma sociedade sem manicômios*”, surgido na década de 80, foi possível pela noção de desinstitucionalização, na perspectiva de propor mudanças no aspecto cultural,

em relação à loucura, representando um crescimento político e teórico do movimento. E, durante o Iº. Congresso do MTSM em 1987 foi instituído o dia 13 de maio, mas que passou a ser comemorado no dia *18 de maio - Dia Nacional da Luta Antimanicomial* em alusão à Lei 180 da reforma psiquiátrica italiana.

Até o momento já foi realizado o IX Encontro Nacional de Usuários e Familiares e o VIII Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, ambos em 2009, na região do ABC paulista. Em 2003, foi criada a Rede Nacional de Internúcleos da Luta Antimanicomial – RENILA, após intensos e violentos conflitos por ocasião do VI Encontro de usuários e familiares realizado em Goiânia (2000) e do V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. Evento este que carece ser estudado quanto às correlações de forças e corporativismos no movimento, que parece ser em um divisor no movimento em sua forma de organização. E, em 30/9/2009 ocorreu a Marcha Nacional dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, em Brasília, a qual levou o Presidente da República a convocar a IV Conferência Nacional de Saúde Mental para junho de 2010.

Em 1989, foi apresentado, no Congresso Nacional, o Projeto de nº. 3.657 do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), propondo os direitos dos pacientes e a reorganização da assistência psiquiátrica. Após a tramitação por doze anos e a luta do movimento social, o projeto foi aprovado na Lei n. 10.216/2001, porém sendo vetada a proposta de extinção progressiva dos manicômios.

Foi nesse período de ampliação das leis municipais e estaduais da reforma psiquiátrica/reorganização do modelo de assistência, que em Goiânia-GO foi aprovada a Lei de n. 7.775 de 8/4/1988 que ‘dispõe sobre a política de saúde mental a ser desenvolvida no município’. Para organização administrativa, foi instituído, através do Decreto municipal de nº. 2.954/1995, e implantado em agosto de 1996, o Núcleo de Saúde Mental da Secretaria de Saúde, que se transformou em Divisão de Saúde Mental em 20/4/1998, mantendo-se até os dias de hoje essa nomenclatura. No âmbito Estadual tramita o Projeto de Lei n. 610 de 18/3/2009 para reforma psiquiátrica em Goiás, de iniciativa do Deputado Mauro Rubem (PT/GO).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, enquanto um agir coletivo - político - social, fez impulsionar as ações assistenciais e culturais em saúde mental no SUS, onde, de acordo com Delgado e outros (2007, p. 39), “(...) *é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da reforma (...) avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafio*”. Como principais desafios da reforma psiquiátrica, os autores ressaltam, 1) a acessibilidade e a equidade, 2) a formação de recursos humanos, 3) o debate cultural que



envolve o problema do estigma e a inclusão social e 4) o debate científico em torno do modelo assistencial.

## **2.1 Política de saúde mental no SUS**

Um diferencial nos princípios do trabalho cotidiano dos serviços substitutivos de saúde mental, dentre os que possuem característica de ser aberto e comunitário, e composto por equipes interdisciplinares, aproxima-se do que Merhy (2007) analisa como aspectos novos da reestruturação produtiva. Uma reestruturação marcada mais pela produção e gestão do cuidado, do que pela entrada de equipamentos tecnológicos. Uma tecnologia cotidiana de trabalho que não é material, mas sim, inscrita nas dimensões das relações/subjetividades, da organização/gestão e dos saberes.

Para entender sobre as tecnologias e suas interações no processo e produção de saúde, Merhy (2007) utiliza-se de três tipologias tecnológicas: 1) as tecnologias leves, caracterizadas pela produção do cuidado, do vínculo, do acolhimento, do comprometimento e da autonomização como nova forma de gestão do trabalho; 2) as tecnologias leves-duras, que diz respeito aos saberes e disciplinas estruturadas que permeiam o trabalho em saúde (desde as disciplinas profissionais, aos modelos disciplinares de gestão: exemplo o taylorismo) e 3) as tecnologias duras, composta de equipamentos tecnológicos; não só maquinário, mas as normas e as estruturas organizacionais.

Os processos de trabalho, sobretudo daqueles inscritos nas tecnologias leves e leves-duras, Merhy (2007), baseando em tese de Karl Marx, os localiza como sendo o modo de atuação do trabalho vivo<sup>1</sup> em ato que ocorre no ato de cuidar, bem como na organização do interior do estabelecimento de saúde. No trabalho vivo em ato, o cuidado e a gestão que estejam voltados para novos arranjos tecnológicos em saúde devem advogar a defesa da vida e do direito universal de cidadania, no qual as necessidades individuais e coletivas dos usuários forneçam elementos para a intervenção tecnológica em saúde. O princípios da defesa da vida e da cidadania deveriam marcar a transição tecnológica no movimento sanitário, apostando na micro política diária nos serviços, lócus onde se identificam interesses e projetos em disputas.

---

<sup>1</sup> Estaria em relação ao trabalho vivo, o trabalho morto, expresso não somente nas tecnologias duras em termos de máquina, mas na sua lógica de funcionamento, identificada na produção por procedimentos, na burocracia, na hierarquia.

Há ênfase no processo de trabalho pela produção do cuidado aos usuários e suas necessidades, que devem servir à lógica das ações em saúde. Pois do contrário, Merhy (2007) avalia que

(...) nem sempre este processo produtivo impacta ganhos dos graus de autonomia no modo do usuário andar na sua vida, que é o que entendemos como saúde em última instância, pois aquele processo de produção de atos de saúde pode simplesmente ser 'procedimento-centrado' e não usuário-centrado, e a finalidade última pela qual ela se realiza se esgota na produção de um paciente operado e ponto final (...) (p. 122).

Para complementar a noção de tecnologias em saúde dada pelo autor, a qual é peculiar para reflexão no modo psicossocial de compreender o trabalho na saúde mental, pontuamos: tecnologia é trabalho e produção de bens simbólicos e materiais, sendo que o uso deste último inclui a satisfação das necessidades (dos usuários); sendo a tecnologia em saúde realizada na estratégia do trabalho vivo, cabe se perguntar em que modelagem ele está sendo possível; qual o lugar que os usuários e trabalhadores, e as necessidades de ambos ocupam nas relações que as constituem; a análise da efetivação das tecnologias leves como forma de trabalho deve ser feito tendo em vista o como essa tecnologia se articula às outras tecnologias, e os processos de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto e vice-versa; o trabalho vivo em ato ocorre em uma relação, só existe na dimensão *para dois*, no encontro com o usuário final, em sua necessidade (de saúde); - necessidade de interrogar para publicizar e analisar, as intencionalidades postas na gestão do processo de trabalho em saúde; há que considerar que os agentes produtores (trabalhadores) e os consumidores (usuários) da prestação de serviços de saúde portam e instituem necessidades singulares, que atravessam as relações instituídas entre o trabalho morto e o trabalho vivo.

Do ponto de vista da política governamental em saúde mental, foi a partir do movimento social, conforme já visto anteriormente, e de iniciativas e experiências exitosas em algumas cidades brasileiras, que a Lei 10216/01, que dispõe sobre a proteção aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental pode ser contextualizada desde a sua aprovação, na qual vem tomando corporicidade nas correlações de poder local e nacional. Segundo Amarante (2008),

o conjunto de estratégias e princípios no campo da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil é responsável por um novo cenário político em que há um efetivo processo de participação e construção social sem similar em nenhum país do mundo, mesmo na Itália (p. 103).

Com a lei, tem sido possível avançar na edição de diversas normativas para regulação das ações, algumas delas articuladas no âmbito da Seguridade Social, do Sistema Judiciário, em conjunto com o Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Ciência e Tecnologia/CNPq, e, representando o redirecionamento de verbas com o financiamento de ações públicas.

A Declaração de Caracas, resultante da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, promovida pela Organização PAN Americana de Saúde (OPAN) e Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990 na cidade da Venezuela preconiza o cuidado em saúde mental na atenção básica e primária, a organização de um sistema de atenção descentralizado e participativo, dos quais os países da América Latina signatários assumiram como compromisso de investimento, dentre eles, o Brasil. Segundo dados da OMS/OPAN, “*em contextos de atenção primária, os diagnósticos mais comuns são depressão, ansiedade e transtornos do uso de substâncias*” (GENEBRA, 2001, p. 51).

As justificativas para uma política condizente com as diretrizes do SUS são muitas. De acordo com o Ministério da Saúde, 3% da população brasileira sofrem de transtorno mental severo e persistente (o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE estima a população brasileira em 184 milhões; 3% seriam 3,6 milhões de pessoas); 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja contínuo ou eventual (MACHADO, 2005).

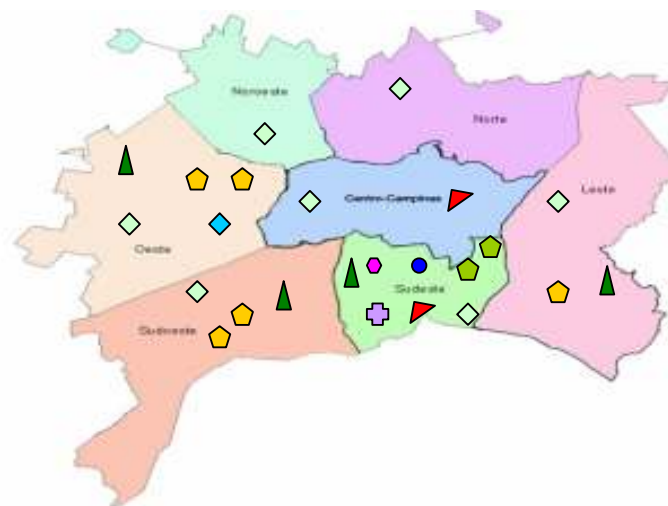
A rede de saúde mental deve pautar-se segundo diretrizes do SUS quanto ao *acesso universal, integralidade, equidade, descentralização e controle social*. Deve ser diversificada buscando garantir a participação social de “pessoas portadoras de transtorno mental”, através de serviços e estratégias, a fim de cuidar das diferentes faixas etárias e da heterogeneidade das demandas da população usuária. Dentre os serviços e estratégias, destacam-se o cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência, as Cooperativas Sociais de Trabalho, O Programa de Volta para Casa (PVC), Os Núcleos de Apoio às Estratégias da Saúde da Família (NASF), a Terapia Comunitária, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programas de Supervisão Clínica e Institucional para qualificação da rede e das equipes, a Atenção à População Carcerária do Sistema Prisional, os Programas de Redução de Danos, a Atenção à População de Rua e a primazia de leitos em psiquiatria nos hospitais gerais.

Em Goiânia-GO, a rede substitutiva de saúde mental existente foi impulsionada no período de 1997 a 2004, e após esse, vivencia-se um momento de estagnação do desenvolvimento, tanto qualitativo como quantitativo, da rede. Após este período foi criada duas cooperativas de trabalho, por iniciativa de trabalhadores e usuários, e três novas residências terapêuticas.

A rede pública especializada de saúde mental de Goiânia compõe-se de:

- quatro CAPS nível II regionalizados, que atendem pessoas adultas em sofrimento psíquico intenso;
- um CAPSi para tratamento a população infanto-juvenil, referente para toda a capital;
- dois CAPSad, para tratamento à população com dependência química, sendo um para criança e adolescente e outro para pessoas adultas, acima de 18 anos de idade. Ambos são referência para a capital;
- dois núcleos de geração de trabalho e renda, com objetivo de inclusão social pelo trabalho a usuários dos CAPS, acima de 18 anos;
- um ambulatório de psiquiatria que atende pessoas adultas da capital e municípios conveniados com o Sistema Único de Saúde de Goiânia;
- cinco serviços residenciais terapêuticos, sendo três femininos e dois masculinos, para pessoas sem famílias e que estavam residindo em hospitais psiquiátricos;
- um pronto socorro psiquiátrico porta aberta para os encaminhamentos aos hospitais conveniados, diante da indicação de internação após 72 horas de observação;
- existem cerca de 35 beneficiários do Programa de Volta para Casa.

Os serviços estão localizados com base na organização geográfica do setor saúde por meio de sete Distritos Sanitários. Além da rede especializada há coberturas das Estratégias da Saúde da Família, como exemplo, no Distrito Noroeste, localizado na periferia e bastante populoso, o qual não possui nenhum serviço de saúde mental, mas possui 100% de cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Há atendimento psicológico nas unidades básicas de saúde e um ambulatório com atendimento psiquiátrico em unidade básica de saúde, conforme ilustração a seguir:



**Figura 1:** Mapa de Goiânia-GO e localização das unidades de saúde mental

Fonte: Secretaria de Saúde de Goiânia/Divisão de Saúde Mental, 2010

- ▲ CAPS II – população adulta com sofrimento psíquico grave
- ⬠ CAPSAd – população adulta com uso de álcool e outras drogas
- ⬠ CAPSAd - população infanto-juvenil com uso de álcool e outras drogas
- CAPSi – população infanto-juvenil
- Ambulatório de Psiquiatria para população adulta
- ⊕ Pronto Socorro Psiquiátrico
- ◆ Atendimento psiquiátrico e psicológico na atenção básica
- ◆ Atendimento psicológico na atenção básica, para diversas faixas etárias
- ⬠ SRT feminina e/ou masculina
- ▶ Cooperativas de trabalho

## 2.2 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

O entendimento sobre o que é Atenção Psicossocial é possível com as novas conceituações no campo da saúde mental, em que complexidade, interdisciplinaridade e a transversalidade no conhecimento e nas práticas, dão a tônica da riqueza e dos desafios no

processo de implantação de políticas que requerem um (des) construir permanente, de relações com as pessoas com sofrimento psíquico.

Os CAPS<sup>2</sup> são um dos principais dispositivos estratégicos, com funções complexas, da atenção psicossocial. Além da assistência, possuem a função de ordenador da rede de cuidados em saúde mental no território, a partir do contato com as diferentes demandas psicossociais. Trata-se de um dispositivo importante na interlocução e articulação em determinado território geográfico, possível com o diálogo permanente entre diferentes sujeitos-atores e instituições de governo e da sociedade. Não se pode, nessa lógica, limitar-se à “reabilitação” psicossocial das pessoas com transtorno mental severo/grave’, enquanto uma demanda assistencial, mas incluir em seu projeto institucional a construção com outras parcerias e possibilidades de ações coletivas, que visem à integralidade do cuidado junto aos usuários.

O poder e a estratégia ordenadora dos CAPS estão em potencializar ou ampliar as redes (interpessoais, afetivas, comunitárias, institucionais), muitas das vezes, iniciadas pelos próprios usuários e familiares. Esses serviços possuem essencialmente uma função política educativa em propor a transformação cultural da forma da comunidade local lidar com ‘os loucos’, conhecendo os tabus, crenças e desinformações. Nessa perspectiva, ressaltamos que a transformação cultural das formas da comunidade lidar com a loucura é também uma demanda para a ação e estratégia a serem implementadas pelos CAPS.

Assim, os CAPS devem se colocar como uma das referências nas discussões, capacitações, problematização e planejamento frente às demandas de seu território. Demandas estas que em boa parte precisam ser recolocadas, dado às tradicionais abordagens/intervenções no campo da saúde. É preciso, a partir do olhar pelo viés da saúde coletiva, desconstruir a medicalização do corpo individual e social, a psicologização, a patologização e a hospitalização do sofrimento mental das pessoas.

A perspectiva da atenção psicossocial na saúde mental pressupõe alguns domínios fundamentais para a reflexão de profissionais e gestores da saúde e de outros setores ‘não saúde’, quanto ao modo de conceber o território, o cuidado e a organização dos serviços, concebidos por alguns autores, dentre eles Bezerra Júnior, 1992; Saraceno, 1999; Santos 2000); MS/CNS, 2010 e sintetizados por Elia (2005), quanto ao acolhimento universal, intersetorialidade, tomada de responsabilidade e rede, território, e acrescentamos a cidadania enquanto olhar prioritário de que diante de nós, na relação de cuidado, está um *sujeito* de direitos, conforme a seguir:

---

<sup>2</sup> O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário dos SUS, sendo lugar de referência e tratamento para pessoas com “transtornos mentais”, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado personalizado, intensivo e promotor de vida. (Brasil, 2004).

*Acolhimento universal:* serviço aberto a todo(a) aquele(a) que chega, significando que toda e qualquer demanda dirigida ao CAPS, ou a qualquer serviço de saúde do território, e não apenas ao serviço de saúde mental, deverá ser acolhido, isto é, recebido, escutado e respondido. Acolher é sempre possível, ainda que seja para, após ouvir a demanda, responder com a impossibilidade de admissão imediata nas modalidades de tratamento do serviço. Receber significa não dizer que tal demanda não se enquadra no perfil. Acrescentamos que acolher não é triar, e triar de forma burocrática. Consideramos que a acessibilidade em comunhão ao acolhimento é útil para avaliar os serviços, sobretudo quando organizados com filas de espera, atendimentos somente pré-agendados, rigidez na referência geográfica e territorial como sentido aos usuários em escolher onde ser atendido e a se vincular;

*Intersetorialidade:* o CAPS deverá acolher universalmente aquele (a) que o procurar, problematizar a demanda que lhe chega, absorver algumas delas sob a forma do cuidado dispensado no próprio CAPS e encaminhar outras, se for necessário, acompanhando o encaminhamento como ato seu, pelo qual é responsável nas demandas das pessoas. Deverá convocar vários setores e instâncias do território, além de outros equipamentos de saúde de saúde e chamar a rede educacional, assistencial, jurídica. Enfim, deverá operar a ordenação da rede, para responder com a intersectorialidade de ações, as demandas de saúde mental da população;

*Tomada de responsabilidade e Rede:* outros dois princípios éticos que significam que o CAPS terá que responder pelo tratamento/agenciamento de cuidados para as pessoas no território de abrangência, prioritariamente aqueles que, pela sua condição psíquica, vem ou estão, impossibilitados de manter laços sociais ou sob o risco de não sustentá-las. E, rede se distingue de conjunto de recursos assistenciais. A lógica da rede como componente do cuidado é um modo de pensar. É preciso que a lógica de rede presida a norma e o protocolo, e situe-se no movimento da equipe. Para tanto, há a necessidade de uma presença viva, que intervenha sobre o aspecto da burocracia. Tal intervenção deve ocorrer pela tomada de responsabilidade em relação à demanda. É sempre bom lembrar que a demanda é singular e o acesso é universal. Para construir essa rede, conforme Elia (2005), todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, cultura), econômicos (dinheiro, previdência, assistência social) e religiosos estão convocados a potencializar as equipes de saúde mental, nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. Para formar rede é preciso dialogar muito e persistir junto a outros setores, com outros equipamentos sociais do território, outras pessoas e pactuar com eles, ações que efetivem o acesso ao cuidado, para que gerem novos dispositivos, possibilitem novos percursos para aqueles (as) de quem tratamos. Isso indica que há de saber o que se tem ao redor, levantar os

recursos existentes (e os não existentes), saber como funcionam, como e quem atendem, o que fazem, de onde vem as pessoas que ali chegam, desenvolver ações de suporte de desinstitucionalização e discutir casos em conjunto.

*Território*: não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja importante para caracterizá-lo. De acordo com o Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2010), o território não se restringe à casa onde se vive ou aos lugares frequentados pelo cidadão. Ele é concebido com um espaço político de diferenças, desigualdades, conflitos e crenças singulares. É um espaço vivo e mutante, ou seja, terreno fértil para a prática clínica. Para Santos (2007, p. 81), cidadania não se separa do território, sendo que “*o território em que vivemos é mais que um simples conjunto de objetos, mediante os quais trabalhamos, circulamos, moramos, mas também um dado simbólico*”. A cidade é um conjunto de fixos públicos/privados (econômicos, sociais, culturais e religiosos) e de fluxos, que significam modos de vida. No entanto, o uso do território pode separar e dividir os homens no sentido em que “*cada homem vale pelo lugar que está: o seu valor como produtor, consumidor, cidadão depende de sua localização no território*” (SANTOS 2007, p. 107). Assim, os serviços essenciais têm que fazer parte de uma política redistributiva, em que o componente territorial sirva à não discriminação das pessoas. Os direitos territoriais e os direitos culturais concretos, representam a geografização da cidadania, sendo a própria sociedade civil um território, pois ela não se define fora desse paradigma. Acrescentamos de modo diferente e complementar, para pensarmos na territorialidade da experiência, baseando-se em Bezerra Júnior (1992, p. 115), para quem, ao trabalharmos aspectos da intervenção terapêutica, considera que “*tratar do indivíduo que sofre é inevitavelmente referir-se aos contextos de vida em que esse sofrimento surge (...)*”.

*Cidadania*: a nosso ver, só é possível a desinstitucionalização quando estamos convictos que diante dos profissionais estão os(as) usuários(as) - sujeitos de direitos, cidadãos com direito a um bom atendimento e que possuem histórias e experiências. Cidadania, juntamente com a estratégia de operar no território, deve estar nas razões que movem e mobilizam a realização dos projetos terapêuticos dos usuários, pois para ser cidadão, é preciso assegurar junto ao cuidado, a autonomia, o respeito, o lugar nas diferenças, que se distingue da racionalidade de um tipo de cidadania pensada para um tipo de cidadão “auto-suficiente”; aumentar o poder contratual do(a) usuário(a), construir as possibilidades de liberdade, de escolhas, de desejos e sonhos. Saraceno (1999, p. 18), ao fazer o percurso crítico da reabilitação psicossocial e o nexos com a cidadania, enfatiza que cidadania não é a restituição de direitos formais aos usuários dos serviços de saúde (mental). E sim “*(...) a construção de*



*seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única Reabilitação possível.”*

### 3 CONSTRUÇÕES SÓCIO-CULTURAIS E DISCURSIVAS SOBRE PRECONCEITO

#### 3.1 A perspectiva da antropologia e sociologia

O preconceito é produzido e adquirido na nossa cultura, sendo transmitido de geração a geração. Conforme Queiroz (1995), crescemos e somos educados em contato com determinados sistemas padronizados de classificação das coisas e das pessoas. Apreendemos certos juízos de valor através da família, escola, jogos e brincadeiras infantis, filmes, piadas, programas de televisão, programas de humor tanto nas expressões verbais como nas caricaturas, no convívio social, nos livros didáticos, dentre outros.

Dessa forma, introjetamos ideias a respeito de determinados grupos de pessoas sem nunca termos tido contato com algum de seus membros. Mesmo no juízo de valor positivo, recorreremos a uma forma generalista de julgamento baseado em um conceito prévio. Por exemplo, ao dizer que todo brasileiro é amável e que todo japonês é trabalhador.

As categorias valorativas podem ser negativas ou positivas. A seguir, descrevemos tendo por base os estudos de Queiroz (1995), as principais expressões do preconceito:

A simplificação estereotipada – *“eu conheço muito bem este tipo”*, como uma forma de qualificar superficial e genericamente grupos étnicos, raciais, religiosos, nacionais, grupos do mesmo sexo e profissão. São geralmente verbalizados, ligados à imagem caricaturada. Mesmo ao se fazer um elogio, há o problema da generalização atribuída a todo o grupo do qual está sendo emitida a opinião. O estereótipo é uma forma de conceitualização mais simples do que complexa e mais falsa do que verdadeira;

O etnocentrismo – *“nós somos os melhores”*, é um dos fenômenos que dá origem e sustentação ao preconceito. É um mecanismo primário, com fundamentos psicológicos sólidos e profundos. Consiste em repudiar a cultura diferente da nossa. A própria cultura e o próprio modo de viver são tidos como superiores e melhores do que as outras, sendo o ponto de partida para julgar e comparar as outras culturas. Dessa forma, as outras culturas são sentidas, percebidas e tidas como inferiores. As manifestações extremas do etnocentrismo estão, por exemplo, no tratamento aos imigrantes, tratados como coisas ou animais, negando-lhes a própria condição humana.

A discriminação – *“sinto muito, a vaga já foi preenchida”*, ocorre através do tratamento diferencial, desigual a determinados indivíduos ou grupos sociais, que são privados de certos direitos. A discriminação sustenta e justifica privilégios e interesses do grupo discriminador. Toda forma de discriminação marginaliza e afasta o indivíduo ou grupos da

participação plena da vida sócio-econômica e cultural. Assim, produz desigualdades, restringindo o acesso dos grupos discriminados ao trabalho, escola, lazer e ascensão social. Dentre os exemplos de preconceito com os quais se justifica a discriminação estão: 1) o preconceito social a determinadas ocupações tidas como subalternas (empregadas domésticas, garçons, garis, motoristas, dentre outros); 2) o preconceito racial aos negros e mulatos que pode ocorrer em várias situações (na moda, nas atividades científicas, acesso à escolarização, na adoção de crianças e adolescentes, nos postos de trabalho, dentre outros); 3) o preconceito e discriminação religiosa; 4) o preconceito e discriminação contra os velhos tidos como inativos, “ranzinhas”, cheios de manias e dependentes e 5) preconceito e discriminação aos jovens tidos como consumistas, turbulentos e irresponsáveis por meio do olhar do adulto; e acrescentamos 6) o sexismo enquanto ideias e práticas que privilegiam determinado gênero e/ou determinada orientação sexual, em detrimento de outro (a).

Os grupos minoritários – “*quem você pensa que é? cresça e apareça*”, diz respeito aos grupos religiosos, étnicos, nacionais e raciais quando negativamente avaliados, discriminados e/ou segregados. São chamados de “minorias” ou “grupos minoritários” por ocuparem uma posição subordinada na estrutura de poder de uma sociedade, e não por uma contagem demográfica, mesmo sendo majoritários em alguns casos (Queiroz, 1995).

Conforme esse autor, muitas vezes os grupos dominantes definem-se como culturalmente e biologicamente superiores aos grupos minoritários para legitimarem a exploração econômica, política e sexual que impõem aos integrantes dos grupos minoritários.

Dentre os exemplos do preconceito aos “grupos minoritários”, está o Apartheid enquanto política de discriminação e exclusão do poder, praticadas pelos colonizadores contra a população nativa na África do Sul; ao tratamento dado aos índios no Brasil considerados sem autonomia para gerenciarem suas vidas e a xenofobia, expressão de preconceito contra imigrantes. E ainda, as medidas segregacionistas (“cada macaco no seu galho”), cujos direitos de indivíduos e grupos não são legalmente reconhecidos, ou, quando reconhecidos, são desrespeitados. Como exemplo da segregação, o autor cita o distanciamento geográfico dos judeus na década de 40 na Europa pela política do antissemitismo, na formação dos guetos e nos campos de concentração. Como solução fatal, o genocídio, enquanto política deliberada de extermínio e execução em massa pela força e pela violência. Ocorre por motivos religiosos, raciais ou políticos, podendo ser praticada por governantes, grupos étnicos ou religiosos (Queiroz, 1995).

O preconceito de classe – “*Oh, que pobreza*”, sendo uma manifestação de preconceito que recai sobre o pobre de várias maneiras: através da ocupação se vista como menos nobre,

quando um indivíduo é avaliado por “não ser letrado”, contra os/as meninos/as em situação de rua, em relação às tradições culinárias quando menosprezadas como “comida de pobre”, dentre outros exemplos.

O preconceito relativo aos estigmatizados – “*se Deus marcou, não foi à toa*”. É um tipo de preconceito da discriminação e da estigmatização contra pessoas por trazerem consigo certas marcas físicas ou comportamentais que não as habilita para a aceitação social plena. Como resultado da estigmatização, está a deteriorização da identidade, o afastamento do convívio com os *normais* pelo constrangimento, e as práticas de maus tratos contra os indivíduos estigmatizados, tais como o cárcere privado, as referências ridicularizantes, perseguições e negligência. Os pertencentes ao grupo dos estigmatizados são preteridos nas amizades e no trabalho. Pertencem ao grupo dos estigmatizados os portadores de deficiência, de distúrbios mentais, os homossexuais, os dependentes de drogas, os hemofílicos, os obesos, os muito baixos, os muito altos, pessoas com soropositivo, os epiléticos, dentre outros. (Queiroz, 1995). Essa pesquisa centrou-se sobre o estigma da doença mental. Porém, acreditamos que as manifestações do preconceito podem ao mesmo tempo, conter mais de uma forma de expressão, dentre as descritas acima.

No debate atual, um dos pensadores sobre a temática da comunidade, da migração e do multiculturalismo, apesar de seu pessimismo com relação à globalização, é Bauman (2003), pelo que destacamos alguns de seus argumentos, dentre eles, a noção de “direito ao reconhecimento” como direito à redistribuição no sentido de superar a separação entre “política cultural da diferença”, da política social da igualdade, fundada nos direitos.

Os direitos humanos só faz sentido se a questão específica da diferença estiver pautada como enquanto redistribuição das oportunidades, dos bens materiais, e se adquiridos por uma luta coletiva. Conforme Bauman (2003), se o discurso do direito à diferença nega a redistribuição, faz alimentar o fundamentalismo, mantendo a separação da política cultural, da política social da igualdade. No entanto aparece uma contradição no autor, ao considerar a redistribuição e a igualdade como *veículos de integração e unidade*, embora ele ressalte a importância de não se almejar por demandas por “puro reconhecimento” das diferenças culturais. Mas o essencial é que o autor enfatiza a desigualdade social como um padrão das diferenças vivenciadas por grupos. Assim, um dos aspectos para se comparar ao outro é a renda, a distribuição ou a sua privação.

Sobre o multiculturalismo, outra abordagem crítica de Bauman (2003) e ao que ele chama de “programa do multiculturalismo”, como sendo a “ideologia do fim da ideologia” em que as diferenças são teorizadas como pluralismo cultural, como tolerância liberal. Uma espécie de integração cultural. O dilema entre os direitos individuais e os da comunidade

devem ser pensados rumo à universalização da humanidade como o horizonte da política do *reconhecimento*. Para tal, o pluralismo cultural deve servir à causa da humanidade. Isso difere da ideia de uma humanidade universal tendo por base um “homem homogêneo”, assim como pela Nação-Estado fundada no nacionalismo, unificada por um povo-nação.

Bauman (2003) fala acerca da migração demonstrando o paradoxo entre o estímulo dos países (governantes) à imigração para uso de mão de obra, mas com limitações impostas aos imigrantes em relação à sua “liberdade de ir e vir”. No país de destino, os imigrantes são cada vez mais hostilizados e tratados com estigma: são os intrusos. Assim proliferam-se as diásporas étnicas. Os imigrantes são impedidos de agirem no contexto do movimento da expansão extraterritorial do capitalismo global. Os imigrantes são alvos fáceis e servem ao tráfico de pessoas, espoliados de direitos e de proteção.

Esse autor tece crítica ainda ao que ele chama de o nível mais baixo - o gueto, a guetização dos grupos, fato este crescente nos países face à migração, expondo dois tipos de formação: o gueto voluntário referente ao confinamento espacial de um grupo luxuoso com o seu fechamento social/ espacial, criando uma homogeneidade e distinção entre os ‘de dentro’ e os “de fora”. O segundo tipo, o gueto étnico, o racial e/ ou dos imigrantes, são conforme o autor, os guetos de fato. São produzidos no mundo das desigualdades sociais. Nesse tipo de gueto, aprofunda-se o estigma territorial, marcam os grupos imobilizando-os em um mundo de grande mobilidade. Mesmo sem a presença física de muros, a guetização existe na forma “invisível” através da criminalização da pobreza.

As consequências dos guetos involuntários é a desintegração social através da perda dos sentimentos comunitários, da solidariedade, da confiança mútua e criação de raízes saudáveis. Através dos guetos, para Bauman (2003), há o aumento da valorização de uns sobre outros, dissolvendo o respeito. A vivência do gueto aumenta o desprezo entre seus membros. E no lugar de demandas e lutas coletivas a partir das desigualdades vivenciadas individualmente, o individual toma para si a tarefa de mudar no plano individual, problemas de ordem estrutural.

Outro pensador contemporâneo que traz para o debate das diferenças, o tema da identidade, é Hall (2005), que parte das profundas transformações nos conceitos, citando três concepções de identidade, na história do pensamento: 1) a do sujeito do iluminismo, 2) a do sujeito sociológico e 3) a do sujeito pós-moderno.

Dentre suas contribuições está a crítica à ideia de cultura nacional por ser um dispositivo discursivo que coloca a diferença como unidade ou “identidade de um povo”. O conceito hoje de identidade é negociado, e não fixo por um único discurso. É um conceito

político, inserido nas relações de poder e dentre as alterações está a mudança de uma “identidade de classe”, para a constituição das diferenças; a globalização tem também um efeito contestador sobre “a unidade”, e cria um mundo/uma realidade mais interconectada cujas características temporais e espaciais (distâncias mais curtas) afetam as identidades nacionais, pois todas as identidades estão localizadas no espaço e no tempo simbólico, não mais podendo se manter “fechadas”; a categoria identidade na atualidade está entre a tensão da reação defensiva da ideia de manter uma “cultura local”, uma “identidade”, com a produção de novas identidades - as diferenças.

Na formação de identidades compostas por pessoas “dispersadas” de sua terra natal, que não retornarão a um passado saudoso, o autor faz um paralelo entre a tradição e a *tradução* (palavra do latim traduzida como o efeito de transportar entre fronteiras). Hall (2005) expõe que,

essas pessoas retêm fortes vínculos com seus lugares de origem e suas tradições, mas sem a ilusão de um retorno ao passado. Elas são obrigadas a negociar com novas culturas em que vivem, sem simplesmente serem assimiladas por elas e sem perder completamente suas identidades. (...) Eles devem aprender a habitar, no mínimo, duas identidades, a falar duas linguagens culturais, a traduzir e a negociar entre elas. As culturas híbridas constituem um dos diversos tipos de identidade distintivamente novos produzidos na era da modernidade tardia (p. 88/89).

### 3. 2 A perspectiva da microsociologia - o estigma

Assim como no entendimento sobre a loucura, o conceito de estigma sofreu alterações desde a civilização antiga na Grécia, passando pelo cristianismo, à civilização moderna. Mas nesse caso, conforme Goffman (2008), guardando o sentido literal original, o estigma orienta uma marca, um símbolo atribuído. Conforme o autor, em seu estudo sobre o estigma, as pessoas são incluídas em categorizações pela sociedade, e passam a ter atributos que indicam a sua identidade social.

Goffman (2008) denomina de identidade social virtual o “*caráter que imputamos ao indivíduo*” (p.12), e de identidade social real a categoria e o atributo que o indivíduo prova possuir. No entanto, o estigma é uma caracterização conflituosa entre a identidade social virtual e a identidade social real no momento que a diferença que o indivíduo possui em relação à outra categoria representa uma desvantagem, um “defeito ou uma fraqueza”. A partir dessas questões de identidades, a pessoa com um estigma, uma marca corporal, pode ser uma pessoa “desacreditada”, ou seja, o seu estigma é evidente de forma imediata ante o contato com o outro, ou, uma pessoa “desacreditável” quando ocorre por parte da pessoa portadora de

um estigma, a manipulação da informação sobre o mesmo, pelo fato do estigma não ser visível de forma imediata no contato com o outro.

Destaca-se ainda o caráter da informação social sobre o indivíduo, que são fornecidas através de símbolos estabelecidos pela sociedade. Os símbolos para a pessoa estigmatizada podem ser símbolos de estigma involuntários ou voluntários. Baseado no estigma que a sociedade imputa ao indivíduo, “nós, os normais”, discriminamos muitas vezes sem pensar, utilizando de termos específicos (estigmas), que reduzem o indivíduo e as suas chances de vida. Mesmo as respostas defensivas do indivíduo são vistas como parte de seu defeito.

O estigma surge então, na expectativa geral de que o indivíduo que está em determinada categoria, deve não só apoiar-se nas normas que são estabelecidas para cada categoria social, e naquela que ele está incluído, como deve cumpri-la.

Conforme Goffman (2008), os efeitos do estigma e das expectativas sobre os estigmatizados podem levar o indivíduo ao auto-isolamento, ou a buscar corrigir o defeito de diferentes formas (das cirurgias ao domínio de atividades consideradas de grau difícil ao seu tipo), ou a obter “ganhos secundários”. O estigmatizado pode interpretar as privações também de formas diversas e complexas, tais como uma benção, como uma crença na vida pelo sofrimento, dentre outros.

Esse autor ressalta os aspectos em relação aos contatos mistos entre o estigmatizado e “os normais”, onde ambos enfrentarão causa e efeito do estigma. Por outro lado, o estigmatizado vivendo entre os seus iguais, poderá organizar-se melhor, mas viverá num mundo incompleto.

Outra questão assinalada por Goffman (2008) é sobre as experiências de aprendizagem da pessoa estigmatizada, e as mudanças que ela vivencia na concepção do eu. Essa trajetória o autor chama de carreira moral, que ocorre desde as diferentes formas de socialização, nas quais as pessoas estigmatizadas incorporam as crenças da sociedade para a sua identidade, até a aprendizagem detalhada de que ela possui um estigma, e as consequências em possuí-lo. A interação desses fatores fornece os dados para o desenvolvimento da pessoa estigmatizada.

Dentre os aspectos da socialização da pessoa estigmatizada, Goffman (2008, p. 47) aponta a “*ambivalência da vinculação do indivíduo com a sua categoria estigmatizada*” e com a natureza da “dos normais”. No entanto, o autor assinala que é nas relações dos grupos de iguais que reside a possibilidade de “discutir a história natural e a carreira moral do indivíduo estigmatizado” (p. 48).

Retomando os aspectos sobre identidade virtual e/ou real, Goffman (2008) apresenta três conjecturas sobre identidade da pessoa que possui um estigma, sendo: 1) a identidade

social, já apresentada acima, a qual permite considerar a estigmatização. A identidade social ocorre através de sinais corporificados no indivíduo sejam de prestígio ou de estigma como exemplo: a moral, a reputação, ou pelo uso de aparelhos físicos, localidade de referência, etc. A identidade social foge ao anonimato. Por exemplo, um ex-paciente internado em hospital psiquiátrico pode ser reconhecido na rua por outras pessoas que estiveram internadas no mesmo contexto; 2) a identidade pessoal que ocorre desde a documentação da identidade pessoal, como as características positivas de identidade, e história de vida incorporados no indivíduo. Pode-se ter pela identidade pessoal, uma imagem fotográfica da pessoa, na mente dos outros. Na identidade pessoal, o indivíduo pode tentar manipular a informação sobre si diante de um desconhecido, para esconder seu estigma e 3) identidade do “eu”, explicado pelo autor como o sentido subjetivo que o indivíduo tem sobre sua situação, e o caráter que ele virá a ter como resultante das diversas experiências sociais.

No estudo sobre o estigma, o que está em jogo, conforme o autor, são os papéis utilizados na interação social “e não os indivíduos”. Mas importa, como ocorrerão os aspectos de encobertamento do estigma, as técnicas de adaptação e as técnicas de controle da informação adotadas pela pessoa com um estigma. Embora não adotamos esta linha de análise comportamental proposta, até porque passados tantos anos e tendo em vista outros contextos desse dos estudos de Goffman (hoje contamos com as lutas e as afirmações dos “deficientes” e a afirmação e expansão de seus direitos), reconhecemos seu mérito aqui, que por papéis sociais estão os outros em uma relação, mesmo que disfarçada, como ele mesmo já havia exposto: somos afetados de alguma forma diante do que julgamos estranho.

### **3. 3 A perspectiva da psicologia**

Crochik (2006) buscou referência na psicanálise freudiana para discutir o preconceito, no qual o homem vive no conflito entre impulsos individuais e normas societárias, e na Escola de Frankfurt<sup>3</sup> a qual se propôs a compreender o comportamento humano face à adesão ao ideário nazista.

O preconceito representa o desejo de dominação. Como exemplo, o ódio ao judeu ocorreu por um processo ideológico, econômico, psíquico e religioso, aliado a uma forte

---

<sup>3</sup> Nome genérico para designar um grupo de filósofos e pesquisadores alemães unidos por amizade na década de 30. Dentre as contribuições, está a criação da Teoria Crítica do Conhecimento, com estudos sobre a racionalização científica e técnica, a massificação da indústria cultural, os sistemas totalitários, a concepção positivista de mundo. (Ver JAPIASSÚ, Hilton, MARCONDES, Danilo. Dicionário Básico de Filosofia. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004/2005, p.116.



propaganda facista, na qual a justificativa de que os judeus queriam dominar os povos, dissimulava o desejo de dominá-los por parte daqueles que os acusavam e os perseguiram.

Tecendo sobre o comportamento humano, Crochík (2006) enfatiza que a experiência e a reflexão sobre si mesmo e sobre os outros nas relações sociais, são as bases da constituição do indivíduo, que assim, poderá avaliar e fazer escolhas. Quanto mais a experiência e a capacidade de refletir se tornam debilitadas, maior será a necessidade de defesa em relação àquele que causa estranheza. Assim, o preconceito diz mais respeito à pessoa que o exerce, sobre as suas necessidades e características, do que sobre quem é exercido.

Se o indivíduo somente se identifica com a cultura ou somente se opõe à ela, agirá com preconceito. A ruptura com o mundo que lhe é ameaçador, a não reflexão e a manifestação do preconceituoso que se julga superior ao objeto de seu preconceito, representa a impotência do mesmo em lidar como o sofrimento em relação à realidade. Agindo com tabus e estereótipos fixos, o preconceituoso terá sempre as mesmas reações, através de mecanismos psíquicos infantis e falseamento da realidade. O estereótipo conforme Crochík (2006, p. 22), ocorre no contexto em que *“a obrigatoriedade da certeza, a racionalidade que pede respostas rápidas calcadas em esquemas anteriores, geram estereotipia nas ações.”* É sobre influência da indústria cultural pelo fato da mesma ‘fornecer clichês’, que o pensamento não se desenvolve por reflexão, favorecendo as ideias reacionárias e repetitivas.

Os estereótipos contribuem para impedir a identificação do preconceituoso para com o objeto de seu preconceito. Assim traduz Crochík (2006) sobre “os criminosos” como exemplo, onde se consideram que eles,

devem ser inteiramente responsabilizados por seus atos – e o são – mas as explicações dadas para o crime, em geral, baseiam-se na história individual do criminoso, apontando-se para a sua infância irregular, para as suas deformidades de caráter, sem que as condições sociais, que também são responsáveis pelo crime, sejam realçados. O estereótipo do criminoso como um indivíduo de alta periculosidade, intratável, mau caráter, auxilia na caracterização que o indivíduo ‘saudável’ deve ter, e contribui para saber como agir quando se defrontar com aquele, ao mesmo tempo em que impede a identificação com ele (p. 26).

Ainda sobre a relevância da função de reflexão na psicodinâmica do preconceituoso, Crochík (2006) diz que no caso do relativismo enquanto “liberdade” de pensamento, não se elimina o preconceito, pois o objeto é visado pelo crivo da pessoa, de acordo com o que ela pode perceber, e não pelas características e singularidades do outro, ou dos fatos. Trata-se aqui

de um movimento de independência do sujeito em relação ao objeto e do pensamento em relação à realidade, sobre bases fixas de pensar.

E este movimento é o mesmo da racionalização da ciência e da técnica, a exemplo novamente do nazismo, cuja cultura desenvolvida tecnologicamente conviveu com o preconceito, que se tornou uma norma cultural naquele contexto. Embora o preconceito seja irracional, afirma Crochík (2006) que a forma de expressá-lo nem sempre é irracional. Os mecanismos preconceituosos nas ciências fazem com que pessoas também sejam tratadas por classificações que as mesmas dão para objetos e coisas.

Na conceituação do preconceito, Crochík (2006) discorre sobre a positividade do pré-conceito (conceito prévio), diferentemente de Queiroz (1995). O conceito só é possível na experiência que envolve elementos preconcebidos da realidade, que possibilita o estranho tornar-se familiar, e para que os conceitos possam ser alterados. O pré-conceito diz respeito aos conceitos formulados através das percepções e experiências, bem como às necessidades emocionais que ocorreram anteriormente à nova experiência. Os pré conceitos são assim, pré-requisitos para o conhecimento. Trazendo para a atenção psicossocial, a convivência com as pessoas com sofrimento psíquico nos espaços abertos dos CAPS possibilita que os profissionais superem o medo do contato, em uma experiência de cuidado em liberdade inovadora. Conclui o autor que na ausência dos pré-conceitos na experiência, não se pode compreender o objeto, pois ele surge quando os fatos não estão ao alcance da inteligibilidade, diferentemente do estereótipo e do preconceito, no qual os fatos reais não contam.

Foi a partir da década de 20 que o preconceito passou ser estudado como problema psicológico, com o surgimento de diversas teorias. Crochík (2006) destaca os estudos de Adorno et. al da Escola de Frankfurt, na década de 40, após a Segunda Guerra Mundial, os quais realizaram uma pesquisa nos EUA, focando-se no problema do antissemitismo. Com vistas nos aspectos subjetivos do preconceito, a pesquisa buscou identificar categorias psicodinâmicas dos indivíduos predispostos a exercê-lo.

O estudo não cria categorias rígidas, mas busca elementos para explicar os diversos elementos que contribuem para a constituição de indivíduos preconceituosos, dentre eles a fragilidade na formação do eu, a identidade de isolamento de quem “basta-se a si mesmo”, o conformismo com a realidade, a agressividade, a projeção em uma falsa realidade e a não diferenciação com esta.

A pesquisa dividiu dois grupos de tipologias de indivíduos predispostos ao preconceito, um com escores alto em relação ao anti-semitismo e o outro com escores mais baixos. No

primeiro grupo foram descritos as seguintes características de indivíduos: a) o ressentido superficial; b) o convencional; c) o autoritário; d) o rebelde e o “psicopata”; e) o maníaco e o f) o manipulador. Os tipos definidos com escores mais baixos indicam indivíduos tidos como rígido, contestador, impulsivo, despreocupado, liberal genuíno, e que estavam dentre os indivíduos pouco propensos ao preconceito, conforme os estudos de Crochík (2006).

### **3. 4 Da Loucura a normalização da vida**

A história peculiar do louco nas sociedades foi analisada por Foucault (2002a) pelas diferentes abordagens conforme cada cultura e tempo histórico. Na Idade Média (entre o século XV), os loucos, embora familiares na vida das cidades, eram excluídos da sociedade através da Nau dos Loucos, espécie de embarcações lançadas ao mar. A relação do homem com a loucura era pelo mistério, e pelo estranhamento do desatino. Acreditava-se que errantes pelos mares, eles encontrariam o caminho das divindades que explicavam então, a sua existência. O “louco” era considerado em sua singularidade. Na Idade Clássica (meados do século XVI a XVII), com o surgimento dos leprosários e a transformação destes em Casas de internamento (hospitais, prisões e asilos espalhados pela Europa), como local de recolhimento dos pobres para retirá-los da cidade, os “loucos” foram uniformizados junto aos doentes de todo gênero.

Na Idade moderna, no decorrer do século VXIII, ocorre um novo tipo de segregação dos “loucos”, com a destinação de asilos exclusivamente para eles, enquanto que as outras parcelas internadas nas Casas de Internamento foram (re)aproveitadas como mão de obra barata pelo Estado e pelo setor privado. O “louco” fora tido como incapaz de prover sua subsistência e de conviver no coletivo. A transformação é que, além de um problema político e social, o asilo para os “loucos” assume uma função médica, sobretudo com a chegada e a administração do médico Philippe Pinel nos asilos franceses de Bicêtre em 1793, e em Salpêtrière a partir de 1795.

A idade moderna traz ainda a exclusão do ‘louco’ do mundo da razão cartesiana, uma vez que a ciência moderna privilegia a(s) racionalidade(s), como referência de organização do mundo e validação do homem. A alienação mental no século VXII e XVIII advém da condição em que a loucura era designada como a perda da razão, originando o seu oposto – a desrazão. E, sendo a razão referência entre normalidade/anormalidade, e a loucura o oposto inconciliável da razão, culminava então com a perda do livre arbítrio e da liberdade de seu portador, o

“louco”. Assim, no reino da liberdade, fraternidade e da igualdade, o louco não se beneficia de nenhum slogan e projeto da modernidade.

Baseado nas concepções sobre a loucura no século XVII e XVIII, Hegel desenvolve a teoria sobre a alienação mental considerando-a uma contradição interna à razão, diferentemente da ideia de perda total desta. Assim, a privação da liberdade era passível de revisão. De acordo com Amarante (2003b, p. 45), para Hegel, o louco era razoável e a alienação mental tomada “(...) *enquanto condição inerente ao homem na qual todo o sujeito é alienado da sua condição social, da sua condição de sujeito.*” Mas, em ambos os casos, da medicina de Pinel à filosofia de Hegel, era o tratamento moral para a loucura, as recomendações para restabelecer a mente desordenada. E para tratar os alienados, surgia a primeira figura do médico especialista denominado de alienista.

Os alienistas iniciaram a classificação da loucura a partir dos sintomas e comportamentos dos alienados, instituindo a classificação nosográfica. Procuravam, conforme Castel (1978, p. 111), distinguir “(...) *o comportamento patológico das condutas socialmente reguladas.*” Para o autor, “*a rotulagem nosográfica nada mais fez, assim, do que formalizar os dados imediatos da consciência social da loucura*” (p. 111).

Entre os anos de 1850 a 1870, nos estudos de Foucault (2002b), a psiquiatria abandona a velha medicina prática pineliana e de Esquirol, ou seja, abandona o delírio, a alienação mental e a doença para assumir o comportamento e seus desvios e as suas anomalias. Sua referência é o desenvolvimento normativo e não a patologia e a doença. Uma situação paradoxal segundo Foucault (2002b), pois a psiquiatria pôde se constituir ciência na medicina, patologizando a loucura pela nosografia classificatória nos primeiros anos do século XIX. Mas a partir de 1850 ela irá preservar seu lugar e poder, porém aplicará seu poder e seu discurso há algo cujo estatuto não é mais doença, mas anomalias.

O novo objeto da psiquiatria, a partir do século XIX, representou a generalização da mesma, nas famílias. Era o poder médico investindo sobre um objeto não patológico, utilizando a infância, de onde então, pôde então generalizar-se. A constituição de uma nova nosografia sobre três aspectos após a segunda metade do século XIX demarcou a psiquiatria nesta fase.

Primeiramente se fez a descrição de síndromes de anomalias, por toda uma série de comportamentos aberrantes e desviantes, classificando as excentricidades em síndromes bem específicas e reconhecíveis. Síndromes em si mesmas anormais, tais como a agorafobia, os cliptomaniacos, os exibicionistas, a homossexualidade, os masoquistas, a síndrome

antivivisseccionistas (que pela sociedade protetora dos animais promovem a vivessecação). No segundo aspecto da nova nosografia, tratava-se de reconhecer nesse processo de sindromatologia, o anormal em doença, com a reavaliação do problema do delírio, ajustando-o à análise dos jogos do instinto e do prazer. Surgem as grandes classificações do delírio: delírio de perseguição, de posse, as crises virulentas dos erotômanos, dentre outras. O terceiro aspecto ou característica da nova nosografia foi o aparecimento da noção de “estado” nos anos de 1860-1870, sendo reformulada por diferentes versões, dentre elas, “o fundo psíquico”.

O estado é a base anormal a partir do qual a doença será possível. Distinto de predisposição (pois aqui o organismo pode ser predisposto e normal), o estado é uma espécie de fundo causal permanente a partir do qual pode se desenvolver certo número de processos e episódios, em que esses episódios, serão precisamente a doença. O estado é um discriminante radical, pois quem porta um estado não é um indivíduo normal. Tudo o que pode ser desviante no corpo ou no comportamento pode ser efetivamente produzido a partir do estado: doenças físicas, doenças psicológicas, uma deformidade, um distúrbio funcional, um impulso, um ato de delinquência, a embriaguez. Conforme Foucault (2002b, p. 397), “*o estado consiste essencialmente numa espécie de déficit geral das instâncias de coordenação do indivíduo.*” Não se confunde com a doença, embora esteja referido a não saúde nos aspectos fisiológicos, psicológicos, sociológicos, moral e juridicamente do desviante. Em síntese, nosografia das síndromes, a nosografia dos delírios e a nosografia dos estados (anormais) compõem a psiquiatria do final do século XIX.

O corpo em que o sujeito é tanto vítima como portador de um estado é o corpo dos pais, dos ancestrais, da família, ou seja, da hereditariedade. Conforme Foucault (2002b), o estudo da hereditariedade como origem de um estado anormal configura-se em uma “metassomatização” de um “metacorpo”, cujo foco não é a doença necessariamente. Por exemplo, a embriaguez pode provocar qualquer outra forma de desvio de comportamento na descendência, seja o alcoolismo, seja uma tuberculose, uma doença mental ou um comportamento delinquente. Qualquer ponto que se encontre na rede hereditária explicará a emergência de um estado na genealogia do indivíduo descendente. Assim, a psiquiatria torna-se também uma tecnologia do casamento são ou malsão, útil ou perigoso, proveitoso ou nocivo, adentrando-se na família, nas questões do funcionamento reprodutivo.

Foi com a noção de degeneração e análise da hereditariedade que se deu lugar a um racismo na época, diferente do racismo “étnico”. Conforme Foucault (2002b, p. 403) o racismo que surge então é o racismo contra o anormal, “(...) *contra indivíduos, que, sendo*

*portadores seja de um estado, seja de um estigma, seja de um defeito qualquer, podem transmitir a seus herdeiros (...) as consequências imprevisíveis do mal que trazem em si (...)*”.

Um racismo mais do que proteger ou defender um grupo contra o outros, ele faz com que todos os indivíduos sejam filtrados no interior de uma sociedade. Um novo racismo próprio do século XX com a defesa interna da sociedade contra os seus não normais, nascente da psiquiatria, assim como a eugenia. A defesa social interna em uma sociedade sendo viável com a caça aos degenerados. Para Foucault (2002b), o nazismo nada mais fez do que se conectar esse novo racismo ao racismo étnico, junto com todas as novas formas de racismo na Europa no fim do século XIX e início do século XX. Conforme Foucault (2002b, p. 404), o racismo “(...) *deve ser historicamente referidas a psiquiatria*” que recupera o seu poder graças ao degenerado. A psiquiatria torna-se ciência que gere as anomalias individuais, medicaliza o degenerado e se propõe à defesa social generalizada, e não mais à cura da doença mental.

A relação entre a psiquiatria e as práticas racistas no Brasil foi estudada por Costa (2007), o qual discorre sobre a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) nas décadas de 20 e 30 na cidade do Rio de Janeiro, que sobre influências do preventivismo Norte-Americano sobre o alcoolismo, e, posteriormente com decisiva influência da eugenia nazista Alemã, desenvolveram e tentaram impor pela força, programas de higiene mental e profilaxia baseada na prevenção eugênica.

Por sua vez, a eugenia fundava-se na ideologia de que a mistura de raças do brasileiro, seria a causa dos problemas sociais enfrentados pelo país na época. Pregavam a purificação das raças pelo não “cruzamento” com negros, para assim, manter a raça ariana, ou até permitia-se com a mestiça, como uma forma de embranquecer a raça e diminuir os efeitos nocivos da existência de não brancos. A raça branca garantiria a perpetuação das pessoas naturalmente mais saudáveis, inteligentes, fortes, trabalhadoras e de condutas morais descentes.

Dentre as medidas eugênicas estavam a esterilização sexual, por exemplo, para evitar nascimento de doentes mentais, de alcoólatras e outros “tipos” nocivos à sociedade. Outras medidas eugênicas incluem a segregação em hospitais para doentes mentais, asilos para os ‘marginais’ e casa de prisão para ‘vagabundos’.

Os indivíduos eram concebidos pela psiquiatria eugênica - fortemente centrada nos aspectos biológicos do homem, como animais, os quais, em nome do saneamento moral da sociedade poderiam ser sacrificados. As práticas e a ideologia eugênica da LBHM contribuíram para com o racismo e a xenofobia frente à intensa imigração ao país, em um ambiente cultural marcado pela estratificação de classes sociais, e anos de ditadura policaiesca sobre a população pobre.

No mesmo sentido que Crochík (2006), Costa (2007) ressalta que o racismo da Liga não deve ser explicado unicamente pelos aspectos culturais e políticos, dentre eles o preconceito na formação racial do Brasil, mas também, pelos aspectos da manifestação psíquica dos indivíduos da Liga. O autor expõe as funções psíquicas da projeção e da introjeção a partir dos aspectos psicológicos, bem como utiliza conceitos antropológicos, especificamente sobre as práticas antropeômicas e antropofágicas, que estão entre a negação do estranho e do estrangeiro na primeira, à assimilação do “estranho” pela segunda, a exemplo do canibalismo (prática indígena realizada para assimilar a força do outro) e, principalmente da miscigenação entre as pessoas, como aspectos favoráveis à hibridização na nossa interpretação.

A continuidade do tema do racismo por Foucault (2005), demonstra uma outra característica - o nascimento do racismo de Estado no século no final do século VXII e início do século XIX, possível com as transformações do poder e o surgimento de uma nova tecnologia de poder - o biopoder e a biopolítica. Trata-se de uma tecnologia de poder que apreenderá a vida, tanto como estatização do biológico aliado à ciência, como a vida enquanto um problema político.

O poder, que durante os séculos XVII e XVIII ocorria através da vigilância e da disciplina sobre o corpo individual, caracterizando uma tecnologia disciplinar, no século XIX será caracterizada pela tecnologia de poder não mais disciplinar ao corpo do indivíduo, mas o poder aplicado ao homem como um todo, ao homem enquanto “espécie”, ao “corpo múltiplo”, ou seja, à população como um problema político e científico.

Todos serão afetados pelo processo do biopoder - do poder sobre a vida, conforme Foucault (2005). Os dois sistemas de poder, ou seja, a tecnologia disciplinar no corpo individual e a tecnologia regulamentadora, não se excluem, mas são processos que se cruzam - a norma da disciplina e a norma da regulamentação da vida.

No lugar da disciplina, a nova tecnologia de poder estabelecerá a regulamentação geral sobre a vida, a normalização do saber e a medicalização da população. A preocupação estará sobre os fenômenos coletivos, nessa nova tecnologia de poder, onde se buscará o equilíbrio e a homeóstase global, a fim de otimizar a vida pela regularidade de sua forma de existir.

Nesse processo, a doença passa a ser vista como fenômeno de população, tendo-se através da medicina, a ênfase nas endemias, cujos efeitos destas, serão analisadas sobre os aspectos políticos da diminuição do tempo de trabalho, dos custos econômicos, dentre outros, conforme Foucault (2005).

A população enquanto categoria de analítica será no processo do biopoder e da biopolítica, uma base de dados e cálculos numéricos e estatísticos. Assim, forma-se a tecnologia regulamentadora da vida, cuja idéia é intervir nas doenças para “fazer viver”. E é assim que o biopoder irá regulamentar e normalizar a “maneira de se viver” e o “como” viver e no “como” da vida, de acordo com Foucault (2005).

Para isso, as tecnologias aplicadas visarão aumentar a vida e controlar os acidentes e as deficiências que possam incidir sobre a população. A normalização dos comportamentos ocorrerá pela bio - regulamentação pelo Estado.

Nesse contexto, o paradoxo surge entre o objetivo do biopoder em “fazer viver” com tecnologias para prolongar e multiplicar as possibilidades de vida, com “fazer morrer” através das tecnologias de morte, como a bomba atômica (que possui o poder de exterminar toda a vida). Para Foucault (2005, p. 304) “como esse poder que tem essencialmente o objetivo de fazer viver pode deixar morrer? A resposta conforme o autor, e nesse contexto que intervém o racismo.

Para Foucault (2005) não existe Estado moderno que funcione em certo momento ou limite, sem lançar mão do racismo. O racismo, primeiramente introduz o corte entre o que deve viver e o que deve morrer, nesse domínio de poder sobre a vida dos homens. O racismo de Estado funciona no interior da população, distinguindo um grupo do outro com o aparecimento da hierarquia das raças biologicamente e politicamente pensadas, da qualificação das raças entre boas e outras inferiores.

A segunda função do racismo será a “função positiva” de fazer guerrear, tendo por base o pensamento de que para um viver o outro terá que morrer. Essa relação não é militar, mas sim uma relação de tipo biológica, pela eliminação, desaparecimento dos “anormais” e “degenerados”. Eliminação não no plano individual, mas da “espécie”, conforme Foucault (2005).

É a morte da “raça ruim” e “inferior” para reinar a vida mais sadia e mais pura, tendo no racismo, a condição de tirar a vida dos outros. Conforme Foucault (2005, p. 306) “a raça, o racismo, é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização”. O poder de normalização, utilizando-se do racismo onde o Estado passa a ter uma função assassina. O racismo serve então como uma tecnologia de poder no sistema do biopoder.

A morte de que se trata ao racismo de Estado é uma morte indireta, percebida na população exposta à morte pelas condições de vida, de guerra, de expulsão, de rejeição, de exclusão, do genocídio, da colonização enquanto mecanismos de poder políticos de morte, pelo racismo.



## 4 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

### 4.1 A Escolha do referencial teórico de análise

*No momento em que não pensamos mais as coisas como as pensávamos antes, a transformação se torna ao mesmo tempo muito urgente, muito difícil e bem possível.*

*Foucault*

Este capítulo trata da Análise de Discurso na perspectiva da mudança social, a partir de Fairclough e Foucault, procurando inferir sobre questões que convergem e que divergem entre ambos os autores, mais precisamente através da provocação textual do primeiro, no que diz respeito à noção de luta e resistência no segundo autor.

A escolha pela análise de discurso enquanto uma teoria social ocorreu pela nossa busca por um referencial teórico, cujos fundamentos fossem ao encontro deste estudo, situado em um campo discursivo atual, de ações e (re)formulações sobre o cuidado em saúde mental.

Os discursos são tidos como investidos política e ideologicamente (Fairclough, 2001), sempre a ocultar outros conhecimentos ao mostrar uma única verdade (Foucault, 2008). Possuem distintas estratégias, criadas nos contextos históricos e nas relações de poder.

Pensando na saúde mental, a reforma psiquiátrica se forma em um campo de disputas estratégicas e conflitantes. Entre a proposta de uma atenção psicossocial de base comunitária e pública, e, a proposta de transformar os CAPS em centros médicos por parte de setores corporativos, por exemplo, a nosso ver, ilustra a importância de se perceber o que é dito, de onde se fala, quem fala e como se fala (quais as estratégias - corporativas e instituições discursivas).

Nesse debate, a história do movimento da Luta Antimanicomial conforme Lobosque (2003, p. 47), “(...) nos permite apreender aquilo que decisivamente esteve em jogo desde então: a questão de uma análise de poder e de um ensaio das formas de resistência e enfrentamento que podemos opor-lhe.” Resistência e possibilidade de produção de novos saberes, que conforme Foucault tenha autonomia, por não serem submetidos a um tipo de normalização: nesse caso, a normalização da psiquiatria.

Podemos, com o referencial teórico proposto, refletir as práticas discursivas do movimento pela reforma psiquiátrica. Falamos e nos encontramos no movimento *pela* reforma, e estamos ao mesmo tempo, *na* reforma psiquiátrica, *de dentro*, enquanto prática social e política.

Novos discursos, novas práticas ou até, reformulação de antigas práticas (apresentadas de forma mais requintadas), tendo, em vista, as diferentes abordagens, disciplinas e conseqüentemente, metodologias e tecnologias, que operam na saúde mental através do fazer profissional. Os discursos das disciplinas ou dos princípios que adotamos se materializam, por exemplo, nas abordagens sobre a família, nas intervenções terapêuticas, na organização da equipe, no espaço interno de circulação nos serviços de saúde, no acolhimento, nas discussões de caso.

No contexto das relações de poder na clínica psicossocial, que lugar ocupam os usuários? Pelo pensamento foucaultiano de que dizer não é a forma mínima de resistir, quais seriam as formas de resistências nas relações de poder das instituições substitutivas aos hospitais psiquiátricos? Trazendo para a proposta da desinstitucionalização, podemos pressupor que a recusa ou subversão de um usuário não se limita a fazer questionamento ao seu médico ou a outro profissional, embora isso seja relevante.

Mas não se trata de ir contra, de polarizar usuário e profissional<sup>4</sup>. Pela resistência podemos pensar nas possibilidades de um coletivo dizer não às relações manicomializadas situadas nas micro relações, interpessoais e institucionais que impedem mudanças de lugares já instituídos: o usuário, um assistido, o profissional, aquele que assiste, o gestor, aquele que “gerencia”, mas não articula e nem cria estratégias possíveis.

É pelas relações de poder e resistência que a prática discursiva da reforma psiquiátrica, em um dado contexto, permite apreender os seus efeitos sobre o sujeito envolvido no processo, e vice-versa, como o sujeito, coletivo e individual, constitui-se nesse discurso (oralmente, pela escrita, pela ação), e influencia as instituições.

Nessa abertura, podemos propor uma reflexão, a partir da análise de discurso, sobre o uso do termo *reforma* psiquiátrica. Por que reforma? O que está sendo reformado? No mesmo sentido, não é muito incomum lermos produções textuais sobre os novos dispositivos *alternativos* de cuidado em saúde mental. São alternativos ou são substitutos? O que há de divergência discursiva sobre essas duas formas de pensar a atenção psicossocial, entre alternar e substituir? O que há de polaridade e de aproximação entre as terminologias saúde mental e reforma psiquiátrica? Se por saúde mental<sup>5</sup> pressupomos um entendimento mais amplo,

---

<sup>4</sup> Verificamos durante a IV Conferência de Saúde Mental, tanto em Goiânia, como na etapa nacional, o discurso de que se tratava de uma conferência dos usuários. E, qualquer contrariedade no não atendimento de situações legítimas, mas também de interesse pessoal ou corporativo, militantes (usuários, trabalhadores, familiares) insatisfeitos com encaminhamentos, se punham a dizer que a comissão organizadora (boa parte de trabalhadores) estava desrespeitando os usuários.

<sup>5</sup> Segundo Sandra Fagundes (Goiânia 11/05/2010), nas discussões intersetoriais para a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, os demais setores do governo disseram entender sobre saúde mental, mas não sobre reforma psiquiátrica.

com vistas à saúde pública, haveria o domínio de um único saber, sem disputas por este paradigma?

Para falarmos de saúde mental, teremos que desconsiderar o uso da *terminologia* loucura, a não ser em sua exclusão, tomando-o em seu uso negativo (estigmatizante)? A loucura é ou não constitutiva da sociedade e do homem?

Pensando sobre a constituição do campo da saúde mental e da atenção psicossocial, encontramos em Amarante (2008), a referência de quatro dimensões, que expressam a necessidade de articulações, e conexões no pensamento e na prática, para mudanças almejadas:

- a dimensão teórico-conceitual, como sendo a dimensão epistêmica caracterizada pelas mudanças no saber, a partir da crítica ao domínio da psiquiatria sobre o dito louco, e sua transformação em doente mental, passando-se a considerar vários aspectos em uma ciência: a ideologia, a ação, as intervenções, a política e a ética;
- a dimensão técnico-assistencial, resultante das transformações acima citadas, ampliando a noção de integralidade do sujeito em seu meio sócio cultural, tendo em vista ações psicossociais, com a criação de uma rede de serviços diversificados, de atenção em saúde mental;
- a dimensão jurídico-política, com a revisão das concepções da justiça e de suas práticas, por exemplo, de curatelas e tutelas, em função da noção de incapacidade civil e de periculosidade, para a criação de novas legislações com vistas a ampliar direitos de cidadania no combate à violação dos mesmos;
- a dimensão sócio-cultural, propondo e buscando o envolvimento da sociedade para os temas da loucura, da doença mental, da substituição dos hospitais psiquiátricos, para provocar mudanças no imaginário social, tendo em vista “(...) o conjunto de pré-concepções, preconceitos (*estigmas, valores, juízos*) relacionados à doença mental.” (AMARANTE, 2008, p. 67).

Sendo este estudo sobre o preconceito e o estigma sobre as pessoas rotuladas de loucas ou doentes mentais, dentre outros atributos depreciativos, o recurso da análise de discurso favorece a crítica pelas formações identitárias. As identidades sociais fixas, construídas culturalmente, reduzem as possibilidades de relações entre o diverso. Formações estas que reforçam polaridades, ou seja, relações em oposição e negação de uma verdade sobre outra, tais como: do normal versus o patológico, do racional versus o delirante, do bom versus o mal, do belo versus o feio, da regra versus o desvio, do nacional versus o estrangeiro, do igual

versus o diferente, do dominante versus dominado, do eu versus o outro, do branco versus o negro.

Pensamos que a luta por direitos reais para uma vida digna às pessoas com sofrimento psíquico é um passo para a materialidade dos discursos da reforma psiquiátrica. Tarefa das mais difíceis, tendo em vista os estigmas que estão enraizados no pensamento social sobre a loucura, que “justificam” as relações de violência, abandono e desprezo, tão corriqueiramente praticadas em relação às pessoas. Mudanças para longo prazo, mas não impossível.

#### **4.1.1 A análise de discurso e mudança social**

Utilizamos os estudos de Fairclough (2001) para uma introdução sobre na análise de discurso voltado para mudança social. Primeiramente, percebemos que por análise de discurso há uma variedade de conceitos, interpretações e usos, formulados por diferentes disciplinas do conhecimento: linguística, filosofia, antropologia, psicologia, sociologia, ciência política. A análise de discurso é da ordem do complexo, do heterogêneo, do ambivalente e do multi/interdisciplinar. O discurso expresso em um texto demanda ao analista atenção nessa multidisciplinaridade.

Fairclough (2001), após realizar um histórico acerca do desenvolvimento sobre análise de discurso nas ciências humanas, e tecer uma crítica à tradição formalista exercida na linguística, procura um elo entre a teoria marxista inspirada em Antônio Gramsci, e a análise de discurso pelas contribuições de Michel Foucault. Com esse viés, o autor direciona o seu método, a Análise de Discurso Crítica (ADC) com o objetivo de investigar mudança social, de forma tridimensional: discurso, prática discursiva e prática social.

Sua abordagem considera não somente as ordens de discurso como sendo constituídos e constitutivos das estruturas sociais, mas considera as lutas hegemônicas e ideológicas nas práticas discursivas, e, portanto, as transformações das práticas discursivas e das relações de poder. Enfatiza os equívocos quanto à visão dualista nas interpretações sobre os efeitos de reprodução social, pelas cisões entre conformidade social versus mudança, estruturas sociais versus ação social e reprodução social versus transformação social.

Ao se falar em ordem de discurso, fala-se em processos de produção, distribuição e consumo do discurso, enquanto prática social e política, na vida concreta em um contexto histórico, nas suas possibilidades de existência. Por prática discursiva, o autor se refere aos movimentos do fazer/agir, pensar/dizer e escrever das pessoas, gerando novos eventos discursivos. Como exemplos, o autor cita os debates, reuniões, as falas interpessoais, os

acontecimentos de mídia (manchetes, etc), as decisões institucionais, dentre outros. Para além da representação do mundo, a prática discursiva ocorre na vida material, podendo ser individual ou coletiva, pela ação de mulheres e homens.

Conforme Fairclough (2001, p. 27), “*as práticas discursivas em mudança contribuem para modificar o conhecimento (até mesmo as crenças e o senso comum), as relações sociais e as identidades sociais (...)*”. Dito de outra forma, o discurso como prática social contribui para a constituição de identidades sociais, como elas são estabelecidas no discurso, para com a formação social do “eu”, para com a posição do sujeito, e, a formação dos objetos.

Sobre a posição do sujeito, estes se posicionam, não sendo somente posicionados e constituídos no discurso. Não se mantêm de forma passiva, mas são capazes de agir, de serem agentes em uma prática discursiva que contesta, e de assim, negociarem com tipos diferentes de discursos que elas recorrem. Nesse aspecto, Fairclough (2001) diz discordar de Foucault quanto aos efeitos da ordem do discurso sobre os sujeitos.

Os discursos ou um texto não possuem “identidade autônoma”, pois eles possuem sempre fragmentos, propriedades de outros textos. Isso se denomina itertextualidade, em Fairclough (2001). Toda prática discursiva contém outra prática discursiva, clássica ou contemporânea. Os discursos (re)atualizam outros discursos, seja por assimilação, contradição, negação, reformulação que influencia emissores e receptores.

Com essa introdução na ADC, passaremos ao próximo texto suscitado a partir de nossa discordância sobre a seguinte frase, sem desconsiderarmos a contribuição até aqui, para o nosso estudo: “*As fraquezas relevantes no trabalho de Foucault têm a ver com questões de luta e mudança.*” (FAIRCLOUGH, 2001, p.22).

É justamente pelo aspecto de luta que abordaremos a análise de discurso no pensamento foucaultiano no que se refere ao discurso, através do poder, o saber e a resistência.

#### **4.1.2 A análise de discurso entre Fairclough e Foucault**

Alguns conceitos e formulações distinguem o pensamento entre Fairclough e Foucault. Dentre eles, as noções de ideologia (representações), infra-estrutura (economia) e super estrutura (poder), e dialética, utilizados pelo primeiro pensador. Destacamos acerca da dialética, a qual pressupõe um movimento de certa forma previsível (tese-síntese-antítese-tese), enquanto que no segundo pensador é substituído por uma necessária leitura dos movimentos de descontinuidades e de rupturas. Outro aspecto é que Foucault substituiu o termo identidades por “novas subjetividades”.

Foucault (1999) demarca seu método no qual a noção de mudança, genericamente utilizada no pensamento social, passa a ser questionada pela sua crítica à história clássica, das “grandes narrativas”. História esta que se formou pela superposição da história das coisas e das palavras, sobre o sujeito. Dessa forma constituiu-se uma narrativa com enunciado globalizante e totalitário, em que o sujeito não aparece, senão, submetido às coisas e aos saberes.

Primeiramente, vejamos as considerações que Fairclough faz a partir de Foucault, em seu estudo sobre análise de discurso, pelas aproximações: - a preocupação com as transformações das formações discursivas e suas regras de enunciação (na medicina, na psiquiatria, economia, gramática); preocupação com a possibilidade de constituição ética do sujeito que se constitui em suas próprias ações; a intertextualidade e o papel da coerência; a não redundância da análise de discurso à análise linguística tradicional; o discurso em relação ativa com a realidade, como os acontecimentos, enquanto prática discursiva ou prática social. No entanto, de acordo com Lecourt (2008, p. 51), por prática discursiva em Foucault “(...) *não se entende a atividade de um sujeito, e sim a existência objetiva e material de certas regras às quais o sujeito tem que obedecer quando participa do discurso*”; as formações discursivas e os usos de linguagem ocorrem em relação às instituições, em sistemas políticos, sociais e econômicos; a polivalência do discurso, que não é único e nem estável; o sujeito do enunciado não existe em “um fora” do discurso, sendo ele próprio, constitutivo e constituído pelo discurso; quando aos aspectos do poder e sua extensão “invisível” sobre a vida, o biopoder (poder sobre a vida, Foucault, 2005) e suas tecnologias, como exemplo no exame, na confissão, no aconselhamento, na medicalização, nos registros de casos, no registro de casos, dentre outros.

No entanto, retomamos o aspecto da compreensão de Fairclough sobre o poder e a resistência, tendo, em vista, ser um autor que se propõem a enfatizar a mudança social, pela análise de discurso, fazendo referências ao pensamento foucaultiano. Ele problematiza, novamente, que “*Foucault certamente insiste que o poder necessariamente acarreta resistência, mas ele dá a impressão de que a resistência é geralmente contida pelo poder e não representa ameaça.*” (FAIRCLOUGH, 2001, p. 83).

#### **4.1.3 Poder e Saber: o discurso em Foucault**

Em “A ordem do Discurso”, lemos uma aula ocorrida em 1970 em que Foucault (2008) faz considerações sobre a produção do discurso na sociedade. Em todas as sociedades há um

controle sobre os discursos e falas das pessoas. Esse controle ocorre pela exclusão e pela interdição, que se abatem na produção e na distribuição do discurso, mediante sua ameaça de proliferação indefinida.

A interdição atinge três sistemas complexos, que se cruzam e que estão sempre se modificando. São eles, o tabu da palavra, proibida institucionalmente, naquilo que não se pode falar, que não pode ser dito por qualquer pessoa e em qualquer lugar, como o sexo e a política. Ambas ligadas ao desejo e ao poder. A segunda interdição do discurso ocorre pela exclusão e segregação da loucura através da oposição razão e loucura. É nas palavras dos loucos que se reconhecia a loucura, e exercia-se a separação entre o discurso racional do ilusório. Para decifrar as palavras do louco, criou-se todo um aparato de saber, uma rede de instituições para escutar e ao mesmo tempo, fazer o louco falar e reter suas palavras: “(...) *é sempre na manutenção da censura que a escuta se exerce.*” (FOUCAULT, 2008, p. 13). Em sua forma crítica de pensar, continua: “*dir-se-á que, hoje, tudo isso acabou ou está em vias de desaparecer (...). Mas tanta atenção não prova que a velha separação não vaga mais.*” (FOUCAULT, 2008, p. 12).

A terceira interdição do discurso ocorre pela vontade de verdade, que se dá pelo jogo entre o verdadeiro e falso. Vontade de verdade que delegava ao sujeito cognoscente, certo olhar e certa posição, em ver e verificar, como sendo um novo tipo de filosofia. Pela vontade de verdade, o saber se desenvolveu em diferentes disciplinas (literatura, economia, direito, medicina). Uma verdade científica apta a justificar a interdição e definir, por exemplo, a loucura. O uso de um ritual de saber que define as qualidades dos sujeitos a falarem, sempre em busca de efeitos nas pessoas as quais se dirigem os discursos.

As três formas de interdição e exclusão têm efeitos exteriores, enquanto que o controle interno é exercido pelo próprio discurso, através da autoria, do comentário e das disciplinas. Quanto ao autor, este atua para agrupar, dar unidade e coerência ao discurso, e o comentário atua no acaso do discurso, para reforçá-lo na sua verdade. Já as disciplinas, estas são para Foucault (2008), um conjunto de métodos que se exercem pelo domínio de objetos. Seu corpus é tido como verdadeiro, age pelo princípio de controle da produção do discurso, e não na criação. Demonstra como a existência de muitos temas, no conhecimento, respondem às limitações, como verificamos nas especialidades, em disputas cada vez mais acentuadas nas ciências. O caráter multiplicador das disciplinas desemboca em uma função restritiva. Postula ainda que as disciplinas são transformadas, justamente por serem formadas de erros e verdades, requerendo novas proposições nesse embate.

Aos sujeitos, Foucault (2008) aborda três procedimentos de sujeição e manutenção de uma ordem discursiva. Um primeiro é pelo ritual da palavra exercido pelas Sociedades de Discurso, que são formadas por grupos sociais habilitados (do religioso ao judiciário) onde seus discursos são difundidos internamente, mantendo-se certo segredo. A função das Sociedades do Discurso é manter o discurso em ambiente restrito, manifestando uma demonstração de poder.

Um segundo procedimento ocorre pela apropriação social do discurso, do qual a educação exerce a função de ritualização do saber e do poder em uma ordem de discurso. Conforme Foucault (2008, p. 30), o ritual define “(...) *a qualificação que devem possuir os indivíduos que falam (...), define os gestos, os comportamentos, as circunstâncias, e todo o conjunto de signos que devem acompanhar o discurso.*” O sistema de educação qualifica e fixa papéis para os sujeitos que falam.

Um terceiro procedimento é o das doutrinas. Elas põem em questão o sujeito do discurso, bem como o discurso do sujeito. No primeiro caso, entra em ação os procedimentos de exclusão através do enunciado. No segundo caso, a doutrina questiona o discurso do sujeito porque o discurso, de acordo com Foucault (2008, p. 43), identifica “(...) *uma pertença prévia – pertença de classe, de status social ou de raça, de nacionalidade ou de interesse, de luta, de revolta, de resistência ou de aceitação.*” Ou seja, o discurso nesse caso, identifica a ligação do sujeito com determinada doutrina.

Foucault (2008) sintetiza que os rituais da palavra, as sociedades de discurso e os grupos doutrinários, na maior parte do tempo,

(...) se ligam uns aos outros e constituem espécies de grandes edifícios que garantem a distribuição dos sujeitos que nos falam diferentes tipos de discurso e a apropriação dos discursos por certas categorias de sujeitos. Digamos, em uma palavra, que são esses os grandes procedimentos de sujeição do discurso (p.44).

Para Foucault, precisamos fazer o questionamento da nossa vontade de verdade, que está sempre em busca de uma racionalidade como fundamento do discurso. Sua preocupação verificar como essa racionalidade (e não a razão) opera nas instituições, nas relações políticas e nas condutas das pessoas. As racionalidades ocorrem e funcionam pela violência (exemplo, os efeitos da supremacia da razão sobre a loucura como uma forma de racionalidade de um saber verdadeiro, científico). Seu método de pesquisa busca então verificar, como essa racionalidade se articula na relação entre a experiência, de como os sujeitos se viram excluídos (como exemplo na loucura), entre o saber (psiquiátrico), e o poder (as instituições psiquiátricas, penais, jurídicas, etc.). E mostrar como são racionalizadas as relações de poder é



a forma de evitar que se reproduzam as mesmas práticas institucionais, com os mesmos objetivos (FOUCAULT 2006a, 2008).

Propõe ainda restituir ao discurso o seu caráter de acontecimento. Assim, sugere quatro regras e princípios para se fazer uma análise do discurso, sendo elas: o *princípio de inversão* enquanto contraponto à ideia de continuidade do discurso, introduzindo na raiz do pensamento as discontinuidades, o acaso e a materialidade; o *princípio de descontinuidade* onde o sujeito assume diferentes posições no discurso, sendo constituído pelo princípio de dispersão, e não de unidade. Diz Foucault (2008, p. 53), que “os discursos devem ser tratados como práticas descontínuas, que se cruzam por vezes, mas também se ignoram ou se excluem.” O *princípio da especificidade* onde devemos tomar o discurso como uma forma de imposição e violência que fazemos sobre as coisas e o *princípio de exterioridade*, no qual devemos pensar o discurso em suas condições externas de possibilidade, e não no discurso em um si mesmo.

Com sua análise, Foucault (2005), aborda a imensa crítica formulada nos últimos quinze anos (esta fala-aula ocorreu em 1976) sobre as coisas, instituições, práticas e discursos, como efeitos inibidores das teorias e discursos totalitários. O autor elege tais críticas como a “reviravolta dos saberes”, “a insurreição dos saberes sujeitados”. Estes por sua vez são considerados: 1) aqueles saberes históricos sepultados, mascarados e englobados nas sistematizações formais do “conhecimento” e 2) é toda uma série de saberes desqualificados, tidos com não conceituais, e sim, por saberes ingênuos e inferiores ao nível de cientificidade requeridos ao conhecimento. Mas foram graças aos saberes sobre “as pessoas”, esses saberes sobre o delinquente, sobre o psiquiatrizado, dentre outros que a crítica foi possível. Para Foucault (2005), fundamentalmente tratava-se de insurreição do saber histórico das lutas, da memória dos combates que haviam sido mantidos sobre tutela.

Sobre a sexualidade, retomando o aspecto da interdição da palavra, Foucault (2009) já avança nos estudos desde as abordagens do século XVII quando o dito sobre a sexualidade era pelo segredo e continência das palavras encerradas na família e no interior do casal conjugal, para depois, no interior do divã do psicanalista como traços da repressão sobre a linguagem dos prazeres e das condutas irregulares. Mas, ao mesmo tempo, como estímulo a se falar da sexualidade, porém definindo a quem falar e a quem autorizar a escuta, e em que lugar. Tratava-se de um “fato discursivo global” para se organizar o silêncio. A partir do século XVI e no auge após o século XVIII, o sexo colocado “em discurso” foi a tônica da incitação a se falar sobre, em vez da restrição. Ocorreu a multiplicação e a proliferação discursiva enquanto exercício do poder e de gestão pública administrativa, dentre elas a natalidade, nascimentos legítimos e ilegítimos, o casamento, as estatísticas sobre a “população”, o estado de saúde da

população, e expectativa de vida, a frequência das relações sexuais, a precocidade nas práticas sexuais, etc.

#### 4.1.4 Poder e Luta: a resistência em Foucault

Passemos agora às considerações sobre poder e resistência<sup>6</sup>. Curioso, em que pese a crítica de Fairclough (2001) sobre a noção de poder em Foucault é que percebemos que o poder em Foucault, está constantemente em *relação* à resistência e as estratégias de luta.

Foucault interessa-se pelos micropoderes e pelas microlutas na vida cotidiana, pelas suas estratégias, e de como, em um dado momento, os micropoderes se articulam, e se servem às estratégias mais globais - econômicas e demográficas, e não, o contrário. Isso inverte certa tendência clássica do marxismo de pensar o poder com uma origem única, na estrutura do Estado e uma concepção de forças localizada entre dominantes e dominados, vinda de cima para baixo, em um pensamento pautado na dualidade entre infra estrutura versus superestrutura.

O nível de análise do poder pautado nos modelos das sociedades escravagista, de casta, a feudal e a monárquica não vale mais. Para Foucault (2002b) os mecanismos contemporâneos de poder não são repressivos, mas sim positivo e inventivo no sentido de se integrar nas relações de forças, em sua dinâmica e distribuição. Diz o autor que

as relações de poder existem entre um homem e uma mulher, entre aquele que sabe e aquele que não sabe, entre os pais e as crianças, na família. Na sociedade, há milhares e milhares de relações de poder e por conseguinte, relações de forças de pequenos enfrentamentos, microlutas, de algum modo.(FOUCAULT, 2006a, p. 31).

O poder não é uma estrutura ou uma instituição, e sim, “(...) *o nome dado a uma situação estratégica complexa numa determinada sociedade*” (FOUCAULT, 2009, p. 103) e se exerce em meio a relações desiguais e móveis. O poder não engloba tudo no sentido de dominar absolutamente. Ele é múltiplo, e sua multiplicidade significa que ele está em toda parte, que provém de todos os lugares, não tendo uma origem e um foco único. Ele não é onipotente e onisciente, sendo que as relações de poder são sempre reversíveis. Mesmo nas situações de intensa dominação onde as pessoas parecem aceitar a sujeição, deve-se questionar, pois Foucault (2006a) considera que ninguém quer ser comandado. Diz Foucault (2005),

---

<sup>6</sup> Não há uma única obra em Foucault que reúna o tema da resistência. Ele está em várias obras do autor..

o poder, acho eu, deve ser analisado como uma coisa que circula, ou melhor, como uma coisa que só funciona em cadeia. Jamais ele está localizado aqui ou ali, jamais está entre as mãos de alguns, jamais é apossado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona. O poder se exerce em rede e, nessa rede, não só os indivíduos circulam, mas estão sempre em posição de ser submetidos a esse poder e também de exercê-lo. Jamais eles são o alvo inerte ou consentidor do poder, são sempre seus intermediários. Em outras palavras, o poder transita pelos indivíduos, não se aplica a eles (p. 35).

Não há um poder com “P” maiúsculo frente a resistências mudas e surdas. A resistência não está do lado de fora, posto que “(...) *não há relação de poder sem resistência*” (FOUCAULT, 2006a, p. 249). Assim, não se trata de pensar nas resistências, nas lutas, nos indivíduos sendo capturados ou pegos na armadilha do poder.

A resistência é móvel, múltipla e integra-se às estratégias globais, tanto quanto o poder. Por múltipla, entende-se que, também, não funcionam por um ponto e uma origem única (organizações e comando fixos, gerais, centrais). Faz parte das estratégias e táticas gerais na relação contra o poder, porque ela existe e se forma onde está o poder. A resistência se contrapõe ao que ela combate, de dentro, já que não há um estar de fora do poder.

No lugar de unidade e centralização, no comando único de luta e “seu alvo”, existem diversas formas organizativas de lutas e movimentos, que não se restringem às lutas do chão da fábrica (do proletário contra o patrão, da classe operária contra o capital). Existem lutas contra as diversas formas do poder repressivo: luta das mulheres (em sua heterogeneidade), luta na saúde mental, luta dos homossexuais, dos índios, dos ecologistas, dos sem teto dos sem terra (homens, mulheres, crianças, idosos), de portadores de doenças, de grupos ligados à arte e cultura, dentre outros (Foucault, 2006a). Podemos dizer que, na luta antimanicomial, combate-se o poder que provém da ordem do discurso psiquiátrico, a formação do seu objeto, o funcionamento dos seus aparatos (institucionais, tecnológicos) e os seus efeitos estigmatizantes.

Resistências no plural,

(...) que são casos únicos: possíveis, necessários, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício; por definição, não podem existir a não ser no campo estratégico das relações de poder” (FOUCAULT, 2009, p. 106).

Foucault (2006a) faz um questionamento sobre o preconceito contra muitos grupos de luta, enquanto um impasse nas estratégias globais de resistência;

Encontramos hoje, em nossas sociedades (...) verdadeiras forças revolucionárias que são constituídas, precisamente, de todos esses comandos mal integrados na sociedade, perpetuamente rejeitadas, e que, por sua vez, rejeitam a ordem moral burguesa. Como

podemos nos associar a eles na batalha política se não nos desembaraçarmos dos preconceitos morais que são os nossos? (p. 144).

Em toda parte se está em luta. Conforme Foucault (2006a, p. 274), “*se assistimos ao desenvolvimento de tantas relações de poder, de tantas formas de vigilância, é justamente porque o poder sempre foi impotente.*” Assim ele critica os seus críticos por confundirem sociedade disciplinar com sociedade disciplinada. Por confundirem “o estar dentro das relações de poder”, com “ser uma presa deste” e insiste que quanto maior for a resistência, mais estratégias de força o poder tentará se manter. É a resistência, a sua possibilidade que provoca o poder:

quero dizer que as relações de poder suscitam necessariamente, apelam a cada instante, abrem possibilidade de resistência, e é porque há possibilidade de resistência e resistência real que o poder daquele que domina tenta se manter com tanta mais força, tanta mais astúcia quanto maior for a resistência. (FOUCAULT, 2006a, p. 232).

As lutas se desenvolvem em uma relação de poder e são também permeadas por ele. Elas nunca estão entre o poder e o não poder, pois o poder está implicado, ele circula nos diferentes tipos de relações, tais como as de produção, na família, na sexualidade, no conhecimento, etc.

Por fim, a resistência em Foucault (2006b) é movimentar-se e agir, pela criação. É pela criação que se supera o simples dizer não, que é para ele uma forma mínima de resistência. Assim, pode-se avançar rumo à criação de novas relações, de novos modos de subjetividades, de novos estilos de vida e de novos vínculos, distintos das normas e técnicas do poder moderno, que objetivam atuar integrando tudo e todos, na constituição das identidades e subjetividades pré determinadas.

Foucault (2006a, p. 278), pretende com seu estudo sobre o poder, produzir efeitos nas lutas reais e possíveis, considerando que teoria é a prática da vida; “*É uma realidade de lutas possíveis que tento fazer aparecer*”. A função da crítica é posta em movimento pelos sujeitos da ação, que atuam nas situações reais para transformá-las.

As mudanças nos mecanismos punitivos não ocorrem graças aos reformadores. Ocorrem quando os sujeitos envolvidos em uma dada situação, que têm a ver com uma dada realidade, “*(...) todos eles tiverem se chocado entre si e consigo mesmos, quando tiverem encontrado impasses, embaraços, impossibilidades (...). A crítica deve ser utilizada nos processos de conflitos, de enfrentamentos, de tentativas de recusa ao instituído.*” (FOUCAULT, 2006a, p. 349).

Essa apresentação acerca referencial teórico, a qual serve de base de reflexão para esse estudo, teve como objetivo a exposição de alguns conceitos, tendo como eixos as (micro) relações de poder, as lutas, a constituição social do sujeito, seus papéis e posições.

## **4.2 Procedimentos Metodológicos**

### **4.2.1 Contextualização do campo de pesquisa**

Esta pesquisa foi realizada em CAPS II para população adulta com sofrimento psíquico grave, da cidade de Goiânia-GO, cuja capital possui a média de 1.281.975 habitantes (GOIÂNIA, 2009). O critério de seleção das duas instituições inclusas no estudo ocorreu pela eleição cronológica, entre a unidade mais antiga, e a unidade mais nova, face às condições de produção deste trabalho (o tempo para sua realização).

O CAPS 1 foi inaugurado em novembro do ano de 2000 embora em funcionamento há um ano. Este localiza-se na região leste da capital, sendo responsável pelo atendimento especializado da população domiciliada nas regiões leste e norte. O total do número de habitantes para a atenção psicossocial, enquanto referência geográfica é na média de 319.912 habitantes, sendo que destes, 177.661 encontram-se na região leste e 142.251 na região norte. O CAPS 2 foi inaugurado em dezembro de 2003 e está situado na região sudoeste da capital. É responsável pela população domiciliada nas regiões sudoeste e no bairro de campinas, na média total de 318.677 habitantes. Destes, 181.777 habitantes encontram-se na região sudoeste, e 136.900 no bairro de campinas (GOIÂNIA, 2009).

Ambas as unidades atendem em média o número de 350 usuários, incluindo familiares. A quantidade de participantes deste é de 20 pessoas, sendo 10 usuários (as) e 10 trabalhadores (as), divididos entre os dois CAPS.

O período da produção e da coleta de dados nas instituições compreendeu os meses de setembro a dezembro do ano de 2009, e um retorno em abril de 2010 para obtenção de dados complementares, a partir das atividades do CAPS 1.

Os critérios de seleção dos(as) participantes: utilizamos a amostra intencional que de acordo com Moura e Ferreira (2005), neste tipo de amostra, o (a) pesquisador (a) elege os (as) participantes baseando-se nas características previstas ao que se pretende estudar. Adotamos os seguintes critérios:

- ao (à) usuário (a): 1. ter idade acima de 18 anos tanto do sexo feminino ou masculino, 2. estar frequente no CAPS com tempo máximo de nove anos e mínimo de seis meses,

3. que demonstram, por expressão verbal no tratamento no CAPS, vivência relacionada ao preconceito ou ao estigma da ‘doença mental’. 4. ter uma compreensão cognitiva razoável, 5. estar bem psicicamente para o consentimento em participar do estudo e 6. consentir participação voluntariamente conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- ao (à) profissional: 1. possuir graduação de 3º grau, 2. estar dentre os referentes terapêuticos dos usuários participantes, 3. ser de diferentes categorias profissionais, 4. tempo de trabalho no máximo sete anos e no mínimo seis meses no CAPS, e, 5. consentir participação voluntária. A inclusão do (a) profissional na pesquisa justifica-se, pois conforme Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p.31) eles são os principais atores no “interior das instituições, os quais transformam a organização, as relações e as regras do jogo exercitando ativamente o seu papel terapêutico de psiquiatras, enfermeiros, psicólogo, etc (...)”.

A entrada e a inserção no campo de pesquisa é uma etapa importante na pesquisa qualitativa, de certa forma facilitada pelo fato de a pesquisadora fazer parte da rede de serviços de saúde mental, enquanto trabalhadora. No primeiro momento, o contato pelos CAPS’s com a proposta deste estudo ocorreu com a coordenação geral e técnica, por meio de um contato prévio e informal da pesquisadora. Posteriormente, receberam oficialmente o projeto de pesquisa escrito para emitirem parecer. Os pareceres favoráveis das coordenadoras ressaltavam a pertinência e importância da pesquisa, conforme um dos pareceres abaixo citado:

(...) emitir parecer favorável à realização da referida pesquisa no CAPS (...) por ser o tema de grande relevância para a mudança do modelo de atenção em saúde mental, uma vez que o aspecto cultural relacionado a loucura contribui para a estruturação do preconceito, que é um forte entrave às transformações na assistência, e os resultados da pesquisa poderão apontar caminhos para futuras diretrizes da atenção psicossocial.

No segundo momento, já com os protocolos do Comitê de Ética aprovados, foi agendada a presença da pesquisadora nas reuniões de equipes de trabalhadores dos CAPS, para apresentação geral da pesquisa, a fim de esclarecer os objetivos do estudo, eleger previamente os possíveis participantes, e buscar um (a) profissional referente para o elo entre a pesquisadora e a unidade, para encaminhamentos necessários. Surgiu, durante essa reunião na equipe, uma listagem com sugestão de possíveis usuários (as) conforme critérios de elegibilidade.

No terceiro momento, foi realizada, em cada CAPS, uma reunião entre os (as) usuários (as) sugeridos pela equipe, com a pesquisadora e um profissional de referência da unidade,

para apresentação geral do estudo. Esse momento foi interessante, pois ocorreu uma breve discussão sobre a pertinência do tema a partir da opinião e da vivência dos (as) usuários (as) presentes. Dos (as) presentes, uma usuária não se dispôs a participar, e em outro caso, a pesquisadora não incluiu a sugestão, optando em realizar outra seleção. Somente um usuário participante foi incluído na pesquisa por iniciativa própria no sentido de ter manifestado o interesse em participar, e cujo nome não havia sido previamente sugerido.

No grupo, foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido, mas a assinatura no mesmo, pelos (as) usuários (as) que se disponibilizaram a participar, ocorreu no ato de cada entrevista individual, seguido de uma nova leitura. Ao final, estabeleceu-se o dia e o horário em que a pesquisadora teria os encontros com os participantes para as entrevistas individuais, e um encontro com todos (as) para a atividade grupal (grupo focal). Foi estabelecido que ao final da pesquisa acadêmica o retorno do estudo fosse realizado junto aos participantes, por parte da pesquisadora.

Os dois profissionais de referência em um dos CAPS foi fundamental no processo. Em uma das unidades, esse elo foi estrito e participativo contando com duas referentes que ajudaram a articular as atividades, agendando reuniões, estando presentes nas orientações junto aos usuários, disponibilizando informações, e participando da atividade de grupo, de forma a interagir com a pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil do Estado de Goiás, em cumprimento a Resolução de nº. 196/1996 MS/CNS/CONEP. Dentre as preocupações éticas, estava prevista a pactuação com o CAPS para o tratamento, caso algum participante apresentasse sofrimento em decorrência da pesquisa, o que não ocorreu, pois a pesquisa não apresentava qualquer risco ao sujeito. O importante é que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido favoreceu uma reflexão com os usuários participantes, no sentido de prestarmos contas de forma detalhada sobre os objetivos e o desenvolvimento do estudo, ficando o sujeito na posição de poder avaliar e julgar sua condição de participante. Na saúde mental, esse procedimento ético inverte a lógica, em que, historicamente, pessoas em sofrimento mental foram ou são abordadas de forma abusiva para estudos de residência médica, testes farmacêuticos, dentre outros, muitas vezes em espaço de clínicas psiquiátricas, sem nenhum retorno benéfico para o sujeito.

Para preservar o anonimato dos (as) participantes do estudo, utilizamos nomes fictícios para a apresentação das narrativas dos (as) usuários (as), dispensamos qualquer identificação de trabalhadores, e, identificaremos os CAPS pelos numerais arábicos 1 e 2.

A coleta de dados ocorreu com instrumentais técnicos diferenciados junto aos participantes. Com os usuários, realizamos primeiramente a entrevista narrativa individualizada e após esta, realizamos o grupo focal. Junto aos (às) profissionais, fizemos uso do questionário. O recurso de consulta a prontuários dos (as) usuários (as) se deu somente para obtenção de dados demográficos e clínicos dos (as) mesmos (as), tais como o diagnóstico, a prescrição farmacológica, identificação, etc. Para obtenção de dados sobre a temática do estudo, nosso método privilegiou a escuta e o diálogo com os (as) participantes, usuários (as) e profissionais, em detrimento da consulta em prontuários.

A seguir apresentamos as concepções da entrevista narrativa do grupo focal e do questionário, tendo em vista a perspectiva teórica adotada neste estudo.

#### **4.2.2 A Entrevista Narrativa**

Conforme os estudos de Jovchelovitch e Bauer (2002), a narrativa está relacionada com a importância do contar histórias, tanto das trajetórias individuais como das coletivas, tornando-se um método multidisciplinar de pesquisa qualitativa, nas ciências humanas. Sua forma discursiva apresenta-se como narrativas de histórias de vida e narrativas societárias, que se constituem como acontecimentos históricos e contextualizados.

Ao narrar, cria-se um enredo para dar sequência à narrativa, ordenar os acontecimentos, ligar e relacionar o que se narra, de tal forma que torna a estrutura da narração, pela maneira como é relatado um acontecimento, uma didática que opera sentidos no enredo. Esse sentido não se encontra no fim da história, mas nela mesma, em sua globalidade que vai muito além de uma sequência cronológica.

A narrativa serve para reconstruir os acontecimentos, organizar uma experiência, memorizar uma história e recolocar os fatos e ações que constroem a vida, pela perspectiva do/a informante. Conforme Jovchelovitch e Bauer (2002, p. 91) “*o contar histórias implica estados intencionais que aliviam, ou ao menos tornam familiares, acontecimentos e sentimentos que confrontam a vida cotidiana (...)*”.

Enquanto método de pesquisa, a entrevista narrativa não se propõem a verificar verdades ou não verdades, e sim interpretar de forma particular o mundo concreto, narrado em um lugar e em um tempo. O (a) informante narra de acordo com sua perspectiva de mundo, elegendo o que lhe é relevante, tornando assim, o esquema pergunta – resposta, sem sentido.



A entrevista narrativa é considerada uma forma não estruturada de entrevista, e de profundidade. Interessa-se pela linguagem do (a) informante, em uma proposta de que a narrativa prossiga de forma autogeradora.

Enquanto técnica o (a) entrevistador/pesquisador (a) deve encorajar o (a) informante para que o (a) mesmo (a) relate, conte sobre um acontecimento importante em sua vida, de acordo com a temática em pauta. Dentre os aspectos de preparação, execução e finalização da entrevista narrativa, destacamos: a formulação do tópico inicial para estimular a narração; durante a execução, não interromper, encorajar de forma não verbal, mostrando interesse pela narração, esperar os sinais de finalização para se fazer questionamentos, a fim de esclarecer questões, não discutir sobre contradições e não emitir opiniões sobre atitudes. Na fase final, parar de gravar, agradecer, terminar a sessão, e, fazer anotações necessárias após a entrevista (registrar impressões, comentários, etc.), prevendo-se tempo para esta atividade, durante o planejamento da entrevista.

Todas as entrevistas com os(as) usuários(as) foram pré-agendadas e realizadas no espaço do CAPS de cada participante, em uma sala reservada, com a presença somente da pesquisadora e do (a)entrevistado (a). Foi realizado o total de 11 encontros para as entrevistas, com a realização na média de duas em um mesmo período. A duração média de cada entrevista foi 50m a 1h e 20m, em conformidade com o ritmo e disponibilidade de fala de cada pessoa entrevistada. O tópico guia contou com uma instrução inicial e uma final, sendo que para o início das narrativas foi lançada a questão central: “você já sofreu ou vivencia situações de preconceito e discriminação por fazer tratamento em saúde mental?”.

As entrevistas foram gravadas em fitas cassete e transcritas na íntegra, sendo que a transcrição obedeceu às características para-linguísticas dos (as) entrevistados (as), buscando registrar atitudes importantes no contexto da narrativa tais como pausas, silêncios, emoções, estranhamento, questionamento e reflexão. Metade das transcrições foi feita pela pesquisadora e isso serviu como oportunidade a mais de contato, leitura e manuseio do material.

Posteriormente, tendo em vista a extensão do material obtido e, com objetivo de organizar didaticamente os dados, realizamos artesanalmente uma divisão por eixos temáticos, em cada entrevista, conforme modelo demonstrado no Quadro 1. Essa separação favoreceu nossa visualização sobre a totalidade do conteúdo obtido e a regularidade temática. Mas ressaltamos que a regularidade em termos de frequência, embora válida, não foi o principal critério para a escolha das narrativas apresentadas no próximo capítulo, sobre os resultados da pesquisa:.

<b>Eixos temáticos</b>	<b>Falas ilustrativas</b>
Preconceito e família	O maior preconceito é dentro de casa. Se a família te rejeita, imagina o próximo?
Construção social da loucura	Porque o estigma é só de falar a palavra louco, já tem o preconceito.
Preconceito e Trabalho	Perdi meu trabalho depois que adoeci.

Quadro 1: Demonstrativo da organização dos temas suscitados nas entrevistas e no grupo focal com os (as) usuários (as) participantes do estudo  
Fonte: Dados da pesquisa

### 4.2.3 O Grupo Focal

De acordo com Gaskell (2002), o grupo focal enquanto método de entrevista se fundamenta em uma reunião entre pessoas desconhecidas, para discussão com troca de pontos de vistas, ideias e experiências sobre um assunto.

O tema ou assunto em discussão deve ser de interesse comum aos participantes. O debate deve ser aberto e acessível a todos (as) os (as) presentes, de forma a circular e interagir no processo grupal, sem que se deva privilegiar indivíduos particulares ou posições. O(a) moderador (a) do grupo não deve adotar uma posição somente observadora, mas fazer indagações como forma de provocar o debate, conforme desenvolvimento do grupo, para que as pessoas reajam umas com as outras, bem como buscar a perspectiva de visão de mundo, do particular para o geral, usando de exemplos da vida vivida.

Recomenda-se a presença de 8 a 10 pessoas no grupo, sentadas na forma de um círculo a fim de promover o contato de frente a frente. É importante que o (a) moderador (a) do grupo as trate pelo nome, abrindo a atividade apresentando-se, apresentando o objetivo da reunião de forma objetiva e clara, informando o tempo previsto para a atividade, pactuando intervalos ou não e seguindo a apresentação por parte de cada participante.

Foi realizado um grupo focal na sede de um dos CAPS contando com a participação de 9 usuários(as), frequentadores(as) da unidade sede. Ocorreu a falta de uma usuária que preferiu não participar da atividade grupal. Além da pesquisadora e dos(as) usuários(as) participantes da pesquisa, uma profissional do CAPS foi incluída na realização do grupo, tendo em vista, o

envolvimento e o vínculo que foi estabelecido, com vistas a favorecer uma maior relação e participação de profissionais do campo de pesquisa.

O grupo teve a duração de duas horas, sendo gravado e transcrito na íntegra. Posteriormente organizou-se o conteúdo por eixos temáticos, tal como as entrevistas. A meta inicial era a realização de dois grupos focais, um em cada CAPS. Contudo, em função da quantidade e da qualidade de dados já coletados, optamos por dispensar a realização do segundo, sem prejuízo no estudo.

### **4.3 O Questionário**

O questionário é um instrumento de coleta de dados cujas perguntas devem ser respondidas por escrito pelo (a) entrevistado (a) e sem a presença do (a) pesquisador (a). Pode-se enviar por correio postal ou entregar pessoalmente. As vantagens de seu uso, dentre outros, são: a economia de tempo e melhor sintetização das informações, conforme Rampazzo (2005).

Para sua operacionalização, indica-se a realização de um a dois pré-testes a fim de verificar a adequação e pertinência das perguntas, prever tempo de resposta e verificar se a linguagem está acessível.

Foi realizado o total de 10 questionários junto aos (às) trabalhadores (as), contando com 13 perguntas abertas precedidas de questões dicotômicas (opções sim ou não). Antes da atividade foi feito um pré-teste em um voluntário não participante da pesquisa, mas também trabalhador de unidade de saúde mental, o qual possibilitou alterações necessárias no planejamento do questionário.

A duração da aplicação do questionário foi na média de cinquenta 50 minutos, incluindo explicação por parte da pesquisadora. Sua operacionalização ocorreu de duas formas. Em um dos CAPS foi respondido por todos(as) participantes reunidos no espaço da instituição, com data e horários pré-agendados, sendo entregues pessoalmente pela pesquisadora e precedido de uma breve explicação fornecida sobre o material (questionário). Em outro CAPS, foi entregue aos (as) trabalhadores (as), que por questões de disponibilidade de tempo destes, devolveram posteriormente o material com as respostas formuladas.

### 4.3 Caracterização dos Participantes da Pesquisa

Os (as) usuários (as) constituíram uma amostra heterogênea, dentre outros aspectos, os relativos à idade, ao tempo de adoecimento, ao tempo de tratamento no CAPS e diagnóstico psiquiátrico.

Quanto às características sócio-demográficas, a maioria é do sexo feminino (70%) e as idades concentram-se na casa dos 20 a 40 anos (60%), mas com a presença de usuários (as) na terceira idade (40%). O estado civil predominante está entre as categorias de casados, separados ou viúvos (60%) e os demais, de solteiros.

A maior parte concluiu o ensino médio (60%) e os outros possuem o ensino fundamental. Todos (as) sabem ler e escrever. Apenas um (a) usuário (a) não possui renda própria sendo que todos os demais possuem renda entre 1 a 2 salários mínimos (90%). A fonte de renda mais expressiva provém de benefícios da Previdência Social (pública) e/ou da Assistência Social (80%). A fonte de renda relaciona-se com a realidade na qual a maioria dos (as) usuários (as) está desempregada ou não exerce atividade de trabalho (70%), e os outros estão no mercado informal de trabalho (30%). Vida produtiva precária resultante dentre outros, da baixa escolaridade e qualificação profissional dos (as) participantes, para o mercado de trabalho.

Nas características clínicas, a duração do adoecimento mental é variada, sendo que a maioria dos participantes possui acima de 15 anos de sofrimento psíquico grave (60%). Dentre os diagnósticos psiquiátricos prevalecem os de esquizofrenia e o de depressão (70%). Todos (as) entrevistados (as) tiveram episódios de internação psiquiátrica, e, fazem uso de psicotrópicos (100%). Quanto ao tempo em que cada participante frequenta o CAPS, concentrou-se na média de quatro a sete anos (70%), e destes, um caso estava de alta assistida<sup>7</sup>.

Os (as) usuários (as) possuem “vida social” e depende de como cada pessoa desenvolveu seu estilo de relações, seja na comunidade local, seja nos circuitos de instituições que estão mais abertas para que possam frequentar. Dentre as atividades sociais, inclui-se participação ativa na rotina da igreja por parte de alguns, ou somente nas sessões (cultos, missa), frequentam a rua em função de trabalhos informais de vendas, os (as) mais jovens e

---

<sup>7</sup> ‘Alta assistida’ é a atenção ambulatorial que ocorre após a alta do (a) usuário (a), das oficinas e/ou grupos psicoterápicos, passando o (a) mesmo (a) a ir ao CAPS esporadicamente para consultas médicas pré-agendadas e para atendimento na farmácia.

solteiros (as) mantêm vida afetiva por meio de namoros, frequentam shoppings e cinema, frequentam casa de familiares, ou quando não os têm, mantêm contatos com vizinhos mesmo que por meio de conflitos, mas que ainda assim, permite, por exemplo, que um dos pesquisados considere ter amigos na vizinhança – “aqueles que na mesma hora que são amigos, já não são”. O CAPS também exerce uma expressiva representação em termos de local para convivência.

Os (as) participantes profissionais contemplaram diferentes categorias, dentre elas, arteterapia, enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, sendo que a maior representatividade concentra-se na psicologia (40%). Avaliamos essa representatividade enquanto expressão da realidade uma vez que esta categoria profissional ocupa o número maior, em termos de recursos humanos, nos CAPS pesquisados. A maior parte dos profissionais (80%) trabalha na atenção psicossocial há mais de três anos.

Em seguida, apresentamos a síntese da caracterização dos participantes:

1. Formação profissional		2. Tempo de trabalho no CAPS	
Arteterapeuta	1	de 01 a 02 anos	2
Assistente social	2		
Enfermeiro	1	de 03 a 05 anos	4
Psicólogo	4		
Terapeuta ocupacional	2	de 06 a 08 anos	4

Quadro 2: Caracterização dos profissionais participantes da pesquisa

Fonte: Dados da pesquisa

TABELA 1: Características Sócio Demográficas e Clínicas dos (as) Usuários (as) de CAPS II  
Participantes da Pesquisa (N=10)

1 Características Sócio Demográficas		2. Características Clínicas	
<b>Sexo</b>		<b>Duração da doença (anos)</b>	
Femino	7	1-5	2
Masculino	3	6-10	2
<b>Idade</b>		16-20	2
Entre 20 anos	2	21-25	1
Entre 30 anos	2	26-30	3
Entre 40 anos	2		
Entre 50 anos	2	<b>Diagnóstico (CID 10)*</b>	
Entre 60 anos	2	Esquizofrenia	4
<b>Estado civil</b>		Transtorno depressivo	3
Solteiro	4	Transtorno dissociativo	1
Casado	3	Trans. de personalidade emocional	1
Separado / viuvo	3	Transtorno Orgânico	1
<b>Escolaridade</b>			
Ensino fundamental	4	<b>Internação Psiquiatra</b>	
Ensino Médio	6	Sim	10
Superior	0	Não	0
<b>Renda</b>			
Sem renda	1	<b>Uso atual de psicofármacos</b>	
1 a 2 salários mínimos	9	Sim	10
> 2 salários mínimos	0	Não	0
<b>Situação atual de trabalho</b>			
Formal	0	<b>Tempo de CAPS</b>	
Informal/Autônomo	3	1 a 3 anos:	2
Desempregado	7	4 a 7 anos:	7
<b>Vínculo previdenciário ou</b>		7 a 10 anos:	1
<b>Assistência Social (INSS)</b>			
Sim	8		
Não	2		

\*Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (OMS, 1996)

Fonte: Dados da pesquisa

## 5 RESULTADOS

Fairclough (2001) serviu para orientação na forma de apresentação dos resultados, no sentido de priorizarmos textos mais globais, menos recortados a fim de assegurarmos melhor a significação dos mesmos, a partir das narrativas dos participantes da pesquisa. No entanto, como o método para a organização do material produzido foi a utilização da Análise Temática, eliminamos a forma de análise lingüística desse autor.<sup>8</sup>

Minayo (1993) sintetiza a análise temática como um método que identifica os significados dos enunciados, por temas. Na análise temática a pretensão é descobrir os núcleos de sentido presentes em uma comunicação, dos quais significam algo ao objetivo estudado. Os passos para devem assegurar a *exaustividade*, enquanto identificação dos temas conforme todos os aspectos levantados no roteiro da pesquisa (no caso dessa pesquisa, trata-se do tópico guia, conforme já descrito no capítulo anterior); *representatividade*, assegurando a representação de todo universo de pessoas participantes do estudo e *pertinência*, buscando elementos adequados aos objetivos da pesquisa.

Os dados brutos das narrativas gravadas passaram pelo método de recorte, a fim de localizar os temas relevantes conforme os objetivos propostos. Os núcleos temáticos foram retirados dos recortes de narrativas, que serão apresentadas a seguir. Os núcleos temáticas foram sintetizados nos quadros 3 e 4 dessa sessão.

### 5.1 Resultados das Entrevistas Narrativas com usuários (as)

#### Vanda

55 anos, dona de casa, casada, renda própria pelo Benefício de Prestação Continuada, da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/LOAS) e há 4 anos no CAPS.

Os tabus prevalecem com familiares, com medo de contágio de doença:

*Eu sofro (pausa)... as minhas cunhadas. A comida que eu faço elas não comem. Tem medo de pegar doença.*

---

<sup>8</sup> Metodologicamente, Fairclough (2001), ao analisar um texto, propõe verificar os aspectos da lingüística (orais, escritos), proporcionando uma base de instrumentais para uma análise textual, na seguinte sistemática: 1) vocabulário, 2) gramática, 3) coesão, 4) estrutura textual, 5) força dos enunciados, 6) coerência dos textos e 7) intertextualidade.

Percebe-se a intolerância e incompreensão na família, gerando conflitos corriqueiros entre mãe e filha nos afazeres domésticos, que passam pela não validação das condições físicas de Vanda, que não são compreendidas pela filha:

*Minha filha mais nova fala que eu não tenho problema, que eu tenho é preguiça (risos).  
Que eu tenho de deixar de preguiça, para fazer as coisas.*

*Eu tenho é um desânimo muito grande. Vontade de ficar deitada.  
Ela reage, ela fica nervosa comigo.*

*Eu acho que ela não entende ou ela não quer entender né. Ela não acha que eu problema  
Eu faço comida, lavo louça, cuidado da minha casa, lavo roupa.  
A minha filha só faz... limpa a casa e passa a roupa.  
É (risos). Ela fala que eu tenho preguiça.*

A filha executa atividades de cuidado, levando Vanda para caminhar, porém com impaciência diante o andar lento de Vanda:

*Ela faz eu fazer ginástica com ela, fazer caminhada com ela, fazer hidroginástica. Faço tudo.  
...Cuida, mas ela fica falando pra mim que eu tenho preguiça e eu não gosto.  
Quando eu não tô dando conta de andar ela me arrasta. Fala que eu sou mole.  
Eu falava pra ela não fazer isso comigo, mas ela faz. Ela é impaciente comigo.*

Vanda frequenta a Igreja e tentou há algum tempo atrás, um cargo na instituição:

*Eu queria ser professora  
O pessoal da igreja diz que eu tenho problema, aí eu não posso ter um cargo na igreja. Eles  
falaram que eu não podia. Que eu tenho problema.  
Ah... hoje em dia eu não quero fazer mais nada (em relação a um cargo na Igreja).*

Sobre as representações sociais da loucura, Vanda explica as origens:

*Esse negócio do estigma é porque as pessoas sabem que você tem transtorno mental, todo  
mundo fica com receio. Passam longe de você.  
O louco, as pessoas acham que é incapaz de fazer qualquer coisa né.  
Acho que isso vem desde a idade de Jesus Cristo, que os doentes mentais eram taxados de  
endemoniados, né. Pra você ver, vai na Igreja acham que você tem demônio.  
Eu estava em crise e fui taxada que eu tinha demônio.  
Eles começaram a orar para a pessoa sair. Sair de dentro do corpo. Eu acho que isso...(risos)  
Eu acho que isso é uma tremenda baboseira. Que se fosse o demônio a pessoa tomava o  
remédio e não melhorava, né.*

Vanda relata a experiência ruim, acerca das internações psiquiátricas que vivenciou, fazendo sua avaliação à luz dos direitos humanos:



*As internações pra mim foi ruim né, porque eu não gosto de ficar presa.*

*É ruim a gente perde direitos né.*

*Os direitos humanos, os direitos sobre a gente mesmo. A gente fica trancada, não pode sair. Só sai se a família assinar. A gente fica só. Tem horário pras coisas. Tem o pessoal que fica vigiando a gente dentro das clínicas.*

*Eu acho que é uma prisão.*

Aponta as suas estratégias para lidar com a discriminação social:

*Eu não falo. Pra quem não sabe eu não falo nada. Falo nada não. Se os outros perguntam, se vêem eu tomando remédio, né. Sobre remédio, perguntam pra quê né, eu falo. Se não me perguntarem, não vou sair falando pra todo mundo! Ah eu tenho isso, eu tenho aquilo. Não falo.*

### **Lúcia**

64 anos, dona de casa, casada, renda provém da família e há 6 anos e 3 meses no CAPS.

Narra sua experiência com a discriminação social tendo por base a autonomia desautorizada por médicos, durante consultas de modo geral:

*Só de falar, assim, que tem problema de transtorno mental, já tem o preconceito a começar pelo consultar. Se a gente tem transtorno mental e vai fazer uma consulta, se a gente não falar, a consulta vai tudo bem, a gente pode falar, e tudo. Quando a gente às vezes fala que toma medicamento em saúde mental, aí no momento eles já falam, então chama sua filha, chama seu marido, chama uma pessoa responsável por você.*

*Então naquele momento é uma discriminação muito grande, porque a dor que eu tô sentindo, o que eu tô sentindo não é meu marido, não é minha filha, não é uma pessoa responsável...Naquele momento eu me sinto responsável pra mim falar o que eu tô sentindo, porque é eu que tô sentindo, né.*

Ela faz parte do Conselho Local de Saúde do CAPS e ajuda a receber os estagiários de Universidades. Atividade na qual Lúcia discuti sobre os medos dos estudantes, diante do contato com usuários de saúde mental:

*Hoje mesmo eu ainda procurei os estagiários de medicina que tava no nosso grupo, como que eles sentiam ao chegar no nosso grupo. Qual a reação deles, né.*

*Eles falou, “não”, que era normal né! Aí eu procurei se eles não sentiam medo de nós, aí ele falou que não. Aí uma falou assim, que eles tavam mentindo, porque todos que vem, no impacto dos primeiros momentos, sem conhecer a gente, todos tem medo. Que todos quando vem no primeiro impacto tem medo de nós.*

Surge a questão da sintomatologia física como algo que favorece desinformação, medos e assim, preconceitos sociais:

*(...) quando a gente começa tomar remédio controlado, a gente fica, como que fala, “cambiando”, muitas vezes com “tremula”. Até hoje né, de vez em quando ainda dá “tremura”, eu fico meia assim...*

*Então muitas vezes a pessoa passa pela gente e não conhece nada, e fala assim, “olha o bêbado aí”, “olha o drogado aí”.*

*Então, isso dói muito.*

*E as pessoas viciadas em drogas e em outras coisas, são como as pessoas que tem transtorno mental que toma remédio.*

*Porque eu também acho que as pessoas drogadas, bêbadas, tudo, também são dignas também. Eles sofrem desse tipo de preconceito, de tudo.*

O contexto do CAPS é apresentado, mediante a postura de novos profissionais que são lotados na unidade e que se mantêm distanciados dos usuários, durante atividades coletivas:

*Tá vindo gente... as que tem aqui, que trata, é as que tinha. As que tá chegando é igual a outros tratamentos lá fora.*

*Nem os médicos. Parece que eles não gostam de se misturar com a gente. Esses novatos tudo que tão chegando, tudo é diferente. Então tá ficando muito difícil, porque aqui tem poucos agora, você sabe, que são verdadeiramente preparados e humanitários.*

*Então eu acho que isso tem que voltar a ser aquele CAPS de tratamento humanizado, de carinho, de tudo. Que sabe receber a gente.*

*Sempre quando tem Assembléia, eu falo, porque não um médico também na assembléia? Porque todos, nós, os outros profissionais, é, senta numa assembléia e discute. E por que não um médico, também? ...eu acho assim, que dia assim... de assembléia, uma comemoração, o médico está ali, se apresentar também, como os outros também.*

## **Pedro**

62 anos, divorciado, possui através do BPC/LOAS, é curatelado pela ex esposa e está no CAPS há 4 anos.

Suas narrativas mostram conflitos significativos quanto a curatela e à família, perpassando ainda, pela Justiça.

*Sinto preconceito principalmente da minha família que é grande. Eu posso falar o que eu sinto da minha família? Então sobre preconceito da minha ex-esposa, dos meus irmãos, de parentes, da sociedade.*

*Tem um mandato judicial contra mim falando pra mim não ir na casa da minha mãe.*

*Quando eu vou na casa da minha mãe, esses dias eu fui com um amigo meu que entende a minha doença, eles quiseram chamar a polícia. Uma irmã minha, quis chamar a polícia pra me prender. Agora porquê? Porque ela sabia... ela não entende que eu sou um doente. Eu até me emociono. Mas é isso!*

*Agora eu gostaria de pedir pra rever o caso da minha mãe, a pena que aplicaram em mim. Agora, por que eu não posso ir na minha mãe? Eu já tô melhor, eu sou controlado, um doente controlado.*

Sobre a curatela e o uso do seu dinheiro:

*A minha ex-esposa, ela recebe o meu dinheiro, gasta o meu dinheiro. Eu não sei pra onde vai o dinheiro!  
É uma humilhação contra a minha pessoa. Às vezes eu preciso comprar uma sandália e ela não compra pra mim.  
Então a minha esposa, a minha ex-esposa, aliás eu tenho vinte anos que eu sou separado dela, ela recebe meu dinheiro, ela, ela distorce o meu dinheiro.  
Agora por que minha ex-esposa tem que ter termo de responsabilidade da minha pessoa? Sendo que eu sei ir no banco, tô tomando os remédios direitinho e tal, sei ir no banco, sei votar.*

Pedro aponta de forma indireta, a necessidade de que o CAPS e a ex esposa tenham contato, diante de suas queixas e perda da autonomia financeira:

*Agora, por que ela não me acompanha? Vem aqui (referindo-se ao CAPS) e volta comigo todo dia pra casa? Porque ela só quer o meu dinheiro!  
Às vezes eu preciso de um dinheirinho pra tomar um café e eu não tenho. Eu recebo R\$ 465,00 por mês, e falta um cafezinho pra mim.  
...porque eu não tenho dinheiro pra passear, eu não vejo a cor do meu dinheiro, sabe.*

Pedro questiona de forma indireta, como é feita a prestação de seu dinheiro, pela ex esposa junto a Justiça:

*Agora ela disse que presta contas pra Justiça. Mas como? Pra ela prestar contas pra justiça, tem que ter a minha assinatura. É! Eu tenho que tá aprovando a prestação de contas dela.*

Assim como Lúcia, traz a questão da sintomatologia relacionando-a ao universo do preconceito social, com ênfase na prática e abordagem da polícia:

*E as vezes até a polícia na rua. Quer dizer, a própria autoridade não, não entende, não respeita a gente. Acho que a gente é marginais. Não pode ver a gente tonto na rua.  
Porque a doença traz tontura, traz agressividade. Eles não pode ver que já quer prender a gente, bater na gente.  
Esses tempos experimentei conversar com eles, eles me meteram um tapa na cara. Eu não sei que tipo de treinamento que eles tem, parece treinamento pra lidar com monstro, com animal. E eu não sou animal. Então até isso, eu acho que o governo federal devia rever isso. Não é isso?*

Pedro tem como estratégia, a reivindicação do status de “ser um doente menta”, como argumento para tentar ser compreendido::

*O problema é o seguinte, os meus irmãos...  
Eles deviam entender que eu sou doente, não é isso?  
Eu quero que os meus amigos entenda que eu tenho problema mental.  
Então eu quero que eles entenda que eles tem que me tratar diferente dos outros.  
Ele tem que saber que eu sou um doente, mas um doente controlado com remédio.  
Que eu venho me controlando com remédio.  
Isso inclusive eu já conversei com a ... (sua referente no CAPS), que é a minha chefe aqui, pra conversar com minha ex esposa, pra explicar pra ela o quê que é um doente mental, pra ver se muda o tratamento dela a meu respeito.*

Sua sugestão para maior cuidado e proteção social é de que os usuários tenham “carteirinha de saúde mental”:

*E outra coisa, eu gostaria que todos os usuários dos CAPS, não só de Goiânia, mas do Brasil, tivesse uma carteirinha pra se identificar. Isso é muito importante pra nós.  
Como se fosse a identidade da saúde mental.  
Até pra mostrar pras pessoas que não pode tratar mal a gente... “Olha, eu sou doente mental, aqui a minha carteirinha de identidade. Eu sofro, eu sofro, como é que é... transtorno mental. Eu vivo as custas de remédio. Aí aquela pessoa já tem outro tratamento, não é isso?”*

A experiência de violências durante dois anos ininterruptos de internação psiquiátrica:

*Nessa clínica foi dois anos sem sair um dia se quer pra rua. Era, quer dizer, era prisão né? Me torturaram, me bateram, me deram tapa na cara, me jogaram no chão, me amarraram, me deram um tal sossega leão. Era obrigatório tomar banho às cinco horas da manhã todos os dias. Eu passei dois anos tomando banho frio às cinco horas da manhã. É tortura. Como não é tortura? Então eu gostaria que as autoridades revissem esse problema.*

### **Carmem**

40 anos, solteira, renda proveniente do BPC/LOAS, trabalha como diarista e frequenta o CAPS há 1 ano e 4 meses.

Diante da construção da identidade social de louca, Carmem contesta:

*Então eu não acredito que eu tenha alguma coisa.  
Por exemplo, eu tinha vergonha do meu corpo.  
...eu sempre tive esse preconceito comigo mesmo né. O meu corpo. Eu falei, eu tenho vergonha do meu corpo, sabe. Eu, eu, eu sou inconformada com o meu corpo.*

*Aí pra mim acabar com esse preconceito comigo mesmo, eu resolvi tirar a roupa.  
Aí peguei e falei um dia, eu vou acabar com isso né. Aí eu falei assim, eu vou andar pelada.  
Porque com isso, eu andar pelada, eu não vou ter medo de câmara. Eu tinha medo de câmara.  
Eu tinha vergonha. Aí eu peguei, tirei a roupa. Era uma tarde, tirei a roupa e andei mais ou menos uns mil metros. Aí a polícia me abordou né, e me levou pra delegacia.*

*E eu tomando o remédio sem ter nada! Porque o que eu fiz não era de tomar o remédio. Talvez seja a melhor coisa de ir na psicóloga né, vamos dizer.*

O estigma social de louca, como algo que ela não sabe como “se livrar”, e que é pior do que a dificuldade que ela tinha com o próprio corpo::

*Hoje eu não tenho mais preconceito sobre a minha pessoa. Então quer dizer, mais aí o quê que aconteceu? As pessoas não interpretou como eu tava interpretando. Aí eu fui tratada como louca. Que eu tava doente, que eu tinha que tomar remédio  
Mas hoje eu to liberta. Eu me libertei de um, mas eu cai no outro. E outro mais pesado ainda.(referindo-se ao fim do próprio preconceito contra seu corpo e aquisição do estigma social de louca)  
Aí quer dizer, por um acaso eu caí nas mãos de pessoas que entenderam as coisas que eu fiz de outra maneira.  
E hoje eu não vejo como eu sair disso.  
... acabou comigo! Eu não tenho a solução. Eu não tenho como sair hoje disso.  
Mas eu ainda vou descobrir uma forma de acabar com esse preconceito das pessoas. Ainda não sei como, mas vou descobrir (risos).*

Das conseqüências reais do estigma de louca, refletida em perda da guarda do filho:

*Aí eu tava brincando com o meu filho, com aquelas cordinhas que tem de amarrar em garupa. Ela tem uma pontinha desse jeito assim, e amarra aqui. Aí eu amarrei na camisinha dele, e falei assim, vem cá meu cachorrinho, que nós gostava de brincar muito.  
Aí quando o dono da casa chegou que viu eu puxando ele pela gola da camisa, falou que eu tava louca. E já foi pegando o menino, e já foi levando pro pai. E quando chegou lá no pai ele dobrou a história. Ele falou que eu tinha amarrado uma corda lá no teto, que tava no pescoço do meu filho, já o menino quase morrendo.*

*Foi por isso que ele pegou e levou pra lá. Aí naquele momento, subiu um sangue assim ruim na minha cabeça, quebrei as janelas dele tudo, quebrei a janela tudo. Aí de lá eles chamaram eu pra polícia, me levaram lá pra clínica. Foi lá onde eu fiquei sessenta dias.*

*Quando eu cheguei aqui em casa, já tinham levado o meu filho pro Tocantins. Quer dizer, a desculpa que não tinha ninguém pra ele ficar, e por isso levaram o meu filho. Já tem uns sete meses isso. Aí encheram a cabeça do meu filho contra mim. E agora estão fazendo com que ele fique lá no Tocantins. Se eu ficar sem nem meu filho agora!*

### **Silvia**

36 anos, casada, renda própria com trabalho de diarista e do BPC/LOAS, frequenta o CAPS há 4 anos e 9 meses.

O preconceito e o rompimento no trabalho são explicitados com a relação estabelecida pelos colegas e chefia, após seu adoecimento psíquico. Após as pressões e vigilância sobre ela no ambiente de trabalho, pediu demissão:

*Antes eu era normal.*

*Depois as pessoas passaram a me olhar diferente. Exemplo, eu estava no elevador, daqui a pouco eu descia no hall, eles desciam atrás.*

*Então eu vivi isso na pele sabe. Tudo que era passo que eu dava, eles davam atrás de mim (choro constante).*

*E antes não, antes eu era normal, eu podia fazer o pagamento dos funcionários, deixavam dinheiro na minha mão eu podia passar a coordenação só pelo telefone.*

*E quando eles descobriram que eu tinha esse transtorno eles me trataram de outro jeito, isolando, até me pressionaram tanto, tanto, tanto, no serviço com essa perseguição que eu não suportei, eu tive saí do serviço, porque eu estava sofrendo, aí eu preferi parar.*

*...três meses que agüentei (após o fim da licença médica).*

*Tinha a carteira minha tava assinada, mas eu não resisti o que eles fizeram comigo*

O processo de perda, bem como de reconquista da confiança em si e da família, após acompanhamento no CAPS:

*Antes, se caísse uma tampa lá em casa, unh... uma tampa de panela, a gente mexe com panela cai tampa, cai colher. Menina do céu! Minha irmã subia no muro, porque ela mora em divisa de muro comigo: “o quê que tá acontecendo?”, e não tava acontecendo nada. Era só a rampa que tinha caído. Aí chegava a minha mãe, minhas outras irmãs, tudo pra dentro da minha casa, e era só uma tampa que tinha caído.*

O sentimento de vergonha pelo sofrimento psíquico:

*... o maior preconceito não está nas pessoas lá fora não, o maior preconceito está comigo. Que se eu não tivesse assim, vergonha disso, eu não teria tanto medo de falar que eu tenho transtorno. Meu maior preconceito é ele mesmo, que eu carrego. Eu acho, se eu fosse uma pessoa que não tivesse preconceito de mim, de ter essa doença, eu falaria com as outras pessoas.*

As estratégias de Silvia para lidar com o preconceito social:

*Então se eu sair falando que eu sou doida, pronto! Todo mundo corre. Se souberem que eu tenho transtorno, eu vejo acontecer com meus colegas, alguns que têm sintomas mais fortes, assim, visível, as pessoas já ficam olhando atravessado.*

*Eles não olham atravessado em mim porque não percebem, porque se não, seria da mesma forma.*

## **Joana**

54 anos, solteira, renda própria vinculada a Previdência Social e frequente ao CAPS há 9 anos.

Sua narrativa aponta a dificuldade e ausência de convivência por parte da família para com ela, e assim, o lugar ocupado pelo CAPS, nesta trama de exclusão na família:

*... muita gente que tem preconceito de nós, principalmente na família. Os outros de fora até que apóia a gente. Mas a família... Tem preconceito com a gente.*

*Trata com indiferença né.*

*Eles ficam, “ah, você tem que tomar o seu remédio, você tem que internar, você não pode fazer isso, não pode fazer aquilo.”*

*Fica mandando pra lá, não pode ficar junto com eles. Não pode participar daquilo, não pode participar por causa disso. Por exemplo (...), em vez deles bater papo com a gente, chega lá (na sua casa conjugada com a do seu irmão) eles ficam discriminando a gente.*

*Eles vieram com esse papo pra mim, “você precisa internar, não sei o quê”. Minha cunhada veio com essa conversa pra mim.*

Mediante esse quadro, explica o motivo pelo qual frequenta o CAPS diariamente, há nove anos:

*Eles (os familiares) gostam que eu venha pro CAPS né. Eles apóiam eu vir pro CAPS.*

*Ela não deixa eu ficar lá (na casa).*

*Eu venho mais pra cá (ao CAPS) por causa que eu fico lá mais sozinha, sem conversar. Eles passa a semana sem conversar comigo. É só cumprimentar. Fala ‘oi’ e pronto. Se eu não for lá conversar com eles, eles não vai.*

Joana se internou e foi internada por familiares mais de vinte vezes.. Após o serviço substitutivo, não houve internação psiquiátrica. Os motivos pelos quais ela buscava as internações, e sua experiência nas clínicas:

*Ah, eu ficava internada nas clínicas né. Eu procurava as clínicas à-toa, sem motivo nenhum. É, porque eu ficava muito sozinha e procurava alguém né.*

*Agora, eles (os familiares) me internavam também.*

*É, chegava lá não arrumava ninguém pra conversar né, dava na mesma.*

*Foi difícil. Não foi fácil não. Levei surra, fiquei toda machucada. Eles tratam mal, faz levantar de madrugada. Nunca mais eu procuro clínica sozinha, nem quero ir com meus irmãos também não.*

*Eu ia, mas não sabia o quê fazer lá dentro. Lá dá um desespero.*

*Pra sair de lá é difícil, nossa!*

*Entrar no manicômio é fácil. Pra sair de lá não é fácil não. (risos)*

*Agora eu achei aqui o CAPS, né. Aqui eles me ajudam muito.*

O sonho de ter sua própria família, como forma de poder ficar em casa e conviver em família:

*Só falta eu morar, ter uma família né.*

*Era diferente porque eu mudaria de vida né; ter uma família. Ter o que fazer em casa né. Podia ficar mais em casa, não é? Só uma vez no CAPS, ou duas vez. Eu venho mais pra cá porque eu não moro na minha casa. Eu moro na casa dos outros. Eles ficam reclamando também porque eu não pago aluguel, energia...*

A narrativa da exposição nos espaços sociais que frequenta, sob o olhar e a voz do outro:

*“Ah, ela tem problema”. Esses dias tava falando na Igreja né, que eu tinha problema. O pastor falando pra todo mundo ouvir lá. ... eu fiquei chateada, porque ele não falou particular comigo né. Ele falou na frente dos outros. Que todo mundo lá já me conhece né, lá na Igreja. Eu fiquei calada. Não falei nada pra ele. Eu sempre participo de casamento lá né; café da manhã, tem escola dominical, tem curso, faço campanha lá de sexta-feira, vou dia de sábado também, vou dia de domingo pra escola dominical.*

### **Mário**

29 anos, solteiro, sem renda fixa, faz diferentes trabalho autônomos (vendas) e frequenta o CAPS há 1 ano e 2 meses.

Narra a exclusão e o medo por parte de sua família:

*Tem preconceito principalmente com a família né. É porque eu já fiquei um pouco com cada um de minha família né, e... cada um quer é ficar longe de mim né. Cada um quer ficar afastado pra evitar né. Às vezes tem família, tem criança. Eles pensam que eu sou um risco pra família deles. Eu me sinto excluído da família né, e por onde eu ando né. Às vezes a gente sente sozinho né. Sente tristeza. A família muitas vezes não está próxima né. Ah, ninguém me ajuda não. Só se eu tiver doente, naquela crise terrível, aí alguém tem que me ajudar né. Se a sua própria família te rejeita, e o próximo? Imagina!*

A crise psicótica e a vida em risco no meio social:

*Eu nunca machuquei ninguém, mas eu passei à beira da morte por várias vezes, porque pessoas já me bateram, já me espancaram. Teve uma vez que eu entrei no Papiro (nome fictício de um supermercado) e como eu estava em crise eu entrei onde não deveria, em um departamento de guardar os produtos... tipo um estoque. Eu entrei lá, eu não era funcionário e eles perceberam que eu era estranho. E eles se juntaram, me pegaram já batendo, e me levaram pra fora. Juntou uns dez e ficaram me espancando lá no meio da rua. Aí vinha uma senhora que ia passando, e viu, e foi lá, me tirou do meio deles. Falou que era minha mãe. Aí que eles me largaram, e fui embora.*

A experiência durante as internações psiquiátricas:

*Ah é a experiência de angústia né. De prisão. A gente se sente preso igual a um animal. Se você vê um animal preso...; que aquela angústia que causa aquela prisão. Ficar ali né, não ter liberdade. Se sentir preso e ainda vigiado. Preso e vigiado, porque né, às vezes alguma fuga, ele tá ali te vigiando.*

O CAPS e a relação estabelecida com a frequência:



*Ainda que eles (referindo-se aos profissionais) as vezes, como eles viram que eu fiquei uns dias sem vir, eu falei pra eles que se eu adoecesse eles não estavam sabendo né. Eles falaram, “uai, mas você acha que se ficar te vigiando vai adiantar, a gente ficar ligando pra sua casa, vê onde você está? Aqui tem muita gente. Você também tem que viver a sua vida. Você acha que nós temos que ficar vigiando você? Você tem é que manter a frequência. Se você parar de vir, a gente não pode fazer nada”.*

Os sentimentos face às dificuldades, incluindo o suicídio:

*As vezes a gente sente sozinho né. Sente tristeza. A família muitas vezes não está próxima né. E aquele sentimento de morte, de suicídio né. Vários pensamentos ruins né. Tenho medo né. Tenho medo. Eu tentei me suicidar várias vezes. Ah, fora do delírio a gente se acha normal, mas sente revoltado de saber que tem esse problema na vida.*

Sua estratégia, seu sonho:

*Tenho sonho de casar né. Eu tenho muita vontade de casar. Essa é uma das coisas. Mas a minha esperança, eu acho que vai melhorar quando eu casar. Porque quando eu casar mesmo, aí eu vou ter uma pessoa do meu lado né. Que aí, se ela gostar de mim mesmo, nessas horas ela não vai me abandonar. Agora pra minha família, eles não querem morar comigo. Então a solução que eu tinha é essa, de casar. Aí eu acho que um apoio, que vou ter mais, né, pra preocupar, estar perto.*

### **Lara**

29 anos, solteira, renda própria proveniente do BPC/LOAS, desempregada, frequente no CAPS há 4 anos, estando de alta assistida.

Sua narrativa apresenta a questão do sofrimento psíquico sendo desqualificado por desinformação nas instituições de saúde:

*Eu falava pras pessoas, elas não entendiam. Aí a pessoa ainda fala assim, “não, essa doença é coisa da sua cabeça”. O então, “você pensa que você está sentindo dor, mas você não está sentindo dor”. Mas eu tava sentindo dor! Muitas vezes eu ia passando mal pro hospital, chegava lá o médico falava que eu não tinha nada. Aí eu voltava pra casa, aí eu não agüentava ficar em casa, aí eu ia pro hospital e era a mesma coisa. Aí você chega na emergência lá, pra morrer; porque quando você tá com depressão, você pensa que você vai morrer, entendeu? Aí o quê que acontece? A pessoa fala pra você que você não tem nada, que pode ir pra casa.*

Diante das dificuldades de atendimento a sua saúde, a tentativa de suicídio:

*Quando eu tentei suicídio, eu não tentei porque eu tava perturbada. Eu não tentei porque eu tava desorientada, como as pessoas aí fora podem falar, que eu tava doida. Eu tentei o suicídio porque eu passei muito mal. Eu não sentia a minha respiração, não conseguia respirar. Eu ia pro hospital, eles não conseguiam resolver o meu problema. Aí o quê que aconteceu? Eu pensei, “não! eu vou morrer de qualquer jeito. Eu vou morrer porque eu não consigo respirar”.*

No pulso a marca visível de um sofrimento invisível:

*Como eu tinha uma cicatriz num lugar que era bem visível, então as pessoas já me olhavam com um jeito diferente, entendeu. Como se eu não fosse capaz, como se eu fosse doida. Aí eu fui no médico, ele pegou e me deu a idéia de fazer uma tatuagem em cima. E tampou né. Mas até hoje mesmo, independente de trabalho, onde quer que seja, se a pessoa vê isso e vê o que foi, já acha que eu não sou uma pessoa normal. Por eu ter essa cicatriz, por eu ter tentado suicídio. Então tem essa discriminação sim.*

### **Sandro**

38 anos, solteiro, renda proveniente do BPC/LOAS, realiza trabalho autônomo (vendas), frequenta o CAPS há 5 anos e 6 meses.

A questão de ter uma “doença invisível” aos olhos dos outros e o peso do diagnóstico de “transtorno mental”:

*Pra mim eu to bem, entendeu? O meu problema é que não é igual a um corte que você vê se está cicatrizando ou não. Eu, assim, é chato você ficar sabendo que você tem um transtorno. Eu fico assim meio baquiado. Então... é, então assim, é ... com isso eu sinto um pouco de fracasso. Então eu to dando um passo de cada vez. Procuo né, aceitar isso. Igual, com relação ao que você está falando sobre preconceito. A gente sente preconceito com a gente mesmo às vezes. A gente fica um pouco assim, inseguro, indeciso.*

A dificuldade em aceitar a medicação, embora tem adesão ao tratamento medicamentoso:

*Eu fico então com a sensação de ansiedade as vezes pra ficar sarado, ter uma cura logo pra não ter que fazer uso da medicação. E aí eu fico assim... um pouco revoltado com isso. ...a bronca com remédio é que eu acho assim, desde que eu me entendo por gente, eu sempre procurei ser uma pessoa natural. Procuo me alimentar bem, praticar exercícios (...). Então eu, eu, eu penso assim: se eu praticasse esporte, tivesse uma atividade legal, se eu não fosse...se eu não mexesse com drogas (referindo-se aos psicotrópicos), eu teria a capacidade de desenvolver a minha mente mais do que os 10% que o ser humano tem capacidade de usar sua mente. Então, e outra coisa também... pra mim eu sou um pouco contra a medicação porque tem uma questão. Eu com a medicação, sexualmente falando, ela prejudica a pessoa sabe. Eu penso que a medicação tem o lado negativo.*

*Três coisas que eu já comentei né, que é o fato de eu engordar muito, essa questão da sexualidade, e o meu próprio pensamento com relação ao que eu penso sobre as coisas.*

### **Marlene**

41 anos, viúva/solteira, possui renda vinculada ao BPC/LOAS e frequenta o CAPS há 4 anos e 9 meses.

O normal e o patológico presentes na narrativa, como fontes de comparação da forma de ser aceita ou não no mundo:

*Queria ser uma pessoa normal né. Trabalhar (choro constante).  
Eu mesma tenho preconceito contra mim mesma.  
Porque eu olho, vejo as pessoas assim, eu venho pra cá (ao CAPS) e fico pensando assim, “meu Deus! Como é que eu fui ficar desse jeito?”  
Me incomoda porque eu queria ser uma pessoa normal. Gostar das outras pessoas, ter diálogo.*

*É, aceitar isso não é fácil. Quem quer ser doente? Ninguém.  
...e eu não aceitava isso porque eu vi como é que é ficar internada numa clínica onde que é que as pessoas fica. Passa a noite todinha acordada mesmo com o remédio que toma, ficavam roubando as coisas dos outros, batendo nos outros.  
Então eu tenho muito medo de conversar. Eu acho que isso tá judiando de mim. Essas internações que eu já fiz, que já fiquei internada.*

Ser normal é:

*Ser uma pessoa alegre, feliz, ter uma profissão, ser respeitada, respeitar também né. Acho que seria isso.*

A “doença invisível”:

*Mas é uma doença que a pessoa sabe, tá vendo ali que a gente é doente. Agora essa doença que ninguém vê, só a gente que sente. Só os médicos que sabe mesmo. Agora, outras pessoas de fora....*

As perda dos bens e a exploração pela família, sendo trazidas como em outras narrativas dos participantes:

*Aí eles (os familiares) começaram a dizer que eu era doida, que isso, que aquilo.  
Aí minha mãe mandou pegar os meninos (seus filhos), que era pra pegar tudo que era meu. A casa lá não era escriturada, era só recibo.  
Eles ficaram com os meninos até vender as coisas.  
Então, eles queriam ficar com ela (sua filha) só pra o direito de vender as coisas, e dizer que ia cuidar deles. Só que isso não aconteceu.  
É Então, eu acho que... tem preconceito próprio dentro da família da gente mesmo né.*

## 5.2 Resultados do Grupo Focal

O grupo focal debateu as questões propostas e outras trazidas pelos participantes, quanto à Marcha Nacional dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental, enquanto um acontecimento recente e o papel dos CAPS para a transformação do estigma sobre as pessoas em sofrimento psíquico grave.

A participação na Marcha Nacional dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental, mostra a sensação diferentes dos participantes, ao imaginar o olhar do outro (“da sociedade”), sobre o grupo que está identificado na manifestação, como “louco”. A dimensão de luta social que agrega diferentes segmentos (familiares, simpatizantes, trabalhadores, gestores) e entidades, não ocupa a visibilidade para parte dos participantes usuários, que foram ao evento:

*A gente se sente envergonhado. Porque as pessoas vê a gente ali, a gente tá no meio, todo mundo vê você ali. Você sabe que é uma reunião de doido, então você se sente envergonhado... Porque as pessoas fica tudo olhando você assim, e já fica pensando “aquele ali deve ser um doido, tem um crachá já avisando”*

Durante a Marcha, a apresentação teatral remete ao participante, algo como “sua realidade, sua identidade”, da qual sentem-se envergonhados. A participação em outras manifestações públicas e coletivas é narrada como sendo algo de muita exposição e da qual sentem-se incomodados. Essa narrativas foram de dois jovens homens:

*É muitas doideiras que saía lá do palanque lá, que você não quer nem ficar perto. Porque ali é a nossa identidade”, nunca vi, igual aquilo (risos). Não, não o ambiente, mas você queria tá em um ambiente social como qualquer um. Igual, você tá num ambiente doido, você vê nossa realidade, paciência. É fazendo um teatro de imagem de um doido, e aí, é tanta besteira que sai ali, que você vê que é a realidade, você fica envergonhado. “Nossa aquilo gente doida do Brasil inteiro. Cada um falando da sua doideira ali (risos).*

*É, igual ao...(fulano) falou. Já aconteceu de ir em algumas reuniões assim, e a gente, igual lá na praça do Bandeirante mesmo (em Goiânia, no Dia 18 de maio). Eu fiquei envergonhado também. A gente fica assim, com aquele negócio assim, poxa, se um amigo meu me vê na televisão aqui ele deve pensar, ‘pô... o quê que o cara tá fazendo aí?. A gente sente isso. A gente fica assim tentando se resguardar. A gente fica tentando demonstrar que não está tão ruim assim, não é tão mal, não está tão doente assim. Pelo menos, eu não sei os outros, mas eu penso assim.*

As mulheres de meia idade à terceira idade que narraram as falas abaixo, demonstraram uma visão de participação na perspectiva de buscar os direitos:

*Ah, eu não fiquei com vergonha não. Eu senti que é um direito da pessoa reivindicar. Porque é muito ruim quando a gente tá dentro de um hospital psiquiátrico.*

*Eu acho que o direito de reivindicar que a pessoa tem. Porque se você tem problema e não tem ninguém pra te defender, você tem que ir pra luta.*

*Eu defendo também que eu tenho que ir atrás dos meus direitos, mas é uma coisa que, quando você vê a realidade você leva um choque né. Você fica impactado com aquelas problemáticas que se identifica com você né.*

*É interessante isso, (...) essa luta só é completa se nós estiver lá no meio. Vocês só (referindo-se aos (às) trabalhadores (as)), vocês não fazia nada. Só serve se nós for juntos.*

*Eu penso isso porque pra se reivindicar alguma coisa tem que juntar todo mundo. É a única hora que nós temos valor. Tipo essa caminhada lá em Brasília, eu acho que foi a única hora que sentimos valorizados.*

*Eu me incomodo pro que as pessoas falam. Não de estar no espaço. Porque eu estando ali, mesmo que usando um crachá, mas aquele crachá pra mim, quase não vai significar muita coisa não. Agora se a pessoa vier, pegar e falar... né, principalmente assim, igual à essa semana. Era uma numa reunião da associação dos moradores do Parque Amazônia. Todo mundo reunido, aí cada um ia lá e falava alguma coisa e voltava. Quando chegou na minha hora de falar, a mulher, a chefe de lá, falou assim: “bem, olha gente, essa mulher aí é doida. A cabeça dela não funciona direito não”. Aí eu fiquei constrangida.*

Diante as narrativas, provocamos uma questão, sobre a possibilidade de transformação do imaginário social sobre a loucura, sobre a doença mental, no qual as narrativas demonstram tanto o otimismo quanto o pessimismo nesse aspecto:

*Eu acho que nunca vai mudar. Só se não ter gente pra ficar doente mais. Só se conseguir um tratamento que você nunca mais adocece.*

*Eu penso assim, se eu chegar à ficar doente lá onde eu moro, eu vou ter que vender lá e sair de lá. Porque na igreja eu já falei com o pastor, é a única pessoa que eu falei pra ele. Falei pra ele desse problema né.*

*Eu acho que é possível. Eu acho que é possível. Eu acho que... pode elaborar um filme por exemplo. Escrever um filme contando história de uma pessoa. Um exemplo, comentário sobre aquilo tudo, né. Igual fez a novela<sup>9</sup> mesmo. A novela mostrou bastante como se é o dia-a-dia, como que é a rotina, né. Tinha vez que o Tarço tava agressivo, tinha vez que tava choroso, né. Então eu acho que foi muito bacana, eu achei muito legal aquela novela.*

*Exagerou um pouco né (comentando sobre a novela).*

*O problema é mais desinformação mesmo.*

Remetendo a discussão sobre se os CAPS poderiam contribuir com as mudanças quanto ao estigma, o grupo respaldou a seguinte opinião:

<sup>9</sup> Referindo-se a novela “Caminho das Índias”, de Glória Perez, exibida pela Rede Globo de Televisão, no ano de 2009.

*Não contribui de forma nenhuma. Não faz diferença. É muito difícil as pessoas perceberem isso. Teria que ter um trabalho assim...mais perfeito, pra que as pessoas percebam(...), nossa, “fulana estava lá no CAPS, passou dez anos lá e hoje é uma pessoa normal” . Isso não acontece pra pessoa falar não. Porque quando a pessoa passou por isso ela tá manchado pro resto da vida. É igual entrar na cadeia.*

No próximo quadro a síntese das questões apresentadas pelos (as) usuários (as):

<b>Núcleos Temáticos</b>	<b>Questões suscitadas</b>
Preconceito na família	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intolerância e medo</li> <li>- abandono e exclusão</li> <li>- o sonho pela própria família</li> </ul>
Representação social da loucura, por si mesmo e pelo meio social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- perigoso</li> <li>- agressividade</li> <li>- incapaz</li> <li>- o normal versus o patológico</li> <li>- o auto preconceito</li> <li>- doença mental como doença invisível, que dificulta o entendimento dos outros</li> </ul>
Perda da autonomia e de direitos = noção de direitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fala desvalorizada</li> <li>- não manejo do dinheiro e curatelas</li> <li>- exploração</li> <li>- perda da guarda de filhos</li> <li>- perda de bens e heranças</li> <li>- desqualificação profissional</li> <li>- mandato judicial</li> </ul>
Sintomatologia e estigma	<ul style="list-style-type: none"> <li>- relação das instituições: polícia, igreja</li> <li>- exposição da pessoa nos ambientes sociais</li> <li>- conflito no uso dos psicotrópicos</li> </ul>
Crise psíquica grave e estigma	<ul style="list-style-type: none"> <li>- risco de suicídio</li> <li>- agressão física pelo meio social</li> <li>- dificuldade no atendimento pelo SAMU</li> <li>- dificuldade em aceitar a medicação</li> </ul>
Internação psiquiátrica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prisão</li> <li>- perda dos direitos humanos</li> <li>- rede de saúde mental insuficiente</li> <li>- imagem e auto retrato de decadência</li> </ul>
Estratégias para lidarem com a discriminação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- o silêncio como recurso</li> <li>- que a família entender sobre a doença</li> <li>- carteirinha de saúde mental</li> </ul>

	- livrar-se de sinal físico visível
O CAPS como contexto	- mudanças nos recursos humanos - substituição da casa para a não convivência familiar - propor ampliação do número de CAPS
Discriminação e sentimentos expressos	- solidão - humilhação - vida vegetativa - vida mesquinha - sentimento de fracasso - desvalorização do próprio trabalho
Os desejos	- de serem respeitos - de trabalho - de namoro - de estudo - de crescimento
Possibilidades de transformação do imaginário social sobre o louco	- opiniões de pessimismo e otimismo
Relação com o movimento da luta antimanicomial	- relação ambivalente com o movimento da luta antimanicomial, entre fortalecer-se no coletivo ao sentimento de vergonha em juntar-se às manifestações

Quadro 3: Síntese dos resultados obtidos com as entrevistas narrativas e com o grupo focal realizados com usuários (as) de CAPS II  
Fonte: Dados da pesquisa

### 5.3 Resultados dos Questionários com Profissionais

Todos (as) os (as) profissionais consideraram que o preconceito e o estigma influenciam na atenção psicossocial pela noção de autopreconceito dos (as) usuários (as). A ênfase está na idéia de **autopreconceito como problema:**

*O preconceito e o estigma podem impedir com que os indivíduos falem de si, de seus conteúdos que necessitam serem trabalhados. O preconceito dele para si próprio e/ou o preconceito do outro.*

*Há vários casos que observo que a pouca ou dificuldade de aderência ao tratamento ocorre pelo preconceito de 'ter' um transtorno mental...*

*Entendo que influencia de forma negativa...os próprios usuários demonstram sentir este preconceito, reduzindo o interesse pelo tratamento e/ou perdendo o interesse em melhorar.*

*Eu penso que a influência se dá a partir do momento que os usuários perdem a confiança em si mesmos, daí vão perdendo a dignidade, autonomia e apropria cidadania.*

Sobre qual seria o papel do CAPS em relação ao preconceito e o estigma que recaem sobre as pessoas com sofrimento psíquico grave:

*O CAPS tem como objetivo trabalhar essas questões em grupo terapêutico com o próprio usuário do serviço, na tentativa de fortalecer a auto estima e colaborar nas formas de enfrentamento da problemática...*

*Atuar junto ao usuário, família e comunidade buscando levar esclarecimento sobre a doença, reduzindo ou extinguindo este preconceito e o estigma. Porém não é uma tarefa fácil, pois o preconceito muitas vezes encontra presente na própria unidade de trabalho.*

*Primeiramente o CAPS de fornecer profissionais capazes de estar na relação terapêutica com as pessoas, que compartilhem seus sentimentos e percepções e incentivem os usuários ao mesmo.*

Sobre se o CAPS já propôs atividades cuja preocupação inclua o combate ao estigma da doença mental e se possui projeto institucional escrito com esta preocupação, nota-se a **necessária reflexão sobre os projetos terapêuticos e o institucional:**

*...já foram realizadas várias atividades intra e extra CAPS. Buscando trazer a comunidade para festas e eventos na unidade e através de passeios em locais públicos com os usuários do serviço. Também foi realizado trabalho junto a equipes de Estratégia da Saúde da Família. Percebemos que existe um preconceito nestas unidades e o trabalho foi realizado para preparar os profissionais e reduzir o estigma. Também temos grupos de família para levar esclarecimentos aos familiares.*

*O serviço em que atuo participa de manifestações como a luta antimanicomial no qual usuários, familiares e técnicos se envolvem. Porém percebo que diversos técnicos estão desmotivados com tais manifestações, recusando-se a ir. A gestão acata o posicionamento dos mesmos.*

*Sim. Ao receber os alunos da universidade nas oficinas que ministro, procuro promover um diálogo entre alunos/usuários, e naturalmente os usuários falam do preconceito em relação a eles Enquanto mantêm o diálogo entre eles (aluno e usuário) vão trabalhando estas questões.*

Questionamento sobre se esta temática faz parte do projeto terapêutico individualizado:

*Esta temática não faz parte do projeto de todos os usuários deste serviço. Apenas quando surge durante o atendimento individualizado é que é trabalhado e abordado pelo técnico.*



*...não faz parte como algo específico de um usuário, mas sim emerge nas atividades e pode ser escolhido tema do dia.*

*Sim. Ao construir um projeto terapêutico buscamos os fatores determinantes no processo saúde doença do usuário e penso até que a temática não perpassa essa construção de forma geral, visto que cada profissional tem uma concepção sobre a construção desse projeto. Percebe-se uma tendência de definir atividades para o usuário mais vinculada ao quadro de atividades do que a sua real necessidade.*

*Essa temática não faz parte do projeto terapêutico. O estigma é trabalho quando o usuário mostra-se preso nas tramas do preconceito. Nos grupos psicoterápicos há espaço e liberdade para a discussão...*

*A meu ver faz parte da proposta terapêutica das oficinas que desenvolvo, mas não pensei em descrever esse tema juntamente com o projeto terapêutico.*

*Sim, faz. Mais não faço e não vejo outros atuarem de forma enfática esse estigma. Penso que o questionamento constante ao usuário sobre tal tema seja pouco efetivo. O trabalho que é desenvolvido visa mais o conhecimento no geral do que em ser uma pessoa cidadã, com direitos e deveres.*

Em 100% observa-se alguma manifestação de preconceito entre os (as) trabalhadores (as) do CAPS no acompanhamento de casos:

*Principalmente nos usuários mais empobrecidos intelectualmente ou que possuem determinados tipos de comportamento considerados chatos, 'chiliquentos' e que de certa forma contestam os valores institucionais. Atualmente vejo muito preconceito nos casos denominados diagnosticamente de transtorno de personalidade, afirmando que "dá muito trabalho".*

*A tendência dos profissionais as vezes é ter dificuldade de lidar como os usuários com transtorno de humor. A doença confundida com 'piti'.*

*...Vejo esta manifestação quando existe a tendência em direcionar o padrão de vida do usuário, exemplo: a forma de vestir, de comer, de expor, dentre outros.*

*Alguns técnicos por lidarem a muito tempo com o mesmo usuário e não perceberem melhoras, acabam reduzindo o usuário a um conjunto de comportamentos limitando-o e em alguns casos, desqualificam o receio de estarem sendo manipulados e já aconteceu omissão devido a isso, com relação aos pacientes. Caso o paciente não freqüente o CAPS isto é visto muitas vezes como falta de vontade, o que nem sempre é verdade, pois muitos enfrentam um transtorno psicótico, e sair de casa pode ser encarado como risco.*

*Existe intolerância em relação aos usuários insistentes, que apresentam falta de limites, ou que 'tumultuam' o ambiente ou as oficinas/grupo.*

*...O preconceito aparece na desqualificação do usuário, achar que ele não é capaz de tomar decisões, que somos nós técnicos e familiares quem temos que decidir por eles.*

Perguntados sobre relato em prontuário ou em discussão de caso na equipe, que termos, ao serem utilizados, podem indicar estereotipia como forma de olhar e registrar uma situação

problema de um (a) usuário (a) obteve-se vários exemplos que confirmam a presença das estereotípias nas práticas profissionais:

*O fato de identificar o usuário pelo diagnóstico em discussão de caso*

*Uma linguagem que imita vozes ou o jeito marcante do usuário, como se isso fosse motivo de piadas. A expressão 'é mais chilique', sem levar em conta o que está por detrás dessa forma de atuação.*

*'Incapaz', 'não consegue', 'não fala por ele', 'alguém tem que fazer', 'interdição', 'temos que falar com a família e não com o usuário', e outros.*

*Em discussão na equipe, em um transtorno de personalidade chama-se o caso de 'pitizenta', pessoa que dá 'piti', 'barraqueira'. O CID nos permite aplicar rótulos a todo momento.*

*Paciente, ele é assim mesmo... (sic) ele informa.*

*Nas discussões de casos, o 'piti', 'manipulou a situação', 'veio só para almoçar'.*

*'Piti', 'chato', 'perigoso', 'preguiçoso', 'manipulador'.*

*Diante de crises usar a expressão 'piti', 'está inventando'.*

Se há dificuldades no atendimento por parte de outros equipamentos sociais, motivados por preconceitos:

*Já aconteceu de casos em que o paciente está em crise e passar por perícia médica no INSS, e o médico tratar a pessoa como 'preguiçosa', usando palavriado de baixo escalão.*

*Uma vez fiz um encaminhamento de um usuário para uma unidade de atenção básica para tratamento dentário. O profissional recusou a atender justificando que não atenderia o usuário sem o comparecimento de um dos profissionais (técnicos em enfermagem) para realizar uma possível contenção mecânica.*

*Já passamos por diversas situações em que o SAMU não quer atender nosso usuário por medo de que o mesmo venha danificar a ambulância.*

No questionamento sobre se há alguma relação entre a organização de uma rede para o atendimento às situações de crise com o desenvolvimento ou manutenção do preconceito social na área da saúde mental, tem-se a narrativa sobre o tratamento a base da contenção:

*Sim, pois ainda hoje as formas de abordagens passam principalmente pela contenção e os espaços físicos destinados a acolher o usuário neste instante são lugares frios e isolados. E acaba sempre aparecendo principalmente o fator periculosidade.*

A seguir a síntese dos resultados obtidos com os (as) profissionais:

<b>Núcleos Temáticos</b>	<b>Questões Suscitadas</b>
Influência do estigma na atenção psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- o (a) usuário como (a) portador de auto preconceito</li> <li>- desistência do tratamento por parte do (a) usuário (a) pelo preconceito</li> </ul>
O papel do CAPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervir através de grupos terapêuticos com usuários (as), na família, na comunidade</li> <li>- Ter profissionais abertos à relação terapêutica</li> </ul>
A temática do estigma como parte dos projetos terapêutico e institucional dos CAPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- realização de atividades festivas, bem como as comemorações da luta antimanicomial</li> <li>- atividades com estagiários de universidades</li> <li>- temática não incluída nos projetos terapêuticos individuais, ou faz parte das atividades gerais sem foco específico</li> </ul>
Manifestação do preconceito e do estigma na instituição	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ocorre tanto entre os (as) usuários (as), como entre e por parte dos (as) profissionais</li> <li>- presença de sentimento e/ou manifestação de intolerância com o (a) usuário (a) por parte do profissional</li> </ul>
Formas dos (as) profissionais manifestarem estereotipia em relato de prontuários ou em uma discussão de caso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- uso dos termos: 'sic', piti e pitizenta, incapaz, manipulador, barraqueira, veio só para almoçar, não fala por ele, não consegue, chato, preguiçoso, perigoso, está inventando, alguém tem que fazer</li> <li>- identificação pelo diagnóstico</li> <li>- imitação de vozes e gestos do (a) usuário (a) pelo profissional durante relato/discussão do caso</li> </ul>
O preconceito por parte de outros equipamentos sociais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existente na perícia do INSS, no atendimento pelo SAMU, no tratamento dentário na atenção básica de saúde</li> <li>- Preconceito contra o (a) trabalhador (a) da saúde mental</li> </ul>
Relação entre o atendimento às crises e manutenção do estigma	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rede de atendimento convivendo com abordagens via contenção e isolamento</li> </ul>

Quadro 4: Síntese dos resultados dos dados obtidos com trabalhadores de CAPS

Fonte: Dados da pesquisa

## 6 DISCUSSÃO: OS PRIMEIROS ENSAIOS

Os dados obtidos com os (as) usuários (as) e trabalhadores (as) resultaram nos seguintes eixos analíticos:

1) Impactos pessoais do preconceito e do estigma nos (as) usuários (as): 1.1 Caracterizado por violação de direitos, perda da autonomia financeira, perdas de bens, perda da guarda de filhos, exclusão familiar, exploração familiar, desqualificação profissional, perda do trabalho, desqualificação da fala, dificuldades de aceitar o adoecimento. 1.2 Situações de crise com vulnerabilidade social que leva a pessoa a sofrer agressão física, a ser visto como “marginal”; 1.3 Sentimentos de solidão, de humilhação, de fracasso, vontade de suicídio pelo abandono, sentimento de vida “vegetativa e mesquinha”; 1.4 Estratégias para lidarem com a discriminação: utilizam o silêncio em não falar do adoecimento, propõem a criação de uma carteirinha de saúde mental, no intuito de propor proteção às agressões policiais e em situações de crise, desejo de normalidade para enquadrar-se nos padrões a fim de ser compreendido como doente mental “controlado”; 1.5 Sonhos que surgem com a necessidade de bens imateriais e materiais, como em ser respeitado, ter trabalho, ter afeto/namoros, casar para ter a quem apoiar-se, ter estudo “para crescer”; 1.6 Noção de participação na luta antimanicomial como sentimento ambivalente, tanto de retraimento como de conquista de força coletiva;

2) Representação social da loucura pelos usuários, pelos profissionais e pelo meio social, por: 2.1 associação à periculosidade, agressividade, incapacidade; 2.2 dificuldade de ser compreensão social pelo sofrimento psíquico ser “doença invisível”; 2.3 pelas sintomatologias do sofrimento psíquico (grave) confundida com alcoolismo, associando-se a outros preconceitos sociais; 2.4 crença dos usuários quanto a possibilidades de transformação do imaginário social sobre a “doença mental” de forma ambivalente, entre o otimismo e o pessimismo; 2.5 profissionais com a crença de que o impacto maior do preconceito é o próprio preconceito do usuários;

3) Demandas estruturais e gerenciais na saúde mental/atenção psicossocial: 3.1 O CAPS como contexto para os usuários, enquanto recurso positivo, de local de conviver e de acolhimento; 3.2 O contexto do CAPS com mudanças negativas em relação aos “recursos humanos”, pelo “perfil” inadequado de trabalhadores com pouco envolvimento, práticas baseadas em estereótipos para com o usuários, vistos como pítizenta/barraqueira, incapaz, manipulador, preguiçoso, identificado por diagnóstico, atividades não sistematizadas para a

atenção psicossocial lidar com os preconceitos fora da instituição, foco nas atividades terapêuticas como os usuários para trabalhar impactos do preconceito; 3.3 rede de saúde mental convivendo com o modelo hospitalar e o substitutivo, em que as internações psiquiátricas são mantidas; 3.4 experiências negativas por parte dos usuários no atendimento à crise, nas internações tradicionais, tidas como prisão, perda dos direitos humanos, e auto-imagem de degradação; 3.5 Preconceito e dificuldades no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico por outros equipamentos sociais.

A discussão está baseada em três questões - o quanto a situação posta pelo preconceito e o estigma dizem respeito a aspectos estruturais, culturais ou funcionais *localizadas* no sujeito. Como exemplos que justificam esse direcionamento, citamos os aspectos da sintomatologia (corpo), a questão da doença invisível (representações), os ataques ao 'eu' produzidos na experiência de internação psiquiátrica (estrutura de serviços) pelos (as) usuários (as) pesquisados (as). Interagem aspectos expressos no corpo biológico (corpo que sofre intervenções da medicina, da farmacologia, dos equipamentos de saúde, por exemplo), na subjetividade (as vivências e interpretações de cada pessoas) e expressas no *tecido* social/cultural (como os outros reagem diante de sintomas, por exemplo). De partida, entendemos que essas questões dizem respeito a fenômenos que interagem e produzem efeitos a nível individual e coletivo.

Iniciaremos com a ideia de autopreconceito atribuída pelos (as) profissionais, e expressa pelas pessoas com sofrimento psíquico, como algo que interfere na atenção psicossocial, preconizada pela reforma psiquiátrica. Propomos a via da despersonalização do preconceito, para contextualizá-lo através das noções de (a) normal e normalização da vida, embora a não aceitação da condição de adoecimento pelo sujeito, seja uma realidade. Uma realidade explicável pelas duras consequências, co caso do sofrimento psíquico.

Em seguida, buscamos discutir *o lugar* e a contribuição da rede de acolhimento e atendimento em saúde mental, nesta problemática. Essa discussão passa pelas limitações da organização da rede e dos serviços como desafios postos pela problemática da exclusão, mantida em nome do estigma da doença mental. Limitações dentre outras, da presença dos serviços no território, lócus onde os preconceitos circulam e da crescente demanda por tratamento nos serviços substitutivos de saúde mental (CAPS). A representação social da loucura não é geográfica, mas sim relacional, e suas vivências, ocorrem na concretude da vida das pessoas.

A última sessão desse capítulo fará algumas considerações sobre o olhar sobre a família e a loucura no contexto histórico dos saberes, mais do que as práticas relativas à atenção

psicossocial voltadas à família, uma vez que esse grupo não compôs as entrevistas neste estudo. Contudo apresenta-se como uma temática de presença marcante, nas narrativas dos (as) usuários (as).

### 6.1 Existe autopreconceito?

Ao compararmos a questão do autopreconceito existente no (a) usuário (a) como algo que interfere na “reabilitação” psicossocial, na visão dos (as) trabalhadores (as), buscamos pesar o quê, para o cuidado em saúde mental, evidencia a relação entre a prática e a assistência dos serviços CAPS, com as demandas postas pelos (as) usuários (as).

Visualizamos pela fala dos profissionais, as atividades terapêuticas que focam no (a) usuário (a) para ajudar-lhe na auto estima, etc. Consequentemente, essas atividades estabelecem o seu limite até o(a) usuário(a), permanecendo o desafio perante as problemáticas, densas, advindas das relações dos(as) usuários(as) nas famílias e na comunidade, permeadas, dentre outros, pela dificuldade na sociedade junto às pessoas com sofrimento psíquico.

É compreensível quando nos relatos percebemos o desejo de normalização por parte do (a) usuário (a), pois fica mais difícil a vida, para os sujeitos que não correspondem às expectativas normativas de hoje. Há uma dupla tendência na cultura atual: tanto em eliminar a dor e o sofrimento, como em supervalorizá-lo (na tristeza, o mundo do consumo nos incentiva a descobrirmos nossa síndrome, as práticas psicoterápicas diversas, as práticas esotéricas e uso de medicamento), porém com um único traço. Na cultura pop, não há palco para a timidez, a tristeza, a insegurança, a infelicidade, para a lentidão e outras sensações, que se ligam à imagem de fracasso pessoal.

Nessa perspectiva, o que leva *o doente mental* a estar e a se ver em posição de desvantagem em termos de credibilidade pessoal e social, na sociedade, não é a “doença mental”, e, muito menos, um conflito de ordem psicológica, ou um autopreconceito que impeça a pessoa de progredir. Somando-se à realidade acima mencionada, à imagem social sobre o “sujeito louco”, produzida pelo poder e o saber da ciência, é determinante na posição que será permitida ao sujeito, ocupar.

Assim, concordamos com Basaglia (2005, p. 134) de que “(...) *se analisarmos a natureza do preconceito, é evidente que se trata menos de uma postura psicológica individual do que expressão de valores da sociedade em que o indivíduo está inserido (...)*”. Concordamos ainda com Dell’ Acqua e Mezina (1991), que consideram que se não houver

uma não ação na cultura, resulta na atribuição das causas do preconceito ou estigma ao comportamento do sujeito.

Basaglia (2005) tece sobre o valor do homem são ou doente. Para esse autor, estes são valores que devem ultrapassar o valor de saúde ou de doença, sendo que essa última pode ser utilizada tanto como uma apropriação e libertação, como uma alienação e dominação de si. O significado de toda ação passa pelo valor e uso atribuídos ao homem, no contexto da saúde e da doença. Se estas possuem valores positivos ou negativos, irão determinar a inclusão de uns (os são) e a exclusão do doente. *“Quando o valor é o homem, a saúde não pode representar a norma, se a condição humana é a de estar constantemente entre saúde e doença.”* (BASAGLIA, 2005, p. 231).

Nessa discussão, incluímos Canguilhem (2006) para uma breve introdução no desenvolvimento da supremacia do normal enquanto um valor para a vida. Esse autor buscou pela filosofia, a crítica a uma tradição das ciências médicas (a fisiologia), em tratar a normalidade quantitativamente pela frequência e pela média, daquilo que seria o normal na vida biológica, criando assim, uma ideia preconcebida nas teorias médicas, em que a referência à patologia está na oposição ao normal. A doença seria uma falta (como exemplo na nossa discussão, sugerimos a tristeza, a falta de energia) ou um excesso (a agressividade, por exemplo).

E como resultado dessa analogia, tem-se a busca pela cura sempre, com fins ao retorno à normalidade, posto que a doença representa o mal e um valor negativo ao ideal homogêneo de vida longa, produtiva, reprodutiva, com ausência de sofrimentos e dores, dentre outros.

Na crítica canguilhiana, a norma não seria uma média, mas sim, uma noção limite que define a capacidade do ser e que muda de interpretação conforme os contextos. O estado patológico ou o anormal não é consequência da falta de qualquer norma, bem como, o patológico só existe em uma relação de contexto, pelos usos de linguagem. Transpondo para a cultura, o normal é um valor atribuído àquele que fala e uma qualidade ou uma desqualificação daquilo do qual se fala.

São experiências de vida concreta que fazem com que alguns sujeitos se vejam na posição de desvantagem no plano da coletividade. Conforme Canguilhem (2006, p.152), *“(…) saber que certas atividades nos são vedadas faz com que nos sintamos anormais, pois essas atividades se tornaram, para a espécie humana, ao mesmo tempo uma necessidade e um ideal.”*

Foucault (2002b), ao tecer sobre a norma em Canguilhem ressalta que nessa temática, não se trata de um componente da “lei natural”, e sim, que a norma é portadora de um poder.

A norma traz um princípio de qualificação e de coerção, em que vemos um exercer-se sobre o outro as normas. Confirma-se então a normalidade-superioridade do outro que julga aquele que é o estranho.

Pensando pelos usos de linguagem, concordamos com Miles (1982) para quem o diagnóstico psiquiátrico é unilateral, e corrobora para que a transformação em doente mental seja um acontecimento socialmente estruturado. O grupo social onde o indivíduo está incluso (ou excluído) e que é o indivíduo diagnosticado, apropria-se do diagnóstico para definir e explicar o comportamento mentalmente doente e não normal. A explicação nesta matriz, sobre o adoecimento mental, vai sendo incorporado no grupo social e no indivíduo, diante da ausência de outras possibilidades de compreensão e de cuidados.

Quando os participantes se referem ao normal como um modelo que almejam para serem respeitados, acreditamos que buscam uma inclusão qualitativa na vida. Mas verifica-se na pesquisa, que expressam também a busca por respeito afirmando-se como doente mental, reivindicando inclusive direito a ter carteirinha de saúde mental<sup>10</sup>. Uma estratégia, visando proteção e compreensão, mesmo que soe para algumas pessoas, sobretudo aos profissionais de saúde mental que esta proposta venha reforçar o estigma. Uma bobagem, pois o estigma e o preconceito sobre a loucura têm raízes estruturais, que uma carteirinha pouco acrescenta a esta realidade. Pode sim, vir a beneficiar os (as) usuários (as). Por que não?

No entanto, para serem ajudados, em matéria de estigma e de preconceito social, não podem ser tidos como os próprios crentes ou causadores de sua infelicidade, por uma não aceitação que os impedem de “crescerem” na vida. Mesmo que verbalizem dessa maneira –“o maior problema está em mim”, é preciso ver com cautela as razões de tal ideia, e ajudar a pessoa a compreender a dinâmica que envolve o preconceito, e ajudá-la a lidar com as complexas situações (reais) permeadas por ele.

Assim, na saúde mental, devemos refletir sobre as pressões relativas aos valores de saúde e (a) normalidade, pois produzem exclusão. E principalmente, atuar na materialidade das micro relações onde eles se (re)produzem, causando perdas às pessoas com sofrimento psíquico. Trata-se nessa dinâmica de um grande desafio aos serviços substitutivos de saúde mental.

---

<sup>10</sup> A proposta de confeccionar carteirinha de saúde mental para os (as) usuários (as) surgiu desse segmento, no CAPS I participante deste estudo, tendo sido deliberada na VII Conferência Municipal de Saúde de Goiânia, em 2007, embora nada tenha sido efetivada. Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), a proposta estava nos documentos, mas não chegou à plenária final para votação.



## 6.2 CAPS – os seus projetos e o território

Dando continuidade a partir da questão do aut preconceito ou do preconceito como causa da desistência no tratamento por parte de usuários (as), configurando-se uma influência negativa do estigma na atenção psicossocial, observado pelos (as) profissionais, é que propomos correlacionar dois aspectos da organização da atenção psicossocial, relevantes nesta discussão: os projetos terapêuticos e o projeto institucional dos CAPS.

A questão que colocamos é que um só pode coexistir em relação ao outro. É preciso refletir sobre os efeitos que um produz no outro. Os efeitos das demandas e necessidades dos sujeitos a serem descritos nos projetos terapêuticos individualizados, na organização do serviço e os efeitos da organização do serviço substitutivo na produção de cuidado. Em que condições tais projetos (co) existem ou não, e são desenvolvidos tendo em vista fatores como a violação dos direitos humanos/civis dos usuários.

Nesse sentido, partimos da vida vivida pelos (as) usuários (as), como questão central, uma vez que o preconceito ocorre no cotidiano das relações, nos lugares concretos da vida em sociedade - em suas instituições. Conforme nos apontou os (as) usuários (as), as suas demandas estão nos conflitos familiares e jurídicos, na perda do trabalho, na perda da guarda de filhos, na perda de bens e heranças, na não oportunidade de estudo e de crescimento, no isolamento social, na violência hospitalar e policial, na exposição da sua condição mental nos espaços sociais que freqüentam. Os (as) profissionais acrescentam as dificuldades enfrentadas quanto ao acesso e atendimento por parte de outros recursos e equipamentos sociais, tais como, a atenção básica de saúde, a atenção especializada, o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) e o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Considerando os (as) usuários da terceira idade na pesquisa Lima (2007, p.3), afirma que “(...) *a estigmatização é o obstáculo mais importante para assegurar o acesso aos cuidados de qualidade para pessoas idosas com transtornos mentais.*”

São as demandas da vida que se vive, que teoricamente devem servir os projetos terapêuticos no sentido de atender às necessidades de cada usuário (a). Conforme orientações do Ministério da Saúde (Brasil, 2004a, p. 16), “*cada usuário deve ter um projeto terapêutico, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento a cada pessoa na unidade e fora dela (...)*”. O documento faz referência, enquanto responsabilidade do referente terapêutico, a “(...) *avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico (...)*” (p. 16).

A particularidade no projeto terapêutico individualizado dos (as) usuários (as) requer escuta atenta, e esta por sua vez, requer tempo e disponibilidade do (a) profissional. Mas não só a escuta. O projeto terapêutico voltado para a vida requer o contato e o conhecimento das nuances que ocorrem com o (a) usuário no território, incluindo a sua casa, quando se tem. Contato que se faz necessário ser sistemático nos casos mais agudos, dentre os quais, os de usuários (as) que não saem de casa, estão com a liberdade privada, não fazem acompanhamento e se recusam a fazê-lo. Uma ação ativa se coloca como necessária, no lugar do serviço que está sempre a espera pela demanda, seja ela espontânea por parte das pessoas que vão atrás de um acolhimento, seja das demandas que os (as) usuários vinculados vão apresentando no processo de tratamento, onde busca-se resolvê-la, na maioria das vezes, dentro das atividades propostas internamente no serviço.

É pela escuta formal ou informal, pela observação ao que não é dito claramente e pelo contato no território que se torna possível de fato, a atuação psicossocial pela lógica da realidade, das necessidades e desejos de cada usuário (a). Mas é possível se houver preocupação e enfrentamentos mediante os conflitos que geram qualquer processo de mudanças.

Um exemplo nos resultados deste estudo diz respeito à história psiquiátrica de Joana. Com mais de 10 internações, ela nunca mais internou após acompanhamento no CAPS, o que imediatamente pode ser analisado como os efeitos da atenção psicossocial, relativo à desospitalização. Mas pela escuta a partir da discussão sobre o preconceito, é ressaltado pela usuária que suas internações ocorriam pela sua busca por companhia e convivência, mesmo que o recurso fosse o hospital, embora ela não encontrasse o que procurava. Internada, sentia-se enclausurada. Mas encontrou no CAPS este vínculo - a convivência, a liberdade e afetos. Houve então, a transferência do recurso espacial, do hospital para o CAPS. Substituição do serviço disponível até então, pelo serviço substitutivo ao hospital. Mas os motivos pelos quais ela precisa ter um local para frequentar diariamente, não foram alterados: a sua não possibilidade de ficar em casa e de sair por sua opção. Suas saídas diárias de casa ocorrem mediante a intolerância da família em tê-la em casa. O sonho de Joana é ter a sua própria família e sua própria casa, para ficar dentro dela, e sair quando ela pretender. Recentemente Joana entrou no programa de geração de trabalho e renda. De acordo com parte da equipe de profissionais que dão suporte na geração de renda, Joana tem-se mostrado “preguiçosa”. Talvez sim, como resultado das respostas reduzidas e às avessas dos seus desejos e interesses, e de suas necessidades ao longo de sua vida institucionalizada.

Encontramos em Della'Acqua e Mezzina (1991), ao abordarem o uso do tempo na institucionalização na saúde mental, referindo-se ao hospital psiquiátrico, que “(...) *o paciente vive seu tempo completamente à mercê do tempo e do ritmo da instituição que o obriga*”. No caso de Joana, estamos nos referimos à instituição familiar que rege o uso de seu tempo e sua mobilidade para fora do espaço familiar.

Os processos onde se verifica o prolongamento da permanência do (a) usuário (a) na instituição, de forma indefinida, acabando gerando vínculos de dependência, e que por sua vez, geram nas equipes, intolerâncias para com os(as) usuários(as), que muitas vezes, resistem a diminuir as idas ao CAPS, ou a passarem para o Ambulatório de Psiquiatria. Um círculo de dependência e estímulo a preconceitos. Preconceitos que se associam à falta de recursos extra-CAPS, à falta de preparo nas equipes, na manifestação de estereotípias na discussão de casos em equipe, ou em registro de prontuários. Interessante no exemplo quanto à expressão *sic*, conforme os resultados advindos com profissionais, sobre os relatos em prontuários. Conforme Rampazzo (2005, p. 88) usa-se a expressão (*sic!*) “*caso haja no texto citado algo que se julgue dever ser corrigido, algo que cause estranheza (...)*”, retirando a responsabilidade da informação na sua origem. No caso, pretende-se tirar a responsabilidade daquele (a) que produziu o registro.

Concordamos com Lobosque (2003, p. 25), ao refletir sobre a problemática no acolhimento, “(...) *quando os usuários vão chegando e ficando indefinidamente, sem que se saiba exatamente por que ou sem que se construa, para eles, seja uma saída viável, seja uma permanência digna no CERSAM.*” Para essa autora, os Centros de Atenção Psicossocial não são locais para a permanência dos usuários, como substituição dos asilos. Mesmo que por um período longo, trata-se de um local de passagem, a fim de evitar uma deterioração.

A respeito das necessidades dos (as) usuários (as) cronificados (as) em instituições hospitalares, temos em Basaglia (2005, p. 228) a seguinte pergunta: “*e que consciência real temos dessas necessidades, se até agora o manicômio e a segregação foram a única resposta?*” Para a realidade e trajetória da reforma psiquiátrica em Goiânia, sobretudo com a implantação dos CAPS iniciado no final dos anos 90, a pergunta teria outro foco: qual tem sido o projeto institucional dos CAPS e suas estratégias de atuação ética, política, teórica e metodológica que tenham ressonâncias com os objetivos de participação social e defesa de direitos como produção de saúde? Como as equipes vêm operando?

Por projeto institucional, vamos considerar ações diversificadas, planejadas e exercidas em equipe, com metas, com responsabilidades definidas e compartilhadas, com vontade para a

avaliação das dificuldades e das inovações, como possibilidade de um salto qualitativo na rotina do serviço. Geralmente, o tempo e a demanda numérica de atendimentos, dentre outros fatores, tendem a transformar o trabalho em tarefas sem uma reflexão mais aprofundada, com poucas interrogações. Conforme Dell'Acqua e Mezzina (1991, p. 74), “(...) *a rotina cotidiana deve assegurar a continuidade, mas não deve se tornar uma execução repetitiva de gestos e disposições.*”

Sem uma reflexão maior, os projetos terapêuticos tendem a se limitar na grupalização dos sujeitos dentro das oficinas internas dos CAPS, sem o alcance às reais necessidades destes, em suas particularidades. E mais, centram-se nas questões psíquicas e nos conflitos emocionais e sociais, na perspectiva de uma clínica clássica, sempre focada em um *sujeito em si*, responsabilizado quase que exclusivamente por suas possíveis soluções.

Discorrendo a respeito de uma experiência de intensificação de cuidado às pessoas psicóticas e trabalhando com a ideia de presença no habitat, onde a maior tecnologia do cuidado é então, a presença humana em prol das necessidades dos sujeitos, Silva (2007) ressalta que é preciso o compromisso e esforços, no sentido de

(...) identificar, decodificar as necessidades dos sujeitos chamados psicóticos, para fazer segundo suas necessidades e não segundo as possibilidades – sempre menores e mesquinhas – que geralmente conformam o conforto das instituições e profissionais (p. 12).

Para esse autor, os serviços substitutivos, para serem mais bem articulados com a cidade, com a rede e com a política integral, necessitam de uma atitude mais agressiva no sentido de buscar superar os limites. Limites estes, que ocorrem pela inconsistência da clínica, da não problematização do repertório que sustenta a prática na clínica psicossocial. Nessa linha de pensamento, em Lobosque (2003), dentre os limites na clínica, enquanto um retrocesso nos ganhos da luta antimanicomial, diz respeito à despolitização da mesma, de forma que as equipes atuem de forma alheia às relações de poder.

As atividades dentro dos CAPS favorecem à sociabilidade, a convivência, o cuidado, os afetos, alimentação, lazer, escuta, espaço político pelas oficinas de cidadania, realização das assembleias, participação dos usuários e familiares nos conselhos locais de saúde junto com profissionais, das quais é inegável o poder de saúde e de participação que tais atividades favorecem. Não raro ouvimos dos usuários que os CAPS são sua família, quase sua casa, ou seja, sua salvação, por terem este espaço acolhedor e de convívio. Isso só prova que os usuários estão abertos e ávidos por participar, bastando oportunidades para isso. O desafio é

esse movimento também nos espaços sociais além dos CAPS, para evitar a via de mão única, em que os serviços substitutivos passem a representar o único território.

Retomando sobre as pessoas cuja saúde mental, e mesmo a física, encontra-se em situação de degradação humana, sem condições de se cuidarem, e que não saem de casa, não fazem acompanhamento e se recusam a fazê-lo, Silva (2007) e Dell'Acqua e Mezzina (1991), tomando a responsabilização dos serviços pelas questões relativas à saúde mental em um dado território, são incisivos nesta perspectiva. Entre o direito de recusa do sujeito, há o dever do serviço por ofertar cuidado, colocando essa contradição como algo central de negociação e na busca de estratégias, para que o cuidado prevaleça. A desconfiança do sujeito para com o serviço pode ser alterada, com vistas a iniciar uma relação, mediante as sucessivas ofertas de ajuda e busca do contato pelos profissionais.

O convencimento torna-se estratégia para superar barreiras que mantêm pessoas com sofrimento psíquico grave em situação de privação, das formas mais diferenciadas. Como exemplo, nas situações de crise psicótica, conforme Dell'Acqua e Mezzina (1991, p. 61) “*o serviço deve (...) multiplicar as 'banais' estratégias de aproximação, envio de mensagem por baixo da porta, envolvimento de outros sujeitos (...), ou mesmo buscar o encontro em locais diverso*”, com o sujeito.

A experiência do contato e o envolvimento com a concretude dos casos que se apresentam, é que habilita as equipes a desenvolverem estratégias frente à linguagem da psicose e frente aos fatores de exclusão social. Operando pela presença no território ao acompanhar o(a) usuário(a) enquanto uma prática do cuidado, os serviços podem criar elos e uma real referência, de forma pró-ativa. Nesse sentido, as responsabilidades são construídas no compartilhamento com outras áreas, com idas e vindas, seja com a estratégia da saúde da família, com a assistência social, com conselhos tutelares, no judiciário, na vizinhança, no bairro, etc. Conforme Dell'Acqua e Mezzina (1991) não há um lugar definido para o cuidado, pois ele deve circular no ambiente da vida.

Eis outros desafios, mas também, potenciais possibilidades de avanços, na busca de parceiros. Eles dizem respeito aos preconceitos e às relações burocratizadas em protocolos inadequados e normalizantes, das demais ações e políticas públicas, para com as questões relativas às pessoas com sofrimento psíquico. Há impasses na constituição de parcerias e redes efetivas na relação entre os CAPS e outros serviços no território, conforme ilustração a seguir, a partir do diagnóstico da gestora técnica de um dos serviços participante desse estudo:

- dificuldades com as equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) da região, em relação a qualquer atividade em conjunto: atendimento a caso, capacitação, discussão de caso,

suporte psicossocial aos agentes de saúde. Resume em iniciativas pontuais, sem avançar em um projeto comum visando atuação em saúde mental. Conforme a coordenadora técnica do CAPS, há o sentimento na ESF de “mais trabalho a fazer” quando se pensa em discutir ações conjuntas. Falta participação do Distrito Sanitário e da Coordenação de Saúde Mental, que teriam o papel de fomentar e contribuir na articulação entre os serviços e as áreas (saúde mental e atenção básica). O serviço psicossocial aponta relações fragilizadas e/ou pontuais e sem continuidade, com várias instituições: conselhos tutelares, com o judiciário, como o Programa Louco Infrator (PAILI)<sup>11</sup>, com Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), com segmentos da sociedade civil dos bairros, e com o movimento social da luta antimanicomial regional, avaliando-se a despolitização e o pouco engajamento por parte dos (as) trabalhadores (as), em sua maioria. Laços frágeis na relação com as famílias, embora existam dois grupos de família na unidade, sendo um em cada período do dia. Nos casos que requer cuidados intensivos, os laços com as famílias são menores. Duas boas experiências foram ressaltadas pela coordenadora técnica, sendo uma com a Universidade Federal de Goiás, com a Faculdade de Medicina, que iniciou o estágio curricular no CAPS com a duração de seis meses por turma. A outra iniciativa é a de um profissional de odontologia de uma unidade de saúde da atenção básica, no atendimento junto aos usuários do CAPS. Profissional este, que participou ativamente da IV Conferência de Saúde Mental de Goiânia.

### **6.3 Atendimento à Crise Psíquica Grave – imagens e estigma**

O Estado de Goiás possui 10 hospitais psiquiátricos e ocupa o 7º lugar no ranking nacional por concentração de números de leitos psiquiátricos conforme dados nacional junto ao Ministério da Saúde<sup>12</sup>, cujos leitos estão na capital e em outros municípios (Rio Verde, Jataí, Anápolis, Trindade). Até o ano de 2006, Goiás ocupava a 22º lugar no ranking nacional em cobertura de CAPS por número de habitantes, com o percentual de cobertura de 0,28%, enquanto que o Ministério da Saúde considera boa cobertura no mínimo 0,50% a cada 100.000 habitantes.

Em Goiânia, houve avanços inicialmente. Até o ano de 2001, haviam 1.036 leitos conveniados com o SUS, através da Secretaria de Saúde do Município. Em 2004, haviam sido

---

<sup>11</sup> Programa de âmbito da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás com fins a substituir o manicômio judiciário. Até o mês de agosto/2010 o programa possui 171 pessoas em cumprimento penal com transtorno mental, encaminhadas pelo poder judiciário. Nos CAPS participantes da pesquisa são atendidos a média de 6 usuários vinculados ao PAILI.

<sup>12</sup> Informação verbal fornecida por Karime da Fonseca Porto, representante do Ministério da Saúde/Área Técnica de Saúde Mental, em 08/4/2010 durante a IV Conferência Municipal de Saúde Mental, Goiânia-GO.

reduzidos para 584 após aplicação do PNASH/Psiquiatria, conforme Soares, Rabelo e Rodrigues (2004). No entanto, em 2010, em meio à organização da IV Conferência Municipal de Saúde Mental obteve-se dados que não só atualizam os números, mas surpreendem com a informação do aumento no quantitativo de leitos atuais, de 709.

Como isso é realizado, cabe discussão, pois a partir da Portaria GM n.º 251/2002 (Brasil, 2004b) que reclassifica os hospitais psiquiátricos conforme o número de leitos de cada instituição, não é mais permitido o cadastro de novos leitos junto ao Ministério da Saúde. Pode então o próprio município fazer novos convênios com seus fundos financeiros? Se sim, cada hospital receberá o valor das diárias/leitos, conforme o número constante no Ministério da Saúde. Contudo, eticamente e financeiramente, gera o seguinte problema: o hospital continua a receber uma diária referente ao número inferior de leito pelo cadastro nacional, pelo critério de (re)classificação que a portaria favorece, e ter um número maior de leitos não informado, com outros custos financeiros locais.

Os serviços substitutivos existentes concentram-se na maior parte na capital, e convive com o modelo hospitalocêntrico. O número de serviços substitutivos iguala-se ao número de hospitais psiquiátricos. São sete CAPS, cinco hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS, um hospital que não está cadastrado como atendimento psiquiátrico, apesar de deter 59 leitos psiquiátricos no atendimento infanto-juvenil, e uma clínica psiquiátrica com atendimento particular, cujo convênio com o SUS foi desativado após o relatório de visita da Iª Caravana Nacional de Direitos Humanos, realizada no ano de 2000, por iniciativa da Câmara dos Deputados/Comissão de Direitos Humanos. Parte do prédio desativado pelos proprietários desta clínica, onde funcionava a estrutura conveniada com o SUS, está funcionando desde 2005, o Pronto Socorro Psiquiátrico (PSP) da Secretaria de Saúde de Goiânia. Fora deixado o prédio de origem do PSP, de propriedade do Estado com o argumento de reforma e adequação física, a qual nada se realizou, pagando-se desde então, aluguel com valor exorbitante, além de se ligar a um espaço cuja memória de violências cometidas contra antigos internos, permanece. O prédio de origem foi demolido e transformado em estacionamento.

O último Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria (PNASH) realizado nos hospitais conveniados de Goiânia, no período de 2007 a 2009, encontrou o tempo de duração das internações psiquiátricas na média de quarenta e cinco dias, o que ultrapassa a média orientada pelo Ministério da Saúde, de vinte e oito dias para uma pessoa adulta.

Outra problemática é a completa falta de regulação em âmbito regional, dos procedimentos relativos às internações involuntárias, conforme a Portaria GM n.º 2.391/2002 (Brasil, 2004b), o que seria um avanço local, na proteção aos direitos da pessoa. Prevê-se pela portaria citada, a notificação junto ao Ministério Público dos Estados, por parte dos estabelecimentos de saúde, conveniados ou não com o SUS, da ocorrência de internações involuntárias, mediante laudos médicos, com indicação do tempo da previsto para a mesma, informação sobre o contexto familiar e a comunicação da alta hospitalar.

No acolhimento dos casos de internação em psiquiatria, as famílias e a rede local enfrenta diariamente dificuldades nas chamadas junto ao SAMU, constituindo em outro desafio na concepção e articulação do cuidado em saúde mental. Por um atendimento não prioritário, e que, por vezes, cria-se uma comunicação truncada quando das solicitações por iniciativa tanto dos familiares, como pelas equipes dos CAPS, provoca-se mais ansiedade e desamparo na situação de crise. Para dar diretriz às ações de saúde mental pelo atendimento móvel, a Oficina Nacional de Atenção às Urgência e Saúde Mental ocorrida em 2004 com iniciativa do Ministério da Saúde, orienta em oito diretrizes, a relação e organização a ser criada entre o SAMU e a rede de saúde mental.

Em 2003, fora elaborado no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde o Plano de Atenção às Urgências do Município (Goiânia, 2003). Nesse plano incluiu-se no item VIII a Atenção às Urgências Psiquiátrica de uma forma ainda incipiente na formulação, mas que propunha o conjunto de criação dos serviços substitutivos, incluindo cooperativas de trabalho. O plano de forma geral divide os atendimentos, os quais devem funcionar de forma articulada, nos seguintes modelos: a) atenção pré-hospitalar móvel que compreende a assistência via SAMU e outras parcerias (Corpo de Bombeiros); b) atenção pré-hospitalar fixa que compreende as unidades não hospitalares, tais como os Centros de Saúde e os CAPS; c) atenção hospitalar com ênfase nas estruturas públicas e às ligadas às universidades, além da rede conveniada, e d) a atenção pós-hospitalar para continuidade ambulatorial dos acompanhamentos.

No atendimento, à crise psíquica grave e acolhimento às crises, voltamos a refletir sobre a organização a partir de duas questões: não existe CAPS III em Goiânia, e nos CAPS existentes, geralmente não se preveem equipes disponíveis para esse acolhimento, mesmo aos usuários (as) vinculados, ou, para atendimentos no território, considerando-se as situações de emergência/urgência. Os profissionais estão sempre ocupados com as demais atividades pré-estabelecidas.



O tratamento à crise psíquica grave que se baseia no encaminhamento aos leitos aumenta e solidifica o estigma e a exclusão social. Conforme Souza (2008), a crise é o desafio estratégico da reforma psiquiátrica, pois ela progressivamente arrasta as pessoas

(...) a uma ruptura com sua rede de suporte social e o processo de incapacitação e invalidação social. Crises que são, ainda, a via de entrada no circuito psiquiátrico, a base da rotulação de periculosidade e a justificativa da internação compulsória ou involuntária, o argumento para a internação prolongada, quando não permanente, e outros processos de exclusão/ segregação (p. 111).

Silva (2007) é instigante ao situar o debate no sentido mesmo de questionar a ideia de leitos enquanto um conceito na reforma psiquiátrica. Contra a ideia de leito hospitalar, mesmo no hospital geral, o autor o substitui por cuidados intensivos, na perspectiva mais global: território, clínica, rede, hospitalidade noturna e não hospitalização.

Dessa forma, na atenção psicossocial enquanto uma política de saúde, a resposta à crise psíquica grave é um desafio da ordem do dia, por funcionar como um avaliador da própria gestão e assistência preconizada na reforma psiquiátrica. Conforme Dell' Acqua e Mezzina (1991), há a necessidade do sistema de saúde e sanitário (a gestão municipal e Estadual e de saúde mental e os CAPS) se colocar em crise, quando da ausência de uma base territorial integrada e complexa para atenção à mesma. Conforme os autores, é preciso resignificar o sintoma da crise no sentido de deixá-la exprimir-se enquanto uma demanda existencial global, presente nas relações microssociais e garantir que o indivíduo a vivencie como um sujeito social.

Nessa perspectiva a atenção a crise deve estar ativa nas situações imediatas sem a busca por ocultá-la, mas em assumi-la enquanto estímulo à transformação da situação que se apresenta no território, no indivíduo, no serviço, na família, na rede, na organização sanitária.

Assim há que questionar qual o foco na atenção psicossocial, que inclui o objetivo expresso na rotina de um serviço substitutivo de saúde mental, e a organização administrativa e política da rede. Se o foco for, conforme Alves (1978), na resolução do conflito pela ação sobre o indivíduo, compromete-se então, com o velho esquema onde saúde significa ajustamento, enfermidade significa negatividade do conflito, a realidade social vigente significa padrão de normalidade e ponto de partida para o ajustamento.

As denúncias narradas pelos (as) usuários pesquisados nos faz complementar a discussão sobre o preconceito e o estigma, considerando os impactos da trajetória de hospitalização e institucionalização das pessoas.

Goffman (2007) em seu estudo sociológico da constituição do eu nas instituições totais, especialmente nas instituições psiquiátricas, assinala que é através da internação no hospital

psiquiátrico que a carreira moral de doente mental de um indivíduo, efetiva-se. Conforme o autor, “*a interpretação psiquiátrica de uma pessoa só se torna significativa na medida em que essa interpretação altera o seu destino social – uma alteração que se torna fundamental em nossa sociedade quando, e apenas quando a pessoa passa pelo processo de hospitalização*” (p. 112). Na fase do internamento, a hospitalização oficializa o que era uma experiência íntima, podendo representar ao indivíduo que se vê adoecido ou desequilibrado, um alívio, ou ser o pior das experiências por confirmar oficialmente aos outros, um diagnóstico.

Para o autor, a reconstrução psiquiátrica do passado do indivíduo será realizada pelo hospital através do estudo de caso para mostrar a evolução do adoecimento, e, demonstrar a necessidade da hospitalização. Buscarão por um tutor para assegurar o rigor do processo da internação, como parte das artimanhas para justificá-la. Após a internação, as circunstâncias e as contingências da carreira moral do doente mental é que determinarão quando a alta hospitalar poderá ocorrer.

Nas instituições totais, a criação de estereótipos ocorre face aos agrupamentos de pessoas em um funcionamento limitado e hostil. A equipe vê os internos como amargos, reservados, desconfiados e não merecedores de confiança. Nos casos de longa internação, ocorre ao interno o processo de desculturação, que para Goffman (2007) é mais do que a aculturação ou a assimilação. É a perda, o tornar-se incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária caso volte ao mundo externo. Perdas irrecuperáveis e dolorosamente sentidas.

O estigma da crise e da doença mental relaciona-se com o ambiente degradante de internação. O hospital psiquiátrico e os manicômios judiciários são símbolos cujas imagens formadas a partir da realidade historicamente, de acordo com Puel, Brum e May (1997, p. 42), “*de loucos esparramados pelo chão, encarcerados, olhos virados pelos eletrochoques*”, contribuem para com a deteriorização, pessoal, familiar e social das pessoas submetidas a esse quadro.

O ambiente da internação traz referências e consequências simbólicas, pois se constituem geralmente, em locais estranhos à expressão de si mesmo conforme Goffman (2007), provocando ataques violentos contra a imagem da pessoa internada. A auto imagem será afetada no curso da vida entre o que foi seu passado, o que é seu presente visto em um emaranhado de acontecimentos traumáticos, e um futuro incerto.

Dentre as consequências da hospitalização está a perda dos direitos humanos fundamentais. Os direitos dos ‘pacientes mentais’ são destituídos dando lugar ao tratamento por classificação, como a um objeto, pela sociedade. Em Goffman (2007), a expropriação na

relação de direitos ocorre com a hospitalização juntamente com a experiência de abandono, deslealdade e amargura que são vivenciados pelo ‘doente mental’.

Pelo exposto é que relacionamos às questões estruturais (rede, gestão, assistência) na saúde, que contribui para manter imagens e estigmas sobre o sofrimento psíquico grave, e sobretudo no descuido com as pessoas e famílias nos momentos de maior vulnerabilidade dos laços, que a crise geralmente provoca, diante de uma rede que contribui para o distanciamento na assistência, entre família, casa, equipes de saúde e cuidado.

#### **6.4 Os discursos sobre a família e a loucura**

A relação com a família nos relatos dos (as) usuários (as) nos faz concluir que, como a hospitalização, a família configura-se também como desafio (e também recurso) da reforma psiquiátrica. De acordo com Amarante (2008, p. 111) *“o tema da família é muito importante e deve ser sempre nuclear nas práticas que se pretendem inovadoras, pois não há desinstitucionalização sem participação efetiva dos familiares.”*

Faremos nesta sessão uma explanação literária sobre as mudanças de posição a que as famílias foram incluídas pelos diferentes saberes e, conseqüentemente, às formas em que apreendeu na história dos diferentes saberes, a sua relação com a loucura. E, diga-se de passagem, empreendeu-se a culpabilização das famílias.

Em seus estudos sobre a família e o portador de transtorno mental, Rosa (2008) apresenta diferentes diretrizes sobre a apreensão da família e a loucura, sendo: o período pré-capitalista e o período do alienismo, face ao início do desenvolvimento capitalista e do iluminismo; o período após a Segunda Guerra Mundial com o surgimento do movimento de higiene mental, e os novos contornos e desenvolvimento dos saberes ‘Psi’ (psiquiatria, psicanálise e psicologia); a influência dos movimentos da antipsiquiatria e da reforma psiquiátrica pelo mundo e a influência do movimento feminista e das teorias marxistas. Nos estudos de Severo (2003), acrescenta-se a constituição da família moderna no discurso da prevenção à masturbação infantil, a teoria da hereditariedade e a teoria da neurociência na constituição e intervenção junto à família e a loucura.

Conforme Rosa (2008), nas sociedades pré-capitalistas o louco era de responsabilidade de suas famílias, exceto, que essa responsabilização tornava-se assunto de ordem pública, junto ao rei e à justiça, mediante a impossibilidade das famílias para com o controle sobre o seu louco. Já a família na época das intervenções dos alienistas, no final do século XVII e início do século XVIII, com o desenvolvimento do capitalismo, era a responsável pelo seu

louco, parcialmente, pois a terapêutica baseada no princípio do isolamento do alienado, o retirava das famílias, para institucionalizá-lo, a fim de devolver-lhe o bom comportamento e a disciplina, através do método do tratamento moral.

Com o saber dos alienistas e, posteriormente, o saber da psiquiatria, a família é posta de lado, a esperar, a distância e passivamente, os resultados de uma suposta cura. Era preciso isolar o louco (figura perigosa) para proteger a família de seus atos. E, ao mesmo tempo, proteger o louco da sua família (agente etiológico) tida como propiciadora e culpada da alienação mental. Com os princípios neoliberais de liberdade e da racionalidade do homem, o louco tornara-se, para as famílias e a sociedade, um estranho no ninho, incapaz de participar do contrato da sociedade burguesa nascente. A relação do louco com a família se dava pela mediação das organizações e dos trabalhadores da saúde. O modelo médico assume a tutela do louco, ficando à família a função de encaminhá-lo ao hospital, dar informações ao estabelecimento e visitá-lo. Outro aspecto ressaltado pela autora, era que o trabalho e a condição feminina não contavam com prestígio e visibilidade social, em que na prática, a mulher estava excluída dos pactos da cidadania burguesa. Um retrato da desigualdade *estendida no interior* das famílias.

Severo (2003) baseando-se nos estudos de Foucault (2002b) aponta o interesse pelo sexo das crianças e adolescentes, através da masturbação, ao final do século XVIII, como um elemento fundante da ideia de família incestuosa. O corpo torna-se marcado pelas doenças oriundas da prática masturbatória e alvo de campanhas a fim de alertar os pais sobre os perigos da masturbação e o auto erotismo dos filhos, para a vida adulta.

Sem causas endógenas, a masturbação fora atribuída como causalidade, o exemplo que os pais davam, em suas atitudes, junto aos filhos. Sendo a criança inocente, pois a causa não estaria em seu corpo, a culpa recaía sobre os pais e familiares próximos, e principalmente, sobre os empregados domésticos, incluindo as babás. A campanha antimasturbatória tinha como alvo a criadagem doméstica, enquanto os personagens intermediários no interior das famílias. Mas visava-se com isso, à presença dos pais em casa e sua vigilância (olhar) sobre os hábitos dos filhos.

A prática médica ao patologizar a masturbação, o faz transferindo aos pais o papel terapeuta, no sentido de diagnosticar o problema no filho. De outro lado, estaria o médico apto a ouvir a confissão dos filhos e orientar os pais. Surge uma nova economia na relação intra-familiar, intensificando a relação entre pais e filhos, para manter a lei da saúde familiar e a prevenção da patologia sobre a sexualidade.

O papel da família em relação à loucura é redimensionada no período após a Segunda Guerra Mundial, caracterizado pela reconstrução das sociedades e das famílias, juntamente com nova abordagem ao louco, sendo este não mais um alienado, e sim, um doente mental. Não mais a presença dos alienistas no hospital, mas sim do psiquiatra com vistas à comunidade, pela perspectiva da psiquiatria social no manejo de um novo objeto, agora relativas à saúde mental, de forma geral. Conforme Rosa (2008) surge o Movimento de Higiene Mental nos Estados Unidos da América (EUA) em 1908, cuja preocupação com as famílias ocorre sobre a maternidade e a educação infantil, com aconselhamentos de cunho preventivo, focalizando-se em regras morais e normalizadoras, instituindo modelos dos pais educarem seus filhos.

Nas duas últimas tendências, prevalece o foco sobre os pais como os responsabilizados em manter uma normalização de saúde e do comportamento no interior da família, entrando em ação as ciências do campo psi, como a psicanálise que teve um novo impulso a partir da década de 30, e as teorias sistêmicas após a década de 50 (pós - guerra).

Na formação do saber da psicanálise, as relações familiares são base da constituição da psiquê humana. Na década de 30, a psicanálise passa a atuar com a família, sobretudo sobre a educação dos filhos, a partir das questões relativas ao desempenho escolar das crianças. Ao focar sua intervenção pela concepção do complexo edipiano entre pai-mãe-filho, a psicanálise deslocou a família (burguesa) das condições históricas e sociais, que também influenciam na sua constituição, em detrimento das funções intrapsíquicas.

Na década de 50, a ênfase na mãe como a propiciadora da loucura, é expressa nos termos ‘mãe esquizofrênica’, ‘mãe perversa’. Na esquizofrenia, de base familiar, o enfermo é o catalisador da disfunção do núcleo familiar e a família torna-se o paciente das intervenções terapêuticas (ROSA, 2008). De acordo com Severo (2003), família e produção da loucura via sexualidade, andam juntas na psicanálise, pela não inscrição da lei, o que levou, de acordo com a concepção foucaultiana, à atuação do jurídico, mediante as falhas e as transgressões da lei contra o incesto, no interior da família. O louco, mais tarde batizado pela medicina de psicótico, é o delirante que não foi inscrito na ordem da proibição, na relação mãe-filho. Os saberes psi, quer seja pela prática da confissão e pela escuta médica, quer seja pela psicofarmacologia, vão buscar por meio de métodos distintos, o estabelecimento da normalização na família.

É sobre a posição da mulher e a negação das relações de poder na instituição familiar e na sociedade, que o feminismo, a partir da construção do gênero enquanto uma categoria de análise histórica, sustentará a sua crítica sobre as abordagens das terapias de família, conforme

Rosa (2008). O caráter opressor e disciplinador das abordagens até então, mascaram as desigualdades entre homens e mulheres, reforçando o lugar da mulher abnegada em função do cuidado e responsabilização para com o outro. O feminismo não dissocia a questão de gênero, das questões de rede e suporte social às mulheres e às famílias. O contexto, o suporte social ou a falta dele, poderá ser assim, fator de proteção ou agravamento do adoecimento mental na família.

A psicanálise constituiu uma das abordagens das várias vertentes de terapias familiares. Rosa (2008) cita demais perspectivas, dentre elas, os estudos antropológicos, a teoria dos sistemas, a teoria da comunicação humana e a cibernética, surgidas na década de 50 nos EUA. Destaca-se, no entanto, a influência exercida pela (s) terapia (s) sistêmica (s) junto aos profissionais liberais dos serviços clínicos privados, sendo que esta vertente se desenvolveu a partir de escolas distintas, tais como, a escola estratégica, a escola estrutural, a escola de Milão e a escola construtivista. Essas vertentes tendiam desde a focar-se no sintoma familiar, baseado na teoria do duplo vínculo, à valorização do contexto social, incluindo a realidade de famílias pobres, à abordagem da crise e do sintoma de forma positiva, apreendendo-o enquanto processo de mudança, destacando a linguagem e as narrativas como espaços de abertura terapêutica.

Conforme Severo (2003), as vertentes nas teorias sistêmicas polarizaram entre a escola de Milão e a Escola de Califórnia. A primeira apreendeu a família por meio de interações circulares entre os membros do grupo familiar, em que se mantinham um padrão de comportamento pelo jogo e controle ente membros da família. A função do terapeuta seria apreender o jogo, para que fosse interrompido durante o processo terapêutico. O grupo da Califórnia focou-se na linguagem verbal e não verbal, tendo a teoria do duplo vínculo como padrão da comunicação esquizofrênica, e fonte dos distúrbios psicopatológicos na família. As intervenções psi nas microrelações familiares, para Severo (2003), visam a uma boa funcionalidade dos pais, pois disso depende a boa funcionalidade dos filhos. Já na noção cibernética das terapias familiares, toda rede que partilha com a família a sua existência, faz parte do processo de tratamento. Não há um doente a ser curado, mas a necessidade do sistema se desenvolver para todos os membros.

Novos contornos nos saberes voltados à família e à loucura, agora no discurso da antipsiquiatria na década de 60. De acordo com Rosa (2008), sob a influência Norte Americana com T. Szaz, a família é vista como um grupo associado à psiquiatria, que na intenção de se livrar do seu louco, recorre à hospitalização. A antipsiquiatria inglesa e fenomenológica, com R. Laing e D. Cooper, *“atribuem a etiologia da esquizofrenia às*

*relações familiares rígidas, autoritárias, que impedem processos de individuação.*” (ROSA, 2008, p. 63). Em ambas as vertentes, do ponto de vista teórico e assistencial, tais interpretações favorecem preconceitos sobre a família, parcialidade e maniqueísmos teóricos. Uma terceira perspectiva é a de F. Basaglia na Itália com a Psiquiatria Democrática ao destacar a existência sofrimento e não a doença mental focalizada no indivíduo. Embora a família, concebida como uma instituição também locus de violência, ela é apreendida de forma positiva, com possibilidades e recursos, e inserida em um contexto mais abrangente no processo de desinstitucionalização. Na perspectiva da reforma psiquiátrica italiana, a família é ator de mudanças, e sujeito de cuidados por parte dos serviços de saúde mental de base comunitária.

Severo (2003) discorre sobre a família e a loucura sob influência da medicina do século XIX com a teoria da degenerescência (hereditariedade), e, no início do século XX, pelas teorias da neurociência. Ambas atuando na perspectiva da busca pelas causas orgânicas e comprovação material do sintoma no corpo biológico do homem. Primeiramente, na teoria da degenerescência de Morel a Magnan, a hereditariedade compunha a rede patológica que distinguia o padrão normal e anormal dos seres humanos, detectando a transmissão patológica por descendência familiar. O saber era constituído no olhar microscópico sobre as unidades de informação genéticas (o gene). Conforme a autora, configurava-se uma certa família a dar sustentação orgânica e psicogênica para a doença mental, que não estaria em um único indivíduo, mas em toda a família enquanto probabilidade genética.

As pesquisas genéticas no fim do século XX, apontam que a esquizofrenia e o transtorno bipolar teriam causa genética e hereditária. E por essa nova racionalidade, a família está envolvida na loucura de forma a perpetuá-la na sociedade, através dos genes dos pais. O poder nesse aparato do saber, opera nas famílias pela exclusão entre saudáveis e não saudáveis: novamente, um novo racismo, posto que o louco na ciência genética está para uma *raça inferior*.

Outra mudança nessa configuração do saber é que a fala do louco é substituída por uma nova tecnologia de intervenção médica, pelo manuseio da célula a ser decodificada. A linguagem fora silenciada, pois junto com as pesquisas laboratoriais, desenvolveu-se a partir da década de 50, os psicofármacos e, juntamente, os estudos das disfunções neuroquímicas, os estudos da neuropsicofarmacologia, e, o surgimento da psiquiatria biológica.

Na neurociência, diferente do paradigma da hereditariedade, a família não é responsável diretamente pela loucura. Mas a relação entre os pais e filhos, deve ocorrer com o bebê, por meios de estímulos precoces, conforme as etapas de desenvolvimento associado às conexões dos neurônios. A estimulação precoce deve ser feita corretamente, para o bom

funcionamento e aproveitamento máximo das habilidades na criança. Uma nova era científica, que conforme Severo (2003, p. 67) “*o cérebro é mapeado, dividido e fragmentado para que diferentes zonas (da fala, da visão, do alfabeto, das emoções) possam ser enquadradas e rotuladas.*” É a disciplinarização do cérebro.

Sobre o paradigma da psicopatologia e das neurociências na atualidade, Birman (1999, p. 2) analisa que essa etapa da neurociência e da psicopatologia na pós-modernidade, possibilita à psiquiatria pensar que encontrou o seu status na medicina, uma vez que a mesma “*(...) sempre se encontrou numa posição incômoda no campo da medicina, pois pretendendo ser uma especificidade médica nunca conseguiu se fundamentar com os saberes advindos da racionalidade médica.*”

A seguir uma síntese da discussão dos resultados:

<b>Tópicos</b>	<b>Conteúdo</b>
Resultado global dos dados da pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eixo 1: impactos pessoais do preconceito e do estigma nos (as) usuários (as)</li> <li>- Eixo 2: representação social da loucura pelos (as) usuários (as) e pelo meio social</li> <li>- Eixo 3: demandas estruturais e gerenciais na saúde mental/atenção psicossocial</li> </ul>
Tópico de análise: Existe autopreconceito?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a despersonalização do preconceito</li> <li>- o processo a (a) normalização da vida</li> <li>- os usos de linguagem e os valores de saúde e doença</li> <li>- o diagnóstico como um ato médico e social</li> </ul>
Tópico de análise: CAPS – seus projetos e o território	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a co-relação e os efeitos entre projeto terapêutico e projeto institucional</li> <li>- a presença ativa ou a ausência dos serviços substitutivos no território</li> <li>- problema da rotina dos serviços</li> <li>- o atendimento à pessoas que não aderem facilmente ao tratamento ou que vivem em situação de abandono em casa</li> <li>- impasses na efetivação da rede e na construção de parcerias</li> <li>- a importância do dia 18 de maio – dia nacional da luta antimanicomial</li> </ul>
Tópico de análise: Atendimento à crise psíquica grave - imagens e estigma	<ul style="list-style-type: none"> <li>- convivência de modelos antagônicos na rede de saúde mental, através do hospitalocêntrico e o psicossocial</li> <li>- precariedade no atendimento pelo SAMU</li> <li>- impactos da hospitalização na imagem social sobre a loucura e na constituição do ‘eu’ da pessoas com sofrimento psíquico grave</li> <li>- internação psiquiátrica e violação de direitos</li> </ul>
Tópico de análise: Os discursos sobre a família e a loucura	<ul style="list-style-type: none"> <li>- o período pré-capitalista</li> <li>- o período do alienismo e do iluminismo</li> <li>- a família moderna e a patologização pela via da infância</li> <li>- o período Pós Segunda Guerra: o Movimento de Higiene</li> </ul>



	<p>Mental, a psiquiatria social e a prevenção no grupo familiar</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- as teorias e as terapias de família: a psicanálise e as abordagens sistêmicas</li><li>- feminismo e as relações de poder na família e sociedade</li><li>- a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática -as posições sobre a família: entre o lugar de violência à agente de mudança</li><li>- a teoria da degenerescência e a teoria das neurociências</li></ul>
--	---

Quadro 5: Síntese da discussão dos resultados da pesquisa

Fonte: Dados da pesquisa

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões apresentadas neste estudo, sobre as vivências por parte de usuários de saúde mental, quanto ao preconceito ligado à loucura e de como a problemática se expressa no cotidiano da atenção psicossocial, demonstram que o preconceito/estigma além de ser um mal que atinge as pessoas no nível individual, é um desafio a ser tematizado enquanto direitos humanos e enquanto demanda de saúde pública.

Esta dissertação mostra como as relações preconceituosas e de intolerância se dão no contato, em ato, entre duas pessoas ou mais, e que no caso das pessoas com sofrimento mental, as mesmas estão em desvantagens no jogo de poder das relações, com atos de violências ‘naturalizados’ contra elas. As pessoas são mal compreendidas em função de uma sólida formação cultural inscrita no desenvolvimento das ciências e das políticas que se propuseram a tratar a loucura, segregando-a. Mesmo, na atenção psicossocial no CAPS, registros de intolerância foram expressas, a exemplo da desqualificação do sofrimento da “mulher - a pitizenta”, dentre outros modos estigmatizantes de olhar o usuário.

Dessa forma, a quem atua na atenção psicossocial, para lidar com a questão, não basta pensarmos somente em termos de campanhas externas de combate ao preconceito. Pensar formas de lidar com os preconceitos e processos de estigmatização na área da saúde mental, no curso da reforma psiquiátrica, é buscar em ato, nas nossas reações e nas relações possibilitadas pelo contato com a loucura e com o sofrimento psíquico, e avaliar os julgamentos que fazemos dos usuários e das famílias.

Se o estigma é uma das maiores causas para que pessoas com sofrimento psíquico grave não saiam de suas casas, por vergonha ou medo, ocasionando o não acesso a tratamento, é também algo que as impede de ficar em casa, e conviver em família.

A problemática é permeada de conflitos, e nesse campo, os operadores/profissionais, em suas intervenções e crenças, podem não ultrapassar a tendência em *terapeutizar* todas as questões, focando-se no indivíduo, ajudando assim, a mascarar conflitos que se mantêm com violências junto às pessoas, das quais, sozinhas, não conseguem estabelecer uma correlação de forças para sair da condição de assujeitadas, principalmente nos quadros de menor autonomia.

A ideia de cuidado voltado para o usuário centrado proposto por Merhy (2007), só produz efeitos a partir das necessidades dos usuários, conforme salienta o mesmo autor, no qual, os resultados da produção de cuidados implicam ganhos nos graus de autonomia das pessoas, para ‘tocarem suas vidas’ (termo utilizado pelo autor). Então temos que nos perguntar

sempre, onde ocorre simbólica e materialmente as relações dos usuários, das quais eles necessitam estar em condições de negociarem e conquistarem espaços reais, para conviverem com outros pares.

Ampliar a participação e o potencial dos (as) usuários (as) em seu contexto de vida é necessário para alterar o lugar de uma identidade fixada sempre a partir da falta, tão dita sobre os sujeitos com em sofrimento psíquico, mesmo no cotidiano da reforma psiquiátrica, como forma de fugir às estereotípias e situações de abusos em que os (as) mesmos (as) estão inseridos (as).

Não que os (as) usuários (as) estejam na posição de passivos e impotentes em suas vidas. Pelo contrário, estão, a despeito inclusive de pensamento e/ou tentativas de suicídio, em função dor da solidão, protagonizando suas vidas com lhe são possível, criando estratégias para lidarem com os preconceitos, para criarem vínculos, e para contarem com alguma proteção.

Como um dos efeitos, que não ocorre em função do estigma, somente, mas de fatores que também se relacionam às cidades, e faz sofrer *loucos e não loucos*, está a solidão, conforme os relatos dos (as) usuários (as). Nos estudos de Hora (2007), este é um tema bastante relevante para a clínica psicossocial, pois os psicóticos vivem uma solidão imposta, não voluntária. Para Crochík (2006) a solidão constante e face à não livre escolha do indivíduo torna-se um massacre à vida. Um estar só de forma negativa, pela solidão da diferença, e pela dificuldade de compartilhar de algum projeto grupal. São os solitários sociais. Nesse grupo, conforme Hora (2007), encontram-se as pessoas destinadas ao isolamento social por não acompanharem o sistema educacional, o mercado de trabalho, etc.

Pela complexidade que envolve o preconceito social e os processos de estigmatização, elaborar propostas de combatê-los não é fácil. Pelo menos dois caminhos mais estruturais são imprescindíveis: um projeto de comunicação social para favorecer a solidariedade às pessoas com sofrimento mental, através de informações e cultivo às diferenças e a inclusão de fato, do cuidado psicossocial em saúde mental nas diferentes ações de saúde, e em outras ações intersetoriais.

Projeto amplo, de longo prazo que já trariam desafios quanto à capacitação de profissionais e mudanças de protocolos institucionais que não atendem aos modos de ser das pessoas com sofrimento mental. Aliás, protocolos que não atendem à construção de meios de vida saudável, pois estão rendidos à demanda da doença, sendo tratada com procedimentos.

Nesta reflexão final, adotamos a perspectiva antropológica de Canesqui (2007), que, ao tratar sobre o adoecimento crônico, enfatiza que não se pode ater-se ao estudo dos aspectos da

vida cotidiana dos enfermos, às rupturas em suas vidas, ao gerenciamento da doença, aos aspectos privados, sem inserir a preocupação para com as políticas públicas sociais. Estas dizem respeito ao acesso aos serviços de saúde, tratamento e outros condicionantes, que irão interferir diretamente na vida das pessoas.

Do ponto de vista da política de saúde mental em Goiânia-GO, nos últimos cinco anos, há retrocessos. O discurso da gestão central é que é preciso melhorar a rede existente em vez que criar novos equipamentos. Mas não se faz nem uma coisa e nem outra. Uma rede não consolidada e que começa a se cronificar por não enfrentar a hospitalização, e, não propor outras estratégias frente o aumento e o círculo da demanda em torno dos CAPS, como os centros de convivência, a saúde mental incorporada na atenção básica, não existência de diálogo com a justiça, com a cultura, com a assistência social, de forma a efetivar ganhos aos usuários, e construir redes significativas para viabilizar as ações dos (as) trabalhadores (as), dos usuários e suas famílias.

Assim, baseado nos estudos de Batista e Silva (2005), os conflitos entre recursos e responsabilidades é uma questão mal resolvida na descentralização das ações no SUS. Os equipamentos sociais são responsáveis por um conjunto de atividades, mas não gerenciam recursos, e nem são dotadas destes (carro, verba).

Ao retomarmos a ideia da rotina dos serviços como algo prejudicial a criação de estratégias, temos que analisar o quanto o período de descaso da gestão central, para com a saúde mental produz um poder negativo, que se distribui em vários sentidos: na desarticulação entre as pessoas, na perda de entusiasmo das equipes, no enfraquecimento dos laços, já pouco construído, entre as equipes dos diferentes serviços. A desvitalização da reforma (psiquiátrica e sanitária), que é um processo possível somente pelo agir e pela participação das pessoas.

A perda do entusiasmo ou de interesse para com o processo de mudanças que a reforma psiquiátrica preconiza, por parte das equipes, bloqueia a nosso ver, o potencial de criação no uso dos recursos próprios. Por exemplo, várias oficinas realizadas nos CAPS, como teatro, música, pintura, podem ser (micro) estratégias culturais ricas para atuar no território em relação à temática da loucura.

Utilizar recursos próprios no sentido apontado acima significa reconhecimento e exteriorização da produção e do produto feito com e pelo usuário em uma dimensão da presença na cidade, seja uma interpretação, um canto ou uma tela. Estratégia com vistas ao processo de desinstitucionalização do imaginário social, o qual significa alterar positivamente a forma como as pessoas com sofrimento psíquico são vistas pelos outros, conforme Dell'Acqua e Mezzina (1991).

Pensando nas intervenções macrossociais, a comunicação social para informação social, e mesmo para mudanças das abordagens na própria mídia, tem de vir acompanhada da divulgação dos serviços públicos e substitutivos de saúde mental. Na comunidade local ainda é evidente o desconhecimento da população em relação aos CAPS.

Uma campanha publicitária cuja ética se contraponha à mídia que age de forma precipitada, com pouco conhecimento do assunto, e que (re) produz desinformação e rótulos ao abordar questões de saúde mental, tendendo-se a publicar opinião de forma unilateral. Em Goiânia, nos últimos anos, a abordagem da imprensa local sobre saúde mental, apresenta a política de saúde mental preconizada pelas agências oficiais de saúde, como uma vilã, que deixa as famílias e seus doentes desamparados, reforçando a ideia de difícil convívio provocado pelo ‘comportamento bizarro do louco’.

As manifestações preconceituosas são de difíceis mudanças ou erradicação. É preciso uma educação não rígida dentro das tradições familiares quanto as próprias crenças e práticas culturais, no sentido de abertura ao outro. A fim de desestimular o fenômeno do preconceito, Queiroz (1995) sugere as campanhas de comunicação de massa, medidas administrativas que possam promover mais inclusão e a punição aos atos de discriminação gerados pelo preconceito. Concordamos também com Crockíc (2006), para quem o preconceito deve ser combatido tanto nos aspectos subjetivos, como nos fatores objetivos.

Os resultados da pesquisa, a partir das vivências e impactos do preconceito da “doença mental” pessoas com sofrimento psíquico - usuários de CAPS, e como esta temática está inscrita na atenção psicossocial, apontaram os eixos: 1) Impactos pessoais nos usuários, 2) Representação social da loucura pelos usuários, pelos profissionais e pelo meio social e 3) Demandas estruturais e gerenciais na saúde mental/atenção psicossocial. A partir das questões suscitadas, optamos em focar nossa discussão, trazendo três elementos: a problemática da (a) normalidade e da noção de autopreconceito como foco no sujeito, os desafios para os CAPS para lidarem com as demandas dos usuários, no qual os impactos do estigma são múltiplos e ocorrem nas suas relações diárias e fora do território institucional, as dificuldades na rede de atenção em saúde mental, em especial às situações de crise psíquica grave e sua relação com a produção e manutenção de estigmas. Por último, sugerimos a necessidade da compreensão sobre a questão da família como inseridas nos saberes, tendo em vista o lugar que esta ocupa nas diretrizes da desinstitucionalização na saúde mental.

Retomando às indagações iniciais nessa dissertação, pensamos que o espaço que a temática do preconceito e do estigma na saúde mental ocupa, embora percebido pelas equipes,

não toma a dimensão necessária no cotidiano dos projetos, tendo em vista a busca pela transformação no contexto sócio cultural, das relações estabelecidas com os (as) usuários (as).

As narrativas dos usuários dos serviços de saúde mental denunciam a situação de vulnerabilidades, violências e perda de laços afetivos na família a que estão inseridos. Problemas que são impasses e diretriz para a produção e o cuidado na saúde, e aos direitos humanos enquanto defesa da vida e exercício de cidadania. Cidadania que para se efetivar, precisamos lidar com as questões dos preconceitos e intolerâncias, sem o qual pouco se reflete sobre os seus impactos materiais e psicológicos sobre o outro.

A partir das aberturas suscitadas nesta discussão, sugerimos para outras pesquisas:

- no temário do preconceito, sugerimos o estudo sobre o cuidado psicossocial e suas bases conceituais, hoje realizada nas realidade locais, junto às famílias. Vale destacar que é comum acharmos trabalhos sobre a representação social das próprias famílias sobre “seus adoecidos”, e estudos de sobrecarga familiar. Ressaltamos o caminho que articula os serviços como uma necessidade de discussão na atenção psicossocial;
- a percepção da comunidade local quanto à presença e/ou existência dos serviços substitutivos de saúde mental;
- estudo sobre os enfoques e as publicações na mídia sobre saúde mental;
- estudo sobre a sistemática das internações psiquiátricas locais, a partir das internações involuntárias;
- estudo sobre a relação de usuários e familiares dos serviços de saúde mental com a luta antimanicomial.

Assim, chegamos ao fim dessa dissertação com mais necessidades de estudo da temática proposta e iniciada, a qual possibilita várias abordagens e metodologias. Pretendemos utilizar esse estudo em seu contexto – o da reforma psiquiátrica, no sentido de avançarmos nos desafios hoje para a desinstitucionalização na saúde mental, dentre eles, o desafio da atuação dos CAPS no território. Enfim, desafios vivenciados e que vem sendo diagnosticados pelo conjunto de pessoas envolvidas no processo: famílias, usuários, trabalhadores, gestores, movimento social e estudiosos/pesquisadores da área.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Rubem A. Religião e Enfermidade. In: MORAIS, João Francisco Regis de. (Org.). **Construção Social da enfermidade**. p. 27-45. São Paulo: Cortez e Moraes, 1978. p. 27-45.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003a.
- \_\_\_\_\_. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003b.
- \_\_\_\_\_. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- BAGNO, Marcos. **O preconceito lingüístico**: o que é, como se faz. 51. ed. São Paulo: Loyola, 2009.
- BASAGLIA, Franco. **Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BATISTA E SIVA, Martinho Braga. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1-12, jan./jun., 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttex&pid+S103>. Acesso em 12 fev. 2010.
- BAUMAN, Zygmunt. **Comunidade** – a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (DF). **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 251, de 31 de janeiro de 2002. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. p. 118-124. Brasília/DF: Ministério da Saúde. 5. ed. ampliada, 2004b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 2.391, de 26 de dezembro 2002. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. p. 166-176. Brasília/DF: Ministério da Saúde. 5. ed. ampliada, 2004b.
- \_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Relatório de avaliação de programas** – Ações de Atenção à Saúde Mental: programa atenção à saúde de populações estratégicas em situações especiais de agravos. Brasília/DF: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2005.
- \_\_\_\_\_. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos** – PNDH-3. Brasília/DF: SEDH/PR, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersectorial**. P. 21. Temário Oficial – Ementas dos eixos e sub-eixos. Versão preliminar 1, 2010.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton eT al. (Org.). **Psiquiatria sem hospício** - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. p. 114-124. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.

BIRMAN, Joel. A psicopatologia na pós-modernidade: as alquimias no mal-estar da atualidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 1-20, março 1999.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Comissão de Direitos Humanos. **I Caravana Nacional de Direitos Humanos** – uma amostra da realidade manicomial brasileira. Brasília: Centro de Documentação e Informação/Coordenação de Publicação, 2000.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CANESQUI, Ana Maria. Estudos Antropológicos sobre os Adoecidos Crônicos. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Olhares Socioantropológicos sobre os Adoecidos Crônicos**. p. 19-51. São Paulo: HUCITEC e FAPESP, 2007.

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

COSTA, Ileno Izídio da. **Da fala ao sofrimento psíquico grave** – ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia. Brasília/DF: ABRAFIPP, 2003.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil** - um recorte ideológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

CROCHÍK, José Leon. **Preconceito, Indivíduo e Cultura**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

DELL'ACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à Crise: estratégia e intencionalidade de intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: DELGADO, Jaques (Org.). **A loucura na sala de jantar**. p. 53-79. São Paulo: Resenha, 1991.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho et. al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, Marcelo Feijó eT al. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. p. 38-83. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 38-83.

ELIA, Luciano. **A rede de atenção na saúde mental: articulação entre os CAPS e ambulatorios**. p. 45-57. Caminhos para uma política de saúde mental infante juvenil, 2. ed., Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2005.

FAIRCLOUGH, Norman. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2001.



FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. p. 475-536. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. **História da Loucura**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002a.

\_\_\_\_\_. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2002b.

\_\_\_\_\_. **Em Defesa da Sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). p. 27-48. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. **Estratégia, Poder, Saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Ética, Sexualidade, Política**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 16. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade 1**: a vontade de saber. p. 102-113. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W. eT al. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som** – um manual prático. p. 64-89: Petrópolis/RJ, Editora Vozes, 2002.

GENEBRA. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial de Saúde. **Relatório sobre a saúde mental no mundo** – saúde mental, nova concepção, nova esperança. Suíça: OPAS/OMS, 2001.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

\_\_\_\_\_. **Estigma** - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. São Paulo: LTC, 2008.

GOIÂNIA. Prefeitura Municipal. **Plano Diretor de Atenção às Urgências do Município**. Goiânia, 2003.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. **Assessoria de Planejamento**, 2009.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 10. ed. Rio de Janeiro: DPA&A, 2005.

HORA, Ana Paula Miranda da. O solitário na multidão: a solidão da diferença. **Revista Intensa. Ex-tensa**, Bahia, Ano 1, n.1, p.180-191, jul. 2007.

JAPIASSÚ, Hilton, MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia**. p. 116. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004/2005.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista narrativa. In: BAUER, Martin W. eT al. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som** – um manual prático: p. 90-113. Petrópolis/RJ, Vozes, 2002.

LECOURT, Dominique. A Arqueologia e o Saber. In: FOUCAULT, Michel eT al. (Org.). **O Homem e o Discurso: a arqueologia de Michel Foucault**: p. 43-66. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 2008.

LIMA, Carlos Augusto de Mendonça. Prefácio. Redução da estigmatização e da discriminação das pessoas idosas com transtornos mentais: uma declaração técnica de consenso. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, n.1, 2007. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/n1/39.html>. Acesso em 15 fev. 2010.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento** – por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MACHADO, Kátia. Reforma psiquiátrica é lenta, mas avança. **Revista RADIS Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 38, p. 10-19, out. 2005.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MILES, Agnes. **O doente mental na sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

MINYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo & Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MOURA, Lúcia Seidl de.; FERREIRA, Maria Cristina. **Projetos de pesquisa: elaboração, redação e apresentação**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**. Tradução Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. 3. ed. São Paulo: EDUSP, 1996.

PUEL, Elísia; BRUM, Maria Cristina F. M.; MAY, Marta P. A doença Mental Transpondo Fronteiras Hospitalares - conceitos diversos sobre hospital, loucura, mundo e cidadania. In: SILVA, Thomas J. eT al. (Org.). **Saúde Mental: transpondo fronteiras hospitalares**. p. 31-75. Porto Alegre: Decasa, 1997.

QUEIROZ, Renato. **Não vi e não gostei – o fenômeno do preconceito**. 5. ed. São Paulo: Moderna, 1995.

RAMPAZZO, Lino. **Metodologia científica: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

ROSA, Lúcia. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota Di; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: p. 17-59. HUCITEC, 2001.

SANTOS, Milton. O espaço do cidadão. 7. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo/EdUSP, 2007.

SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá e Instituto Franco Basaglia, 1999.

SEVERO, Cristine Görski. **Um olhar foucaultiano sobre a loucura e a família**: análise de práticas discursivas que constituem o discurso antimanicomial. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2003.

SILVA, Marcus Vinícius de Oliveira. Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos. **Revista In-tensa. Ex-tensa**, Bahia, Ano 1, n.1, p.15-77, jul. 2007.

SOARES, Carlene Borges, RABELO, Ionara Vieira Moura, RODRIGUES, Rúbia Cristina. Saúde Mental no SUS – desafios enfrentados na construção de novos caminhos da atenção psicossocial. **Revista da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia/Relatório de Gestão (2001/2004)**: p. 47-50. Goiânia, dez.

SOUZA, Políbio José de Campos. Resposta à Crise: a experiência de Belo Horizonte. In: NILO, Kelly eT. al. (Org.). **Políticas de saúde mental de Belo Horizonte**: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde de Belo Horizonte: Editora da PUC de Minas Gerais, 2008.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), de uma pesquisa acadêmica. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Caso não saiba ler, peça alguém de sua confiança para ler para você. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora: Rúbia Cristina Rodrigues no telefone (62) 3524-1523 e (62) 9147-4246.

#### **Informações sobre a Pesquisa**

Título do projeto: **Estigma, Preconceito e Loucura**. Trata-se de um projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós- Graduação/Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB), sob a responsabilidade da assistente social Rúbia Cristina Rodrigues que tem como orientador o professor Dr. Ileno Izídio da Costa. Em caso de dúvida sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo telefone (62) 3524-1523 e (62) 9147-4246, e com o seu orientador pelo telefone (61) 3347-7746.

Esta pesquisa, gerada pela preocupação para com a qualidade de vida social de pessoas em sofrimento psíquico, tem como objetivo geral: Promover a reflexão sobre a importância da abordagem sobre o estigma e o preconceito da doença mental na prática da atenção psicossocial em saúde mental, visando a desinstitucionalização proposta na reforma psiquiátrica brasileira. Como objetivos específicos da pesquisa:

- Identificar quais as narrativas de pessoas com sofrimento psíquico em relação ao estigma e ao preconceito da doença mental, da loucura;
- Conhecer as experiências subjetivas e objetivas de pessoas com sofrimento psíquico em relação ao estigma e ao preconceito;
- Observar qual o grau de importância que ocupa o tema do estigma e o preconceito da doença mental nas atividades e nos relatos produzidos pelos serviços substitutivos de saúde mental;
- Identificar se há proposta institucional através de atividades que propõem a discussão sobre o estigma e o preconceito da doença mental, da loucura.

Este estudo está de acordo com a Resolução 196/96 MS/CNS/CONEP sobre pesquisa envolvendo seres humanos, resguardando, portanto, a responsabilidade ética da pesquisadora. Considerando a natureza, características e objetivos propostos, informamos que o (a) Senhor (a) não terá riscos ao participar do estudo, não cabendo formas de indenização. Você não receberá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação. Caso sinta algum desconforto psicológico, será dado suporte psicossocial através do CAPS do qual você frequenta (exclusivo a usuários de saúde mental).

Os dados serão coletados por meio de grupo focal (de uma a três sessões), entrevista semi estruturada, pesquisa em prontuários, documentos institucionais. Os procedimentos com grupo focal e com entrevista serão gravados e transcritos integralmente. É assegurado o seu direito de se recusar a responder à (s) pergunta (s) que lhe ocasionarem constrangimentos de alguma natureza. Está prevista a duração de 1h e 30 m para o grupo focal e 1h para entrevista.

Entre os benefícios esperados com os resultados da pesquisa, inclui a indicação de ações na atenção psicossocial, necessárias para a diminuição do preconceito e do estigma que recaem sobre as pessoas em sofrimento psíquico, a fim de melhorar a qualidade de vida e a inclusão social.

Garantimos o sigilo quanto ao seu nome, bem como o da instituição a que se referir. Você terá total liberdade de se recusar a participar ou retirar o consentimento, mesmo após o início do estudo, sem qualquer forma de penalidade.

Os resultados da pesquisa poderão ser publicados em congressos e revistas científicas, onde as informações que forem coletadas permanecerão anônimas.

Os dados coletados por meio das entrevistas, assim como as demais informações geradas pela investigação, serão arquivados por um período mínimo de cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, podendo ser prorrogado por tempo indeterminado, mantendo-se todos os sigilos preconizados.

Esta pesquisa não tem financiamento de nenhuma instituição nacional ou internacional. Os custos são de total responsabilidade da pesquisadora responsável.

Para obter esses dados, contamos com sua colaboração voluntária, participando da pesquisa. Para isso se confirmar, solicitamos sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, após sua leitura e confiabilidade quanto às informações prestadas. Você pode tirar todas as suas dúvidas a respeito das informações contidas neste documento, com a pesquisadora responsável. Uma via do documento é sua e a outra é da pesquisadora.

#### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DA PESQUISA**

Eu \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: Estigma, Preconceito e Loucura, como participante. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora responsável Rúbia Cristina Rodrigues sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e assistência, bem como os benefícios decorrentes da minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade/prejuízo a minha pessoa.

Goiânia, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do (a) participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do (a) participante.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisa)

Nome \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: Rúbia Cristina Rodrigues - CRESS 19ª Região n.1536

**APÊNDICE B**  
**QUESTIONÁRIO AOS PROFISSIONAIS**

Participante: Profissional de CAPS

**Sr (a) participante sugerimos que leia todas as questões primeiramente, antes do início da formulação das respostas.**

1- Você acha que o preconceito e o estigma influenciam na reabilitação psicossocial?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, como?

2- Qual seria o papel dos CAPS em relação ao preconceito social e o estigma que recaem sobre as pessoas com sofrimento psíquico grave?

3- O CAPS que você trabalha já propôs atividades cuja preocupação inclui o combate ao estigma da doença mental? Se sim, comente (se há projeto escrito, se foi executada a atividade proposta, etc).

4 - E quanto a minimizar os efeitos pessoais do estigma junto aos usuários/ aos seus referenciados: esta temática faz parte de projeto (s) terapêutico(s) individualizado?

5- Você observa alguma manifestação de preconceito entre os usuários do CAPS entre si pela condição de estarem em tratamento em saúde mental? Ou outros tipos de preconceito (racial, obesidade, etc.)?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, descreva como ocorre:

6- Você observa alguma manifestação de preconceito entre os trabalhadores do CAPS no acompanhamento de casos, ou seja, em relação a usuário (s)?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, como se manifesta?

7- Você já sentiu dificuldade em lidar com algum (a) usuário(a) motivado por preconceito? Observação: o preconceito, ou seja, um conceito prévio que temos de algo ou alguém, se manifesta em sentimentos que variam com suspeição, intolerância, julgamento, desprezo, dentre outros.



Sim  Não

Se sim, como descreve e avalia o fato ou a situação:

8- Em um relato em prontuário, ou em uma discussão de caso na equipe, que termos você acha que ao serem utilizados, podem indicar estereotipia e rótulos como forma de olhar e registrar uma situação problema de um (a) usuário (a)?

9- Como você descreveria os termos: doença mental, transtorno mental, loucura, esquizofrenia, sofrimento mental. (espaço no verso)

10- De acordo com a sua experiência em saúde mental, qual ou quais os aspecto(s) negativo(s) do preconceito e do estigma da loucura sobre a pessoa com sofrimento psíquico grave.

11- Quanto aos equipamentos sociais (serviços de saúde, assistência social, judiciário, etc), você já enfrentou alguma dificuldade de encaminhamento, motivado por preconceito relativo a saúde mental?

Sim  Não

Se sim, comente:

12- Você acha que há alguma relação entre as formas de abordagens e organização de uma rede de atenção para as situações de crise psíquica grave (intensa), com o desenvolvimento do preconceito social e do estigma, na saúde mental?

Sim  Não

Se sim, descreva sua opinião:

13 - Caso queira fazer mais algum comentário, utilize o espaço abaixo, e muito obrigada por sua participação.

**APÊNDICE C**  
**TÓPICO GUIA DO GRUPO FOCAL**

Pesquisa: Estigma, Preconceito E Loucura

Pesquisadora Rúbia Cristina Rodrigues

**Tópico guia para grupo focal com usuários, a ser alterado em ato,  
conforme discussão do grupo.**

1- vamos conversar sobre o preconceito social que ocorre em relação às pessoas rotuladas de louca/o:

Vocês acham que existe esse preconceito?

2- Se sim, onde ocorre o preconceito? (Esclarecimento: em termos de espaços sociais ou institucionais)

3- Como ocorre o preconceito?

4- Caso vocês já tenham sofrido algum tipo de preconceito, como vocês percebem que estão sendo vítimas (do preconceito)?

5- como vocês se sentem em relação ao preconceito e ao estigma (esclarecer o conceito de estigma)

6- vocês acham que o acompanhamento no CAPS tem contribuído para diminuir o preconceito e o estigma sobre as pessoas rotuladas de loucas?

7- o que vocês acham que poderia ser diferente, se não houvesse preconceito social e familiar sobre as pessoas com sofrimento psíquico?

8- vocês acham que existe o autopreconceito (esclarecer sobre o termo autopreconceito)

9- O que vocês entendem por estes termos: doente mental, louco (a), esquizofrenia, transtorno mental (discutir cada termo)

10- Sobre diagnóstico psiquiátrico, o que vocês acham a respeito (são informados?, concordam?)

11 – investigar eventos atuais: participação na marcha dos usuários.

**APÊNDICE D**  
**TÓPICO GUIA DA ENTREVISTA NARRATIVA**

Pesquisa: Estigma, Preconceito E Loucura

Pesquisadora Rúbia Cristina Rodrigues

1) você já sofreu ou vivencia situações de preconceito e discriminação por fazer tratamento em saúde mental?.

## **ANEXO**