



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

GISELLI LUCY SOUZA SILVA

**MAIS LOUCO É QUEM LHE CHAMA: A Saúde Mental nos Discursos
dos Usuários do CAPS II de Campina Grande – PB**

CAMPINA GRANDE

- 2011 -

GISELLI LUCY SOUZA SILVA

**MAIS LOUCO É QUEM LHE CHAMA: A Saúde Mental nos Discursos
dos Usuários do CAPS II de Campina Grande – PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
a Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento a exigência para obtenção do
título de Bacharel/Licenciado em Psicologia.

Orientador (a): Prof^a. Ms. Lívia Sales Cirilo
de Menezes.

CAMPINA GRANDE

- 2011 -

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S586m

Silva, Giselli Lucy Souza.

Mais louco é quem lhe chama [manuscrito]: a saúde mental nos discursos dos usuários do CAPS II de Campina Grande – PB / Giselli Lucy Souza Silva. – 2011.

26 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Centro de Ciências Biológicas e Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Prof. Ma. Livia Sales Cirilo de Menezes, Departamento de Psicologia”.

1. Psiquiatria. 2. Saúde Mental. 3. Reforma Psiquiátrica. 4. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. I. Título.

21. ed. CDD 616.89

GISELLI LUCY SOUZA SILVA

**MAIS LOUCO É QUEM LHE CHAMA: A Saúde Mental nos Discursos
dos Usuários do CAPS II de Campina Grande – PB**

Aprovada em 07 de junho de 2011.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Ms. Livia Sales Cirilo de Menezes - UEPB
Orientadora (Presidente da banca)



Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio - UEPB
Examinador



Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho - UFPE
Examinador

MAIS LOUCO É QUEM LHE CHAMA: A Saúde Mental nos Discursos dos Usuários do CAPS II de Campina Grande – PB

MORE CRAZY IS WHO CALL YOU: The Mental Health in Users' Talks CAPS II of Campina Grande – PB

SILVA, Giselli Lucy Souza¹

RESUMO

A fascinação e as significativas mudanças percebidas ao longo da história sobre a saúde mental despertou o interesse em desenvolver este trabalho que teve como objetivo analisar os discursos dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) de Campina Grande – PB sobre as formas de tratamento utilizadas antes e depois da Reforma Psiquiátrica. Para tanto, foi aplicada a metodologia qualitativa tendo como instrumento uma entrevista semiestruturada para a obtenção dos depoimentos de homens e mulheres egressos de hospitais psiquiátricos e acompanhados pelo CAPS II, neste município. Esta pesquisa teve como referencial teórico, a Psicologia Social e a teoria da Produção de Sentidos, que estuda a análise das práticas discursivas por um viés construcionista. Através dos depoimentos dos participantes foi possível observar a ênfase no conceito de doença, a atribuição de fatores externos como causa e a construção do hospital como um lugar de isolamento e maus tratos. Mesmo com as novas formas de tratar proporcionadas pela Reforma, os sentimentos de exclusão e rejeição foram destacados pelos usuários.

Palavras-chave: Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Análise de Discurso.

ABSTRACT

The fascination and the significant changes seen throughout history on mental health sparked interest in developing this paper was to analyze the speeches of the users of the Center for Psychosocial Care (CAPS II) in Campina Grande - PB on the forms of treatment used before and after the Psychiatric Reform. For this purpose, qualitative methodology was applied with a semi-structured interview as a tool for obtaining the testimonies of men and women discharged from psychiatric hospitals and accompanied by the CAPS II, this city. This research reference was social psychology and the theory of Meaning Production studying the analysis of discursive practices for a constructionist bias. Through the testimonies of the participants was possible to observe the emphasis on the disease concept, the external factors allocation as the cause and the construction of the hospital as a place of isolation and bad treatment. Even with new treatment ways offered by the Reform, the feelings of exclusion and rejection were posted by users when asked about his relationship with the community.

Keywords: Mental Health, Psychiatric Reform; Discourse Analysis.

¹ Graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba, Pós-graduanda em Saúde Mental pela Faculdade Integrada de Patos. giselli_psi@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil apregoa que a saúde mental seja assistida por uma rede comunitária. Desta forma permite que um novo olhar seja lançado sobre os portadores de transtornos mentais através de serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos e pela própria perspectiva de assegurar os direitos dos usuários enquanto cidadãos. Tais fatos aliam-se na construção de uma imagem diversificada dos usuários em saúde mental, que repercute em suas vidas enquanto agentes sociais e na sociedade como um todo que passa a se responsabilizar pela inserção destes sujeitos.

Diante do exposto, analisar os sentidos atribuídos pelos usuários dos serviços substitutivos sobre as formas de tratamento oferecidos e as mudanças advindas com a Reforma, detalhando-se a análise das concepções de loucura e as memórias encontradas nesses discursos, além dos sentidos produzidos pelos usuários no tocante a sua relação com a comunidade pós Reforma, permitiu uma reflexão sobre os desdobramentos da proposta em Campina Grande, pois como protagonistas, é imprescindível que os usuários participem destas discussões e apontem os elementos que avaliem a Reforma Psiquiátrica, indicando caminhos que poderão ser seguidos através da escuta destes interlocutores.

Esta pesquisa justifica-se, principalmente, por três motivos. O primeiro refere-se ao fato de o município de Campina Grande ocupar um lugar de destaque no que tange a saúde mental no país. De acordo com dados divulgados durante a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental Inter setorial (IV CNSM-I), realizada em Brasília no ano de 2010, os Estados da Paraíba e de Sergipe são os únicos Estados brasileiros que possuem cobertura CAPS adequada. Estando a Paraíba em primeiro lugar no ranking do país, o município de Campina Grande é referência nacional nos cuidados em saúde mental, pois segundo estimativas do IBGE, o município possui sete CAPS para atender os seus 383.764 habitantes, “o que representa uma média de uma unidade para cada 54,8 mil habitantes, superando o parâmetro nacional, que é de uma unidade para cada 100 mil” (JUSBRASIL, 2010). A escolha pelo CAPS II, especificamente, se dá por ser este o primeiro serviço substitutivo implantado no município, além de este acolher o maior número de usuários, registrando atualmente 463 usuários.

O segundo motivo é pelo fato de o interesse nesta temática ter emergido de experiências anteriores em pesquisas com os familiares e com a população que mora nas proximidades dos serviços substitutivos. Sendo assim, diante dos trabalhos realizados com estes atores tão importantes para a Reforma, que são a família e a comunidade, e acreditando que é possível a inserção dos usuários na sociedade, surgiu o interesse em ouvir o que estes

interlocutores nos têm a dizer sobre tal processo. Em terceiro lugar, este trabalho justifica-se pela possibilidade de poder colaborar com a avaliação e reflexão do processo de ressocialização dos usuários de saúde mental no país, inspirando pesquisas posteriores que também poderão vir a contribuir para a avaliação das práticas e serviços propostos e executados pela Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Dito isto, esta pesquisa torna-se importante, pois promove uma reflexão sobre a inserção dos portadores de transtornos mentais na comunidade, a sua ressocialização e os desafios encontrados no resgate de sua cidadania, podendo inclusive, auxiliar a detectar os elementos que reproduzem o estigma social a eles atribuído, bem como, meios que ajudem a combatê-lo. Que eles possam apontar as práticas que são reprodutoras dos antigos asilos psiquiátricos e indicar caminhos que possam contribuir para as discussões e avaliações do movimento da Reforma Psiquiátrica.

A SAÚDE MENTAL AO LONGO DO TEMPO

Na Grécia Antiga, os portadores de transtornos mentais eram vistos como mensageiros divinos. A eles eram atribuídos saberes que eram tidos como imprescindíveis, uma vez que decodificavam as mensagens dos deuses. Sendo assim, a loucura não deveria ser vigiada, controlada ou banida, pois ela detinha um lugar social possível e aceitável (PESSOTTI, 1994).

Na Idade Média, o alienado passou a ser considerado um sem razão. Eles eram esconrados dos muros de suas cidades e deixados vagando por campos distantes entregues a própria sorte, quando não, eram confinados em navios mercantes que os desembarcavam em terras estrangeiras (FOUCAULT, 1999).

Com o advento da contra-reforma e a ascensão da igreja, motivos espirituais foram concebidos como causa dos comportamentos estranhos. Os delírios, as alucinações, as crises epiléticas, eram tidas como possessões demoníacas e sendo assim, deveriam ser acorrentadas, exorcizadas e queimadas na fogueira da santa inquisição (FOUCAULT, 1999).

No século XVII, porém, o novo regimento econômico, o mercantilismo, irá determinar uma nova concepção e uma nova forma de convívio com os alienados. A ordem burguesa impunha um tipo de controle social que segregava e confinava os que iam de encontro aos interesses vigentes, em grandes asilos. Estes asilos se estabeleceram nos antigos leprosários, que receberam este nome por recolher os afetados pela Lepra que se espalhou por toda Europa e tornou-se uma praga, que provocava segregação e exclusão. Entretanto, com o fim das

Cruzadas, os focos de lepra foram diminuindo gradativamente deixando vazio o lugar da segregação que logo encontrou seus herdeiros, aqui representado pelos pobres, os portadores de doenças venéreas, os criminosos e porque não os portadores de transtornos mentais, que foram consentidos como ‘despossuídos’ da razão. Estes sujeitos abandonaram a “nau” em que navegavam e fixaram-se no Hospital Geral (FOUCAULT, 1999).

No entanto, com a propagação dos ideais da Revolução Francesa: “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, os portadores de transtornos mentais passaram a ser objeto de estudo da Medicina, pois o asilo deixava de ser um lugar apenas de reclusão e tornou-se um espaço de cura da razão. O modelo assistencialista dá lugar ao espaço médico, indicando o transtorno mental como objeto de estudo da Medicina que se apropria desta especialidade (ROSA, 2003).

No século XVIII, a responsabilidade de organizar o Hospital Bicêtre em Paris é entregue ao médico psiquiatra Philippe Pinel. Entre as medidas por ele adotadas, destaca-se a separação dos alienados dos demais reclusos. Além disso, ele reorganizou o espaço asilar sob a justificativa de que o isolamento possibilitaria uma observação mais aprimorada do objeto a ser estudado. Surge então a ideia de norma, definindo o normal e o anormal e a ideia de anormalidade ligada aos transtornos mentais (AMARANTE, 2003).

Os transtornos mentais passam então a serem concebidos como doença mental. O alienado é tido como um ser incapaz e o asilo como um espaço ordenador, como sugere Amarante (2007), visto que o isolamento e o denominado tratamento moral (as gaiolas, as camisas-de-força, os quartos escuros para isolamento e vigilância, o trabalho como meio disciplinar, etc.) seriam capazes de tirar os alienados do estado de confusão e restituir-lhes a razão.

É no século XIX que o hospital psiquiátrico se estabelece definitivamente como o “espaço para os loucos”. É cada vez mais significativo o caráter excludente com o qual a sociedade lida com as pessoas que não se encaixavam nos padrões capitalistas, a prova disto é a grande disseminação de abrigos; hospitais psiquiátricos; asilos; prisões e outros meios de isolamento nesta época.

Em algumas das enfermarias havia cenas que poderiam ser comparadas aos horrores dos campos de concentração dos nazistas – centenas de doentes mentais nus, entulhados em enfermarias imensas, semelhantes a estrebarias, cheias de sujeira em todos os graus de deterioração, não atendidos nem tratados, despidos de qualquer vestígio de dignidade humana (SZASZ, 1978, p.358).

No Brasil, a temática só veio a ser objeto de intervenção estatal no início do século XIX, com a chegada da Família Real portuguesa. O imperador D. Pedro I inaugurou em 1852, o primeiro hospício brasileiro. O hospício tinha capacidade para 350 pacientes, já na sua abertura abrigou 144 e em pouco mais de um ano estava com sua lotação completa (BARBOSA et. al., 2004).

Na segunda metade do século XX, porém, a psiquiatria asilar passou a receber algumas críticas que eclodiram em movimentos sociais denominados como anti-psiquiátricos. Tais movimentos propunham a desconstrução do aparato asilar e a desinstitucionalização. Surgiram então algumas propostas de transformação das práticas institucionais na Itália (psiquiatria democrática), nos Estados Unidos (psiquiatria comunitária) e na Inglaterra (comunidades terapêuticas). Os pacientes psiquiátricos passaram a ser vistos como portadores de necessidades que ultrapassam o domínio da medicina; inicia-se então uma revolução na forma de tratar, dá-se início a chamada Reforma Psiquiátrica (FLEMING, 1976).

No Brasil, as transformações no modelo assistencial em saúde mental são contemporâneas às discussões suscitadas pela Reforma Sanitária nos anos 70, que propunha a transformação na saúde pública nacional (ROSA, 2003). As reflexões provocadas pelas discussões sobre a saúde no país provocaram críticas à institucionalização e as terapêuticas aplicadas aos pacientes psiquiátricos, possibilitando a emergência de novas práticas e estabelecimentos de novas relações com estes usuários (AMARANTE, 2007).

O final do século XX e os avanços biológicos, humanos e sociais, além do advento dos psicofármacos, proporcionou um redirecionamento do olhar da sociedade com a relação à saúde mental. A socialização do paciente começou a ser percebida como um método auxiliar na sua “melhora”, a integração e o tratamento mais humanizado inspirado no movimento italiano proposto por Franco Basaglia, serviu de modelo a Reforma brasileira.

Apesar de possuir contornos próprios, uma vez que coabitou com o movimento sanitaria, o modelo italiano das comunidades terapêuticas espelharam a Reforma no Brasil, que surgiu como projeto (lei nº 3 657/89) na câmara federal no ano de 1989 pelas mãos do então deputado Paulo Delgado, e tramitou durante doze anos até a sanção da Lei da Reforma Psiquiátrica (lei nº 10.216) em 06 de Abril de 2001.

A aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica foi fundamental na “legitimação” dos serviços substitutivos existentes no país. Estes serviços, por não contarem com um dispositivo legal, encontravam-se, em alguns momentos, em situação desfavorável e frágil perante as diferentes instituições que contribuíam para a exclusão da loucura (FRICHEMBRUDER e SOUZA, 2011).

Além de ampliar as discussões sobre saúde mental no país, a proposta da Reforma constrói um novo estatuto social para os usuários em saúde mental, promovendo a desinstitucionalização e a implantação de novos serviços substitutivos com práticas diferenciadas que visam à inserção destes sujeitos na comunidade e prega a permanência do vínculo familiar.

Eliminar as práticas de internamento e consequentemente promover a inclusão destes indivíduos através do resgate de sua cidadania, possibilitada pela implantação de uma rede de serviços substitutivos, se solidifica como os objetivos desta proposta. Os serviços em saúde mental devem oferecer a possibilidade de leitos, não em hospitais, mas em centros de saúde mental ou em núcleos de atenção psicossocial, que tenham funcionamento 24 horas. Os serviços substitutivos devem possibilitar, como sinaliza Barros (2003), a construção de projetos de vida e deve evitar a cronificação dos usuários. A Reforma visa desconstruir a posição do “louco” na sociedade e quebrar paradigmas construídos culturalmente que envolvem (pre) conceitos (BRITO et. al., 2009).

No que tange a cidade de Campina Grande, a assistência à saúde mental é regulamentada pela Lei Municipal de Saúde Mental (Lei 4.068/2002), que determina a implantação de serviços substitutivos, visando à promoção e a integração social dos portadores de sofrimento psíquico.

Atualmente no município existem sete CAPS: dois destinados ao atendimento adulto, sendo um tipo II e outro tipo III; dois CAPSi destinados ao atendimento infantil; um CAPS ad; e dois CAPS tipo I, localizados nos distritos de Galante e de São José da Mata. Entre os serviços substitutivos, o município ainda conta com seis Residências Terapêuticas, uma Emergência Psiquiátrica, e um Centro de Convivência de Artes e Ofícios. (RODRIGUES JÚNIOR e GONÇALVES, 2007). A distinção entre os CAPS, a sua classificação, se dá de acordo com sua complexidade e abrangência, instituída por uma regulamentação federal, Portaria nº 336/GM de 2002 (SOARES e SAEKI, 2006).

O município de Campina Grande é referencial nacional nos cuidados em saúde mental. Contando anteriormente com dois hospitais credenciados pelo SUS, o município atendia a boa parte da demanda de saúde mental da região. No entanto, no ano de 2005, após avaliações negativas do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH, e o consequente descredenciamento de um hospital da rede do SUS, a rede de serviços substitutivos é reorganizada com a finalidade de abrigar os 176 pacientes provenientes da instituição hospitalar. Novos serviços substitutivos são implantados no município e discussões coletivas entre os estados da Paraíba, Rio Grande do Norte e Pernambuco promoveram uma

avaliação que foi responsável por traçar planos para a expansão da rede de serviços extra-hospitalares (BRASIL, 2005; BARBOSA, SOUZA e DIMENSTEIN, 2009).

Com a expansão dos dispositivos substitutivos, os municípios no entorno de Campina Grande passaram a estruturar serviços próprios, responsabilizando-se assim por seus pacientes. Campina Grande transforma a assistência prestada em saúde mental à população ao efetivar o processo de desinstitucionalização e reduzir o número de leitos hospitalares, além de mobilizar os gestores do SUS para novas soluções nos cuidados com saúde mental e mobilizar a sociedade local para o processo da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

PSICOLOGIA SOCIAL DISCURSIVA

Buscando os sentidos construídos através dos discursos de usuários de serviços substitutivos, este projeto fundamenta-se epistemologicamente na perspectiva construcionista. O estudo da produção de sentidos afiliado ao construcionismo busca, a partir da análise das práticas discursivas, apreender como damos sentido ao mundo em que vivemos (SPINK e FREZZA, 2000).

Inserida no campo da Psicologia Social, a pesquisa construcionista desenvolve uma perspectiva crítica, onde ao conceber o discurso como uma construção que emerge através da interação entre pessoas por intermédio da linguagem; assevera que não somos seres passivos, pois ao falarmos estamos construindo o mundo, estamos agindo sobre ele. Neste sentido, objeto e pessoa se fundem, é uma construção mútua e simultânea (IÑIGUEZ, 2003).

O construcionismo, como aponta Spink e Frezza (2000) ao citarem Gerguen, preocupa-se com a explicação, a descrição dada pelas pessoas para darem conta do mundo em que vivem. A perspectiva construcionista privilegia a interação, “os processos de produção de sentidos na vida cotidiana” (SPINK e FREZZA, 2000.p.26).

No entanto, os sentidos não são imutáveis, há uma dinamicidade onde os sentidos são ressignificados, reconstruídos a partir de cada situação. “A adoção plena da perspectiva construcionista exige, assim, um esforço de desconstrução de noções profundamente arraigadas de nossa cultura” (SPINK e FREZZA, 2000.p.27). Estas autoras, porém, chamam a atenção para o fato de que dificilmente “desconstruímos” algo, e sugerem em seu lugar o termo desfamiliarização. Desfamiliarizar significa criar espaços para novas construções, considerando que novos e antigos conceitos interagem para a constituição dos repertórios interpretativos que nos possibilitarão dar sentido ao mundo (SPINK e FREZZA, 2000).

No cotidiano de nossas vidas, somos, de fato, produtos de nossa época e não escapamos das convenções, das ordens morais e das estruturas de legitimação. A pesquisa construcionista é, portanto, um convite a examinar essas convenções e entendê-las como regras socialmente construídas e historicamente localizadas. É um convite a aguçar a nossa imaginação e a participar ativamente dos processos de transformação social (SPINK e FREZZA, 2000.p.32).

A inserção no mundo e a confrontação com diferentes significados e os seus desvelamentos, permitem que o indivíduo elabore as suas próprias significações de acordo com as suas experiências. Tal confrontação possibilita que a partir de conhecimentos previamente existentes sejam construídos novos dados relacionados com a memória do interlocutor (FERREIRA e DIAS, 2004).

A memória é construída no presente, as formas de lembrar irão depender do que foi e está sendo vivido no momento, sendo assim, a verdade é estabelecida socialmente e se adequa a finalidades designadas como relevantes, o discurso é circunstancial, depende da ocasião vivenciada (IÑIGUEZ, 2003).

Nessa perspectiva, o sentido surge da interação entre as pessoas por meio das práticas discursivas, posto que essas práticas implicam necessariamente, o uso dos repertórios interpretativos, que se estabelecem num jogo inevitavelmente permeado por relações de poder (SPINK e MEDRADO 2000).

A análise e compreensão dos sentidos são construídas a partir de pressupostos teóricos e metodológicos da Produção de Sentidos, dentro do paradigma do Construcionismo Social.

O processo de subjetivação faz criar sentidos que auxiliam no enfrentamento de novas situações e fundamenta as ações e atitudes em diferentes funções (GONZÁLES, 2005). Sendo a palavra uma indicadora de reprodução ou transformação social, buscamos a palavra para captar os sentidos construídos através dessa relação dialógica pessoa-objeto.

Ao produzirem “descrições factuais” sobre algo, os participantes ao produzi-las “geralmente lidam com características psicológicas do senso comum das pessoas descritas – seus motivos, desejos, crenças e assim por diante” (EDWARDS, 2004.p.183). O discurso, como uma prática social, engloba elementos condicionados por um contexto histórico e regras socialmente elaboradas e sendo assim, Oliveira Filho (2003 *apud* CIRILO, 2006) afirma que ao falarmos sobre discurso e relações sociais não podemos separar tais coisas. Sendo a linguagem uma mediação entre o homem e a realidade social, o interesse em sua análise está em como os textos são produzidos, no discurso em si e nas maneiras utilizadas para legitimá-lo.

Para a Psicologia Discursiva os fenômenos psicológicos deixam de ser descritos como expressões de um mundo mental interior e passam a ser vistos como descrições socialmente contextualizadas, que engendram determinadas práticas sociais e formas de relacionamento. Por este ponto de vista, a especificidade do ser humano reside na sua capacidade para a linguagem e assim, o foco de investigação na Psicologia recai sobre os diferentes discursos através dos quais os fenômenos psicológicos são produzidos pelas pessoas em seus relacionamentos (CIRILO, 2006.p.96).

Estando a linguagem orientada por uma ação, na qual seja, defender-se, justificar-se, entre outros, e sendo a prática discursiva uma possibilidade de interação e produção de sentidos, o estudo da produção de sentidos dos usuários do serviço de Saúde mental possibilitará identificar e refletir sobre a multiplicidade de sentidos produzidos no tocante as antigas formas de tratar, bem como, os sentidos produzidos acerca de si e de sua relação na comunidade enquanto ator social.

MÉTODO

Universo

Este estudo foi realizado com os usuários do CAPS II da cidade de Campina Grande-PB. O CAPS II “Novos Tempos” foi criado em 2003 e atende os portadores de transtornos mentais, oferecendo atendimento individual ou grupal a usuários a partir de 17 anos, atualmente ele está localizado no bairro do Catolé e conta com aproximadamente 463 usuários cadastrados.

Procedimentos

Considerando os objetivos, foi adotada a pesquisa qualitativa, pois possibilita uma relação mais estreita com o valor teórico da subjetividade do indivíduo (MINAYO, 1992, 1995). O projeto desta pesquisa foi avaliado e obteve parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba.

A amostra deste estudo contou com alguns critérios: que os participantes, usuários do CAPS II, já tivessem sido em algum momento, internos em hospitais psiquiátricos e que na ocasião da pesquisa não se encontrassem em crise e não demonstrassem maiores comprometimentos cognitivos, além de possuírem disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. Para tanto, foi solicitado auxílio à coordenação e equipe técnica do CAPS para que estes usuários fossem identificados. O contato com estes foi realizado no próprio serviço, na ocasião foram esclarecidos sobre o estudo e seus objetivos e foi realizada a coleta dos dados.

A inclusão na pesquisa foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumento

As entrevistas semiestruturadas foram elaboradas partindo de um roteiro com as principais questões a serem levantadas.

Além da coleta dos dados sócio-demográficos, tais como: nome, idade, estado civil e há quando tempo é paciente psiquiátrico, as perguntas versavam sobre o motivo e a causa dos usuários estarem sendo atendidos no CAPS; sobre a primeira vez em que foram internos, bem como o tratamento oferecido nas instituições hospitalares; além de questioná-los sobre a percepção dos mesmos no tocante a sua condição de paciente psiquiátrico e sua relação com a comunidade.

Participantes

Foram obtidos 10 (dez) depoimentos, deste universo, 03 homens e 07 mulheres, com idades que variam dos 29 aos 60 anos de idade. Quanto ao grau de escolaridade, foram entrevistados 02 usuários não alfabetizados; 05 que possuem ensino fundamental, 01 que possui ensino médio completo e 02 que possuem ensino superior. Questionados sobre há quanto tempo receberam o primeiro diagnóstico psiquiátrico, os entrevistados relataram um período que varia de 06 meses a 45 anos.

Análise dos dados

As entrevistas obtidas foram gravadas e transcritas na íntegra. Após a transcrição das entrevistas, foram realizadas leituras minuciosas do material transcrito e sua codificação, afim de, como nos diz Potter e Wetherrel (1987.p.09) “espremer o corpo do discurso conseguindo partes manuseáveis”, a codificação possibilitou um estudo mais aprofundado, seguido da análise do material.

A orientação teórico-metodológica utilizada para análise das entrevistas foi a Psicologia Social Discursiva, que concebe o discurso como uma produção da interação social. Neste sentido, “o discurso não é apenas o ato de falar, não é a exteriorização de um pensamento, a descrição de uma realidade. Falar é fazer algo, é criar aquilo de que se fala, quando se fala” (IÑIGUEZ, 2004.p.95).

Durante a análise dos discursos, o foco da atenção esteve voltado para a organização, função e o modo como o discurso foi construído, pois ele não se restringe a uma reprodução

da prática cotidiana, o discurso tem um objetivo (POTTER e WETHERREL, 1987; GILL, 2002). O trabalho, portanto, procurou identificar quais são estes objetivos, que sentidos são estes que foram produzidos. A pesquisa se colocou então, como um processo de comunicação, como uma via de construção do conhecimento, pois assim como assinala (LIMA e SURJUS, 2007.p.73) “a narração parece poder provocar, por meio de uma re-volta, uma revisitação ao experimentado com um novo olhar transformador, insinuando alguns efeitos de avaliação, construtores de outras e tantas narrativas que certamente virão”.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

Sentidos produzidos sobre a saúde mental e a causa do sofrimento psíquico

Com o intuito de analisar as concepções de transtorno mental, algumas perguntas foram feitas aos entrevistados como: “porque você está aqui?”, “você acha que ficou assim por quê?”. As perguntas foram feitas sem a utilização de nenhuma nomenclatura, pois objetivavam verificar como os usuários se auto percebem, como eles nomeiam o seu sofrimento psíquico, bem como a sua causa.

Sendo assim, encontramos alguns entrevistados que se auto nomearam a partir do seu diagnóstico, como tendo Transtorno bipolar, como podemos observar no depoimento:

É... Eu tenho transtorno bipolar. (...) É uma oscilação de sentimentos, né? Uma hora a gente tá bem... bem assim... bem valorizado, né? de repente bate uma tristeza, essas coisas assim, oscila muito o sentimento é por isso que tem que tá alguém sempre consolando.

Entrevistador: Tem que tá alguém consolando é?

É! e Depaquene (...). O que a gente quer mesmo é ser saudável, né? Eu não gostaria de ter essa doença não, mas infelizmente eu tenho e agora que eu já sei é tratar, né?

Entrevistador: você gostaria de ser saudável?!

Eu gostaria **muito** [ênfase], era totalmente... seria totalmente diferente se eu não tivesse essa doença, né? Porque também tem essa questão de... de... quando a pessoa é bipolar ... quando a gente é bipolar, que fica... tem uma sede muito grande de sexo. Na crise né? Fica incontrolável, a pessoa sai como se fosse a procura disso [pausa] também aí a questão disso, não é como se eu, às vezes era como se eu não mandasse em mim mesma (Silene, 29 anos, há 06 anos é paciente psiquiátrica).

Silene chama atenção para a oscilação de sentimentos que vão de uma supervalorização para uma tristeza profunda, sendo assim, é como se ela chamasse atenção para a instabilidade causada pelo Transtorno Bipolar e a sua própria instabilidade, fato este reforçado ao longo de seu discurso, quando mais adiante ela relata “uma sede muito grande de

sexo”, ficando “incontrolável”, a ponto de não ter domínio sobre si mesma. Seu discurso ainda sinaliza para uma dependência, tanto de outras pessoas que precisam “consolar”, como da própria medicação, que neste acaso assume o papel de contentora das crises. Os dois fatores então: o consolo das pessoas e a medicação se equiparam em importância no discurso de Silene. É interessante atentar também para a sua lamentação de ser bipolar, e a distinção que a usuária faz entre saúde e doença, remontando a antiga discussão entre normal e patológico e demonstrando a força que o discurso médico ainda possui entre os usuários, mesmo com serviços institucionais inovadores constituídos por novas práticas em pleno desenvolvimento da Reforma.

Assim como na fala de Silene, no discurso dos demais entrevistados, os termos historicamente produzidos se fizeram presentes com muita ênfase, foi comum encontrar a definição de doença e neste caso acompanhado de classificações como: doente dos nervos; especial; diferente; doente da cabeça; fraco do juízo e distúrbio mental.

Entrevistador: Porque o senhor tá aqui?

Porque eu sofro dos nervos (...) Depressão, depressão (...) Depressão e nervo

Entrevistador: e o que é depressão?

Depressão é... não sei explicar direito não [pausa] doença, né? Doença.

Entrevistador: e como é essa doença?

É... agonia, agonia, agoniado [silêncio] agoniado. (...) eu sinto [pausa] eu mesmo sou uma pessoa especial (...) Sou especial, sim

Entrevistador: especial como?

Especial assim... diferente das outras, né? Diferente das outras (Saulo, 52 anos, há 30 anos é paciente psiquiátrico).

Entrevistador: porque é que o senhor está aqui no CAPS? O que é que o senhor tem?

[silêncio] sou fraco (...) Sou [pausa] doente (...)

Entrevistador: e como é essa doença?

Da cabeça (...)

Entrevistador: e como é essa doença da cabeça?

É fraco [pausa] do juízo (Naldo, não lembra a idade nem há quanto tempo é paciente psiquiátrico).

Segundo Júnior (et al., 2011.p.114) citando Minayo, “a doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social”, é o que se pode verificar nos discursos acima, onde a persistência na utilização do termo *doença* em detrimento de *saúde mental*, clarifica a dificuldade encontrada na reabilitação psicossocial destes sujeitos e o árduo processo de reconstrução de suas vidas, que ao reproduzirem conceitos passados pela psiquiatria asilar, corroboram com a estigmatização social; cultural; política e biológica do portador de sofrimento psíquico (JORGE et al., 2007).

A apropriação de termos médicos também se fizeram presentes no decorrer das entrevistas. A classificação de ansiedade e psicose aparece na fala de Graça para explicar a sua “incapacidade de cumprir horários” e a “agonia, um negócio ruim” que ela sente.

Entrevistador: porque que a senhora tá aqui no CAPS? O que é que a senhora tem?

Ansiedade e psicose (...) Isso aí atrapalhou o meu... o meu desenvolvimento no trabalho, eu não pude trabalhar, eu num sou capaz de... de... de cumprir horários, eu terminei o curso de pedagogia e não exerci por causa dessa ansiedade (...) Eu não posso cumprir horários, eu... me dá uma agonia, um negócio ruim, eu não sou capaz, a minha irmã depois de tudo, minha irmã um dia desses a minha irmã arranhou um emprego numa fábrica, cadê que eu cumpra horário? Num dá pra ir, dá uma agonia uma vontade de sair correndo

Entrevistador: hum... [pausa] e o que é ansiedade e psicose?

Ansiedade é você quer fazer as coisas antes da hora, querer que aconteça logo [pausa] e a psicose é você tá com aquilo na cabeça, incuca as coisas na cabeça e tem que ser aquilo que você botou, você fica contra todos, mas tem que ser aquilo que você imagina que seja (Graça, 52 anos, há 25 anos é paciente psiquiátrica)

A entrevistada a todo instante atesta a sua “incapacidade”, ela repete para o entrevistador e para si mesma que “não é capaz”, reiterando a ideia pela qual se justificava a internação em manicômios destes usuários durante o surgimento do mercantilismo, se não servia aos interesses da sociedade, se não era “capaz” de produzir, era enclausurado. Para Figueiró, Dimenstein e Oliveira (2009.p.236): “Fora dos valores do trabalho da produção, a diferença que a loucura representa torna-se mais feia e ameaçadora”.

Quanto à causa do sofrimento psíquico, divergindo de estudos anteriores, (BARROSO et. al., 2004; CIRILO, 2006; PEREIRA, 2008), onde o fator hereditariedade é apontado por alguns entrevistados como causador de sua “enfermidade”, é significativo perceber que neste estudo, nenhum dos entrevistados fez menção a esta causa, sendo possível detectar a atribuição de fatores externos em muitas das entrevistas.

Entrevistador: porque a senhora está aqui?

Porque a minha mãe era diabética e a família não sabia, quando ela sentiu dores nas pernas é... levamos com urgência para o hospital e quando chegamos lá mandaram direto para o Targino e quando chegou no Targino o médico aplicou um soro glicosado e minha mãe entrou em coma e o médico chegou pra mim e falou que ela poderia ir para os Estados Unidos que ela não ia ter cura; que dentro de duas horas ela ia falecer. Então eu tive um choque muito grande, porque eu cuidava da minha avó cega, né? de catarata. Cuidava da minha irmã que estava de resguardo e da minha outra irmã que tava grávida de sete meses, e eu como mais velha tive que assumir a responsabilidade dos meus irmãos solteiros; da minha irmã que ia ter neném e da outra com bebê pequeno. Então eu entrei numa crise de nervos

muito grande devido as responsabilidade que eu ia assumir da casa... (Nancy, 60 anos, há 33 anos é paciente psiquiátrica).

Eu não sei se foi desde a morte da minha mãe, minha mãe quando morreu eu tinha 26 anos [pausa] eu não sei se foi desde a morte da minha mãe que eu fiquei... as minhas irmãs disseram que eu fiquei fora de si e que eu abraçava a minha mãe no caixão, isso aí eu me lembro, e que me deram um calmante, me doparam, aí de lá pra cá eu fiquei(...)

Entrevistador: a senhora acha que ficou assim por causa da morte de sua mãe?

Eu acho que foi, eu fiquei com essa enfermidade, eu fiquei com trauma, né? (...) Eu acho que deve ter sido, minhas irmãs mesmo diz: “foi desde que mãe morreu que tu ficasse assim (Graça, 52 anos, há 25 anos é paciente psiquiátrica).

É porque foi uma preocupação que eu tive com quatorze anos (...) Foi o primeiro namorado que eu arrumei, que eu tive aí ele arrumou outra, ‘mexeu’ com ela, aí foi parar na delegacia aí eu tive aquele susto aí eu adoeci (Neli, 59 anos, há 45 anos é paciente psiquiátrica).

Foi o trabalho, excesso de trabalho (...) Trabalhava na cana aí fazia serão, ficava até dez e meia; onze horas aí de.... deu doença dos nervos e deu depressão (...) Foi excesso de trabalho (Saulo, 52 anos, há 30 anos é paciente psiquiátrico).

Desde os primórdios da psiquiatria contemporânea a herança biológica é considerada decisiva na predisposição da alienação mental (PEREIRA, 2008), no entanto, tal causa não aparece na fala dos entrevistados, talvez sinalizando uma mudança na construção desta temática.

Nos três primeiros discursos, é possível perceber a perda de alguém próximo, seja por via da morte ou da traição e enclausuramento, como desencadeadores do sofrimento psíquico. Nancy destaca a responsabilidade que cairia sobre ela diante da morte de sua mãe, neste caso, o desencadeamento de uma crise pode ser entendido como um não-saber-fazer com a situação, mas também como uma fuga da realidade por ela vivida.

Apesar de afirmar não saber, de se utilizar dos discursos de suas irmãs para encontrar uma causa para a sua “enfermidade”, no desenvolvimento de seu discurso, Graça confirma que a morte de sua mãe lhe provocou um “trauma” que desencadeou comportamentos que fizeram com que a medicasse e a deixasse “enferma”.

A afetividade, aqui representada por um relacionamento amoroso, também foi mencionada como uma possível causadora de um “adoecimento”. O susto vivido por Neli na ocasião em que descobriu a traição de seu primeiro namorado, aliados a sua prisão, gerou uma preocupação na então adolescente, que fizeram com que ela adoecesse.

Saulo, no seu turno, aponta outro fator típico da contemporaneidade e da agitação causada pela vida moderna. Apesar de trabalhar no meio rural, o excesso de trabalho e as horas estendidas no campo são responsáveis, segundo Saulo, por sua “doença dos nervos”.

O uso excessivo de bebidas também foi apontada como causa do sofrimento psíquico

Entrevistador: a senhora acha que ficou assim porque? Vendo essas coisas... escutando...

Porque eu bebia muito; aí depois... [pausa] mas o psiquiatra lá do... do... Dr. Maia, foi até Dr. G. que me atendeu, ele disse que isso não foi por causa da bebida, foi um distúrbio mental que... que eu peguei, um distúrbio mental (Fernanda, 53 anos, há 07 anos é paciente psiquiátrica).

Fernanda acredita que o excesso de bebida é a responsável por suas alucinações, mas sua certeza é posta em dúvida por ela mesma quando utilizando uma categoria de crédito, relata que o médico desfaz de sua certeza e atribui outra causa a sua sintomatologia, pois Fernanda teria “pegado um distúrbio mental”. A utilização do verbo “peguei”, neste discurso, remete-nos diretamente a ideia de que os transtornos mentais são contagiosos, seguindo a lógica do discurso e fazendo uso do constructo histórico estabelecido, o que é contagioso deve ser mantido distante, isolado. Através do discurso de Fernanda, implicitamente, fica colocado o posicionamento historicamente produzido e praticado de que os usuários psiquiátricos devem ser mantidos distantes, reclusos.

Sentidos produzidos sobre o hospital psiquiátrico e o tratamento oferecido

Os entrevistados, quando questionados, também rememoraram a primeira vez em que foram submetidos a tratamento psiquiátrico. Diante das mudanças de comportamento dos usuários, a família (representada pelos pais, irmãos e cônjuge) ou a polícia foi responsável por levá-los ao hospital no momento de sua crise.

Ah, muito agressivo, né? A gente fica muito agressivo. (...) A primeira vez...

Infelizmente [ênfase] minha mãe teve que me internar no INCAERF, eu fiquei um mês e quinze dias lá dentro (Silene, 29 anos, há 06 anos é paciente psiquiátrica).

Levaram pro INPCG, eu só vivia lá, passei mais de ano lá, me internava eu vinha pra casa, me internava eu vinha pra casa; passava três, quatro meses lá aí tava melhor vinha pra casa, aí dava crise de novo eu voltava pra lá, aí eu passei dois anos nessa situação (...) O meu marido, porque ele disse, **ele [ênfase]** que disse depois assim, que eu tava deitada na rua... toda nua...foram chamar ele aí me ama... aí eu vim agitada, aí ele chamou um carro da viatura aí me amarraram e levaram (Fernanda, 53 anos, há 07 anos é paciente psiquiátrica).

A minha [referindo-se a primeira crise] foi quebrando tudo, jogando pelo lado de fora, cantando no meio da rua... que num era pra eu fazer isso... tava ficando louca (...) Tava [pausa] me deu depressão, vontade de morrer com as minhas mãos... tomar meio mundo de comprimido e morrer (Laura, 57 anos, há 19 anos é paciente psiquiátrica).

A estigmatização, e a maneira como é manipulada é uma característica geral da sociedade que ao deparar-se com normas de identidade já estabelecidas exclui “o tipo tradicionalmente definido como estigmático” (GOFFMAN, 1988.p.141). Quando percebida mudanças no comportamento dos usuários, tais como: agressividade, agitação e rompimento da barreira da censura (entrevistados quebrarem objetos, cantarem e andarem despidos na rua), os familiares identificam nestas condutas a falta de razão, e diante de tal situação, o hospital foi o único lugar procurado por eles, o único lugar onde os sujeitos com estes comportamentos eram aceitos.

No primeiro relato, a usuária enfatiza a palavra “infelizmente” para falar que sua mãe “teve” que lhe internar no hospital. O uso do verbo “teve” refere-se à falta de alternativas encontradas no momento de sua internação, que se deu antes da efetivação da Reforma para os cuidados com estes pacientes. A internação psiquiátrica mostrou-se até bem pouco tempo a única alternativa em saúde mental, que sendo administrado quase que exclusivamente pela iniciativa privada, não possuía nenhum tipo de controle nem do Estado, nem da sociedade (SOARES e SAEKI, 2006). Os longos períodos que os pacientes ficavam internados nos hospitais também são destacados nas falas de Silene e Fernanda, esta última, lembra-se de como eram constantes os seus retornos ao hospital e como durante alguns anos ficou dividida entre sua casa e a internação.

A falta de uma equipe técnica especializada para atender aos usuários na ocasião de suas crises fica visível no discurso de Fernanda. Antes de ser instaurado um tratamento mais humanizado a estes sujeitos em momentos de crise, a polícia era chamada para tentar contê-los e encaminhá-los aos hospitais, no entanto, o que se percebe ainda hoje, em pleno desenvolvimento da Reforma, é a continuidade de velhas práticas como estas. A polícia treinada para conter sujeitos que apresentam risco a sociedade, e que cabe ressaltar, não possui nenhum treinamento para lidar com tais situações, continua sendo solicitada para estas chamadas, o que acarreta uso de violência indevido e instaurado pela própria inabilidade e desconhecimento dos sintomas emergentes.

Ainda fazendo uso de suas memórias, os usuários seguiram seus discursos descrevendo como era o tratamento no hospital psiquiátrico e o que mais os incomodava nestas instituições de internamento.

Era mais pra, eu acho que eles tavam tentando afastar mais a gente do, do, dos outros, eu acho que lá era mais isso, pra trancar pra não prejudicar a ninguém, eu acho que lá era mais isso. Era horrível [silêncio] acho que se tem um lugarzinho que eu não desejo pra ninguém era uma pessoa ficar internada naquele lugar, era horrível, é horrível, é horrível, as mulheres tudo nua, você imagina, a maioria lá, tudo assim... outras lá deitada (...) ... o... olha... é uma coisa muito ruim é que tem que ficar amarrado também, né?

Entrevistador: tem que ficar amarrado?

Nossa [ênfase] aquilo é... é... muito sei lá... eu acho muito [pausa] como é que eu posso dizer? [pausa] muito... violento, é uma violência muito grande, mesmo a gente, mesmo a gente tando meio que incontrollável, mas mesmo assim eu acho muito violento (...) as injeções também não são boas, nossa... dói muito aquele líquido lá [ininteligível] e o que também me incomoda é a maneira como era tratado lá [pausa] como um animal (...) eu acho que tem animal que é melhor tratado que o povo lá de dentro, viu? [risos] é... sei lá... era porque era muito... muito... muito sujo, sei lá... o pessoal... sei lá... eu tava num lugar lá trancada e eles jogavam com o pé a comida, botava o prato no chão e jogava, né? É.. não tinha cama... eram sujos os quartos, os quartos não, né? Eram uns comodozinhos bem pequeninhos que eles botavam uns colchão... colchão... umas almofadas verdes assim... uns colchão horrível, eu peguei uma **peste de piolho tão grande** [ênfase] que misericórdia... quando eu cheguei em casa era... horrível (Silene, 29 anos, há 06 anos é paciente psiquiátrica).

É assim... eles estiram as mãos, botam uns, umas faixas na gente assim [toca nos pulsos] e nos pés, um lá e outro cá amarrado, aí pedia pra mijar elas num, num me soltava e eu mijava na cama aí quando eu saía eu tava toda mijada, elas diziam “mija aí mesmo, você não vai sair não” aí eu ficava toda mijada e... essas coisas. (...) é... ser um... é... como é que se diz? Ter uma reeducação pras enfermeiras do hospital porque a gente que veve [ininteligível] do hospital não pode ser tratado desse jeito, elas tem que passar pelo psiquiatra também, pra elas poder saber tratar as pessoas melhor também, eu acho melhor, eu acho que começa a melhora daí porque os médicos tratam a gente bem, mas elas não, quando fecha aquele portão pronto, a gente se vê no inferno (...)

Entrevistador: e o que é o inferno?

O inferno pra mim é um lugar cheio de bicho, os bicho era elas (Fernanda, 53 anos, há 07 anos é paciente psiquiátrica).

A reclusão, a violência, a sujeira, a infestação por insetos, a contenção e os maus-tratos foram algumas das vivências destes entrevistados. Ao fazerem uso de suas memórias, os entrevistados constroem um sentido sobre o hospital, o tratamento ofertado e de sua própria condição enquanto sujeitos. Isto pode ser percebido quando Silene afirma que objetivo do hospital era mantê-los afastados dos outros, neste caso os possuidores da razão. A

segregação é percebida pela usuária ao rememorar as condições do hospital, ela enfatiza através da repetição do termo, o quanto era horrível aquele “lugarzinho”, atribuindo um caráter ainda mais pejorativo a instituição através do uso do diminutivo. A violência, os maus tratos, colocavam os sujeitos na posição de animais, “como um animal”, trancados, em uns “cômodozinhos”, com a comida sendo colocada no chão, em um lugar sujo, com as pessoas nuas e com piolhos. O discurso de Silene é uma ilustração viva dos relatos encontrados na literatura desde o surgimento do hospital psiquiátrico (SZASZ, 1978; LIMA JÚNIOR e VELÔSO, 2007; BARBOSA, SOUZA e DIMENSTEIN, 2009). Em sua fala é possível observar o quanto a segregação se fez presente na vida destas pessoas e que o fato de no momento da internação se encontrar em crise não diminui a percepção sobre as condições subumanas a que eram expostos.

No discurso de Fernanda a contenção é lembrada e descrita, ficar com os pulsos e pés amarrados, urinando na própria roupa, sem ter a possibilidade de utilizar um lugar apropriado e ali manter-se sujo sem poder limpar-se é também uma ilustração das descrições encontradas na literatura sobre a história da loucura. Outra construção feita por Fernanda é que o hospital é o próprio inferno pois repetidamente ela classifica o hospital como o inferno, o que em uma sociedade predominantemente católica como a brasileira, remete a imagem de um lugar ruim, um castigo, mas que no discurso de Fernanda se resume a um “lugar cheio de bicho”. Os maus-tratos vividos pela entrevistada a faz acreditar que quem precisa de tratamento psiquiátrico afim de se reeducarem são as enfermeiras. Neste caso cabe refletir, quando os “loucos” foram reclusos nos hospitais, usou-se como uma das muitas justificativas, o fato de que não sabiam conviver em sociedade, seriam um perigo estarem a solta, no entanto, o que se percebe neste relato é que ao prenderem “os louco” eles é que correram riscos ao se depararem com violência e maus tratos dentro da reclusão do hospital.

Cabe ressaltar, porém, que o discurso é marcado pelas condições vividas no presente, que na verdade este sentido atribuído aos hospitais pode ter sido ressignificado com a passagem do tempo, sendo portanto, construído da forma que hoje se apresenta.

Se contrapondo aos discursos acima ilustrados, Geraldo mostra uma outra realidade vivida no hospital psiquiátrico.

Era só remédio de manhã... meio-dia também, só a medicação... e eu tinha que tomar né?

Entrevistador: só a medicação

É, e eu tinha que tomar, né? (...) bem, lá eu fui bem tratado né? Como todos são, lá era bem controlado, era bem limpo, tudo tinha que ser naquela hora mesmo, entendeu? (Geraldo, 42 anos, há 05 meses é paciente psiquiátrico).

A caracterização do hospital como um lugar limpo, controlado e onde todos eram bem tratados, destoa dos outros discursos. Geraldo, assim como os demais entrevistados, no momento de sua primeira crise foi levado ao hospital, no entanto, diferente dos outros, ele vivenciou o hospital de forma diferenciada.

Sentidos produzidos sobre a relação dos usuários com a comunidade

Objetivando detectar os impactos produzidos pela Reforma Psiquiátrica no tocante a relação do usuário com a comunidade na qual esta inserida, os entrevistados foram questionamentos sobre os seus sentimentos, sobre a percepção que tem desta relação, se sentem diferença no tratamento que os outros lhe dirige ao saberem que eles são pacientes psiquiátricos.

Entrevistador: hum hum [silêncio] a senhora sente alguma diferença na forma como as pessoas lhe tratam quando a senhora diz que é uma paciente psiquiátrica?

Sinto, por que... todo mundo pensa que eu sou doida (...)

Entrevistador: aí muda a forma que lhe trata por isso?

Muda, chama, diz logo assim: “deixa ela que ela é especial”. (...) Eu sinto, eu fico com desgosto porque eu faço o meu acompanhamento e me sinto bem, num tenho, eu num... Eu num tive mais esses acesso de loucura aí eu num, eu me sinto bem, aí eu... eu... fico querendo entrar em depressão por causa disso, aí meu marido vem conversa comigo, ele me ajeita aí eu vou me acalmando, me acalmando aí ele diz “não, você num é louca não você só tem uns problemas mas você é consciente, você sabe das coisas, mas você fique tranquila porque mais louco é quem lhe chama” (Fernanda, 53 anos, há 07 anos é paciente psiquiátrica).

Eu não digo porque eu sei que existe rejeição, as pessoas começam a olhar de um jeito diferente pra gente, tanto que nem na igreja eu num digo que venho pro CAPS, digo não... porque a pessoa se eu digo na igreja que venho pro CAPS a alguém as pessoas vão dizer: “irmã, a irmã tá com pouco fé” e num sei o que lá “pede a Deus que ele te liberta”, mas só que não é por aí, do jeito que a pessoa tem uma dor de cabeça... uma gripe... um câncer... do mesmo jeito é essa enfermidade, essa enfermidade a gente tem que separar a enfermidade mental da parte espiritual; eu sou uma serva de Deus, eu não deixo de ser uma serva de Deus porque eu tô no CAPS não (...) mas só que na igreja eu não posso falar que eu tô no CAPS, porque se eu falar vão me discriminar, vão me dizer “oxente, que fé é essa que a irmã tem? A irmã precisar ir pro CAPS... Jesus é o nosso libertador, Jesus é isso, é isso, é aquilo” eu olhe, eu venho pra cá e num digo a ninguém, só quem sabe é aminha família, nem todos da família sabe (Graça, 52 anos, há 25 anos é paciente psiquiátrica).

Entrevistador: a senhora sente alguma diferença na forma como as pessoas tratam a senhora quando descobrem que a senhora é uma paciente psiquiátrica?

Sinto (...) Ninguém me dá emprego [pausa] (...) ninguém dá emprego a quem sofre de nervo não [Silêncio] (...) A gente somos humilhado, a família... muitos da nossa família tem vergonha da gente [silêncio] (...) pelos outros [pausa] minha família mesmo, a minha sobrinha mesmo só me dá a benção dentro de casa, na rua ela num me dá a benção não (Darlene, 50 anos, há 43 anos é paciente psiquiátrica).

Mesmo com o advento da Reforma, os diferentes tratamentos e serviços hoje oferecidos, além do novo lugar de cidadão assegurado legalmente pelo Estado, a discriminação ainda é sentida pelos usuários em saúde mental. A estigmatização se faz presente em nomenclaturas que se tornaram pejorativas ao longo da história, como é percebido no discurso de Fernanda que se sente incomodada com o rótulo de “doida” o qual lhe atribuem. Para ela, o fato de realizar tratamento, dos longos períodos sem crises e de ser consciente, a distância deste rótulo, que quando recebido, é sentido com “desgosto”, a ponto de deixá-la depressiva e de precisar do apoio do marido, que tenta animá-la utilizando-se da máxima que serviu de título para este trabalho “mais louco é quem lhe chama”.

Ratificando o mal-estar sentido por estes usuários, Graça classifica o que sente valendo-se do termo “rejeição”. Exemplificando o que sente, ela realiza uma analogia entre algumas enfermidades como “dor de cabeça... uma gripe... um câncer...” e a “enfermidade mental”, fazendo isto, ela sutilmente isentasse da culpa que acredita que iriam lhe atribuir por ter “essa enfermidade” e demonstra a vulnerabilidade a que todos estão submetidos. Outro ponto a ser destacado neste discurso, é o medo que a usuária sente de ser rejeitada por duas instituições sociais que, segundo a cultura ocidental, deveriam dar conforto e acolhida: a família e a igreja. Sendo uma “serva de Deus”, Graça acredita que seus “irmãos” – referindo-se aos demais membros da igreja – além de “olhar de um jeito diferente” iriam por em dúvida a sua fé e isto faz com que ela mantenha segredo sobre a sua condição de paciente psiquiátrica.

Corroborando com a ideia de rejeição aqui apresentada, Darlene utiliza o termo “vergonha”, segundo ela, os laços familiares são escondidos pelos seus, a humilhação é sentida por estes usuários que mantem-se ocultos, e mesmo para os que tentam restabelecer a sua cidadania através de atos simples como o trabalho, esbarram no preconceito, o que dificulta ainda mais a inserção destes sujeitos na sociedade que ainda os vê como incapazes. “A exclusão não se restringe apenas a desintegração do mercado de trabalho, mas refere-se também a uma ruptura dos laços sociais e familiares” (LEÃO e BARROS, 2008.p.96). De acordo com Demo *apud* Leão e Barros (2008) a inclusão no regime capitalista se dá mais pela via laboral do que pelo assistencialismo, sendo considerada mais estrutural a vinculação dos

usuários no mercado de trabalho do que o assistencialismo prestado para garantir a sua inserção e assegurar a sua cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou apreender na fala dos participantes a grande variedade de nomenclaturas para designar o transtorno mental, foi comum encontrar termos historicamente produzidos, ligados sempre à definição de doença.

Os sentidos produzidos sobre a causa do sofrimento psíquico mostraram-se variados, mas sempre ligados a fatores externos: a morte de alguém; a desilusão amorosa; o excesso de trabalho; ou uso de bebidas. A peculiaridade neste estudo revelou-se pela não referência por parte dos entrevistados a hereditariedade como fator causal, como se encontra em grande parte dos estudos neste campo.

O modelo hospitalocêntrico e o tratamento oferecido por este, foi sentido pelos usuários como uma forma de enclausuramento e um lugar de maus tratos, onde ficavam expostos a condições insalubres de sobrevivência, expostos à sujeira e à violência a mercê de uma equipe técnica despreparada.

O advento da Reforma e os novos dispositivos utilizados pelos usuários no momento de suas crises, não foram ainda capazes de provocar mudanças significativas na sua relação com a sociedade, que segundo eles, os rejeitam e discriminam. Persiste ainda um estigma sobre os portadores de transtornos mentais, que envergonha a família e que dificulta a socialização destes sujeitos que tem a sua autonomia ameaçada por não conseguirem muitas vezes exercer sua cidadania, em atos simples como estabelecer um vínculo empregatício.

Através da detecção destes fatos registramos que é de fundamental importância que as práticas de exclusão sejam abolidas, que sejam difundidos com a comunidade e com os próprios usuários os seus direitos enquanto cidadãos, o que possibilitaria uma ressignificação dos mitos e preconceitos cristalizados ao longo da história. Além da derrubada dos muros do hospital é fundamental o desmantelamento da muralha do preconceito para que seja garantida a liberdade destes usuários que ainda se vêem acorrentados ao estigma da doença.

A reivindicação pela reabilitação psicossocial destes sujeitos não é tarefa fácil, se faz necessário um constante vigiar das práticas aplicadas, o que esperamos que seja instigado e desenvolvido, também, por pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental, políticas e instituições; programa de educação a distância**. Rio de Janeiro: Fiocruz / Fiotec, 2003.

_____. **A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica**, Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, FIOCRUZ/UEPB, Campina Grande, 2007. (Mimeografado).

BARBOSA, M. V. et al. Secretaria de Saúde. **Saúde Mental na Paraíba: um levantamento dos dados nas secretarias municipais de saúde**. Campina Grande: FAPESQPB, 2004.

BARBOSA, V.; SOUZA, P. K.; DIMENSTEIN, M. Trabalhadores de saúde mental frente ao fechamento de um hospital psiquiátrico. In: DIMENSTEIN, M. (Org.). **Produção do conhecimento, agenciamento e implicação no fazer pesquisa em Psicologia**. Natal: Eduefrn, 2009. p. 315-334.

BARROS, R. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In **Loucura, Ética e Política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 196-206.

BARROSO, A. G. C. (et al). Transtornos mentais: o significado para os familiares. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Universidade de Fortaleza, v. 17, n.3, 2004, 99-108. Disponível em: <https://www.unifor.br/hp/doc_noticias/vol17-artigo1.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2011.

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

BRITO, M. et al. Desafios à reforma psiquiátrica. In: DIMENSTEIN, M. (Org.). **Produção do conhecimento, agenciamento e implicação no fazer pesquisa em Psicologia**. Natal: Eduefrn, 2009. p. 51-67.

CIRILO, L. S. **Novos Tempos: Saúde Mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares**: 2006. 161 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual da Paraíba, Paraíba.

EDWARDS, D. Psicologia Discursiva: Teoria da ligação e método com um exemplo. In: IÑIGUEZ, L. (coord) **Manual de análise do discurso em Ciências Sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. p. 181-205.

FERREIRA, S.P.A.; DIAS, M.G.B.B. A Leitura, a Produção de Sentidos e o Processo Inferencial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 439-448, Set/Dez 2004.

FIGUEIRÓ, R.; DIMENSTEIN, M.; OLIVEIRA, I. F. Reflexões sobre o Manicômio: experiência de um psicólogo no contexto da reforma psiquiátrica. In: DIMENSTEIN, M. (Org.). **Produção do conhecimento, agenciamento e implicação no fazer pesquisa em Psicologia**. Natal: Eduefrn, 2009. p. 233-247.

FLEMING, M. **Ideologia e práticas psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 1976.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. 6 ed. Tradução de José Teixeira C. Neto. São Paulo: Perspectiva, 1999.

FRICHEMBRUDER, S.C.; SOUZA, N.G. A Utopia da Constituição do “Mapa” da Reforma Brasileira. In: SILVEIRA, M.F.A; SANTOS JÚNIOR, H.P. (Org.). **Residências Terapêuticas: Pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: Eduepb, 2011. p. 65-94.

GILL, R. Análise de discurso. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (Orgs.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 244-270.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GONZÁLEZ, R. F. (2005). **Pesquisa qualitativa e subjetividade**. São Paulo: Thomson.

IÑIGUEZ, L. **La Psicología Social en la Encrucijada Posconstruccionista: Historicidad, Subjetividad, Performatividad, Acción**. In: XII Encontro Nacional da ABRAPSO, Anais. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2003. p.01-27.

_____. Os Fundamentos da Análise do Discurso. In: IÑIGUEZ, L (Org). **Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais**. Vozes. Petrópolis: 2004. p. 50-103.

JORGE, M.S.B. (et al). Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, São Paulo, vol.42, n.1, 2008. p. 135-142. Artigo original.

JUSBRASIL. **Campina Grande Possui Sete CAPS e Supera Parâmetro Nacional**. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/politica/5142104/>> Acesso em: 22 de Fevereiro de 2011.

LEÃO, A.; BARROS, S. As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental acerca do Modelo de Atenção e as Possibilidades de Inclusão Social. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17 n.1, 2008, p. 95-106. Artigo original.

LIMA, L.T; SURJUS, S. **Narrativas Políticas: o olhar dos usuários sobre os CAPS (centros de atenção psicossocial) de Campinas: 2007**. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

LIMA JÚNIOR, J. VELÔSO, T.M.G. Convivendo com a loucura: as representações sociais de familiares de usuários de instituição psiquiátrica. **Vivência**, n. 32, 2007, p.163-172.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1995.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992.

PEREIRA, M.E.C. Morel e a questão da degenerescência. **Revista Latino-americana de Psicopatologia**. Fund., São Paulo, v.11, n.3, p.490-496, set 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n3/12.pdf>>. Acesso em: 25 de maio de 2011

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

POTTER, J.; WETHERELL, M. **Discourse and Social Psychology:** beyond attitudes and behavior. London: Sage Publications, 1987.

RODRIGUES JÚNIOR, J. E. R e GONÇALVES, C.C. **Percurso da Reforma Psiquiátrica em Campina**. 2007. Monografia (Especialização em Serviço de Saúde Pública). FACISA, Campina Grande.

ROSA, E. Z. Psicologia e saúde mental: em busca de uma leitura crítica e compromissada. In: BOCK, A. M. B. (Org.). **A perspectiva sócio-histórica na formação em Psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 192-210.

SANTOS JÚNIOR, H. P. O. et al. Loucos? Histórias de vida, significados do sofrimento psíquico e (des) institucionalização. In: SILVEIRA, M.F.A; SANTOS JÚNIOR, H.P. (Org.). **Residências Terapêuticas:** Pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Campina Grande: Eduepb, 2011.p.65-94.

SOARES, S.R.R.; SAEKI, T. O Centro de Atenção Psicossocial sob a Ótica dos Usuários. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 14, n.6, nov/dez 2006. Artigo original.

SPINK, M.J.P.; FREZZA, R.M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2000. p. 17-39.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2000. p. 41-61.

SZASZ, T. S. **A Fabricação da Loucura:** um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental. Tradução de Dante Moreira Leite. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

