

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS -
PPGCS
MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

ROSEILDA MARIA DA SILVA

VEREDAS DA LOUCURA: INCURSÕES NO COTIDIANO DE
USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NUMA
COMUNIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB.

CAMPINA GRANDE – PB
2012

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS –
PPGCS
CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**VEREDAS DA LOUCURA: INCURSÕES NO COTIDIANO DE
USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NUMA
COMUNIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB.**

Roseilda Maria da Silva

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

**CAMPINA GRANDE – PB
2012**

S586v Silva, Roseilda Maria da
Veredas da loucura : incursoes no cotidiano de usuarios na estrategia saude da familia, numa comunidade de Campina Grande-PB / Roseilda Maria da Silva. - Campina Grande, 2012.
143 f. : il.

Dissertacao (Mestrado em Ciencias Sociais) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades.

1. Ciencias Sociais 2. Loucura 3. Reforma Psiquiatrica 4. Estrategia Saude da Familia 5. Grupo Saude Mental 6. Dissertacao I. Nascimento, Rogerio Humberto Zeferino II. Universidade Federal de Campina Grande - Campina Grande (PB) III. Título

CDU 3(043)

ROSEILDA MARIA DA SILVA

**VEREDAS DA LOUCURA: INCURSÕES NO COTIDIANO DE
USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NUMA
COMUNIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB.**

Dissertação defendida em 29 de junho de 2012

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rogério Humberto Zeferino Nascimento (Orientador)
UFCG/PPGCS

Prof^ª. Dr^a Mércia Rejane Rangel Batista (Examinadora Interna)
PPGCS/ UFCG

Prof. Dr. Iranilson de Oliveira Buriti (Examinador Externo)
PPGH/UAHG/UFCG

Dedico esta escrita às pessoas com as quais dialoguei ao longo desta pesquisa: àquelas do grupo de saúde mental. Com elas pude compreender que a nau da vida continua transportando pessoas, mudando pensamentos e dando outros sentidos ao considerado sanidade em outros cenários.

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

RESUMO

As pessoas que apresentavam maneiras de viver diferentes, nem sempre foram consideradas loucas, os lugares indicados para estas eram a apreciação à natureza, viagens para outras paisagens dentre outros. Os espaços destinados ao enclausuramento são reorganizados quando a psiquiatria torna-se ciência e a loucura é transformada em doença mental. Este momento marca uma nova etapa no universo psiquiátrico, as pessoas antes com desrazão passam a ser classificadas de loucas e ocuparem lugares específicos, que ao mesmo tempo separavam e disciplinavam de acordo com uma ordem moral de uma sociedade capitalista. Nestes espaços, estavam os legitimadores desta ciência e os receptores de seus saberes, inquestionáveis, a princípio. Sobre estes lugares vieram as discussões sobre suas maneiras de praticarem a psiquiatria, de forma que no final do século XX se teve lentamente no Brasil o desmonte destes espaços e a criação de outros, com perspectivas diferentes das apresentadas nos hospitais psiquiátricos. Era o início de uma nova fase no universo da loucura. Diante do exposto, este trabalho traz considerações interessantes sobre momentos históricos na construção da loucura. Discute-se o processo de Reforma Psiquiátrica em Campina Grande e apresenta, a partir de incursões etnográficas na Comunidade das Flores, o cotidiano de uma Estratégia Saúde da Família observando as pessoas de um grupo de saúde mental. Ao longo da escrita foram apresentadas narrativas de pessoas com experiências de internamento, a partir do diálogo com a literatura e as pessoas com as quais se estabeleceu um convívio durante a pesquisa de campo. A proposta é analisar como as pessoas do Grupo de Saúde Mental são percebidas na Estratégia Saúde da Família e como vivem o seu cotidiano na interação com os demais da comunidade após a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande-PB. Para a realização desta pesquisa foi imprescindível o convívio com estas pessoas e o diálogo com outras ciências tais como a história e a antropologia, bem como as interlocuções realizadas com outras produções que trouxeram em seus debates discussões interessantes sobre outras realidades no processo da Reforma Psiquiátrica. Mas, tiveram em seus percursos abordagens metodológicas e lugares de pesquisa diferentes, ressaltando assim, a singularidade desta pesquisa em eleger como *lócus* de pesquisa uma comunidade urbana onde os seus moradores são atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Neste percurso procurou-se discutir o cotidiano das pessoas do grupo de saúde mental e como se compreendem e são compreendidas neste universo. A experiência etnográfica, junto as mesmas, aproximou pesquisadora e participantes da pesquisa e colaborou nas reflexões sobre as experiências de um cotidiano para além dos muros de uma Unidade Básica Saúde da Família. As narrativas das personagens principais desta pesquisa as diferenciam de outras, nesta puderam ser autores de suas histórias, pois os discursos foram deles e não sobre eles.

Palavras-chave: Loucura. Reforma Psiquiátrica. Estratégia Saúde da Família. Grupo Saúde Mental.

ABSTRACT

People who had a way of living different from the other were not always considered mad. The space given to those whose sanity has been questioned, were travel to other places, the appreciation of nature. The spaces for the enclosure are rearranged when psychiatry becomes science and madness is transformed into illness. This moment marks a new stage in the psychiatric universe, people with unreason began to be classified as crazy and occupy specific places, at the same time disciplined and separated according to a moral order of a capitalist society. These spaces were the legitimizing of this science and the recipients of their knowledge, in principle unquestioned. On these places came discussions about their ways of practicing psychiatry, so that in the end of the twentieth century in Brazil was slowly dismantling these spaces and the creation of others with different perspectives to those presented in the psychiatric hospitals. It was the beginning of a new phase in the universe of madness. Given the above, this work presents interesting considerations about the historical moments of madness. It discusses the process of psychiatric reform in Campina Grande and presents from ethnographic forays in the Community of Flowers where followed the everyday life of a Family Health Strategy, observing people in a Group of Mental Health. Throughout the written were presented narratives people with experience of internment, from the dialogue with literature and with people with whom they established a living together during the fieldwork. The proposal is to analyze how people's of the Mental Health Group are perceived in the Family Health Strategy and how they live their daily interaction with others in the community after the Psychiatric Reform in Campina Grande-PB. For this research was essential the living together with these people and dialogue with other sciences such as history and anthropology as well as dialogue with other productions that have brought in their debates interesting discussions about other realities in the process of psychiatric reform. But in their paths had methodological approaches and research different locus, thus underscoring the uniqueness of this research to elect as a locus of research an urban community where its residents are served by the Family Health Strategy. In this way we tried to understand the daily lives of people in the Group of Mental Health and how they understand and are understood in this universe. The ethnographic experience approached researcher and participants in the research and collaborated in the reflections on the experiences of everyday life beyond the walls of a Basic Unit Health of Family. The narratives of the main characters of this research differentiate it from others in this study were authors of their stories because their speeches were not about them, but these are his own.

Keywords: Madness. Psychiatric Reform. Family Health Strategy. Group of Mental Health

AGRADECIMENTOS

É hora de agradecer, mesmo correndo o risco de esquecer pessoas imprescindíveis nesta caminhada, não poderia deixar de registrar aqui a minha gratidão. Este sentimento que envolve muitas subjetividades, por este e outros motivos deve ser compartilhada, em forma de reconhecimento a quão significância contribuição das pessoas com as quais convivi durante a realização desta pesquisa, e as que me acompanharam orientando, compartilhando os seus saberes, me dando a possibilidade de me fortalecer e de segui adiante.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao meu orientador Rogério Humberto Z. Nascimento por todo o companheirismo, a sua gentileza, dedicação, incentivo, ensinamentos, leveza e carinho. Sou extremamente grata aos diálogos estabelecidos ao longo desta caminhada, a sua colaboração sobre etnografia, aos autores apresentados, aos momentos compartilhados na UFCG, cujos encontros renovavam as forças e o gás para continuar o percurso.

Ao professor Iranilson de Oliveira Buriti, deixo aqui a minha gratidão e os meus agradecimentos pelas sugestões e a presença desde a banca de qualificação. Agradeço os diálogos estabelecidos durante as aulas de histórias, as quais eram assistidas com grande satisfação, suas discussões me guiaram e levaram ao nosso encontro novamente. Fostes nesta trajetória fonte de inspiração, em muitas partes do texto, muito grata.

Agradeço também à professora Mércia Rejane Rangel Batista, pela presença desde a qualificação do projeto, momento em que passei a enxergar outras possibilidades teóricas para as minhas reflexões. Agradeço pelas sugestões e críticas direcionadas a pesquisa na qualificação, as quais foram imprescindíveis para amadurecer a minha escrita e poder avançar no desenvolvimento da pesquisa.

Meus agradecimentos se direcionam aos professores e funcionários do PPGCS, pelos ensinamentos, trocas de conhecimentos e gentileza.

A CAPES, pelo financiamento que possibilitou a realização desta pesquisa e a escrita deste texto.

Em especial gostaria de agradecer ao professor Jesus Izquierdo, pelos diálogos estabelecidos nas aulas e fora destas, pelo apoio quando foi meu tutor durante as aulas REUNI e por todo carinho e atenção que sempre demonstrou por mim.

Agradeço a professora Ângela Metri pelo apoio, confiança quando foi minha tutora (REUNI), lisonjeada pela sua amizade e grata pelos ensinamentos.

Ao professor Antonio Clarindo por todo o apoio quando iniciei os primeiros passos na UFCG.

À professora Silêde Leila pelos incentivos e carinho desde quando fui sua aluna no curso de História.

À professora Tereza Carla pessoa que me instigou a pesquisar: Loucura e Saúde Mental, por toda a dedicação que teve comigo desde a primeira pesquisa na Comunidade das Flores.

Aos colegas do Mestrado que estiveram presentes em vários momentos desta trajetória, cada um de sua forma.

Deixo aqui o meu agradecimento a Janaina por todo apoio, a Monalisa e Denise por terem compartilhado comigo vários momentos nesta nau da vida. A Marília pelo carinho. E em especial a minha amiga Marianne de Souza, por toda força, carinho, compreensão e conselhos durante todo este tempo. Grata por tudo, minha amiga.

A Wilson Schenato, por todo apoio e colaboração durante os diálogos estabelecidos, apresentando autores que discutiam a temática, até então desconhecidos por mim. E pelos bons momentos partilhados.

A Saionara Brito pelo carinho, atenção e indicação de fontes para esta pesquisa, sempre se prontificou em colaborar no que fosse necessário.

A Raquel que esteve comigo desde os primeiros passos desta pesquisa, quando ainda estava na faculdade. Sua generosidade, conselhos e histórias me faziam forte.

Agradeço às amigas: Ana Lúcia, Bruna Moura, e Vanessa pelo apoio, força, dedicação e por estarem sempre presentes.

A Saulo Patrício, por toda torcida, carinho e consideração, pelos bons momentos compartilhados antes e durante este percurso.

Ao meu estimado amigo Cleidimário Araujo Leite, uma das pessoas que tenho enorme gratidão, esteve presente em minha vida desde o início da graduação, e me incentivou a continuara a caminhada.

A Severina Bezerra Bento pela presença nas horas difíceis, por todo carinho e força que me deu ao longo deste percurso.

A Iris Oliveira pelo apoio quando iniciei o curso e por todo carinho que sempre teve por mim.

A Arnaldo Cícero Marques meu amigo historiador, pela força, quando em nossas duradouras conversas, enfatizava o quão importante era os trilhos da educação. Se colocando sempre a disposição.

Meus agradecimentos ainda se estendem a algumas pessoas que fizeram parte desta minha trajetória. Aos que compõem a equipe de saúde da Comunidade das Flores, agradeço por terem me recebido, e compartilhado comigo os vários momentos na UBSF.

Direciono a minha gratidão aos familiares, usuários da ESF e as pessoas do Grupo de Saúde Mental desta UBSF, em especial agradeço àquelas que foram internadas no João Ribeiro e compartilharam comigo as suas experiências, foram fonte de inspiração na escrita deste texto. Extremamente lisonjeada pela oportunidade de compartilhar o cotidiano por alguns dias com vocês e pelo carinho com que sempre me receberam.

Agradeço em especial a minha família, base de minha vida, força e sustentação nos momentos difíceis, sem eles não teria tido o mesmo êxito nestas trilhas. A minha mãe Maria do Carmo e meu pai Antonio Augusto, por toda confiança, educação, amor, carinho e dedicação, a estes sou extremamente grata pela vida, e por terem me ensinado princípios que teoria nenhuma foi capaz de ensinar.

Aos meus irmãos: Rosilda, Roseildo, Rosenildo, Rosano e Rosana, estas outras flores do meu jardim, sem elas a minha vida não seria tão colorida. Agradeço pelo carinho, força, confiança e compreensão. Estes nunca mediram esforços para comigo desde os primeiros anos de faculdade quando cheguei à Campina Grande-PB.

Àqueles que não enumerei aqui, mas, nem por isto deixaram de ser importantes nesta caminhada, e se fizeram presentes direta ou indiretamente nesta trajetória.

Finalizo este momento agradecendo a um ser muito especial, aquele que esteve sempre presente em meus dias de solidão, nos momentos em que os caminhos pareciam longos, durante esta escrita, enviando energias positivas que me renovaram e continuam renovando a minha trajetória: DEUS.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AMC - Associação dos Moradores da Comunidade

CDL - Câmara de Dirigentes Logísticas

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CF - Comunidade das Flores

DAP - Departamento de Atenção Básica

ESF - Estratégia Saúde da Família

GSM - Grupo de Saúde Mental

HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro

LBHML - Liga Brasileira de Higiene Mental

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

ONG - Organizações não Governamentais

PNASH - Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PPGCS - Programa de Pós- Graduação em Ciências Sociais

PSF - Programa Saúde da Família

RF - Reforma Psiquiátrica

SM - Saúde Mental

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBSF - Unidade Básica de Saúde

US - Unidade de Saúde

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba

UFMG - Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPITULO 1 - Loucura e Psiquiatria: condições históricas.....	28
1.1 Hospício: lugar para loucos?	28
1.2 Intervenções médicas no hospital.....	33
1.3 Nova fase da loucura.....	38
1.4 O desenrolar da trama psiquiátrica no cenário brasileiro.....	42
1.5 Três registros sobre o hospício no Brasil: Rocha Pombo, Lima Barreto e Austregésilo Carrano.....	46
CAPITULO 2 – Saúde Mental em Campina Grande: da Reforma Psiquiátrica à Estratégia Saúde da Família.....	56
2.1 O “João Ribeiro” sai das vidas para entrar na “história”	56
2.2 Reforma Psiquiátrica, Campina Grande: um recorte deste período.....	63
2.3 Comunidade das Flores.....	66
2.4 Unidade Básica de Saúde da Família: um espaço e várias relações.....	73
2.5 Receber e colaborar: trocas nas relações entre as pessoas na ESF	87
2.6 “Quero falar com a médica o meu filho não dormiu hoje”.....	91
CAPITULO 3 – Vivências do presente e lembranças do passado: Saúde Mental na Comunidade das Flores.....	93
3.1 “Olhando” e “ouvindo” fora da UBSF.....	93
3.2 “Bem vinda em nome do Senhor: reunião na Associação de Moradores.....	97
3.3 “Tenho vontade de correr pelo mato e nunca mais voltar”: relatos do grupo de saúde mental.....	100
3.4 “A tristeza era permanente e a vontade de viver pouca”	103
3.5 “Querem me excluir de tudo”: relato de quem resiste ao GSM.....	107
3.6 “Eu era um homem bom dos nervos”: experiência de um internamento.. ..	114
3.7 “Um doido lá corria atrás de mim toda tarde” lembranças do internamento.....	115
3.8 Uma visita, um café e outras histórias.....	120
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	128
ANEXOS.....	133

INTRODUÇÃO

Considero importante a apresentação de quem escreve, este exercício carrega consigo um pouco da subjetividade do autor. Assim como fez Pierre Bourdieu (2005), em sua obra *Esboço de auto-análise*, tomando a si como referência, incluindo-se em suas reflexões. Optei por iniciar a escrita desta dissertação falando um pouco de mim, especificamente sobre minha trajetória de estudante. Esta apresentação é também uma forma dos leitores saberem quem e de qual lugar se escreve.

O estigma ainda é muito forte entre pessoas que se diferenciam dos padrões estabelecidos por determinadas sociedades. Considerando as discussões de Goffman (1975), o estigma representa algo que deve ser evitado por ser uma ameaça à sociedade, e porque é considerada uma identidade deteriorada. Em detrimento disto, usei codinomes, tanto para identificar a comunidade, localizada na cidade de Campina Grande-PB, onde a pesquisa foi realizada, quanto para os participantes da mesma. Comunidade das Flores, assim denominada, porque aos atores sociais, principais desta trama, dei o nome de flores. Não desconsiderei outros aspectos em suas realidades sociais, busquei interpretar os diversos significados e conteúdos da vida social, porém optei por, de forma suave, identificá-la assim.

Maior de 2011, a caminho da Comunidade das Flores, (CF) percebo o quanto a nossa vida pode seguir por caminhos diferentes. Retorno a esta comunidade, após quatro anos, não mais como estagiária de Serviço Social no Programa Saúde da Família (PSF), e sim enquanto pesquisadora da Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Campina Grande.

As palavras de uma senhora, moradora da CF e usuária da Estratégia Saúde da Família (ESF), me deixaram curiosa. Diante apresentarei a situação presenciada por mim neste dia na Unidade Básica Saúde da Família (UBSF).

Decidi retornar àquele espaço e procurar indagar sobre o cotidiano das pessoas da Saúde Mental (SM) acompanhadas pela ESF¹. Em 2006, quando realizei a pesquisa nesta estratégia, de forma empírica, já fazia algumas reflexões sobre expressões ditas pelos usuários tais como as desta senhora, no entanto, não possuía amadurecimento teórico suficiente que me possibilitasse questionar situações assim. Agora, com um

¹ Nomenclatura utilizada atualmente. Quando surgiu no Brasil, nos anos de 1990, era denominado Programa Saúde da Família (PSF).

referencial mais direcionado e experiência acadêmica mais madura, sinto-me segura em pesquisar o que propus.

Quando estabeleci os primeiros encontros no local da pesquisa, compreendi porque precisei sair daquele espaço para, então, ter uma visão mais crítica sobre as questões relacionadas à Reforma Psiquiátrica (RP), e a sua importância para as pessoas inseridas na SM, especificamente aquelas inseridas no grupo existente na ESF, nesta comunidade em Campina Grande-PB. Atualmente esta estratégia é “responsável” pela atenção básica de saúde pública em muitos municípios brasileiros.

Iniciar esta escrita abordando estes pontos é uma maneira de apresentar os caminhos por onde esta pesquisa enveredou, e como se deu o interesse por histórias de pessoas do Grupo de Saúde Mental (GSM).

Em 2006, quando ainda estudante do curso de Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), iniciei o estágio supervisionado no PSF, numa UBSF em Campina Grande-PB, terminando-o no ano de 2007.

As recomendações da instituição, referentes à inserção nesta comunidade, nos primeiros contatos, eram de que ficássemos apenas observando o dia a dia das pessoas na UBSF, para meses depois, quando houvesse entrosamento entre equipe, pesquisador e usuários, iniciarmos o projeto de intervenção. Esta pesquisa, enquanto parte da grade curricular do curso, denominada também de estágio, foi dividida em dois momentos.

No primeiro estágio voltei-me à observação do cotidiano das pessoas da ESF, e no segundo, avançou-se para a interação através de ações socioeducativas voltadas ao grupo de mulheres gestantes. Todas as atividades interventivas e a metodologia aplicada para a realização da pesquisa foram determinadas pela enfermeira, supervisionadas pela Assistente Social da UBSF, e uma professora da referida Universidade.

Após este estágio, o projeto de intervenção foi desenvolvido, resultando num trabalho monográfico, intitulado: *Mulheres e Direitos: um estudo sobre seus conhecimentos*. Apresentado e aprovado no curso de Serviço Social- UEPB em maio de 2007, neste discuti a saúde da mulher e os seus conhecimentos sobre os direitos no período da maternidade.

Durante este tempo de convívio na UBSF, vivenciei momentos diversos, dentre os quais um me chamou a atenção. Um dia observando a entrega dos medicamentos aos usuários, ouvi uma senhora, de aproximadamente 55 anos de idade, pronunciar uma frase que ficou em minha memória: “vim logo pegar o medicamento porque agora não

temos mais para onde correr, o João Ribeiro² fechou e os doentes agora têm que se virar por aqui mesmo”. Referia-se ao Hospital Psiquiátrico de Campina Grande-PB, denominado de João Ribeiro.

As palavras desta senhora me deixaram curiosa para saber se na comunidade moravam pessoas egressas deste hospital, e, se sim, quais suas percepções sobre este espaço? E porque foram consideradas loucas? Naquele momento não compreendia tais interrogações, mais tempo seria necessário, tanto para conhecer melhor as pessoas da comunidade, quanto para acompanhá-las em seu cotidiano e poder indagar, compreender e refletir sobre as relações estabelecidas, principalmente entre as do GSM.

O Hospital Psiquiátrico João Ribeiro apareceu no cenário campinense na década da Ditadura Militar. Foi inaugurado em setembro de 1963, um pouco antes de a mesma ser instaurada no Brasil. Anos depois, a instituição foi interdita, e este processo faz parte dos discursos que nortearam a RP, iniciados nos anos de 1970. Nesta década, aconteceram no país o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria e o I Congresso do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, cujo lema era: *por uma sociedade sem manicômios*.

As reivindicações deste movimento centravam-se numa nova maneira de compreender e conviver com as pessoas consideradas loucas. Desta forma, conseguiam o apoio da sociedade para a desospitalização destas pessoas, dava-se o início das denúncias do modelo psiquiátrico brasileiro.

Estas denúncias basearam-se em outros modelos de RP, tal como o italiano, conhecido como “Psiquiatria Democrática”, no qual esteve à frente o psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980). Como resultado de suas discussões foi elaborada a lei nº180 em 13 de maio de 1978, ou lei de Basaglia, como ficou popularmente reconhecida, seu objetivo foi acabar com as instituições psiquiátricas da Itália. Neste período, tiveram destaque os casos de Gorizia e Trieste na Itália, os quais inspiraram a luta manicomial brasileira. Em 1989, se deu a primeira interdição psiquiátrica no Brasil, na cidade Santos-SP. Em Campina Grande-PB a mesma somente ocorreu em 2005.

Durante a pesquisa que realizei na UBSF, de janeiro de 2006 a abril de 2007, poucas vezes fui às residências dos usuários da ESF, apenas quando, na companhia de alguém da equipe de saúde, fazíamos visitas às gestantes. Não passei fim de semana e

² ICANERF- Instituto de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional é o nome do Hospital Psiquiátrico, de Campina Grande-PB, mas conhecido popularmente por hospital João Ribeiro, em homenagem ao seu dono, este será o nome utilizado ao longo do texto.

na CF e nem a visitei a noite. Diferentemente da pesquisa atual que foi dividida em dois momentos. Num deles permaneci na UBSF, e o outro tive a oportunidade de me aproximar das pessoas em suas residências, nas ruas e em outros espaços, tais como os das reuniões de moradores. Esta experiência permitiu conhecer as relações de um cotidiano para além da UBSF e as determinações da ESF, principalmente entre as pessoas do GSM.

Em 2007, ano de conclusão do curso de Serviço Social, apresentei os resultados da pesquisa, dentro do que me propus naquele e nas possibilidades daquele momento. No mesmo período era estudante do curso de História na Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. Neste prossegui com as reflexões sobre as transformações sociais e históricas na área da saúde no Brasil, dando ênfase à saúde pública de Campina Grande. No final do curso, realizei um estudo que resultou em outro trabalho monográfico intitulado: *Maternidade, corpos femininos e modelos de saúde pública em Campina Grande-PB*, abordando esta temática, procurei discutir como ocorreu o processo de implantação de um modelo de saúde pública nesta cidade, em 1994, tendo como norte a ESF.

Os cursos de Serviço Social (UEPB, 2007) e História (UFCG, 2008) foram uma passagem de amadurecimento e de experiências significativas neste percurso. Em muito colaboraram para os meus questionamentos, minhas compreensões, construções e desconstruções das histórias, com as quais me deparei durante este trajetória.

Ao terminar o curso de Serviço Social voltei à Jataúba, cidade localizada no agreste pernambucano, localizada a 222 km da capital Recife. Inquieta com as minhas reflexões, e um tanto quanto angustiada, por perceber a irrelevância social da pesquisa se eu não continuasse e não aprofundasse as leituras na literatura específica e não trouxesse para discussão novos questionamentos.

Diante disto e, também por me sentir deslocada, por não ter os mesmos contatos de quando saí, em 2001, de Jataúba para Campina Grande, com o intuito de estudar. Decidi retornar a esta cidade no ano de 2009, iniciei o curso de Especialização em Saúde da Família- Faculdades Integradas de Patos – FIP. Passagem importante, mas ainda insuficiente para compreender os sentidos atribuídos pelas pessoas, com experiência de internamento, às suas condições, de pertencerem a um GSM, num espaço pequeno, onde todos se conhecem e, de certa forma, estão interligados através da dinâmica da ESF.

O retorno à CF seria uma oportunidade de poder acompanhar o cotidiano de seus moradores, especialmente na UBSF, espaço onde as ações da atenção básica são desenvolvidas e direcionadas aos grupos específicos, dentre os quais o GSM, através da ESF. A qual se constitui enquanto espaço de relações diversas. Para funcionamento desta estratégia alguns fatores são determinados oficialmente pelo Ministério da Saúde (MS), dentre eles a sua composição, que envolve equipe e família. Nos lugares onde tem estes serviços as áreas são previamente delimitadas e os profissionais de saúde devem assistir entre seiscentas a mil famílias.

Sua equipe é composta por técnicos de áreas diversas do conhecimento, deve funcionar com um médico clínico geral, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e entre cinco a seis ACS. Apenas estes devem residir na própria comunidade de atuação, aos demais não se tem esta recomendação, para então, poder compor o quadro de funcionamento.

Cada membro tem as suas atribuições, mas deve ser competência da equipe, conforme determina o MS, conhecer as realidades socioculturais e epidemiológicas das famílias, requisitos necessários para detectar os riscos sobre os quais estão expostas. A partir destas premissas devem elaborar, juntamente com a comunidade, um plano local de enfrentamento destes fatores.

Conforme o MS (2011), a equipe deve realizar atividades socioeducativas de maneira que a relação entre usuário e sua família seja valorizada. Tanto o acesso quanto a continuidade dos procedimentos de saúde devem ser garantidos no âmbito de um sistema de referência e contra-refêrência para os casos mais complexos. Mantendo sempre a parcerias com outras políticas públicas inseridas na rede de serviços.

De acordo com Maria do Carmo Carvalho (2010), as ações realizadas pelas políticas públicas de saúde buscam maior proximidade com as pessoas envolvidas no processo. Juntas poderão firmar compromissos com as políticas e contribuir para se obter melhor eficácia em suas propostas, conforme a autora:

As políticas públicas descartaram alternativas institucionalizadoras, tais como orfanatos, internatos, manicômios, asilos, na oferta de proteção necessária a doentes crônicos, idosos, jovens e adultos dependentes [...] fala-se hoje menos em internação hospitalar e mais em internação domiciliar, médico de família, cuidador domiciliar, agentes comunitários de saúde; e em programa de saúde da família, centros de acolhimento, reabilitação, conveniência e outros (CARVALHO, 2010 p: 270).

Esta passagem fundamenta os pressupostos elaborados pelo MS sobre a atenção básica nos moldes da ESF para sua atuação junto a comunidade. Ou seja, a ênfase no

recinto privado familiar está sempre presente, principalmente quando determina a realização das visitas domiciliares e a colaboração dos seus membros no desenvolvimento das ações.

Este modelo de saúde, baseado na ESF, foi planejado a partir das peculiaridades de cada município brasileiro. Sob a experiência do Programa Médico de Família de Niterói- RJ, e a influência do Programa Médico Cubano de Atendimento à Família, após visita de um médico campinense à Cuba para participar de um Seminário Internacional de Atenção Básica, foi articulado o PSF para Campina Grande-PB. Na ocasião foram escolhidos três bairros, pioneiros nesta cidade em sua implantação, ampliando a outros posteriormente. Em todos, os indicadores de morbimortalidade estavam altos.

Na cidade de Campina Grande-PB, cuja equipe foi ampliada em 2003³, passou a fazer parte da mesma o assistente social,⁴ cirurgião-dentista, e auxiliar de consultório dentário. No ano de 2004, inseriu-se o fisioterapeuta, no início de 2008, o Departamento de Atenção Básica (DAB) através da Portaria GM/MS N.º. 154 criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁵ (BRASIL, 2008).

Nesta estratégia não há um único perfil de seus usuários, são vários os grupos que a compõe. As pessoas do GSM são moradores da comunidade, alguns provenientes de outras cidades da Paraíba, mas residem em Campina Grande há anos. Dentre estas estão as que foram internadas no hospital psiquiátrico João Ribeiro, estão no grupo e recebem os medicamentos distribuídos mensalmente, outras são inseridas por fatores que durante a pesquisa foram narrados por elas, e pelos profissionais da ESF, como justificativas para estarem no GSM. Frisando, desta forma, a heterogeneidade do grupo, condição importante para se perceber o quanto valioso é discutir este universo, composto por um público de características peculiares e histórias de vida singulares.

As pessoas inseridas nos GSM, ou dependendo de sua deficiência eram adjetivadas de maneiras variadas, ser alguém com algum tipo de deficiência, não era bem querido, com esta denominação sofria rejeição. Houve algumas mudanças com relação a forma de se referir a estas, passando a ser adotado o termo *sufrimento psíquico*. Esta nomenclatura suavizaria outros nomes tais como louco, doente mental,

³ CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://portal.pmcg.pb.gov.br>. Acesso em 15 de setembro de 2008.

⁴No ano de 2006 teve uma redução no quadro de profissionais, o assistente social passou a trabalhar em mais de uma ESF. Atualmente, na cidade de Campina Grande, o assistente social está presente em mais de uma equipe, a ESF que não tem este profissional permanentemente, conta com o apoio do profissional do NASF, apenas um dia da semana.

⁵O NASF é composto por profissionais de áreas diversas do conhecimento.

procurando diminuir o preconceito sobre estas pessoas. Nesta situação teriam algumas definições tais como o “acometido pela paixão, o paciente, o passivo, o portador de sofrimento psíquico, é aquele que padece de algo cuja origem ele desconhece e que o leva a reagir, na maioria das vezes, de forma imprevista” (CECCARELLI, 2005 p: 01).

Diante desta discussão procurei, nesta escrita, usar a sigla GSM ao me referir às pessoas que fazem parte da SM na CF, independentemente da forma como as demais da comunidade e da equipe as denominam. Não concordo com as adjetivações, tais como estas, direcionadas a quem está nestes serviços de SM. Pois, mesmo os que tentam suavizar o estigma, as colocam numa posição diferenciada, de doentes, isto por si só, já é preconceito.

Entre os anos de 2009 e 2010, cursei Especialização em Saúde da Família- Faculdades Integradas de Patos- FIP. Pretendia aprofundar os meus conhecimentos sobre saúde mental na atenção básica. As leituras sobre a RF foram importantes, e colaboraram na realização desta pesquisa, porém, as aulas foram ministradas por pessoas com formação na área da saúde, voltando-se mais para um público específico.

Senti a necessidade de debruçar-me sobre um referencial teórico metodológico com mais fundamentos e que tivesse respaldo sociológico, histórico e antropológico, capaz de proporcionar-me uma visão mais crítica sobre a temática, e possibilitasse, assim, a realização deste estudo.

Compreendo a relevância da comunicação entre a história e outras áreas do conhecimento, tais como a sociologia a antropologia e a política, para melhor desenvolver um estudo sobre o GSM, dando ênfase a maneira como são entendidas na ESF, e como se compreendem enquanto participantes deste grupo. Percebi nas Ciências Sociais um caminho possível para estas reflexões, ao poder me aproximar das pessoas tanto na UBSF quanto na comunidade.

Realizei o processo seletivo de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais- PPGCS da UFCG. Escolhi a linha de pesquisa: Cultura e Identidades, esta possibilitaria discutir as relações estabelecidas entre as pessoas da UBSF e da comunidade onde a pesquisa seria realizada, através desta seria possível abordar as diferentes formas de socialização durante a experiência de internamento e na referida unidade.

Ingressei no curso de Mestrado, nesta instituição, no ano de 2010. Com as leituras, durante as disciplinas, minhas inquietações intensificaram-se, alguns autores foram apresentados os quais me levaram a outros questionamentos sobre a temática.

Ao estudar o processo de RP brasileira é possível contribuir com novas reflexões sobre as pesquisas existentes. Ao participar do cotidiano de pessoas inseridas num GSM, das quais algumas já foram internadas num hospital psiquiátrico, é possível trazer novas possibilidades de discussões.

Estas discussões vieram enriquecidas com a participação destas personagens, as quais puderam se expressar e narrar suas versões sobre as experiências do período de internação e, atualmente, com familiares e vizinhança. Esta pesquisa teve a preocupação de, não apenas falar por estas pessoas, mas, principalmente, permitir que falassem por elas mesmas.

A pesquisa foi norteada por discussões que permitiram outras reflexões de como é o cotidiano destas pessoas, a partir delas mesmas e das outras com quem convivem, dentre elas os profissionais da UBSF e familiares, desta forma, as indagações sobre as relações e as formas como são compreendidos neste espaço se ampliam e oferece mais elementos para esta discussão.

É uma pesquisa simultaneamente sociológica, histórica, antropológica e política. Esta interlocução ampliou o conhecimento sobre a temática e ajudou nas interpretações de contextos sociais diversos, discutidos em cada capítulo.

Um olhar a partir do diálogo estabelecido entre estas ciências, para o espaço onde a mesma foi desenvolvida, significa estar do lado de fora, e não com a perspectiva de quem se encontra do outro lado, neste caso, o de dentro, como diria Goffman (1978), se referindo aos especialistas da área da saúde. Por estarem neste lado, classificariam as pessoas e as doenças a partir de um saber científico.

O cotidiano de uma comunidade, aqui no sentido de dia a dia, é amplo nos aspectos referentes às subjetividades e particularidades das pessoas. Neste estudo, parti de inquietações e procurei discutir as interações na CF e a relação das pessoas deste espaço, principalmente as do GSM com a ESF⁶. Por ser uma estratégia incumbida de encaminhar os casos de SM, se assim o médico achar necessário, aos outros serviços substitutivos, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), principal estratégia da RP, regulada pela portaria nº 336 de 19 fevereiro de 2002. A UBSF, além de ser o espaço onde as ações da ESF acontecem se diferencia das demais estratégias do MS por ter uma aproximação maior com as famílias e não precisar delimitar um público para as suas ações, tal como os CAPS.

⁶ Um das finalidades desta estratégia é estruturar a atenção básica e orientar as famílias de uma área delimitada.

Nem sempre a sociedade contou com estes espaços, assim como nem sempre existiu um “palácio para guardar doidos”, como se refere Yonissa Marmitt Wadi (2002).⁷ As pessoas consideradas loucas, antes de serem enclausuradas, eram percebidas enquanto errantes, sem razão. Motivos assim não foram suficientes, pelo menos em determinadas épocas, para enviá-las ao isolamento.

Sobre esta discussão alguns pesquisadores trouxeram contribuições importantes para se pensar a loucura a partir de sua construção. Foucault (2008), sobre o surgimento da *Nau dos loucos* na paisagem imaginária da Renascença, discute a embarcação de uma grande viagem simbólica transportando de um espaço a outro, tipos sociais diversos de pessoas, em busca de fortuna e da denotação de seus destinos ou de suas verdades.

Nesta simbólica embarcação a sociedade ‘acreditava’ se livrar de um problema, enviando para outros ares os loucos que vagavam pelas ruas da cidade. Essa simbologia representava, talvez, o desejo de uma sociedade renascentista se distanciar daqueles personagens, cuja presença tirava o sossego das pessoas consideradas normais. As cidades europeias conviviam com as imaginárias naus, apresentadas por Foucault, enquanto navios simbólicos de insanos, “embarcando” em busca da razão.

Antes do século XVIII, quando a loucura ainda não se definia enquanto doença, as pessoas consideradas loucas viviam nas ruas, não havia um lugar específico para elas, tal como foi com a construção dos hospícios. Surgiram neste período, procedimentos de medicalização envolvendo diversas dimensões da vida social, inclusive às relativas aos denominados loucos. A ideia de periculosidade se instalou neste momento. O monstro anormal constituía um destes perigos. Perigo à sociedade, diga-se de passagem. Bem entendida como na sua forma de organização burguesa.

Os grupos de mendigos, de pobres, dentre outros da época eram considerados transgressores das normas, a reclusão, enquanto proteção social para esta sociedade apareceu como solução. Não havia até então, um lugar específico para as pessoas consideradas loucas. Conforme Castel (1978), os que ficavam nestes espaços não era porque apresentavam problemas com a saúde, sobre elas se exercia um poder de controle. Estes espaços seriam lugares ideais para conter os riscos sociais representados pela pobreza e a doença e agora por estes personagens, os loucos.

⁷ Palácio de guardar doidos é o título do livro de Yonissa Marmitt Wadi. Nesta obra a autora realizou um estudo sobre as histórias das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul.

De acordo com Paulo Amarante (2007), a função do hospital era oferecer abrigo aos pobres, mendigos e pessoas com doenças variadas. Os Hospitais Gerais contribuíam para esconder esses grupos, por vezes considerados perigosos.

Jacques Donzelot (1980), diz que dentre os meios de assistência aos pobres, estavam os Hospitais Gerais, assim como eram as reclusões para os vagabundos e a esmola para os mendigos, contribuindo para esconder dos “olhos” públicos as pessoas expostas à mendicância. Para este autor estas ações seriam falsa solução ao problema.

Roberto Machado (1978), se referindo ao processo de enclausuramento, mostra as mudanças ocorridas nesta forma de reter as pessoas no século XVIII. Com as requisições do mundo do trabalho, não seria mais interessante enclausurar todas estas pessoas. Os pobres poderiam se transformar em mão de obra, portanto, não seriam iguais aos insanos, sem utilidade econômica eram vistos enquanto a parte negativa da sociedade.

Conforme Foucault (1979), antes do século XVIII, o que denomina loucura não se resolvia com internamento, posto ser percebida como uma forma de ilusão. Ainda no começo da idade clássica, a mesma foi associada a algumas fantasias. Não se recorria ao hospital com a finalidade de solucionar o ‘problema’ destes considerados ‘desajustados’.

Para fins terapêuticos outros espaços foram recomendados, como por exemplo, a natureza, por ter o poder de dispersar o ‘erro’ e ainda fazer desaparecer os devaneios daquelas pessoas *loucas*. Além destes meios, aconselhava-se viagens, passeios e descansos, distanciando-se assim, do mundo artificial, oferecido pela cidade, e o teatro, pois “apresentava-se ao doente a comédia de sua própria loucura colocando-a em cena, emprestando-lhe um instante de realidade fictícia, fazendo de conta que era verdadeira por meio de cenários e fantasias” (FOUCAULT, 1979 p: 120).

Algumas destas técnicas permaneceram no século XIX, quando Esquirol (1772-1840), ao projetar a arquitetura do Hospital Psiquiátrico, recomendou portas e janelas abrindo para o jardim, este também planejado para fazer parte deste cenário, para que os internos pudessem apreciar a natureza. Conjunto de medidas estendidas a outros tempos e espaços, paralelamente ao tratamento médico, como nos mostra outros autores que também discutiram esta questão tais como: Austregésilo Carrano (2007) em sua obra *Canto dos Malditos*. Beleza contrastante com a do cenário interno, apreciada por quem vivia o cotidiano destes lugares.

As visitas dos familiares, na maior parte, ficariam com a beleza de fachada, “de tal modo que a plateia não seja capaz de perceber o tratamento concedido a eles, em comparação com o que lhes poderia ser dado” (GOFFMAN, 1989 p: 106). Neste sentido Lima Barreto também fez suas discussões, ao narrar o cenário do hospício, faz referência a um lugar denominado ‘cemitério dos vivos’, “havia o de epilético, o de tuberculosos, e neste eu vi um chim, no último grau, deitado numa cama, debaixo de uma árvore frondosa, que me lembrou de novo o Cemitério dos Vivos de Catão” (LIMA BARRETO, 2004, p: 99).

Ao longo dos anos, as pessoas consideradas loucas foram separadas e isoladas num espaço estruturado especificamente para elas. Estes espaços foram motivos de disputas para tornar possível a legitimação do saber médico. Conforme Renata Britto (2004), o isolamento também funcionava como perda de autonomia e do convívio social para as pessoas se tornarem objeto de análise deste saber. É uma discussão instigante que merece maiores reflexões.

Neste processo, a psiquiatria se constitui enquanto ciência, e acaba decidindo os lugares para onde iriam estas pessoas, além de exercer poder sobre a loucura, transformada em doença mental. “E nestes espaços ocuparam-se das doenças e esqueceram-se dos sujeitos que ficaram apenas como pano de fundo das mesmas” (WADI, 2002 p: 29).

Ao pretender questionar e discutir estas questões a presente pesquisa levou em consideração as relações estabelecidas, tanto no interior da UBSF, quanto nos espaços para além deste, e ampliou as possibilidades de questionamentos com as narrativas de algumas pessoas do GSM sobre a internação no hospital psiquiátrico de Campina Grande-PB, trazendo para o debate questões sobre o processo de Reforma Psiquiátrica nesta instituição.

Assim, o objetivo geral deste estudo é, a partir do contexto da Reforma Psiquiátrica, analisar o cotidiano de pessoas da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família, relacionado às suas versões sobre as experiências de internamento no hospital psiquiátrico João Ribeiro em Campina Grande-PB.

Como objetivos específicos:

- Observar a dinâmica no cotidiano de uma Estratégia Saúde da Família

- Analisar como as pessoas que foram internas no João Ribeiro e participam do Grupo de Saúde Mental percebem a si mesmas
- Interpretar como os participantes do GSM são compreendidos pelos profissionais da ESF e como se relaciona com os demais na comunidade
- Relatar as versões sobre a permanência no grupo e as experiências de internamento.
- Discutir o cotidiano destas pessoas após a Reforma Psiquiátrica.

Optei, para as discussões desta pesquisa, por um referencial teórico metodológico de autores cujas perspectivas se complementam, bem como por estudos já realizados sobre a temática, além do método etnográfico utilizado no lócus da pesquisa.

A escolha por este método se deu por compreender as suas possibilidades de interpretação e discussão de um cotidiano composto de pessoas com experiência de internamento. Pois, além desta, as narrativas que antecedem o internamento foram analisadas.

As leituras nos ajudam a visualizar o cenário onde as interações das pessoas acontecem, mas, fazer parte deste cenário, possível a partir da etnografia, nos faz perceber sutilezas raramente vistas por quem não esteve lá, diretamente com as personagens aqui apresentadas. A elas procurei dar voz para narrarem suas experiências neste universo psiquiátrico. Daí a riqueza de uma pesquisa de campo, onde as relações podem ser ampliadas e os detalhes da temática poderão ser ditos por quem participou direta ou indiretamente de uma experiência, nesta pesquisa, por aqueles internados em instituições psiquiátricas e por seus familiares.

Conforme Mills (1970), a aproximação do pesquisador ao grupo pesquisado é possível obter uma amplitude mais profunda das situações vivenciadas, por isto é necessário a atenção de quem pesquisa. Durante as observações é recomendável o pesquisador estar atento a outras respostas não esperadas, ou mesmo as que não foram direcionadas. O convívio na UBSF ampliou algumas compreensões acerca das prerrogativas explicitadas no decorrer desta produção.

As conversas com as pessoas do GSM, durante a minha inserção em campo, foram imprescindíveis na elaboração desta pesquisa, me permitiram, através das incursões etnográficas, indagações sobre as experiências diversas vivenciadas durante o internamento e atualmente na UBSF sobre a dinâmica da ESF. Neste momento, procurei mais que compreender fazer indagações a partir das realidades vivenciadas e narradas

que se apresentavam aparentemente comuns. Porém, foi a partir deste comum que vieram as descobertas, das lutas e as relações cotidianas que se constituem nas diversas ocasiões da existência humana no hospital, no posto de saúde, dentro de casa, bem como os cortes instaurados por operações epistêmicas exteriores a estas relações. Ao compartilhar experiências deste cotidiano foi possível interpretá-lo e trazer discussões aproximativas do vivenciado por eles e por mim durante a pesquisa.

Alguns relatos, sobre o período de internamento, convergiam com as informações trazidas nas pesquisas que tive acesso, outros, divergiam. Entre as pessoas com as quais me relacionei durante a pesquisa por mais tempo, pude perceber que o hospital, também foi para elas, espaço favorável ao estabelecimento de laços afetivos e de amizades.

Utilizei, enquanto recursos metodológicos, o diário de campo, deste extrai as discussões que deram forma a esta pesquisa, no final da mesma lancei mão de um roteiro, contendo algumas questões que colaborou nas discussões e compreensões dos profissionais da equipe de saúde da UBSF sobre o processo de inserção no GSM.

Não foi possível realizar entrevistas, pois a relação entre pesquisador e os demais participantes de uma pesquisa, num espaço tal como a UBSF, deve ser baseada nas recomendações hierárquicas. Em alguns casos, a fluidez da mesma depende do bom relacionamento estabelecido entre as partes envolvidas, equipe de saúde, usuários e pesquisador. Por não ter sido realizado entrevistas, reconheço que parte deste cotidiano foi silenciado, a outra, com bastante esforço e cautela foi possível apresentar a partir de interpretações sobre o observado.

Esta relação foi estabelecida cotidianamente entre pesquisadora, as pessoas da ESF e as da CF entre maio de 2011 a março de 2012. Nos cinco primeiros meses ficava apenas na UBSF, três dias alternados de segunda a sexta, nos dois horários de funcionamento. Nos últimos meses, passei mais tempo na Comunidade, os dias não eram determinados, às vezes precisava estar na CF aos domingos, ou, a noite durante a semana. Não havia, portanto, um horário certo como na UBSF, desta forma, as visitas neste espaço eram mais livres e com outro ritmo, poderiam ser combinadas com os próprios moradores. Todo mês, na segunda quinta feira, eu não poderia faltar à UBSF, este dia da semana era reservado unicamente ao atendimento do GSM.

A máquina fotográfica, utilizada para o registro dos momentos de interação social na comunidade, tais como dias de festa na UBSF, foi um instrumento de aproximação, fez parte desta pesquisa, porém, por questões de ética optei por não trazer neste momento as imagens que mostravam as pessoas, ficaram em acervo pessoal. Quando os

eventos eram fotografados, no término dos mesmos, havia aproximação de algumas pessoas do grupo, sugerindo que eu trouxesse as fotos no encontro seguinte. Na medida do possível procurava atender ao pedido, além da reciprocidade entre eles e eu, nestes momentos, a distância entre nós diminua conforme os encontros aconteciam.

Todas estas técnicas metodológicas passaram pelo crivo do comitê de ética em saúde do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) antes de iniciar a pesquisa, por envolver seres humanos e estar na área da saúde. Foi necessário enviar uma cópia do projeto para a Secretaria de Saúde desta cidade. Quando de sua apreciação e aprovação concederam declaração para ser enviada a este Comitê. Após o cumprimento de algumas procedências burocráticas, tais como elaboração de termos de compromisso, e apresentação do número de pessoas participantes. Todos estes trâmites levaram quase sessenta dias, para então ser aprovado e outra declaração ser concedida autorizando a entrada em campo.

A Dissertação está estruturada em três capítulos. O primeiro intitulado: *Loucura e psiquiatria: condições históricas*. Neste capítulo busco realizar um estudo sobre os caminhos percorridos pelo que se denominou loucura, procurei mostrar as compressões sobre a mesma, dando ênfase ao surgimento do hospital enquanto espaço de atuação da psiquiatria para o tratamento da loucura e a transformação desta em doença mental. Nestas discussões procurei apresentar como aconteceu o processo de instauração da intervenção médica no hospital, quando as pessoas consideradas loucas foram separadas dos demais grupos sociais.

A psiquiatria se institui enquanto ciência para cuidar da loucura, fortalecendo assim, a atuação médica no hospital psiquiátrico. As visitas dos médicos, antes rápidas e raras, com a transformação do hospital em instrumento terapêutico de cura, passam a ser constantes e mais demoradas. A estes, homens do saber, eram cedidas as responsabilidades de organizar e ordenar o espaço. Com esse percurso, surgem outras reflexões sobre as mudanças na psiquiatria ao longo da história, os interesses da época apontavam para além da cura. A vigilância sobre as instituições de reclusão se fez notar, assim, os hospitais teriam a responsabilidade de curar, de vigiar e de reprimir o louco. Neste período, com a introdução do saber médico no hospício, a loucura adquire outras classificações, os médicos discutiam se a loucura seria algo de ordem física, de ordem psicológica e também higiênica.

Outras discussões foram contempladas, a exemplo do nascimento da psiquiatria no Brasil, com a criação do hospício Pedro II, em 1842 no Rio de Janeiro. Neste

momento a sociedade brasileira estava vivendo o controle da medicina social, com as imposições dos hábitos europeus e outras práticas repercutindo ideias, tais como as eugenistas, desejosas da criação de um homem perfeito, este deveria ser de pele branca, boa estatura, rosto belo e bem afortunado.

A manutenção de hábitos de uma elite preocupada com seus status colaborou para afastar dos seus olhos fatores considerados transgressores da ordem, o alcoolismo se insere nestes casos. Estes e outros hábitos envergonhavam esta elite, logo, a reclusão seria uma suposta solução para as diversas situações. As pessoas envolvidas com o álcool, ou se reclamassem das imposições, ou vivenciassem outras situações, seriam levadas aos hospícios, algumas dessas experiências foram apresentadas neste capítulo.

O segundo capítulo tem como título: *Saúde Mental em Campina Grande: da Reforma Psiquiátrica à Estratégia Saúde da Família*. Neste focalizei o processo de interdição do Hospital Psiquiátrico João Ribeiro. Refletindo sobre a RP e os novos serviços substitutivos da saúde SM em Campina Grande-PB.

Neste momento apresentei o *locus* da pesquisa e as discussões sobre o primeiro cenário, onde foi desenvolvida, ou seja, às relações sociais no espaço da UBSF, as quais foram apresentadas no que considero o primeiro momento da pesquisa. Neste percurso, serão apresentados os motivos pelos quais o hospital João Ribeiro foi interditado, bem como o cotidiano da ESF com as pessoas atendidas na atenção básica e as do GSM.

O terceiro capítulo tem como título: *Vivências do presente e lembranças do passado: Saúde Mental na Comunidade das Flores*. Este momento da pesquisa priorizo algumas pessoas do GSM. A convivência com as pessoas, com as quais havia estabelecido laços de amizade nos encontros na UBSF, me possibilitou *ver e ouvir* para além deste espaço.

Considerei esta parte da pesquisa, um dos momentos mais importantes da experiência, com estas pessoas, a interação era mais espontânea, distante tanto de outros olhares, quanto da espera ansiosa de ouvir o seu nome ser chamado para a consulta com o médico e o enfermeiro. As versões das pessoas, na UBSF do GSM, sobre a compreensão de si e as experiências vivenciadas em hospitais psiquiátricos, foram narradas livremente.

Nesta pesquisa trouxe relatos sobre histórias dos participantes do GSM, algumas narradas por elas mesmas e outras por pessoas da equipe de saúde e familiares. A intenção é apresentar quem são como se compreendem e são compreendidas na ESF e quais suas versões sobre o antes e durante o internamento.

O convívio nos primeiros meses na UBSF foi um momento ímpar e se ampliou quando pude observar para além dos seus muros, ou seja, pude estar ao mesmo tempo na dinâmica da comunidade. Considero este momento um aspecto importante deste trabalho, constituindo, talvez, a singularidade de minha pesquisa. Tive a possibilidade de ouvir as próprias pessoas que um dia foram internadas. Mesmo sendo uma interpretação de quem pesquisou, procurei, nesta estrita, apresentá-las como autoras de suas histórias, permitindo que falassem.

Nas pesquisas, que tive acesso, sobre loucura e a psiquiatria em Campina Grande-PB, a “voz” predominante foi de terceiros, familiares e pesquisadores. Raramente, as falas de quem teve a experiência, aparecem. Nesta procuro o inverso, as falas principais são de quem passou pelo internamento, as dos demais apenas complementam. As compreensões deste cotidiano, cotidiano enquanto dia a dia dos moradores na comunidade, são interpretações possíveis a partir de um convívio e ao mesmo tempo interações entre os envolvidos naquele universo.

Porém, saliento que a complexidade do vivido para o narrado, tem suas peculiaridades, porque o pesquisador leva ao lócus da pesquisa suas leituras e concretiza compreensões, baseado na maneira como percebeu. A aproximação, da forma como as relações foram estabelecidas é o desafio maior do pesquisador, portanto está aí, em minha compreensão, a arte do apresentar o que vivenciado.

Por ter feito parte desta experiência as incursões etnográficas, tomo aqui emprestada a reflexão de Clifford Geertz (1978), sobre a capacidade de esclarecimento da experiência por mim vivenciada:

A exigência de atenção de um relatório etnográfico não repousa tanto na capacidade do autor em captar os fatos primitivos em lugares distantes e levá-los para casa como uma máscara ou um entulho, mas no grau em que ele é capaz de esclarecer o que ocorre em tais lugares, para reduzir a perplexidade - que tipos de homens são? - a que naturalmente dão origem os atos não-familiares que surgem de ambientes desconhecidos. (GERTZ, 1978 p: 26).

Assim, busquei na apresentação das singularidades das personagens eleitas nesta pesquisa, a forma mais coerente com o vivido em nossos encontros, em suas compreensões sobre si, e sobre os outros, em suas peculiaridades de ser e viver. Outros olhares poderão trazer novas interpretações, e assim, ampliar as discussões sobre outras realidades.

CAPITULO I – Loucura e Psiquiatria: condições históricas.

1.1 – Hospício: lugar para loucos?

Compreender em que momento a instituição hospitalar surgiu, enquanto espaço pretensamente adequado ao tratamento das pessoas consideradas doentes, e depois a construção dos hospícios, e como passaram a ser questionados, posteriormente interditados, interpretados insatisfatoriamente, considerados impróprios às necessidades pelas quais foram edificadas, é um dos caminhos percorridos neste capítulo.

A partir de pesquisas realizadas sobre a temática, discuto alguns dos momentos de legitimação do poder científico, visto como o mais preparado para isolar do convívio social, para classificar e medicar “pessoas loucas”. Discussões possíveis de compreender como ao longo dos anos se percebeu a ineficácia do “tratamento” da loucura baseado nestas premissas, até então consideradas ideais para a sua solução, e as necessidades de se construir serviços substitutos de SM.

Como desfecho da pesquisa pretendo apresentar o desenrolar de um cotidiano de pessoas inseridas na ESF, ainda estigmatizadas por adjetivos que permeiam o universo da SM. Esta estratégia não tem as mesmas incumbências dos CAPS, de acolher e se possível permanecer com as pessoas, por um período de 15 dias, internas, mas a ESF tem a responsabilidade de estabelecer os primeiros contatos com estas pessoas. Quando não encontra os meios considerados propícios à resolução é realizado o encaminhamento aos outros serviços substitutivos. Se for o CAPS, quando as pessoas retornam, a ESF deve se responsabilizar pelo apoio a estas, acompanhando-as e orientando-as para outros procedimentos junto à família.

Nesta pesquisa as narrativas sobre a experiência de um passado serão levadas em consideração. Concordando com Nádya M. W. Santos (2008) quando diz que tanto a história quanto a loucura são narrativas. E, assim como as histórias permitem montar um cenário, mesmo desenhando o passado e por isso é considerada narrativa, os enredos em torno das representações da loucura, serão também narrativas.

Algumas leituras apontam que ser considerado louco, mesmo antes de sua legitimação, ou seja, antes de se transformar em doença mental, dá margem para um lugar de exclusão na sociedade. Quando falamos em exclusão, recuamos na história, e nos referimos aos estereótipos voltados aos leprosos, enquanto pessoas inseridas em grupo social incompatível com o mundo das pessoas “sãs”. Por não serem “iguais”, seriam causadoras de medo.

Afinal, ter lepra, numa época em que os preceitos religiosos faziam as suas definições temerosas a quem se encontrava em tal situação, simbolizava castigo divino, e por isso a pessoa deveria, através desta enfermidade, ser penalizada. Este medo duraria por muitos anos e reapareceria através da loucura.

Foucault (2008) abre espaço para se pensar a relação entre a loucura e o internamento. Relação esta merecedora de reflexões e questionamentos principalmente nos últimos anos com o processo de RP e a substituição dos espaços hospitalares por outros, eleitos para lidar com a loucura, o propósito destes outros espaços seria ‘cuidar’ melhor e reinserir as pessoas em “sofrimento psíquico” no rol dos considerados “normais”.

De acordo com este autor a loucura teria levado alguns séculos para provocar reações de divisão e exclusão. Ressurge na paisagem imaginária da Renascença a ‘Nau dos loucos’. Nesta simbólica embarcação, a sociedade ‘acreditava’ estar se livrando de um problema transportando-o para outros ambientes.

Destarte, essa simbólica viagem dos loucos representava, talvez, o desejo de se atribuir um lugar à loucura, distanciando-a de uma sociedade desejosa de não ser perturbada, isto tornou-se mais visível nos anos seguintes, quando a *face* da loucura começou a assombrar o homem ocidental, e suas figuras simbólicas se tornaram pesadelos a compor um mundo de homens de razão.

Os lugares para as pessoas consideradas loucas devem ter uma estrutura adequada à condição onerosa, trazida pelos insanos, a uma sociedade com novos interesses. É interessante notar que a estrutura para isolamento de pessoas transgressoras das normas, tão quista em determinados momentos na história, passou a ser um “problema” nos anos seguintes.

De acordo com Braga e Silveira (2005), a dimensão da classificação do que é ter loucura ou não, pode ser identificada em diversas épocas e compreendida nas mais variadas formações sócio-históricas. Elas não negam o lugar de exclusão do louco, mas salientam que esta personagem nem sempre esteve associada ao perigo, ao lado negativo do ser, ou mesmo à doença.

Reforçam a ideia de em outros tempos e espaços, tais como na Grécia antiga, estar envolvido no universo denominado de “desrazão”. Esta é entendida, por estas autoras, como tudo aquilo que uma sociedade enxerga como sendo o seu “outro”: a estranheza, a ameaça, identificadas em épocas diversas, inclusive pode ser muito significativa em várias formações histórico-sociais.

Porém, o universo da loucura terá outras interpretações, “sob o aspecto conceitual o ponto decisivo é o aparecimento de uma consciência histórica da loucura. Isto é, enquanto a experiência da desrazão é afetiva, imaginária, atemporal (...) a reflexão sobre a loucura é temporal, histórica, social” (MACHADO, 1981 p: 72). A compreensão sobre a construção da loucura a partir dos discursos passa por várias etapas, algumas das quais serão aqui discutidas.

De acordo com Michel Foucault (2000), antes do século XVIII o estado denominado loucura era compreendido como uma forma de erro ou mesmo de ilusão. A pessoa seria separada da sociedade se apresentasse formas extremas de perigo. O enclausuramento ainda não significava um meio para resolver uma situação classificada posteriormente como doença.

Os lugares reconhecidos como terapêuticos eram primeiramente a natureza, pois que era a forma visível da verdade; tinha nela mesma o poder de dissipar o erro, de fazer sumir quimeras. As prescrições dadas pelos médicos eram de preferência a viagem, o repouso, o passeio, o retiro, o corte com o mundo vão e artificial da cidade (...) outro lugar terapêutico usual era o teatro, natureza invertida. Apresentava-se ao doente a comédia de sua própria loucura colocando-a em cena, emprestando-lhe um instante de realidade fictícia, fazendo de conta que era verdadeira por meio de cenários e fantasias. (FOUCAULT, 1979 p: 121).

As histórias mudam e as pessoas cotidianamente dão sentido às suas interações, conforme descobrem outros caminhos. Este cenário do qual nos fala Foucault, teve sua paisagem transformada, a natureza não era mais o lugar de apreciação e sim as grades e paredes, de instituições erguidas para finalidades diversas, não apenas com a intenção da curar uma doença que foi socialmente construída, ou seja, a loucura. Esta, enquanto construção é merecedora de novos questionamentos que envolvam outras dimensões da vida social.

Segundo Paulo Amarante (2007), nem sempre o hospital foi considerado uma instituição médica. Surgiu inicialmente na Idade Média voltando-se à caridade. Um de seus objetivos seria oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, aos mendigos, aos desabrigados e aos doentes. Lugar de caridade e de hospedagem. Alguns momentos históricos contribuíram para terem outros significados.

Jacques Donzelot (1980) diz que dentre os meios de assistência aos pobres, estavam os Hospitais Gerais, juntamente com as reclusões para os vagabundos e a esmola para os mendigos, contribuindo para esconder dos “olhos” públicos as pessoas expostas à mendicância. Para este autor estas ações seriam falsas soluções ao problema.

Isso nos leva a outras interpretações: seria também o enclausuramento dos considerados loucos uma falsa solução para a suposta recuperação da doença mental? Posto ter sido anos depois questionados e interditados.

Assim como Donzelot, Machado (1981) também se refere a esta questão dizendo que boa parte dos projetos da segunda metade do século XVIII baseava-se na diferença de duas categorias de pobres. A composta por “pobres válidos” e a outra por “pobres doentes”, e, compondo o cenário social se dividiria, portanto, em pessoas aptas ao trabalho, algo positivo, mesmo sendo pobres, e em pessoas doentes, elementos negativos, sem utilidade econômica para a sociedade.

Conforme Castel (1978), o hospital não era um espaço de cura, mas de reclusão imposta àquelas pessoas consideradas rompedoras da ordem. Para estas serem inseridas neste espaço, o estado de doença delas não era determinante, a inclusão dava-se mais pelas necessidades de se exercer o controle, por serem consideradas enquanto grupos que apresentavam riscos sociais.

Assim, uma das medidas para evitar tais riscos seria estabelecer algo que tivesse também uma função moral: o trabalho.

Ainda sobre o enclausuramento o autor Roberto Machado também discorre sobre este espaço dizendo que:

O Grande Enclausuramento assinala uma ética de trabalho em que este é moralmente concebido como o grande antídoto contra a pobreza. Força moral, portanto, mais que força produtiva. Enfim, politicamente ele significa a incorporação de um projeto moral a um projeto político, a integração de uma exigência ética à lei civil e à administração do Estado sob forma da correção da imoralidade através da repressão física (MACHADO, 1981 p: 64).

“*O Grande Enclausuramento*” assinala uma época cuja mendicância enfeitava a paisagem da sociedade e os desejos de inserção das pessoas ao mundo do trabalho se aguçavam. Tão logo se inicia as transformações sociais do século XVIII, o período da *Grande Internação* sinaliza fracasso. Agora as necessidades são outras. As pessoas devem estar dispostas e aptas para serem enquadradas nas requisições da industrialização e não “impossibilitadas”. Antes destas mudanças aqueles destinados aos cuidados dos doentes não eram envolvidas pela lógica do trabalho, ou pelo saber médico, mas eram os que estavam em busca de salvação, para alcançarem tal objetivo prestavam assistências aos necessitados.

De acordo com Foucault (1979), o hospital, enquanto instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova. Data das últimas décadas do século XVIII. Para a sua construção arquitetônica não basta apenas um olhar de um arquiteto. Entra em cena a experiência de um olhar médico, pois este se diz capacitado para definir como melhor se daria a cura. As estruturas seriam planejadas para separar as pessoas por enfermidades. *Refinamento nas exigências* é o nome dado por este autor ao novo olhar sobre o hospital. Por diferenciar-se das finalidades anteriores “o hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não era de modo algum, um meio de cura” (FOUCAULT, 1989 p: 09). O hospital se tornou essencial para a vida urbana posteriormente.

Pensar no lugar do hospital enquanto construção que ao longo do tempo foi tendo outros significados na relação saúde-doença é interessante, por auxiliar na compreensão e reflexões dos motivos de sua deslegitimação. Isto aconteceu, curiosamente, pelos mesmos poderes que o legitimaram enquanto espaço de cura. Não apenas os hospitais psiquiátricos, mas os demais também passaram por uma reestruturação, a exemplo no fim do século XX, quando a atenção básica foi reorganizada e as pessoas passaram a ser atendidas em suas localidades através da ESF. Nesta proposta não é mais a cura que está em primeiro lugar e sim a prevenção, esta seria alcançável a partir de um diferencial: as pessoas seriam acompanhadas em suas residências e cuidadas por seus familiares, proposta parecida com a da RP, quando pronuncia o ‘de volta para casa’.

No hospital, conforme este autor, os aspectos físicos, as peças como roupa branca, material próprio para tratar determinadas doenças, devem ser observadas e analisadas para compreender o sentido deste espaço, que é determinado para curar, diferentemente do ambiente familiar, que não tem a mesma função.

Ainda de acordo com Roberto Machado (1981), quando se refere ao surgimento de espaços específicos para a loucura, no século XVIII havia teorias que individualizavam a loucura, sobre este aspecto abre espaço para se discutir a criação destas instituições.

Este autor também concorda com a ideia de que a reclusão dos “loucos” envolve fatores de ordem política, econômica e social. Os quais contribuíram para se pensar o lugar do louco na sociedade. Isto se deu num período marcado por transformações significativas no mundo, com as duas grandes revoluções a *Francesa e a Industrial*, fortalecendo os discursos capitalistas da sociedade europeia.

Ainda conforme este autor, duas são as críticas à instituição hospitalar: uma interna e outra externa. A primeira indaga sobre pessoas com problemas heterogêneos

dividindo o mesmo espaço com as ditas loucas sem ao menos questionarem a relação entre loucura e internamento. E a segunda se refere à eficácia do internamento.

Como se trata de um momento de busca e satisfação econômica, o internamento não solucionaria os problemas relacionados ao desemprego e a mendicância, muito menos ao lucro, por exemplo. Outras medidas se faziam interessantes naquele momento. A população não sendo mais a mesma, pois as relações são constantemente ressignificadas, os discursos mudariam. Estas pessoas ocupariam outros lugares importantes na lógica capitalista. As necessidades seriam outras. O homem aparece como meio de valor e a população enquanto produtora de riquezas.

Mas como fica a loucura com essas transformações? Que lugar ocupa nestas discussões? Roberto Machado (1981) sustenta não ter havido uma libertação dos loucos, mas, manutenção da reclusão, com a diferença de ser apenas para as pessoas em estado de loucura. Neste momento histórico, “a grande mudança que assinala a segunda metade do século XVIII, com relação aos loucos, é seu isolamento solitário proveniente do esfacelamento da categoria de desrazão, de sua incapacidade para o trabalho” (MACHADO, 1981 p: 74).

Os novos cuidados direcionados às pessoas consideradas loucas, baseados na medicalização, significaria a reestruturação interna das instituições de reclusão. “Medicalização, independentemente da convocação da própria presença do médico, é o aparecimento da reclusão como tendo em si mesma uma significação curativa” (MACHADO, 1981 p:75). Da forma como estas pesquisas mostraram as transformações da instituição hospitalar, nos leva a entender que estes espaços não seriam apenas destinados à reclusão, ou à cura, mas traria outros interesses, o econômico possivelmente seria um deles.

1.2 – Intervenções médicas no hospitalar

Algumas das pesquisas aqui abordadas mostraram que a loucura enveredou por caminhos diversos até ser transformada em doença. Seus percursos adentraram por cenários peculiares com formas diferentes de recepcioná-la. Alguns homogeneizando, outros enclausurando, outros liberando as pessoas.

Foram etapas também de legitimações e deslegitimações de espaços, destinados à cura de pessoas consideradas pelo saber “doentes”. Mas não é qualquer doença e sim uma específica: a loucura, que assim foi, em certo momento histórico, considerada.

Como dito anteriormente, hospital se destinava inicialmente a caridade. Ao longo dos anos começou a adquirir outras funções sociais e políticas, outros saberes foram direcionados. Os médicos, nestas instituições, com o discurso de ‘humanizá-las’ e adequá-las aos preceitos modernos, principalmente com o advento da Revolução Francesa, colaboraram para as suas transformações, as quais passaram a ser palco para o exercício dos seus saberes.

Conforme Foucault (1979), este diretor poderia ser uma pessoa religiosa, encarregada da organização interna. Raramente estas tarefas se destinavam ao médico. Este seria convidado ao hospital apenas quando fosse necessário tratar do mais doente entre os doentes. Suas visitas se davam de forma rápida e para atender muitos doentes em um só dia. Mas quando realizava estas obrigações logo se retirava do recinto. Este profissional estaria naquele espaço a convite do pessoal religioso. Assim, diretor poderia ou não aceitá-lo se assim quisesse. Situação temporária, porque a partir do momento

Em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico de cura, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. A ele se pergunta como se deve construí-lo e organizá-lo (...) a partir de então, a forma do claustro, da comunidade religiosa, que tinha servido para organizar o hospital, é banida em proveito de um espaço que deve ser organizado medicamente. (FOUCAULT, 1987 p: 127).

Se antes a presença do médico neste espaço se dava raramente, mais por conveniência, com a transferência de poder sobre a instituição a sua presença torna-se cotidiana. A sua permanência deveria durar. Não seria apenas uma passagem. Posteriormente, no fim do século XVIII, o médico passou a residir no hospital. Assim ele poderia a qualquer hora do dia fazer as devidas observações sobre as pessoas e os acontecimentos naquele cenário.

Reforçando as colocações de Foucault, Amarante se reporta ao assunto dizendo que o hospital foi medicalizado perdendo, assim, suas funções de caridade. A cura seria sua nova modalidade.

A intervenção médica no espaço hospitalar, que anteriormente era eventual e paroxística, passaria a ser regular e constante: o saber sobre o hospital permitiria ao médico agrupar as doenças e, assim, observá-las de uma forma diferente, no dia-a-dia, em seu curso de evolução. (AMARANTE, 2007 p: 25).

Desta forma, para este autor, o processo denominado de medicalização hospitalar teve duas faces: uma em que o hospital se transforma em instituição médica, apropriado pela medicina, e a outra a própria medicina, convertida em saberes e práticas predominantemente hospitalares.

A disciplina foi para Foucault uma das ações de distribuição espacial das pessoas atuando com maior controle sobre seus comportamentos. Daí então,

O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e o compõe. Uma anatomia política, que é também igualmente uma mecânica do poder, esta nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer. Mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis (FOUCAULT, 1987 p: 127).

Foucault ressalta que a docilidade, assunto de grande interesse no século XVIII, não é de todo novo. Não seria a primeira vez de transformação do corpo em objeto de investimento. Em outros tempos e espaços estaria preso no interior de poderes estreitos e submetido à imposições, fossem elas de limitações, de proibições ou mesmo de obrigações. Assim, no século XVIII a disciplina teria se tornado uma forma de dominação.

Destarte, as pessoas seriam monitoradas e teriam seus comportamentos vigiados, o espaço disciplinar saberia “onde e como encontrar os indivíduos, instaurar as comunicações úteis, interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um” (FOUCAULT, 1987 p: 131).

Tudo aquilo que deixava as pessoas “soltas” sem obedecer às ordens determinadas, deveria ser combatido. Direcionar um “olhar mais firme” à esta coletividade se fazia necessário.

Diz Foucault (1979) que a estrutura arquitetônica dos hospitais estava montada de acordo com duas lógicas: uma separando os espaços, para evitar os contágios das doenças, outra para vigiar as pessoas.

Conforme Renata Britto (2004), com a presença médica nestes espaços foi possível isolar, separar, observar e ainda classificar as doenças, dando margem assim, para o hospital se transformar em espaço de transmissão de saber, dando à medicina clínica a “oportunidade” de iniciar a sua atuação. Os médicos ficaram a frente da organização e das responsabilidades “tornando-se uma instituição médica por

excelência, lugar privilegiado de produção e exercício do saber médico” (BRITO 2004, p: 23).

No Brasil, Yonissa Marmitt Wadi (2002) historiadora que realizou uma pesquisa no Rio Grande do Sul, sobre a constituição do discurso médico psiquiátrico no processo de conquista do espaço institucional destinado aos loucos. Deu ênfase a luta dos médicos para estarem à frente da organização e execução das atividades de um espaço assim. As disputas desses profissionais eram travadas junto a outras pessoas, tais como provedor, aquelas religiosas e também ligadas à caridade, até então responsáveis pela organização destes espaços. O saber médico precisava, naquele momento, de autoafirmação.

Assim, para a imposição do mesmo seria necessária

A definição clara por parte dos médicos de quem eles são e de quem devem ser para se confrontarem com outros atores sociais e demonstrarem sua “autoridade” perante a sociedade; contra quem lutam ou contra o que lutam; o que querem; quem são seus alvos preferenciais; quais são os instrumentos de seu saber/poder; quem são seus aliados; como devem interpelar o social. Precisam se nomear, nomear seu saber, nomear o outro que deve ser atingido por esse saber (WADI, 2002 p: 111).

Nesta passagem é possível perceber a busca da legitimação do saber pelos médicos. Além da urgência em provar a capacidade de poder, os médicos teriam que se responsabilizar por um espaço hospitalar e disputar o poder com outros poderes existentes na gerência do espaço e nos cuidados com a doença das pessoas internas.

De acordo com Amarante (2007) ao chegar nestas instituições, em nome de um novo saber sobre as doenças, o médico retira da filantropia e do clero o poder sobre a administração. Os médicos tornaram-se personagens fundamentais para o desenvolvimento da trama psiquiátrica nestes cenários.

Dentre estes alguns marcaram o processo de medicalização do hospital, a exemplo de Philippe Pinel (1745-1826)⁸, em Paris, nas últimas décadas do século XVIII, quando ficou na organização dos hospitais de Bicêtre e La Salpêtrière, na França. Sintonizado com os ideais franceses de liberdade, igualdade e fraternidade, preconizou o tratamento moral para os alienados e propôs a liberdade aos loucos acorrentados em Paris.

⁸ Philippe Pinel foi um médico francês, considerado o pai da psiquiatria. De acordo com este médico, os seres humanos sofriam de perturbações mentais eram doentes e por isto, deveriam ser tratados como doentes, mas, não de forma violenta. Foi o primeiro médico a tentar descrever e classificar o que considerava perturbações mentais.

A ideia de curar a loucura - como também a organização de toda uma estratégia terapêutica em torno do louco - fundada no princípio de que a loucura subsiste um núcleo de razão, de natureza, de verdade, que é alienado, mas não destruído, significa que a psiquiatria pretende realizar, de modo mais perfeito, pelo sistema da recuperação, aquilo que, no final do século XVIII, o sistema da exclusão clássica se mostrou incapaz de realizar: o controle social do louco (MACHADO, 1981 p: 90).

Neste espaço de reclusão, a loucura tornou-se objeto de conhecimento, transformando-se em doença. Mas não em qualquer uma e sim em doença mental. A psiquiatria passou a ser uma ciência apta a classificá-la.

Conhecer a loucura significaria ter mais um mecanismo de controle no internamento. O hospital, enquanto espaço de reclusão e disciplina, foi aos poucos tomando forma de instituição médica. As pessoas compositoras do seu cenário, tais como os médicos, foram legitimando os seus saberes.

Amarante (2007), em suas reflexões sobre as compreensões referentes à loucura, discute a condição de ser considerado um alienado. A pessoa assim seria aquele ser que está fora. Dessa forma abre-se espaço para subentender que seria alguém por fora da realidade, sem capacidade de gerir suas próprias vontades e desejos. Estaria assim, envolvida em outras razões, divergentes das estabelecidas por aqueles considerados *normais*.

Mas, o que seria ser normal? Seria alguém com razão? São interrogações complexas e talvez de difíceis respostas. Pois as sociedades mudam e as pessoas também. Aceitam ou descartam as regras estabelecidas. Portanto, a ideia de normalidade é histórica e relacionada à configurações sociais, econômicas, políticas e religiosas. Essa condição envolve outras discussões que levem em consideração a cultura e a compreensão das pessoas sobre. “Ao longo de todos estes anos, o conceito de alienação mental contribuiu para produzir (...) uma atitude social de medo e discriminação para com as pessoas identificadas como tais” (AMARANTE, 2007 p: 31).

Houve mudanças na nomenclatura: louco, alienado, doente mental, ou mesmo pessoa em sofrimento psíquico. Mas são atributos ainda presentes principalmente em espaços onde o estigma ainda é bastante forte.

O que levou a sociedade mudar seus conceitos sobre a loucura? Seria a instauração de um novo espírito de benevolência, na tentativa de aproximar as pessoas internadas em hospitais psiquiátricos às suas famílias, transferindo a outras técnicas a confiança de cuidar, as quais suas práticas não recorrem aos grandes muros e nem a um único saber, mas, a espaços alternativos, onde seja possível a interdisciplinaridade,

assim como se apresentam os novos serviços substitutivos tais como os CAPS, as ESF. Espaços merecedores de amplas discussões.

1.3 – Nova fase da loucura

Um ensaio sobre aspectos históricos e sociais, pertinentes à temática em questão, é, neste momento, necessário para melhor situar as discussões relacionadas à psiquiatria.

Os ‘loucos’, antes inseridos em espaços homogêneos, compostos por pessoas percebidas enquanto perturbadoras da ordem social, foram separados, e os poderes, executivo e o judiciário, responsáveis por colocá-los nestes locais, tiveram o seu poder transferido para outros, como foi visto anteriormente. “Em um sistema contratual, a repressão do louco deverá construir para si um fundamento médico, ao passo que a repressão do criminoso possui imediatamente um fundamento jurídico” (CASTEL, 1978).

Com a separação dessas pessoas, aos loucos foram designadas medidas específicas. Não caberia mais ao poder executivo ministrar suas ações como antes, ou pelo menos, não isoladamente. Sobre este pensamento de Castel outros autores tais como Pereira (2004) discutem o assunto, reforçando a ideia dizendo que neste momento

Os loucos diferenciam-se dos demais grupos enclausurados e, com isso, criou-se, a partir da sua especificidade, um aparelho de saberes e práticas destinadas a eles, de modo que se justificasse através de estratégias científicas a sua permanência no espaço de reclusão. Assim, instaurou-se uma aliança inabalável entre o poder político e o poder médico, em uma relação dialética em que ambos se potencializavam (PEREIRA, 2004 p: 30).

Esta estratégia científica se relaciona com o posicionamento de Pinel que propôs a liberdade aos loucos. Mas, seria apenas das *correntes*, da forma *desumana* de lidar com estes, não do isolamento. Esta prática ainda permaneceria, porém não sozinha. Teria um tratamento baseado no saber médico, cuja meta seria devolver a liberdade suprimida de quem esteve em estado de alienação.

De acordo com Amarante (2007), o isolamento serviu para separar pessoas ditas alienadas do meio social. Acreditavam que o meio social influenciaria sobre as causas da alienação. Ele diz que, se assim fosse, o isolamento permitiria a recuperação destas pessoas sem outras interferências.

Ao acreditar nesta possibilidade, o isolamento seria a solução, pois sem o suposto contágio do meio externo, o qual influenciou a psiquiatria por muito tempo, o louco teria um tratamento mais adequado e a recuperação seria mais rápida.

Afastava-se, pois, o alienado das interferências que pudessem prejudicar tanto a observação apurada, para a consolidação do diagnóstico mais preciso e correto, quanto o próprio tratamento moral que, como se poderia supor, requereria ordem e disciplina para que a mente desregrada pudesse novamente encontrar seus objetivos e verdadeiras emoções e pensamentos (AMARANTE, 2007 p:41).

O princípio do isolamento era justificado pelo caráter terapêutico e a ciência médica passaria a lidar com a loucura enquanto objeto de observação de forma que as pessoas estivessem em sintonia com as necessidades daquele contexto.

Dentre os segmentos sociais tais como mendigos, pobres, os classificados loucos se diferenciaram. Para reforçar esta discussão Castel (1978), afirma que uma vez isoladas em espaços específicos essas pessoas teriam como diferencial a própria doença, a doença mental. O louco, por ser considerado incapaz de acompanhar a dinâmica social de forma satisfatória, deveria ser amparado e tutelado por alguém capacitado, competente: o médico.

Sobre esta situação Silva Filho (2002) diz que a meta era a separação dessas pessoas das outras consideradas capazes:

Diferenciando o louco do cidadão comum, responsável e obediente às leis, e por isso digno de liberdade; do criminoso que racional e responsável transgride as leis, por isso se faz merecedor da prisão; e do miserável, ser agora pleno de direitos e, portanto, merecedor de trabalho, o alienismo instaura uma nova relação de tutela, que se constitui numa dominação/subordinação regulamentada, cuja violência é legitimada com base na competência do tutor 'versus' a incapacidade do tutelado, categorizado como ser incapaz de intercâmbios racionais, isento de responsabilidade e, portanto, digno de assistência, além do estatuto de doente, ganha o louco o de menor, ficando o médico, no caso o psiquiatra, como o seu tutor, respondendo assim ao desafio da administração e controle legal da loucura da sociedade liberal (SILVA FILHO, 2002 p: 20).

Neste trecho é possível perceber as justificativas distinguindo os loucos dos demais segmentos sociais que também viviam isolados, separados do convívio familiar e da sociedade, de forma subalterna, tanto quanto com aqueles com quem dividiam o espaço no enclausuramento. O criminoso por ser um ser racional teria domínio sobre as suas ações. A cadeia seria a 'recompensa', ou seja, punição. Aos desafortunados o trabalho supostamente tiraria da 'vagabundagem'.

Se o pensamento sobre o viver em sociedade é estruturado dentro destas prerrogativas, as pessoas enquadradas neste modelo deveriam se adaptar às regras sem questioná-las, guiando suas ações à luz de pensamentos alheios. Se as pessoas ousam não seguir as imposições são colocadas em outras esferas, para as quais é destinado um

tipo de poder. Além de serem consideradas incapazes, foi destinado às mesmas um tipo de tratamento específico sob a orientação da psiquiatria.

De acordo com Wadi (2002), para o tratamento a psiquiatria do século XIX compreendia que o espaço hospitalar deveria ser organizado tanto para curar a doença mental quanto para estabelecer maior vigilância e repressão ao louco. Além da preocupação com a estrutura asilar, havia toda uma discussão sobre como proceder ao tratamento às pessoas ‘perturbadas’. Enquanto uns acreditavam que a loucura era algo de ordem física, portanto, os tratamentos deveriam voltar-se a esta área, outros compreendiam ser uma alteração psicológica. Para esta situação o tratamento deveria ser moral.

Em sua pesquisa a autora observou pronunciamentos complementares a estas colocações.

A psiquiatria moderna, aproveitando o que há de bom numa e noutra dessas teorias, lança mão de ambas para atingir os fins, que tem em vista, colhendo deste ecletismo as melhores vantagens (...) métodos bons, mas cada um isoladamente quase nada faz em proveito do alienado (WADI, 2002 p: 147).

Dentre as compreensões sobre a loucura o que se refere à moral ganha espaço significativo nas discussões, pois se referia a um conjunto de medidas que envolvia aspectos da subjetividade humana. Para melhor eficácia, dentre os seus princípios estava o isolamento. Medida que afastava do mundo exterior para poder observar e fazer as possíveis intervenções.

No processo de tratamento esta prática tornou-se uma das mais utilizadas. O isolamento tiraria do meio social as pessoas consideradas loucas e as ‘presenteariam’ com o tratamento terapêutico.

Erving Goffman (1987), quando se pronuncia sobre os espaços institucionais, se referindo não apenas aos da área psiquiátrica, mas de outras, os define como: “instituições totais, e seu ‘fechamento’ ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo” (GOFFMAN, 1987 p: 16).

Além do contato restrito com este mundo, as pessoas teriam algumas esferas de suas vidas tais como dormir e trabalhar, vivenciadas no mesmo lugar. Se estivessem fora destes espaços, desenvolveriam separadamente. A este respeito o referido autor diz o seguinte:

O aspecto central das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob a única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é

realizada na companhia imediata de um grupo relativamente de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, a seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas (GOFFMAN, 1987 p: 16).

Como se percebe neste trecho, o isolamento além de privar as pessoas do convívio estabelecido com seus entes queridos e a sociedade, as condicionaria ao seu regime sistemático. Logo, o cotidiano seria de enquadramento às regras impostas pela instituição. E os instituidores das regras agiriam assim por acreditarem, provavelmente, estar colaborando para a devolução do bom senso destes seres. Se estes cumprissem pacificamente as ordens estariam prontos a ‘viver’ em sociedade.

Outras discussões, a respeito do isolamento, tais como a apresentada por Britto (2004) afirmam que:

A utilização do isolamento como estratégia de conhecimento e sua transformação em princípio terapêutico, contribuiu para formar uma estrutura de tratamento sólida e forte no campo psiquiátrico, que teve como consequência a constituição de conceitos presentes constantemente na vida das pessoas adoecidas: a exclusão, a segregação, a redução do sujeito à condição de objeto-doença, a perda da autonomia e do convívio social e a redução de sua (complexa) experiência à exposição dos sintomas (BRITTO, 2004 p:25).

Nesta passagem, é possível perceber que o princípio terapêutico do isolamento colaborou para o afastamento dos considerados loucos do meio social, além da transformação da pessoa em objeto de estudo, quando a loucura passou a ser classificada de doença mental. O espaço preparado para receber a loucura não estava mais respondendo satisfatoriamente às necessidades pelas quais foi planejado, isto é, se um dia esteve.

O “louco” se tornou objeto de análise e de interesse não apenas do saber médico, mas de outros saberes, cujos questionamentos apresentam e dão visibilidades às realidades sobre o tratamento direcionado às pessoas internadas. Foram planejadas outras formas para proceder aos cuidados destas pessoas. Médicos de países europeus, pioneiros na introdução de novas técnicas no espaço hospitalar, tornaram-se referências no processo de RP.

De acordo com Paiva (2003), o francês Philippe Pinel, preconizava o tratamento moral aos alienados e teria conferido à loucura o estatuto patológico. Além disto, teria sido o pioneiro a acreditar na cura do que se considerou doença, ou seja, a loucura.

Jean E. D. Esquirol (1772 -1840), um dos precursores da psiquiatria, reformador de asilos e hospícios franceses, teria fundado o primeiro curso para tratamento das ‘enfermidades mentais’. Participou da primeira lei de alienados na França, seus esforços teriam influenciado a criação da primeira instituição brasileira de assistência aos ‘doentes mentais’.

O alemão Emil Kraepelin (1856- 1926) pregava que o manicômio deveria parecer o máximo com o ambiente doméstico. Influenciou a primeira legislação brasileira de assistência às doenças mentais. Franco Basaglia, psiquiatra italiano, baseado na experiência quando chegou ao hospital psiquiátrico de Trieste, procurou acabar com as medidas de repressão desenvolvidas na instituição.

Visitou o Brasil e tornou-se figura central na luta antimanicomial deste país, na segunda metade do século XX. “A psiquiatria torna-se instrumento de moralização das massas, inscrevendo-se no ideal moderno de higienização social e medicalização/disciplinarização da sociedade” (KODA, 2002 p: 21).

As reflexões direcionadas a esta temática delinearão as paisagens do século XIX, período de redefinição dos caminhos pelos quais passaria a psiquiatria. Esta ciência, que até então se restringia ao espaço interno dos hospícios, é convidada a ultrapassar os seus muros e intervir na sociedade.

1.4 – O desenrolar da trama psiquiátrica no cenário brasileiro

Para se falar em psiquiatria em terras brasileiras torna-se necessário fazer menção a Medicina Social, uma vez que esses dois processos tiveram início amalgamados aqui no Brasil.

De acordo com Roberto Machado o nascimento da psiquiatria brasileira estaria relacionado às novas imposições da medicina através do controle estabelecido sobre a sociedade: “é no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria” (MACHADO, 1978 p: 470).

Sobre esta discussão voltada à medicina social e sua relação com o espaço urbano o autor Peixoto (2010) afirma que:

Os propósitos da medicina social, e junto a ela o alienismo, encontram-se relacionados a uma estratégia civilizatória, à ordenação do espaço urbano, posta em marcha no Rio de Janeiro a partir da chegada da família real ao Brasil, e levada a cabo por uma nascente elite de hábitos europeizados, cujos interesses ligavam-se ao espaço público. O crescimento acelerado da cidade em um país eminentemente rural trazia problemas como a fermentação de uma população sem ocupação (PEIXOTO, 2010 p: 41).

Destarte, o nascimento da medicina social mudaria o cotidiano das pessoas que de alguma forma incomodavam os hábitos de uma elite desejosa de manter seu status. Para tanto, esta elite voltou seus interesses ao espaço público, segregando grupos sociais da população e os recolocando em outros lugares. Com o discurso de sanar os problemas sociais urbanos.

Baseada nas leituras de Roberto Machado, Mirella Candido (2011), a qual realizou uma pesquisa no CAPS infantil em Campina Grande-PB, menciona o surgimento do manicômio como espaço comparado aos hospitais. Em termos de procedimentos interno no tratamento da doença mental eram quase os mesmos. Ao adotar como princípio de tratamento o isolamento, a ordem e o controle do tempo, as pessoas passaram a ser vigiadas sistematicamente para não entrarem em ociosidade.

Nestes espaços era possível estabelecer tais medidas com o aparato médico. Assim, “se o asilo é efetivamente a peça central do dispositivo da primeira medicina mental, ele o é como o lugar subordinador onde pode se desenrolar melhor a estratégia de intervenção psiquiátrica” (CASTEL, 1978 p: 116).

Além de ser uma medida revestida por um discurso de tratamento, seria uma forma de ‘proteção’ à sociedade de um ser que seria compreendido enquanto ameaçador. Este perigo, atribuído à pessoa com doença mental, deu sustentabilidade ao processo de exclusão social de alguns grupos.

Sobre as discussões relacionadas ao medo Pereira (2004), diz que o risco da periculosidade associado à doença mental, muitas vezes possibilitava o direito a assistência, no que se refere a loucura. A medicalização do asilo não trouxe novas modificações. Teria apenas reforçado medidas já existentes. A internação teria sido a base de construção das estratégias da ciência psiquiátrica. Sobre esta ciência vale salientar um momento específico que marcou a sua trajetória no Brasil: a construção do primeiro Hospício no País.

Conforme Costa (2007), em 1841 foi assinado pelo imperador D. Pedro II o decreto para a construção do primeiro Hospício no Brasil. No ano de 1852 foi inaugurado no Rio de Janeiro o Hospício Pedro II. A princípio sua administração foi confiada aos religiosos da Santa Casa de Misericórdia que, ao longo do século XIX, e nas primeiras décadas do seguinte, realizavam a assistência hospitalar.

As Santas Casas eram fundadas e mantidas pelas Irmandades da Misericórdia e viviam de donativos. Foi também mantenedora dos hospitais de quarentenas, os quais

foram extintos no século XX, que recolhiam os leprosos. Administraram e mantiveram várias instituições de caridade tais como: Hospital Geral e o Hospício de Pedro II. A partir deste século os alienados foram considerados doentes mentais e passaram a ser acolhidos em hospitais construídos especificamente para estas pessoas.

Foi enviado para a Europa um médico da cidade do Rio de Janeiro para visitar os manicômios e estudar os métodos do médico francês Philippe Pinel (1745-1826). Desta forma, tem-se início a psiquiatria no Brasil com o Hospício Pedro II. Seus métodos terapêuticos eram baseados na experiência deste médico. Com o advento da República, o Hospício é desmembrado da Santa Casa de Misericórdia. Seu nome foi mudado para Hospital Nacional dos Alienados.

Alguns estudos, tais como os de Roberto Machado, demonstraram que os médicos psiquiatras compreendiam que seriam eles as pessoas capazes de estabelecer ação e gerência a tais estabelecimentos. “É atribuído a eles o direito de ser autoridade suprema na hierarquia asilar, na medida em que a função de tudo ver e tudo saber é nela mesma constitutiva do hospício como entidade terapêutica” (MACHADO, 1978 p: 448).

Após a instauração da República no Brasil, o hospício passou a ser chamado Hospital Nacional. Separado da administração da Santa Casa, ficou sobre a tutela do Estado. Foi observada a degradação da assistência à psiquiátrica. “O Hospital Nacional é simplesmente uma casa para detenção de loucos, onde não há tratamento conveniente, nem disciplina, nem qualquer fiscalização” (COSTA, 2007 p: 40).

Sobre este período a autora Pietra Diwan (2007) diz que antes das discussões sobre a psiquiatria outras já estavam sendo esmiuçadas nos ideais republicanos juntamente com os discursos de medicalização de uma sociedade vista como ‘doente’ e por isso deveria ser curada.

No Brasil, a busca por um corpo biologicamente saudável também fez parte dos preceitos de uma época em que as ideias eugênicas se estendiam pelo país. “O ideal de uma República embasada na igualdade e na democracia criou a necessidade de formalizar e gerar novos campos de saber, para a produção de corpos constituintes homogêneos” (DIWAN, 2007 p: 96).

Na *Cidade Maravilhosa*, palco de debates das ideias eugenistas, as discussões sobre a melhoria do povo brasileiro estavam sob o controle dos médicos psiquiatras. Além dessas discussões para a regeneração da sociedade brasileira, outros fatores estavam acontecendo: as Leis de assistência psiquiátrica, a criação de vários estabelecimentos para os ‘alienados’, a oficialização desta ciência enquanto

especialidade médica autônoma, dentre outros que marcaram a trajetória da psiquiatria no Brasil na primeira metade do século XX. Nestes moldes originou-se a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM).

Sobre o desenvolvimento da psiquiatria Jurandir Costa (2007) aponta a primeira metade do século XX como sendo um momento de atraso na história da psiquiatria da cidade do Rio de Janeiro. Este atraso repercutiria em todo o país porque ainda atendia ao discurso da psiquiatria francesa e baseava-se em práticas religiosas. As que permearam a psiquiatria nesta primeira metade do século em questão, nas procedências de tratamento nos manicômios começam a ser questionadas na década de 1970 na luta antimanicomial.

Aparentemente preocupados com a prevenção, o alvo não seria mais as pessoas doentes e sim as saudáveis. “A LBHM fez de sua tarefa fundamental a correção dos hábitos sociais das pessoas e o saneamento moral do país” (COSTA, 2007 p: 41).

Sobre a Liga e sua relação com a higiene social, bem como os discursos sobre a moral, complementando as discussões de Costa Oliveira (2011) diz que:

Sob a influência da psiquiatria alemã, a Liga defendia a eugenia enquanto Higiene social e destacava a necessidade de se criar instituições capazes de aceitar e aplicar uma nova moral para os doentes mentais e para a sociedade combatendo os maus hábitos. Bem como defendendo o saneamento moral do país através de uma política de prevenção e policialesca de intervenção nos costumes não só dos loucos, mas da sociedade, que viria assim ser pura e saudável (OLIVEIRA, 2011 p: 44).

Nesta concepção a sociedade deveria passar por um processo de higienização, separando os de bons costumes e os com hábitos reprovados.

Ampliando esta discussão Costa (2007) diz que os objetivos iniciais da instituição hospitalar voltaram-se à assistência aos doentes mentais. Mas, os psiquiatras elaboraram outros projetos cujas metas seriam a prevenção, a eugenia e a educação desenvolvidas por estes profissionais no interior dos estabelecimentos psiquiátricos, deixando quase negligenciados os planos principiantes.

Esta discussão aparecerá no próximo capítulo. Antes optei por apresentar passagens do cotidiano de pessoas que estiveram do lado interno dos ‘monumentos’ erguidos para ‘guardar’ as pessoas consideradas loucas.

A opção por este próximo tópico se deu para que os leitores possam perceber como as pessoas desta narrativa se reportavam sobre as experiências de internamento.

Saliento que as personagens viveram em épocas diferentes e as interpretações sobre as mesmas tem relação com o momento vivenciado.

1.5 - Três registros sobre o hospício no Brasil: Rocha Pombo, Lima Barreto e Austregésilo Carrano.

Neste percurso serão narrados, a partir da literatura brasileira, casos de internamento em hospitais psiquiátricos. Apesar da diferença de tempo o qual não seguirá uma ordem cronológica dos autores aqui abordados, posto terem sido de épocas diferentes, as experiências vivenciadas e escritas por eles também tiveram as suas diferenças. Mesmo assim, foram percebidas certas analogias em alguns aspectos do cotidiano nestes espaços: o tratamento direcionado às pessoas consideradas loucas, os motivos que as levaram à prisão e os responsáveis por fazerem isto, os familiares. Cada uma das experiências, ora narradas, teve as suas particularidades. Aconteceram em épocas e culturas específicas e devem ser consideradas.

O objetivo, ao abordar estes momentos, é tentar discutir como se dava o cotidiano nestes espaços, já que os principais argumentos utilizados para as reformas na psiquiatria nos anos posteriores foram os maus tratos com os internos.

Goffman (1987) se referiu ao hospital psiquiátrico como uma sociedade dentro de outra. Internamente tem suas regras e similitudes com a sociedade de fora, aquela composta de pessoas 'saudáveis'. Esta discussão teve como base a sua experiência num hospital psiquiátrico quando passou a conviver junto a esta sociedade interna. Este autor narra a trama de um personagem que por ter sido considerado louco foi internado num hospital psiquiátrico. Este decidiu compreender esta situação optando por viver neste espaço.

Para se reportar à loucura, os escritores optaram por inserir suas subjetividades, apresentando formas peculiares de perceber e se colocar nas discussões. As experiências são reais. Outras símile às realidades. Outras apenas simbólicas. Assim como em Erving Goffman (1989) escolhe uma metáfora dramática para explicar as interações das pessoas no contexto social em que estão inseridas. Em algumas destas narrativas é possível perceber situações parecidas. No desenrolar da pesquisa, Goffman observa a interação entre as pessoas em determinado momento, bem como as atuações em determinados papéis, cenas e cenários onde o entrecho acontece.

Na análise desta literatura escolhemos como cenário o hospital psiquiátrico, palco onde as cenas acontecem. Como atores foram eleitos tanto os internos quanto os profissionais da saúde. Cada um com sua representação no enredo.

Vale salientar que, para explicar o desempenho destes atores durante suas representações, o autor faz uso do termo *fachada*. Para o enfeite deste cenário há uma *região de fachada* e a *região de fundo*. As duas regiões em suas procedências se interconectam.

A partir destas interpretações é possível compreender a instituição psiquiátrica com sua região de fachada coletiva na qual o público externo - os visitantes - pode ter acesso. A outra, região de fundo, em que apenas os funcionários e os internos podem ter acesso. Este cenário composto por fachadas pode compor vários espaços onde o *teatro* da vida real acontece.

Foi observado na literatura sobre estes espaços, que foram atribuídas adjetivações associadas às formas de tratamento e ao próprio ambiente hospitalar. Como por exemplo, *Canto dos Malditos*, *Palácio para guardar doidos*, *O Cemitério dos vivos*, *'Depósito de Guardar Lixo'*, dentre outros. Estes são nomes de obras discutidas ao longo da escrita. Exceto o último, nome atribuído ao Hospital Psiquiátrico de Campina Grande por um senhor da Comunidade onde a pesquisa foi realizada. Ele fez esta referência quando falava sobre a experiência de sua avó neste espaço.

Algumas destas histórias aconteceram, outras apenas na ficção. Sobre estas discussões não haverá preocupação com a ordem cronológica. O objetivo é apresentar o lado de dentro destas instituições e as concepções das pessoas sobre a experiência no universo da loucura.

Canto dos Malditos, título de um livro escrito por Austregésilo Carrano (1990), no qual narra a sua experiência de internamento. Primeiro no *Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro* de Curitiba-PR, e posteriormente, no *Hospital de Neuropsiquiatria do Paraná* conhecido como *San Julian*. Sobre o cotidiano e a forma de tratamento nesta instituição quando esteve internado Carrano diz o seguinte:

Ao sair do banheiro resolvi fazer uma peregrinação ao fundo escuro daquele pavilhão. Ao entrar naquele corredor, que iniciava logo após as mesas grandes, não consegui chegar nem na metade. O cheiro de fezes... era insuportável. Consegui ver o interior de um daqueles quartos. Uma estopa amarela, já aparentando algo podre, de uma cor amarronzada... Um cobertor velho, tipo dos que dão em cadeias, deveria estar duro de sujeira... As paredes daquilo que eu estava vendo, nem quarto e nem cova, tinha marcas de mãos e dedos escorridos. Eram fezes, merda podre. Realmente não consegui ir até o

fundo do pavilhão. O cheiro era insuportável e a ânsia de vomitar se manifestou. Voltei ao banheiro, lavei o rosto e, olhando-me no espelho, consegui chorar um pouco (CARRANO, 1990 p: 58).

Neste trecho está sendo posta a fachada denominada por Goffman (1989) de *região de fundo*. É este o espaço que apenas os internos têm acesso. Para os externos são mantidas as regiões de fachada nos dias de visitas.

Esta passagem permite perceber a teatralização da vida real cuja trama acontece em palcos diferenciados: um para o público externo e outro para o interno. Os tipos de equipamentos do cenário que estes últimos têm acesso, “podem ser escondidos, de tal modo que a plateia não seja capaz de perceber o tratamento concedido a eles, em comparação com o que lhes poderia ser dado” (GOFFMAN, 1989, p.106). Além da privação da liberdade, as pessoas nestes espaços parecem viver em condições ínfimas de dignidade humana. Percepção abstraída e apresentada por quem já esteve interno. Para os do lado externo da instituição a performance seria outra.

Como mostra Carrano, há toda uma preparação para melhor se apresentar. Esta organização teria como alvo os visitantes, em sua maioria composta por familiares. Nesta parte da cena são estes espectadores. Afinal, quem daria credibilidade a fala de uma pessoa internada por *ser louca*? Por mais que se reportassem de forma coerente, pouco ou quase nenhuma atenção seria cedida a esta pessoa.

Nas narrativas de Carrano (1999), em algumas passagens sobre o espaço interno do hospício, imaginamos ser uma peça teatral onde o anunciador diria o seguinte: “respeitável público se prepare o *show* vai começar e acredite, este é o lugar onde vivem e o melhor lugar onde os seus entes queridos devem estar”. Esta parece ser uma frase proferida nos dias de preparação do hospício para as visitas. Momento também de sua teatralização.

Mas hoje é quinta feira, o hospício está mais alegre. Dia de visitas. Após o café, fila no banheiro. Muitos riem esperançosos. Tomam banho e colocam a roupa de domingo. Alguns enfermeiros dando banho naquele crônico e incapacitado que passa os dias lá dentro, urinado e cagado. Mas hoje ele tem visita, é dia de banho. Até o cabelinho (...) o enfermeiro faz questão, com a ponta do pente sujo, de dividi-lo bem ao meio, bem certinho. Hoje tem visita. Tudo bonitinho... a preparação começa logo após o café da manhã, antes das sete. O grande espetáculo está marcado para as três horas da tarde, mas são muitos preparando-se. A direção do espetáculo exige que seja do agrado de todos os ilustres visitantes: os familiares. Estava bem melhor que ontem, um agito. Se aquela ociosidade se repetisse hoje, não daria para aguentar (CARRANO, 1990 p: 58).

Este cenário, do qual fala Carrano, foi apresentado por outras pessoas cujas experiências foram similares. Mesmo com o diferencial de tempo e espaço as similitudes convergem. A imagem delineada destas instituições abre espaço para se pensar o seu cotidiano. Ou os seus espetáculos. Pois “tudo realmente era uma grande produção. O espetáculo parecia uma estreia de uma peça de teatro. Os mínimos detalhes eram lembrados. O grande cenário era lá fora. O interior do pavilhão é proibido a visita de estranhos poderia prejudicar a andamento do valioso tratamento!” (CARRANO, 1990 p: 50).

A partir destas presunções, outras inquietudes podem surgir. Por exemplo: como se sente uma pessoa após este internamento? De acordo com a pesquisa, alguns se sentem envergonhado dos que estavam do lado de fora, outros aceitam e se remetem a este momento com nostalgia. E como entendiam a quebra de seus laços externos, muitas vezes de forma áspera, por motivos diversos. Talvez no momento de internamento não compreendessem, mas, as instituições os acostumavam com sua dinâmica, de forma que ao saírem, ficam com saudade desta passagem.

Às vezes, como as obras analisadas permitem perceber, estas pessoas estavam envolvidas por um sentimento de vergonha. O comportamento apresentado por algum de seus entes queridos algumas vezes de forma preconceituosa outras por não saber lidar com a situação. Talvez por isto a conduta dos familiares se explicasse. Pois a transferência das pessoas, que por muito tempo continuou sendo um ‘mal feio’ na sociedade, seria uma forma de delegar os cuidados às pessoas consideradas especializadas, ou seja, os médicos. Na busca da suposta cura.

Há tempo se construiu um pensamento baseado nestas premissas, desejando talvez, uma sociedade de pessoas ideais, desconsiderando outras esferas da vida humana. Algumas pessoas se comportam diferentes dos padrões estabelecidos pelas sociedades.

Se a opção escolhida pelas pessoas for se comportar da maneira que desejam e não da forma que as regras determinam, deveriam ser contidas e também punidas. Uma das supostas soluções seria encaminhá-las às instituições psiquiátricas na esperança de encontrar a cura para aquele *mal indecoroso*. Era nestes lugares onde:

A grande peça acontece ao ar livre, no imenso jardim florido do sanatório Bom Retiro. Até o nome é bonito: Bom Retiro - soa paz! O jardim arborizado, os pássaros cantando freneticamente, existe paz e sossego no ar (...) o espetáculo acontecia para o agrado de todos, ou melhor, dos ilustres visitantes, que a direção do sanatório faz questão de impressionar. Ao

interno, não sobram muitas chances de ser ouvido. Um lugar de tanta beleza e tranquilidade impressiona tanto a família toda quer ficar internada no seu lugar, (CARRANO, 1990 p: 51).

A crítica direcionada por Carrano ao hospital psiquiátrico é merecedora de um olhar mais aguçado sobre o cotidiano no mesmo. A sua passagem por uma instituição deste tipo se deu na segunda metade do século XX, período cujas discussões sobre os maus tratos dentro destes espaços estavam sendo ampliadas.

O cemitério dos vivos de Lima Barreto (2004) é um romance de amplas propriedades para se pensar o universo da loucura e as discussões realizadas nesta escrita. Lima Barreto (1881-1922) foi internado três vezes e todas através de familiares. O internamento destas duas pessoas se deu em contextos e situações diferenciadas, porém símiles no que se refere à forma de resolver as questões associadas às transgressões na sociedade de suas épocas.

Carrano foi levado por seu pai ao hospício após a descoberta de uso de drogas. Lima Barreto por seu primo por seu envolvimento com o álcool. Os dois casos também envolveram familiares, e a atuação do Estado através da polícia na contenção das transgressões.

A partir destas narrativas, é possível perceber a forma de lidar com as pessoas inseridas neste universo. Os relatos sobre as mesmas são de alguém com vergonha por terem sido internadas em hospital psiquiátrico. Conforme Santos (2008), de suas sucessivas internações em hospitais e hospícios, Lima Barreto guardaria sempre a “dolorosa sensação de rebaixamento moral”, (SANTOS, 2008 p: 160).

Lima Barreto, em suas narrativas, apresenta uma situação entre ele e um suposto superintendente do hospício, quando este não compreendia a postura do senhor Mascarenhas, uma das personagens de Lima Barreto, de conhecer o diretor do hospício e de não reclamar melhoria para a sua situação. “A minha consciência, a certeza em que eu estava de que o culpado de estar ali era eu, era a minha fraca vontade, que, entretanto, era forte em outros sentidos, obrigavam-me para o meu decoro moral, a nada pedir aos camaradas” (LIMA BARRETO, 2004 p: 203).

Este rebaixamento parece ser de alguém que cometeu um grande erro, por ter enveredado nos caminhos da bebida e por não se enquadrar num comportamento regrado. Situação presenciada também dentro do hospício cujas opções das pessoas seriam estar junto aos bonzinhos e comportados ou, se não se comportasse assim, fariam parte do *cemitério para vivos*.

De acordo com Santos (2008), a experiência de Lima Barreto no hospício foi também paradoxal e tanto o autor quanto o personagem “acalentavam um profundo horror àquela ‘degradação humana’, mas que, em alguns momentos, eles sentiam grandes satisfações” (SANTOS, 2008 p: 216). Esta satisfação talvez se desse porque Lima Barreto estaria distante do olhar reprimível da sociedade e da vergonha de sua família. A sensibilidade do autor sobre as questões do seu sofrimento e dos demais se aguçou. A partir daquele cenário desenhou suas percepções sobre a trama da loucura dentro no hospício.

De perto foi possível Lima Barreto presenciar algumas descomposturas, como o próprio autor se remete, de pessoas incumbidas de cuidar dos internos, quando recaía sobre eles a postura de mando.

Estando na sala de banho, não conhecendo um interno que estava presente, desandou uma descompostura do mais baixo calão num doente, porque este não ouvira uma “ordem” dele para lhe trazer o sabão, e por não a ter ouvido, não a atendera (LIMA BARRETO, 2004 p: 218).

Diversas situações de elaborações sociais, marcadas pelo olhar medicalizador nas sociedades ditas modernas, levaram as pessoas a estes espaços. Sendo assim, tem suas particularidades, podendo agir diferente, gostar ou não da situação vivenciada. Entretanto, parece comum se pensar e fazer escolhas por estas pessoas, aniquilando muitas vezes, as suas vontades. Mais uma vez Lima Barreto analisa o espaço onde ficou recluso, mostrando como se sentia num ambiente impossível de fazer escolhas realizáveis se não estivesse ali,

Um dos horrores de qualquer reclusão é nunca se poder estar só. No meio daquela multidão, há sempre um que nos vem falar isto ou aquilo. No hospício, eu resenti esse incomodo que só pode ser compreendido por quem já se viu recolhido a qualquer prisão; lá, porém, é pior do que em outra qualquer, sobretudo quando se está perfeitamente lúcido, como os outros companheiros, que são doentes (LIMA BARRETO, 2004 p: 218).

Este autor faz uma análise da condição de um interno se colocando na situação, pois a sua experiência foi a sua inspiração nas narrativas sobre o período em que viveu sobre as regras do internamento.

De acordo com Santos (2008), o estado deste literato se transformou em narrativas críticas, como este romance, *Cemitério dos vivos*, cujo fio condutor é a loucura. Nas entrelinhas desta obra podemos perceber outras dimensões da vida social, para além das aqui discutidas.

No hospício de Rocha Pombo (1996) o autor escolhe como cenário para sua narrativa o hospício. Para o desenvolvimento da trama, três personagens: *Soró Teresa, o narrador e Fileto*. Apesar de outras secundárias - família e o pessoal do manicômio - comporem a trama.

Nesta obra de Rocha Pombo tem uma passagem que nos faz compreender a perda da identidade de uma pessoa ao chegar num hospital psiquiátrico, quando o seu reconhecimento se dá por duas formas: ser louca e um número identificador. Seu nome parece ter pouca importância.

Quando o narrador procurou saber o nome do interno e a enfermeira respondeu, tanto o narrador quanto Fileto passaram a representar apenas números. Isso nos remete às discussões de Foucault (1987) quando se reporta à disciplina sobre os corpos e a distribuição das pessoas no espaço: “cada indivíduo no seu lugar; e em cada lugar, um indivíduo” (FOUCAULT, 1987, p: 131).

Neste sistema interessava aos que estavam a frente da organização destes estabelecimentos, determinar as presenças e as ausências, onde e como encontrar as pessoas, podendo vigiá-las em suas condutas. A partir deste regime disciplinar, seria possível avaliar e aprovar tais procedimentos.

É estabelecido um sistema para verificar o número real de doentes, sua identidade, as unidades de onde procedem; depois regulamentam-se suas idas e vindas, são obrigados a ficar em suas salas; a cada leito é preso o nome de quem se encontra nele; todo indivíduo tratado e inscrito num registro que o médico deve consultar durante a visita; mais tarde virão o isolamento dos contagiosos, os leitos separados. Pouco a pouco um espaço administrativo e político se articula em espaço terapêutico; tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes; constitui um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distinta. Nasce da disciplina um espaço útil do ponto de vista médico (FOUCAULT, 1987 p: 132).

Nesta lógica estariam os hospitais psiquiátricos descritos nas obras analisadas. A divisão arquitetônica atende as necessidades de um poder instalado sobre as pessoas inseridas nas instituições disciplinares tais como o hospital. As pessoas se transformam em números para facilitar a comunicação entre elas e as outras incumbidas de vigiá-las. “As disciplinas, organizando as ‘celas’, os ‘lugares’ e as ‘fileiras’ criam espaços complexos: ao mesmo tempo arquiteturais, funcionais e hierárquicos” (FOUCAULT, 1987 p:135).

A partir das narrativas de Rocha Pombo, cujo fio condutor também é a loucura, é possível perceber, em sua época, as impressões da pessoa considerada louca e sua relação com o poder médico.

Ser louco é o que há de mais fácil no mundo. Parece que quando penetrei naquela casa, conduzido por um amigo, que ali costumava ir são: tudo em mim - o meu andar, a minha voz, os meus gestos, o meu olhar - tudo era de um verdadeiro louco (...) a certeza de que o médico me tinha por louco, mudara inteiramente o meu moral e todo o meu modo de ser... Demais, eu me senti logo tão bem no meu novo papel (...) podia mostrar-me bem materialista e ateu, ou fazer-me beato e infinitamente místico... Podia revessar palavras tímidas ou gritar como um possesso... – tudo que eu fizesse era de doido. Podia zangar-me, ser brusco, ir até a insolência (...) tudo me era permitido. Oh! Que vida deliciosa! Eu chorava, eu ria a vontade, sem que ninguém se importasse com a minha gargalhada ou com meu pranto (POMBO, 1996 p: 61-62).

Esta passagem é um ensaio de como era a relação entre os atores deste cenário e de como eram percebidas as pessoas “loucas”, muitas das quais caracterizadas por seu jeito de se comportar, de vestir e de proferir determinadas palavras. Em alguns casos, parece que, por serem consideradas loucas, poderiam portar-se como quisessem, se falassem verdades ou mentiras nada interessava ao médico e aos demais do hospício, afinal quem fala é um “louco”.

Em outros casos, dependendo do comportamento ou mesmo do que falassem, poderiam ser castigados fisicamente com técnicas diversas, como relatou Carrano, ao se referir aos eletrochoques, ou poderiam ser enviados para *o canto dos malditos*. Este era um espaço existente dentro do próprio hospício. Lugar onde ficavam as pessoas quando em estado de saúde considerado crítico. Quando enviadas para lá, passavam dias sem interagir com os demais.

De acordo com Carrano, as pessoas pareciam ter perdido o sentido da vida. Muitas, quando se encontravam nesta situação, ficavam por várias horas olhando fixamente para um mesmo lugar. Seria desta forma, um isolamento dentro do outro, o que faz parte das regras internas, presentes na sociedade apresentada por Goffman.

Sobre esta experiência, Santos (2008) faz menção a teatralização que esta ficção assumiu quando o autor em sua narrativa encenou uma pessoa louca. Diz também ser a simulação da “não verdade”.

Conforme Rocha Pombo, no desenrolar da trama, as personagens travam conversa. Sórora Teresa fala para o narrador suas impressões sobre o louco desta trama, Fileto, dizendo ser:

Um louco tão discreto... que tem caprichos tão finos...que tem hábitos tão regulares e esquisitos, gestos tão graves e meditativos, que tem olhar tão sereno e tão meigo(...) Ele acorda sempre muito cedo. Espera o dia no parque onde vagueia até as sete horas, muito pousado e muito pensativo, parando de instante a instante, a fitar céu, percorrendo com os olhos todo o horizonte, como quem procura sinais pelo espaço e tendo uns movimentos de quem se entende com seres invisíveis (POMBO, 1996 p: 55-56).

Neste trecho Soro Teresa descreve com espanto as características de um louco por seu comportamento ser considerado diferente dos demais do mesmo espaço. A admiração se sustenta por ser Fileto um louco com caprichos similares aos de uma pessoa “normal”.

A similitude entre o romance *O hospício* de Rocha Pombo e o de Lima Barreto está por discutirem a representação da loucura nos espaços manicomial e o sentimento de vergonha desenvolvido por familiares dos personagens internos.

A narrativa de Lima Barreto mostra a experiência de um personagem no hospício tendo como base a sua própria história. “Rocha Pombo mostra uma experiência fictícia: a subjetividade do escritor mesclando-se à subjetividade do personagem-narrador, que se finge louco para poder entrar no manicômio” (SANTOS, 2008 p: 223).

Conforme Santos (2008), a postura diante de um caso de loucura era bastante comum em famílias ricas do século XIX, predominava um sentimento de vergonha, por ter um ente seu vagando pelas ruas e não se vestir conforme o desejo de uma família nobre. A “inconveniência” destes transeuntes os levou “à gaiola de loucos... Afinal a família cansou e o remédio foi entregá-los ao hospício. Ao menos aqui ele não sofre e não envergonha a família” (SANTOS, 2008 p: 249).

Esta postura se estende aos séculos posteriores. Não apenas com as famílias nobres, mas também com menos favorecidas. Tais como as da CF, lócus desta pesquisa. Ao buscar discutir estes momentos específicos, procurei através da literatura problematizar as diversas formas pelas quais as pessoas foram compreendidas enquanto alguém que não se inseria nos padrões estabelecidos pela sociedade. E por isto deveriam ser afastados da sociedade. O que se constituiria enquanto problema social, tal como o alcoolismo, bem como outras drogas, as quais não são aceitas na sociedade brasileira foi considerado casos de hospícios.

Ou seja, nesta reclusão, para onde são enviadas estas pessoas que ao chegar nestes espaços foram classificadas de loucas, talvez naquele momento acreditassem que ao agir assim teriam uma solução para o então considerado problema.

No próximo capítulo intitulado: *Saúde Mental em Campina Grande: da Reforma Psiquiátrica à Estratégia Saúde da família*, as discussões girarão em torno do processo de interdição do hospital psiquiátrico João Ribeiro. Também traz reflexões sobre a RP. Serão apresentados o *lócus* da pesquisa e as discussões sobre o primeiro cenário (UBSF) espaço onde a pesquisa foi desenvolvida e as observações em campo observadas e interpretadas.

CAPITULO 2 – Saúde Mental em Campina Grande: da Reforma Psiquiátrica à Estratégia Saúde da família

2.1 “O João Ribeiro sai das vidas para entrar na história”

Procurei no capítulo anterior apresentar momentos específicos sobre as discussões relacionadas a loucura, bem como os espaços preparados para as pessoas classificadas de loucas. Discuti experiências de internamento em hospitais psiquiátricos do Brasil, as quais ocorreram tanto na primeira metade do século XX quanto na segunda metade do mesmo século. Volto às discussões de internamento comparando este contexto com o de Austregéliso Carrano, mostrando as diferenças e aproximações no fim do século XX na maneira de lidar com pessoas que divergem em suas compreensões, dos padrões estabelecidos na sociedade brasileira.

Ao trazer para esta discussão dois recortes temporais com diferenças sociais consideráveis, gostaria de deixar claro que não desconsidero o que aconteceu na sociedade no intervalo de tempo de uma experiência para outra, amplas discussões seriam possíveis, e devem ser realizadas em outro momento. Para este privilegiei experiências de internamento por motivos diferentes, mas ao mesmo tempo as pessoas que as vivenciaram foram submetidas ao mesmo isolamento e tiveram a mesma classificação: a de loucos.

Realizados estes percursos, procuro neste momento de minhas reflexões discutir outras realidades. Para tanto escolhi como recorte temporal o fim do século XX e início do XXI, os determinei porque trago para o debate as discussões da Reforma Psiquiátrica no Brasil e apresento a mesma no contexto da experiência de Campina Grande-PB.

Assim, este capítulo discute o processo de intervenção do hospital psiquiátrico desta cidade, o João Ribeiro. Estas discussões vale salientar, compõem uma nova leitura das realizadas em pesquisas anteriores cujos objetivos específicos e pesquisadores tiveram suas peculiaridades e escolheram abordagens diferentes desta.

A escrita desta parte baseou-se em diálogos com pesquisadores que discutem a temática tanto a nível nacional quanto local. Estes trouxeram em suas abordagens discussões interessantes sobre a RP, principalmente em Campina Grande-PB. As pesquisas que tive acesso tiveram enfoque e procedimentos metodológicos específicos. Dentre estas, está a de Mirella Candido Burity de Oliveira (2011) que elegeu para as suas discussões os lugares destinados às crianças pequenas com “transtornos mentais”

após a RP. Procurou saber como se davam os discursos e as práticas para estas na modalidade CAPS Infantil em Campina Grande-PB,

E a da autora Fátima Saionara Leandro Brito (2011), esta apresentou os enunciados da RP nesta mesma cidade, problematizou os discursos que retiraram do ‘silêncio’ as práticas assistenciais no hospital João Ribeiro, trazendo para o debate a produção da memória desta instituição por meio da mídia, dos profissionais da área da SM e dos familiares. Trouxe para o seu diálogo textos de memorialistas que abordaram a temática loucura a partir dos quais discutiu como as pessoas consideradas insanas se relacionavam com os “normais”.

Esta pesquisa me possibilitou pensar as relações entre as pessoas inseridas no GSM moradoras da CF na cidade de Campina Grande-PB, e discutir como elas vivenciavam o seu cotidiano após a RP neste município. Esta pesquisa diferencia-se das demais por ter escolhido uma comunidade com a ESF enquanto uma política pública de saúde e uma UBSF enquanto espaço para o desenrolar da pesquisa. Além de ter priorizado para metodologia de pesquisa a etnografia. Método que me proporcionou um contato mais próximo e prolongado com as personagens principais deste trabalho.

Foram contatos e possibilidades de compreensão sobre códigos estabelecidos entre as pessoas pesquisadas. Procurei não deixar passar despercebidos episódios que aparentemente seriam corriqueiros, mas em seu contexto e costumes poderiam ter outros significados, assim como diz Geertz,

A maior parte do que precisamos para compreender um acontecimento particular, um ritual, um costume, uma ideia, ou o que quer que seja está insinuado como informação de fundo antes da coisa em si mesma ser examinada diretamente (GEERTZ, 1978 p: 19).

Na CF, elegi para as minhas observações, as pessoas do GSM. Com suas experiências de vida pude discutir as possibilidades teóricas e compreender as relações sociais entre aqueles considerados “normais” e os compreendidos enquanto o oposto destas.

Tanto os pressupostos teóricos quanto o convívio com o GSM deram sentido às minhas experiências etnográficas nesta pesquisa. Com este método foi possível perceber nuances talvez pouco perceptíveis a outros pesquisadores em outras situações.

Vale salientar que esta pesquisa é uma leitura sobre as relações estabelecidas na comunidade e na ESF, mas, estas têm suas peculiaridades, portanto, diferencia-se das

pesquisas anteriores. Nestes espaços procurei dialogar com as pessoas do GSM e principalmente aquelas com experiências de internamento no hospital João Ribeiro.

Na UBSF funciona a ESF, referência nacional na atenção básica de saúde pública. O atendimento à comunidade é realizado cotidianamente através de grupos específicos, dias previamente agendados e demanda espontânea. Dentre os grupos há o GSM, este é atendido mensalmente. Estar neste espaço me possibilitou maior compreensão sobre os códigos, interações e modos de vida de uma pequena comunidade no meio urbano.

No mês de junho de 2005, a experiência de mais de quarenta anos de história de uma instituição psiquiátrica nesta cidade teria “fim”. Inaugurado em 1963, o hospital passou a “cuidar” das doenças nervosas e mentais das pessoas assim consideradas. Não apenas de moradores desta cidade, mas de outros municípios do Estado da Paraíba. Este espaço, a princípio de aparente solução aos casos de loucura, passou anos posteriores pela RP.

Desde o ano de 2003 o seu descredenciamento estava sendo publicado em Diário Oficial. Em 2005 foi definitivamente descredenciado pelo Sistema Único de Saúde-SUS. Sua interdição proporcionou mudanças na dinâmica local. De acordo com as pesquisas que tive acesso, parte dos internos foi levada para outros espaços substitutivos e outros voltaram às suas casas aos cuidados de seus familiares. Kinker (2007), um dos participantes do processo de intervenção do Hospital João Ribeiro, após esta experiência fez uma dissertação de mestrado na qual narrou, desta forma o momento de transferência dos internos, a qual aconteceu um dia antes do término da intervenção.

A maioria dos pacientes entrou alegremente no ônibus, sem saber ao certo o destino, mas feliz por deixar a masmorra. Outros foram absolutamente tomados pela dúvida e, perplexos, obedeceram a ordem de retirada, como mais uma das tantas a que outrora haviam sido obrigados a obedecer (KINKER, 2007 p: 75).

Com esta descrição Kinker descreve as reações das pessoas que passariam a habitar outros espaços, mas ainda não sabiam quais eram. De acordo com autor, as informações sobre a intervenção foram comunicadas apenas aos funcionários um dia antes da interdição. O argumento justificando a não publicação antecipada devia ao medo dos interventores em reações contrárias à decisão de fechamento do hospital.

Mirella Oliveira (2011) afirma ter sido realizada uma reunião de uma interventora com os “pacientes” e familiares. Esta reunião foi para comunicar as mudanças pelas quais passaria a psiquiatria, bem como da necessidade dos familiares colaborarem na nova modalidade em SM.

Esta parte da história está registrada nos principais jornais de Campina Grande e do Estado. As informações, apresentadas pelos meios de comunicação, se referiam ao processo pelo qual estava passando o hospital. Para impactar, estes meios traziam imagens do cotidiano das pessoas internadas.

As fotos mostram ações de internos querendo provavelmente transmitir algo. Frases tão bem escritas por alguém com a experiência de viver numa instituição psiquiátrica. Dentre os registros, um deles foi bastante enfatizado nas pesquisas realizadas sobre este hospital. Foram frases que marcaram a passagem daquelas pessoas nomeadas loucas, na instituição, a exemplo desta: “*homem tem de ser homem*”⁹ escrita com fezes na parede do hospital João Ribeiro. Provavelmente, escrito por alguém que em sua forma peculiar de fazer-se enxergar num cotidiano por entre as grades, separados de seus familiares e segregados por espaços delimitados para homens e para mulheres.

Essa é uma das partes da história da psiquiatria em Campina Grande-PB, num hospital psiquiátrico planejado para cuidar de pessoas nomeadas loucas. O cotidiano nestas instituições foi discutido não só nesta cidade, mas em outras do Brasil, a exemplo da cidade de Santos-SP, Barbacena-MG dentre outras, as quais incentivaram a RP no país.

Os discursos sobre a interdição de uma instituição psiquiátrica, até então percebida enquanto modelo para a assistência psiquiátrica em Campina Grande, foram divulgados pela imprensa local durante o processo interventivo. Estes discursos traziam informações sobre o cotidiano deste espaço, conforme as interpretações dos interventores. As fotografias apresentavam o cenário com seus equipamentos e as pessoas. Da forma como as informações eram apresentadas, parecia que a população campinense não sabia da existência desta instituição, funcionando desde 1963.

De acordo com a historiadora Fátima S. Brito (2011), as narrativas e as fotos veiculadas, permitiram à sociedade campinense o acesso à dinâmica interna do hospital. Neste momento esta instituição teria rompido com o suposto silêncio de anos de funcionamento e “passa a ser construída ou reconstruída por meio de múltiplos discursos” (BRITO 2011 p: 107).

Porém, como é possível uma instituição psiquiátrica, composta por pessoas com finalidades específicas, profissionais, ‘pacientes’, familiares e amigos, não trazer para o

⁹ Fotografia em anexos.

lado de fora informações sobre o seu cotidiano? Ao saírem destes espaços, estas pessoas se comunicavam com as demais da sociedade. Isto abre espaço para se pensar que não foi apenas no processo de intervenção que a população teve acesso às informações sobre o cotidiano naquele hospital.

Nesta pesquisa tive a oportunidade de encontrar no GSM pessoas egressas do João Ribeiro com recordações divergentes da perspectiva dos interventores. Encontrei pessoas que, de forma nostálgica, falavam sobre as suas experiências de internamento. A exemplo de Jacinto, senhor de 44 anos, viveu no hospital durante quatro anos: “quando saí de lá senti falta da comida, das pessoas, senti falta dos meus amigos do doutor Ribeiro”.

Este senhor, bem como outros com os quais conversei, não recorda do hospital de forma negativa. Seus relatos me levaram a outras reflexões, diferentes daquelas realizadas pelos interventores. Talvez tenha saudade do tempo em que estava internado por lembrar-se das amizades com pessoas que o compreendiam, em suas peculiaridades, sem sentir-se constrangido como já se sentiu com os vizinhos na Comunidade. Sobre este aspecto disse o seguinte: “Lá eu não precisava ficar calado falava o que pensava”.

O hospital parece ser para ele, referência de um momento bom em sua vida, diferentemente do mundo encontrado quando retornou ao convívio com a família. “Quando saí de lá, não tinha mais meus amigos aqui fora”. Seus amigos não eram os mesmos, durante o tempo em que passou internado fez outras amizades e as relações de amizade eram diferentes das anteriores. Algumas pessoas, em dia de atendimento na UBSF, identificam este senhor como alguém que já foi interno “aquele que passou pelo João Ribeiro”, esta é também uma das identidades de seu Jacinto na comunidade. Sobre a estrutura física do hospital quase não falava. Constantemente lembrava-se dos amigos deixados lá aparentando sentir saudades.

Salienta-se que o GSM é composto por mais de cem pessoas, as quais estão inseridas por motivos variados. Uns por depressão, outros por envolvimento com álcool, dentre outros. Alguns foram internados em hospitais psiquiátricos de Campina Grande-PB. As pessoas com quem tive maior contato tiveram experiências de internamento no João Ribeiro, outros em clínicas particulares e alguns apenas passaram por emergências psiquiátricas em hospitais.

Tive acesso às informações do cotidiano do hospital João Ribeiro tanto pelas pesquisas aqui apresentadas, quanto pelas pessoas com as quais dialoguei na comunidade durante a pesquisa. A partir destas pude perceber que as informações sobre

a forma como os internos foram tratados não devem ser homogêneas. Cada pessoa faz suas reflexões a partir de um ponto de vista. O qual pode ser aceito ou não e discutidos em suas abordagens.

Quem participou da intervenção tem um olhar sobre a instituição, os elementos utilizados para justificar esta ação são uns. Diferentemente de quem escreve, a partir das informações apresentadas por estas pessoas. Aqueles que fizeram parte do processo, os internos, por exemplo, tem outra compreensão sobre as realidades vivenciadas.

Não importava se era domingo, feriado ou o dia de aniversário de algum dos pacientes, o café da manhã era à base de café com pó em excesso e cuscuz. No almoço, a carne de má qualidade tinha pouco tempero e quase não era vista em meio a um prato, invariavelmente, com feijão e arroz. No jantar era servida uma sopa rala com macarrão e osso que sobravam da preparação do almoço. Entre uma refeição e outra vinha o sono da noite ou do dia no chão, ou em camas duras apenas com as tábuas que deveriam dar suporte ao colchão. Além disso, o mau cheiro de fezes e de urina produzidos durante a noite era insuportável (BRITO, 2011 p: 105).

Os relatos são de um espaço sem camas para dormir e utensílios básicos de higiene, dentre outras mobílias em condições inadequadas para uso. Ausência de alimentação de água, de iluminação e outros materiais são constantemente evidenciados na escrita do interventor do hospital, Fernando Kinker:

A situação que encontramos era muito precária. Além de despojados da condição de sujeitos, os pacientes também estavam despojados de colchões (em algumas enfermarias não havia sequer camas), de água nos banheiros, de iluminação nos quartos, de banheiros nos pátios, de roupas nos corpos, de sabonetes para o banho, de comida decente. Estavam “apoderados” de fome, sarna e piolhos. Sua higiene era precária, só tomavam banhos coletivos de mangueiras, comiam arroz e carne com osso no almoço, sopa de macarrão de osso no jantar. Os funcionários diziam com naturalidades, que os banhos coletivos com creolina eram práticas comuns para tentar debelar a sarna, já que não existia remédios próprios para isso (KINKER, 2007 p:16).

Este autor faz algumas críticas sobre as justificativas de alguns profissionais da instituição, quanto a inexistência de colchões. Estes diziam ser por “prudência”, pois se tivessem seriam destruídos pelos internos e talvez utilizados para outras finalidades. O autor questiona como pode destruir algo se um pedaço de espuma era motivo de disputa para não enfrentarem o chão frio.

Ou, com relação à escuridão, diziam ser “estratégia” para não “atacarem” e não provocarem ferimentos. Desta forma o interventor afirma: “Em outras palavras os profissionais não se davam conta de que tal justificativa era a prova do abandono dos internos” (KINKER, 2007 p: 16).

Outras personagens também se reportaram sobre o hospital, a exemplo da psicóloga engajada no processo de reforma. Encaminhada pelo MS, para fiscalizar o hospital antes do início da desinstitucionalização, considerou caótica a situação desta instituição. Chegando a mencionar outros hospitais psiquiátricos de maior porte¹⁰ para confirmar o tratamento destas pessoas no João Ribeiro.

De acordo com Brito (2011), a experiência desta psicóloga com hospitais psiquiátricos é desde antes da Lei 10.216, a qual legitima a RP no Brasil. Mas, teria sido o hospital psiquiátrico de Campina Grande o espaço mais desagradável, com ambiente impactante, em suas recordações, comparado aos demais com a mesma finalidade.

[...] mas aqui é uma coisa horrível, tinha um cercado que ficavam as pessoas ditas mais perigosas, mais agressivas, [...] tinha lugar lá de cela-forte de trancar mesmo uma pessoa, eles falavam que não usavam já há muito tempo, mas tinha fezes, tinha coisas bem recentes, bem frescas. Não tinha água em lugar nenhum desses quartos, mas tinha banheiro, porque um dia foi suíte, um quarto com tantas camas e uma suítezinha, então as pessoas continuavam usando e lá entulhando e às vezes as pessoas levavam água na garrafa pet ou num balde que era de tinta que servia pra tudo, pra beber, pra lavar, olha! Era uma coisa (BRITO, 2011 p: 110).¹¹

O cenário desta instituição psiquiátrica, como foi possível observar nas narrativas apresentadas, é apresentado de várias formas.

A partir da década de 1970, os movimentos a favor da RP começam a dar visibilidade às práticas psiquiátricas no país. Discutindo o perfil nacional das instituições psiquiátricas, nas procedências de um cotidiano com práticas assistenciais de saúde, voltadas às pessoas consideradas loucas.

Da forma como as informações foram repassadas e ainda são, o tratamento direcionado às pessoas nestes espaços, não causava impacto aos funcionários e profissionais da saúde.

No processo de descredenciamento, as imagens tornaram-se importantes não apenas para se questionar a forma tradicional de tratamento às pessoas nomeadas loucas, mas para refletir sobre as práticas com as pessoas assim consideradas.

De certa forma as imagens surtiram efeitos, “pois nunca ficamos passivos diante de uma fotografia: ela incita nossa imaginação, nos faz pensar sobre o passado, a partir

¹⁰Hospital Psiquiátrico Juquery e CAIS-Centro de Integração e Saúde- São Paulo, Camaragibe em Pernambuco e o Paracambi no Rio de Janeiro. Estes hospitais serviram de referências quando esta psicóloga se expressou sobre o Hospital João Ribeiro. Maiores informações ver BRITO, 2011.

¹¹Esta e outras entrevistas da psicóloga, participante do processo de intervenção do João Ribeiro, encontram-se na dissertação de Fátima Saionara Leandro Brito (2011).

do dado de materialidade que persiste na imagem” (MAUAD, 1996 p: 15). Esta maneira subjacente de proceder com os tratamentos destas pessoas foi gradualmente interdita e substituída por uma prática alternativa de SM.

Na década de 1980 a cidade de Santos-SP foi pioneira no processo de luta antimanicomial no Brasil. Os discursos trouxeram a tona os procedimentos realizados com as pessoas internas. A política pública de SM começou a procurar novos espaços alternativos, nos quais família e usuários pudessem ser participantes ativos no processo de recuperação e reinserção. No período em que os discursos reformistas se intensificaram, outras reivindicações foram colocadas em pauta no Brasil.

2.2 Reforma Psiquiátrica, Campina Grande: um recorte deste período.

Na década 1990, foi implantada no Brasil a ESF. A proposta do MS era de que esta estratégia ficasse localizada numa área determinada e pudesse fazer a atenção básica em saúde. As famílias teriam a disposição uma equipe de saúde e apenas recorreriam ao hospital em casos de urgência, estava sendo posta a ideia de diminuir a procura de médicos em hospitais quando a situação de saúde do usuário não fosse considerada urgente, além de ser uma forma de prevenir doenças.

Neste mesmo período, a sociedade estava vivenciando algumas mudanças dentre as quais a do neoliberalismo. Os discursos direcionados às mesmas, ao mesmo tempo em que apresentava alternativas para uma nova maneira de lidar com as pessoas tais como as que estavam internas nas instituições psiquiátricas, intensificavam a convocação da sociedade para participar do processo.

Com a RP, foram propostas formas diferentes de cuidar das pessoas. A sugestão era pela desinstitucionalização. Dentre as quais estavam a criação dos CAPS, a participação da família dentre outros.

A prática de dividir com a sociedade civil, atividades antes de responsabilidade de órgãos específicos, foi observada principalmente no fim do século XX. “Com o neoliberalismo exige-se abertura das economias nacionais para à internacional; privatizações; desregulamentação de direitos, e pouca intervenção do Estado na economia e no social” (SANTOS 2005 p: 29).

De acordo com Boaventura Sousa Santos (2005), no final deste século com os preceitos neoliberais a sociedade entra em crise e passa a observar outra dinâmica desencadeada por:

Promessa de uma paz perpétua, baseada no comércio, na racionalização científica dos processos de decisão e das instituições, levou ao desenvolvimento tecnológico da guerra e ao aumento sem precedentes de seu poder destrutivo. A promessa de uma sociedade mais justa e livre, assente na criação da riqueza tornada possível pela conversão da ciência em força produtiva, conduziu a espoliação do chamado Terceiro Mundo (SANTOS, 2001 p: 56).

Envolvida na promessa do neoliberalismo, a sociedade brasileira teve de vivenciar novos desafios e responsabilidades nesta conjuntura.

Conforme Oliveira & Moreira (2008), no interior das sociedades nacionais se enfraquecem as ideologias partidárias e as discussões dos projetos societários se retraem. Entra em cena a tecnicização da política indicando a comparação do Estado a uma empresa privada, passando a ser administrado por pessoas de competência técnica que deve agir de forma a eliminar custos. Buscando parcerias público/privadas e dividindo tarefas com as Organizações não Governamentais – ONGS.

Neste cenário de instabilidade e desconfiança, os Movimentos Sociais, a exemplo do Movimento de Reforma Psiquiátrica, procuraram alternativas possíveis de se problematizar um cotidiano tal como estava sendo nas instituições de psiquiatria. O modelo psiquiátrico tradicional estava sendo questionado e outros na área da SM estavam sendo propostos. Assim, a RP pode ser compreendida como um processo histórico de transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais (AMARANTE, 1995 p: 50).

Em Campina Grande-PB, os serviços que poderiam oferecer suporte à RP colaborando com as famílias nesta tarefa, foram acionados. Não apenas os CAPS, a ESF também seria uma opção de serviços em SM. De acordo com o MS esta estratégia deve ter como alvo as famílias. Com os membros desta o contato é mais prolongado do que nos CAPS. Desta forma, são as ESF quem deveriam encaminhar as pessoas que necessitam de acompanhamento psiquiátrico, bem como recebê-las quando retornam destes espaços.

Discursos tais como estes deixavam a sociedade campinense impactada com as supostas realidades vivenciadas no hospital João Ribeiro.

No pátio havia um cubículo, talvez muito próximo de um estábulo de concreto, onde os pacientes deviam urinar e defecar. Não havia vasos sanitários nem locais certos para isso, o cubículo todo era um vaso plano, feito de chão. Era constante a presença de corpos nus, rodeados de mosca. As condições de existência intra-hospitalar encontradas eram muito graves e tornavam-se ainda mais graves e inumanas por serem atribuídas aos quadros psicopatológicos ou apenas às reações e aos comportamentos dos pacientes (KINKER, 2007 p: 17).

O processo da RP em Campina Grande-PB, marcou o início de outros caminhos pelos quais trilharia a SM. Os serviços nesta área deveriam ser embasados por novas condutas e regras nas relações internas. Sejam estas, entre as pessoas que usariam os mesmos, ou na comunicação com os familiares. “Com 145 leitos, o Hospital João Ribeiro obteve 46,36% na pontuação do PNASH¹² e por isso mesmo já deveria dar início a uma substituição de tratamento de seus pacientes e cancelar as internações pelo SUS” (OLIVEIRA, 2011 p: 23).

Com o processo de intervenção, as pessoas, inclusive os funcionários desta instituição, dispersaram-se para outros lugares. Os internos foram levados para lugares diferentes. Conforme Oliveira (2011), dos 176 retirados do hospital pela equipe de intervenção do MS, 69 deles foram para o serviço de referência em SM (CAPS) desta cidade, 16 foram levados para as Residências Terapêuticas¹³ e os demais foram levados de volta para casa de seus familiares onde seriam cuidados por eles cuidados.

De acordo com Kinker (2007), deste total de internos levados para os novos lugares, 30 obtiveram alta e voltaram para suas casas, inclusive os considerados moradores do hospital por estarem nele há anos.

Os lugares planejados para receber os internos foram questionados principalmente pelos novos profissionais contratados para cuidar dos mesmos. Isto se devia, provavelmente, aos estereótipos criados sobre aquelas pessoas. “Diversas vezes criou-se um clima de terror pelo fato de o prédio ter muitos vidros, por comprarmos garfos e facas e copos de vidro, algo considerado perigoso” (KINKER, 2007 p: 79).

Da forma como este autor se posiciona, parece que a nova estrutura era algo inédito para os funcionários. Ou que a nova estrutura composta pelos novos utensílios que os interventores compraram estabeleceria uma nova relação entre profissionais e internados. A discussão em torno da estrutura física dos hospitais psiquiátricos não justificava o cotidiano entre estas pessoas na relação com a loucura.

¹²O PNASH - Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares - criado através da Portaria nº 3.409 de 20 de agosto de 1998, tem por objetivo melhorar a qualidade dos serviços hospitalares prestados aos usuários do SUS, respeitando os princípios de universalidade e da equidade.

¹³São casas, locais de moradia para pessoas que permaneceram por longos períodos de internações psiquiátricas e que ainda não estão aptas a retornar às suas famílias. As Residências Terapêuticas foram instituídas pela portaria GM nº 106 de fevereiro 2000 e são parte da política de saúde mental do Ministério da Saúde. Estão inseridas no SUS são consideradas centrais no processo de Desinstitucionalização dos egressos dos hospitais psiquiátricos. São mantidas com os recursos que antes eram destinados aos leitos psiquiátricos.

Ao apresentar esta situação de medo entre os funcionários, parece que estes queriam um espaço tal qual o anterior. Onde não poderia ter quase nada no cenário porque as pessoas daquele lugar não eram confiáveis e poderiam apresentar reações inesperadas.

Na década de 1990, o MS publicou as ações que regulamenta e normatiza a SM no âmbito do SUS através das portarias nº 182/ 91 e nº 244/92. Nos anos 2001, o modelo assistencial em SM é redirecionado para a garantia de proteção e dos direitos das pessoas com problemas psíquicos, através da Lei 10.216, denominada de Lei Paulo Delgado, sancionada no país após 12 anos de promulgação no Congresso Nacional.

Desta feita, a Lei federal 10.216 traz modificações significativas para a SM do Brasil. “Privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.” (BRASIL, 2005 p: 8).

A política de SM (SM), após a Lei Paulo Delgado e a III Conferencia Nacional de Saúde Mental, juntamente com as diretrizes da RP, supostamente ganhou maior visibilidade. Com a portaria 336/2 novas sugestões são lançadas “propondo um novo modelo de assistência definindo os CAPS como serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território” (CAMPOS, 2006 p: 27).

Com o objetivo de melhorar o atendimento às pessoas da SM, foram definidas algumas modalidades em SM, as quais passariam a funcionar em unidades assistenciais denominadas de: CAPS I, CAPS II, CAPS III e CAPS IV. Estes são definidos tanto por complexidade quanto por abrangência populacional, tornado-se os principais meios de atenção à SM nos municípios brasileiro.

Conforme o MS as ações destes serviços e as das ESF devem ser realizadas articuladamente.

2.3 Comunidade das Flores

Comunidade é um espaço onde são estabelecidos laços diversos e as pessoas tem formas peculiares de se relacionarem. Assim como se refere Michel de Certeau (2009) quando apresenta as práticas culturais de moradores da cidade em seus respectivos bairros. Suas reflexões auxiliaram nas interpretações sobre o pertencer à comunidade e como os moradores estabelecem cotidianamente suas relações entre eles mesmos e os

profissionais da saúde, alguns destes também moradores da mesma rua, bem como entre eles e os de “fora”, tais como eu.

Foi possível perceber os vínculos formados durante a pesquisa entre o espaço público e o privado. A UBSF, espaço de relações cotidianas, porém passageiras e públicas. E as residências das pessoas usuárias da ESF, espaço onde as relações também são cotidianas, no entanto, privadas.

Diferentemente do cotidiano na UBSF, na comunidade as pessoas tem suas interações guiadas de forma menos sistemática. Isto talvez seja por serem autônomas em suas escolhas e comportamentos. Não estão sobre a vigilância direta de outras pessoas para orientá-las assim como é neste espaço.

Entre os moradores da comunidade, foi observado o estabelecimento de algumas táticas, em seu dia a dia, e principalmente em dia atendimento. De acordo com Certeau (2009), estas são maneiras das pessoas se sobressaírem em determinadas situações. Sejam no momento de atendimento na ESF, ou diariamente com os seus vizinhos.

Estas táticas são utilizadas principalmente em dias específicos de atendimento ao GSM. Nem sempre os seus integrantes cumprem as determinações estabelecidas. Algumas pessoas não compareciam nos dias marcados para receber o medicamento

Sempre arrumam uma desculpa, falam que foram ao hospital, que alguém da família ou eles mesmos estavam doentes, esquecerem a data, e isso atrapalha o nosso trabalho porque cada dia é planejado para uma atividade e não podemos parar todos os dias para atender pessoas cujo dia foi marcado e ela não compareceu, porque priorizou outras coisas e não se preocupou com a sua saúde (integrante da ESF).

Isto demonstra que mesmo seguindo as determinações da equipe, na maioria das vezes, o cumprimento de algumas regras não tem, para eles, o mesmo sentido atribuído pelos profissionais de saúde. Nesta relação, as pessoas do GSM colocavam as suas necessidades antes das priorizadas pela equipe.

São situações de um cotidiano onde as relações são estabelecidas entre quem está na condição de cuidador e os receptores dos cuidados. As UBSF têm as suas particularidades. Pois quando uma política de saúde é planejada busca-se, na participação dos envolvidos no processo, uma forma coerente de sua execução, embora em sua prática seja comum uma das partes ocuparem a posição de receptora apenas, como se não houvesse interação neste processo.

As reflexões de Certeau (2009) foram importantes na compreensão desta e outras situações, envolvendo aspectos atribuídos à vida no bairro, neste caso, a vida na

comunidade. Aspectos tais como estes foram observados tanto nos momentos vivenciados junto aos seus moradores, quanto aos símbolos estabelecidos entre eles, tais como a vestimenta, os códigos utilizados durante a comunicação através de gestos com o corpo, as expressões, os lugares evitados e os valorizados entre os transeuntes naquele espaço.

Compreender as relações na comunidade é importante por ser este um espaço em que a ESF realiza suas atividades. Mas, além disto, é pertinente entender outras relações para além das estabelecidas por esta estratégia:

O bairro é o espaço de uma relação com o outro como ser social, exigindo um tratamento especial. Sair de casa, andar pela rua, é efetuar antes de tudo um ato cultural, não arbitrário: inscreve o habitante em uma rede de sinais sociais que lhes são preexistentes (os vizinhos, a configuração dos lugares etc.) (CERTEAU, 2009 p: 43).

A partir da compreensão deste autor, sobre o que é um bairro, é possível entender melhor o lócus desta pesquisa. A CF se localiza no meio urbano entre dois bairros de Campina Grande-PB, a 9 km do centro desta cidade. “Antes de sua fundação era um terreno com muito mato e uma lagoa, foi ocupado em 1990 através de uma mobilização realizada por moradores de um bairro aqui próximo. De canto abandonado passou a se chamar Comunidade das Flores”, disse dona Flor.

Flor é uma senhora que mora na comunidade desde a fundação. De acordo com ela, a ocupação teria mudado o perfil daquele espaço. Antes um local sem casas, considerado, área perigosa, e por terem medo, as pessoas dos bairros vizinhos passavam por outros lugares.

Não havia infraestrutura adequada. Os moradores residiam em barracos feitos de papelão e plásticos. O esgoto era a céu aberto e não havia coleta de lixo. Esses fatores contribuíam para o aumento de diversas doenças epidêmicas também e em mortes, Neste período, crianças principalmente, jovens, adultos e idosos chegaram a falecer.

Observei na comunidade duas igrejas católicas, várias evangélicas e espaços onde funcionam outras religiões tais como o candomblé, mas não foram denominadas pelos moradores assim. Uma escola municipal de ensino fundamental do 1º ao 5º ano, um Clube de Mães e uma Associação de Moradores. Nesta participei de algumas reuniões, previamente agendada com o representante da CF.

Em uma destas ocasiões, os moradores estavam discutindo sobre a perda de um terreno que seria usado para construir prédios públicos de interesse comunitário. Dentre estes, o da própria sede da Associação, uma creche e uma lavanderia. Mas o espaço teria

sido vendido pela prefeitura municipal. Sobre outras situações vivenciadas nesta reunião trarei no próximo capítulo.

Antes da implantação da ESF, PSF na época, o atendimento hoje realizado pela equipe de saúde, era planejado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a coordenação de um enfermeiro.

De acordo com dona Flor, tanto a ausência de outros profissionais de saúde quanto a distância do posto dificultavam o atendimento aos moradores. As visitas às famílias mais necessitadas eram realizadas uma vez por mês. Ficando assim quase sem assistência médica ou tendo que recorrer aos hospitais mesmo com problemas de baixa complexidade que poderiam ser resolvidos na Atenção Básica.

No ano 2000, foi implantada a UBSF, para melhor organizar os serviços da ESF, a área foi dividida em seis microareas. Para cada uma destas foi designado um ACS. Conforme os dados registrados na UBSF, os profissionais atendem a 828 famílias cadastradas totalizando 3.312, número aproximado de pessoas. Por ficar entre dois bairros, 48,6% residem em um (403 famílias) e 51,4% no outro (425 famílias)¹⁴.

Antes de poder visitar os moradores da Comunidade, também usuários da ESF, eu ficava apenas na UBSF. Após um período de convívio neste espaço, foi possível conversar com eles em suas residências e saber quem eram e como se dava o seu cotidiano.

Este segundo momento da pesquisa seria possível apenas quando eu conquistasse a confiança dos profissionais da ESF. Quando isto acontecesse poderia sair dos muros da UBSF e conhecer outras realidades. Na medida em que o tempo passava, a equipe entendeu o meu propósito, que seria compreender como viviam as pessoas do GSM. Principalmente as egressas do hospital psiquiátrico em suas relações com os demais moradores daquela comunidade.

No início da pesquisa os principais colaboradores foram os ACS. Durante a minha estadia na UBSF, foi com eles com quem mais conversei sobre as dinâmicas da ESF, sobre os usuários, e principalmente sobre o GSM. Algumas vezes, fui convidada para almoçar em suas residências. Quando aceitava aproveitava o percurso para conhecer a Comunidade.

¹⁴ Informações obtidas na pesquisa intitulada: **Gestantes e Direitos: um estudo de seus conhecimentos**. Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande. 2007. p. 52. Para maiores informações consultar. SILVA, Roseilda Maria.

Nestes trajetos sempre encontrávamos pessoas pelas ruas. Estas se dirigiam ao ACS para saber informações relacionadas ao atendimento, principalmente com a médica. O saber médico parecia ser a referência nas ações de saúde, mesmo sendo através da equipe que se efetivava o desenvolvimento das ações de saúde na ESF, com a enfermeira à frente de suas atividades.

Percebi mudanças com relação ao último período em que estive por lá. Mas alguns aspectos continuam quase os mesmos, tais como os serviços básicos de saneamento. Por ser duplamente dividida, tanto pela linha do trem quanto pelo canal, em algumas partes a paisagem se mistura entre as construções residenciais e os terrenos baldios. Em alguns destes últimos, era comum encontrar as crianças brincando ao fim da tarde.

Quem passa apenas no canal quase não percebe estes aspectos. Esta divisão colabora para que algumas partes fiquem quase escondidas. Parecendo assim, duas comunidades num mesmo espaço.

Entre quatro e cinco meses de convívio juntos aos profissionais e usuários na UBSF, senti a necessidade de outras observações, estas seriam possíveis se eu tivesse mais contato com aquelas pessoas que chegavam à UBSF em dias específicos. Conhecer outros aspectos para além da dinâmica deste espaço seria, naquele momento da pesquisa, importante. Havia estabelecido laços de amizade com os moradores. Sabia onde alguns moravam e quais faziam parte do GSM. Eram estes com quem pretendia conversar por mais tempo.

No início dos primeiros meses na UBSF eu conversava mais com os ACS, pois já os conhecia da pesquisa anterior. Conforme os meses foram passando, outras pessoas foram entrando para pesquisa de forma marcante. Dentre estas, Lírio. Ele fazia parte da equipe, mas não era ACS. A nossa aproximação se deu quando senti a necessidade de ir além dos espaços da UBSF. Poder conversar com as pessoas, tanto nas ruas da comunidade, quanto em suas residências, seria uma etapa importante na minha pesquisa.

Por ser uma pesquisa que se insere na área de saúde e ser na ESF, eu deveria comunicar a enfermeira chefe da mesma os meus procedimentos. Sair sozinha não seria, naquele momento, uma atitude plausível. Deveria respeitar as regras internas e ainda não conhecia as pessoas da comunidade o suficiente para deixá-las tranquilas com a minha presença.

Por estes motivos convidei Lírio num dia em que os profissionais estavam em reunião planejando as próximas atividades. Como Lírio não estava participando desta

reunião poderia se ausentar de suas atividades laborais para darmos umas voltas nas proximidades da UBSF.

Lírio mora na CF desde a sua infância. Conhece todos os moradores. É amigo e vizinho de alguns. Sabe sobre o cotidiano destes tanto na CF quanto na da ESF. Este rapaz foi para mim o que o “Doc” foi para Willian Foot-Whyte (1975). Mais que um “informante”, ele se tornou um colaborador da pesquisa e uma das pessoas com as quais fiz amizade neste tempo de pesquisa.

No primeiro dia fomos andar pelas ruas sem rumo, apenas conversando sobre os lugares, as reuniões de moradores e as festas da CF. Aparentemente desconfiadas, as pessoas olhavam para Lírio e eu. Principalmente os jovens e as que raramente frequentavam a ESF. Ao mesmo tempo em que se distanciavam, demonstravam gestos como se quisessem perguntar a ele quem eu era. Mas, ao nos aproximar, antes que fizessem a pergunta ele me apresentava dizendo: “Esta é Assistente Social e tá lá no PSF com a gente.”

Assistente social. Esta identidade foi aos poucos se espalhando pela comunidade nos primeiros dias em que comecei andar com Lírio pelas ruas e residências. A princípio não me agradou tal referência, mas, percebi que desta forma as pessoas ficariam mais tranquilas com a minha presença. Mesmo não estando naquele momento na condição de assistente social, percebi que a referência não atrapalharia o desenvolvimento da pesquisa. Pelo contrário, colaborou.

Lírio sabia das minhas pretensões na pesquisa e que eu não estava como assistente social. Mas, achou melhor me apresentar assim. Afinal, ele conhece os seus vizinhos. E disse ser melhor, naquele momento, apresentar-me assim. Às vezes alguém se referia a mim como se fosse esta profissional

Isto deve ser provavelmente, fruto da ausência do mesmo cotidianamente na UBSF. A equipe conta com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Este tem os profissionais que não tem na ESF. Dentre os quais um assistente social, mas, ele apenas está presente nas quartas feiras. Diferentemente dos anos anteriores, havia um na equipe permanentemente. Assim, a visibilidade deste profissional para os usuários não era da mesma forma que os demais.

No espaço da UBSF, eu não atraía tantos olhares quanto nas ruas. Este é um espaço transitado por várias pessoas desde os usuários aos profissionais da equipe com indumentária identificando a sua função. Diferentemente da rua, onde quem passa ou

vai à casa de alguém quando é amigo ou funcionário da ESF, ou está a serviço de outros órgãos. Além disso, eu não estava com roupa branca e nem crachá com identificação.

Mesmo com poucos contatos, principalmente no início, foi possível perceber a indiferença da qual descreve Clifford Geertz (1978), quando se refere à cultura de Bali, assim como os outros lugares em que as pessoas se aproximavam para verem de perto quem seria aquele estranho em seu espaço.

A maior parte das pessoas ficava distante nos observando. Uns trabalhando em construções, outros nas calçadas, as vezes, desviavam dos lugares onde sabiam que passaríamos e, algumas vezes, pequenos grupos de jovens ficavam um pouco mais afastados da casa conversando entre si, fingindo não estarem vendo ninguém:

A Indiferença, sem dúvida, era estudada: os aldeões vigiavam cada movimento que fazíamos dispunham de uma quantidade enorme de observações bastante corretas sobre quem éramos e o que pretendíamos fazer. Mas eles agiam como se nos simplesmente não existíssemos e esse comportamento era para nos informar que de fato nos não existíamos, ou ainda não existíamos (GEERTZ, 1978 p: 270).

Diferentemente de Bali, que após o episódio envolvendo a polícia o pesquisador percebeu que as pessoas sabiam quem era ele, na CF eu estava acompanhada por uma pessoa do local. Assim, os olhares eram apenas relacionados a mim. Mas, como sabiam que eu estava com Lírio a aproximação foi mais fácil. Inclusive com aqueles mais distantes, a exemplo de um grupo de jovens jogando futebol ou pelada, como eles se referiram.

Eles estavam num espaço livre para jogarem num pequeno campo de terra rodeado de mato ao lado da linha do trem.¹⁵ Destes jovens, apenas três garotos estavam jogando. Os cumprimentamos. Lírio falou com mais espontaneidade do que eu. Aos poucos outros foram se aproximando. Em poucos minutos o campo estava com mais jovens do que no início. Eles saíam de dentro do mato e se aproximavam dos demais meio envergonhados.

Nos passeios Lírio era quem levava consigo a máquina fotográfica. Neste dia foi possível registrar momentos importantes, talvez não possíveis, se não estivéssemos com a máquina. Quando os rapazes se aproximaram, Lírio perguntou se poderia tirar uma foto com eles. Um deles perguntou: “quem é ela? essa foto é pra publicar na patrulha é”? Patrulha é um programa local de TV. Após a resposta de Lírio, sobre quem eu era e sobre a finalidade da foto, eles continuaram a conversa. Um deles sorrindo disse de

¹⁵ Fotografia em anexo.

forma mais tranquila e descontraída: “se fosse para a patrulha o coleguinha estaria no xilindró no outro dia”. Imediatamente se aproximaram e disseram se não era para a finalidade que pensavam, aceitariam tirar, juntamo-nos e tiramos a foto.

Dias posteriores, um dos rapazes que estava no campo de futebol me encontrou quando eu estava indo à casa de uma senhora do GSM sem Lírio. Cumprimentou-me. Seu sorriso estava espontâneo. Parecia me conhecer há muito tempo. Fiquei constrangida por não lembrar-me dele, mas ele perguntou se eu havia revelado a foto, neste momento lembrei-me de onde o conhecia, respondi que ainda não, mas, logo faria isto e mandaria por Lírio.

De acordo com Lírio, não é uma prática comum alguém andar pelas ruas da comunidade sem finalidade, a menos que seja morador, e nem parar para conversar e ainda tirar fotos. Os profissionais da saúde passam, mas geralmente em direção à casa de alguém. Enquanto passávamos pelas ruas ele me perguntou se eu havia percebido o medo deles quando perguntaram sobre a finalidade da foto. Explicou que eles são assim mesmo. Às vezes as pessoas da própria comunidade evitam passar por aqueles lugares. Passam por outros, alguns até mais distantes, mas não atravessam a linha do trem onde se localiza o campinho.

2.4 A Unidade Básica de Saúde da Família: um espaço e várias relações

Neste momento da pesquisa apresento a UBSF, espaço no qual realizei as primeiras incursões etnográficas com as pessoas inseridas na dinâmica da ESF. Algumas reflexões de Erving Goffman (1989) serão importantes tanto para o conhecimento do cenário quanto para melhor compreender as interações nesta trama.

O primeiro encontro com o grupo de SM se deu alguns dias após os meus primeiros contatos com a equipe na ESF. O atendimento ao mesmo é realizado uma vez por mês. Nestes encontros os procedimentos com este grupo são parecidos com os demais, tais como a consulta, diferenciando na quantidade de pessoas para serem atendidas. Além da presença de alguns apenas para receberem os medicamentos.

Eu estava ansiosa para saber quem eram estas pessoas, ficava curiosa e desejava que chegasse rápido este dia. Imaginava um cenário que foi desconstruído tão logo cheguei a ESF. Pensava que me depararia com um ambiente composto por pessoas tristes, quietas, com olhares parados, roupas diferentes, parecidas com as consideradas loucas apresentadas pelos meios de comunicação.

Parte desse imaginário deve-se a alguns fatores específicos a considerar: as experiências de convívio com algumas pessoas consideradas loucas, na cidade de Jataúba-PE, onde nasci e morei até os meus 19 anos, além das leituras de obras que narram histórias de personagens com tais características, principalmente as experiências de internamento em hospitais psiquiátricos. Sobre isto, Roberto Cardoso de Oliveira (1998) diz o seguinte:

Talvez a primeira experiência do pesquisador de campo - ou *no campo* - esteja na domesticação teórica de seu olhar. Isso porque, a partir do momento em que nos sentimos preparados para a investigação empírica, o objeto, sobre o qual dirigimos o nosso olhar, já foi previamente alterado pelo próprio modo de visualizá-lo. Seja qual for esse objeto, ele não escapa de ser apreendido pelo esquema conceitual da disciplina formadora de nossa maneira de ver a realidade. Esse esquema conceitual - disciplinadamente apreendido durante o nosso itinerário acadêmico (OLIVEIRA, 1998 p: 19).

Apesar das ideias prévias, o contato com o lócus de pesquisa me possibilitou outros horizontes possíveis a partir das realidades perceptíveis durante a iteração na realização da mesma. Nos primeiros contatos os objetivos com os quais iniciei a pesquisa foram reformulados. Essa mudança de planos me possibilitou outras reflexões sobre as interações sociais naquele universo. Antes de participar deste cotidiano havia realizado algumas leituras sobre o GSM. Ao conviver com estas percebi que se distanciam do perfil apresentado.

Era o início de novos caminhos para a minha pesquisa. Em contato com o GSM pude fazer outras reflexões sobre suas histórias, as quais talvez não foram narradas para a equipe da ESF da mesma forma que foi para a pesquisadora. Tive a oportunidade de compreendê-las em suas particularidades, e conhecer os motivos que para eles justificam a permanência no GSM.

Além das diferenças apresentadas este grupo era composto por uma quantidade considerada de participantes, mais de cem componentes.

A partir daquele dia pude perceber que não são o que os estigmas determinam. São pessoas que tem outras subjetividades, tem suas razões, tem saúde e podem, assim como os demais, adoecerem.

Malinowski (1975) considera importante a capacidade de um pesquisador mudar a forma de compreender o seu universo de pesquisa.

Se um indivíduo inicia uma expedição com a determinação de provar certas hipóteses, se não é capaz de mudar constantemente seus pontos de vista e de rejeitá-los sem relutância, sob a pressão da evidência, é desnecessário dizer que seu trabalho será inútil (MALINOWSK, 1975 p: 45).

Quando iniciei a pesquisa formulei questões baseadas em leituras sobre a dinâmica da ESF em seu cotidiano com o GSM. Pretendia saber como se dava a relação entre a equipe da ESF e seus participantes. Se a política desta estratégia estava coerente com os discursos oficiais do MS sobre as procedências no atendimento das pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos.

No entanto, as realidades vivenciadas possibilitaram encontrar outros caminhos na pesquisa. Estes colaboraram na problematização de novas situações tais como as falas de quem retornou de hospitais psiquiátricos, sobre o cotidiano nestes lugares. Estas e outras situações, com as quais me deparei no convívio com o GSM me fizeram abandonar a pretensão, com a qual iniciei a pesquisa e enveredar por outros caminhos.

Procurei direcionar meu olhar não apenas para os acontecimentos habituais da ESF nem os fora do comum. Mas busquei considerá-los em seus contextos. Assim, poderia discutir com mais propriedade suas particularidades.

Ao mesmo tempo, toda a extensão da cultura tribal em todos os seus aspectos deve ser examinada na pesquisa. A consistência, a organização e sistematização interna a cada um dos aspectos auxiliam igualmente a uni-los em um todo coerente. Um etnógrafo que se propõe estudar apenas, ou somente tecnologia, ou simplesmente organização social, delimita um campo artificial para a pesquisa, e será seriamente prejudicado em seu trabalho (MALINOWSK, 1975 p: 50).

A pesquisa seguiu seu percurso e novos recursos técnicos foram aos poucos inclusos, a máquina fotográfica foi um destes. Os encontros com o GSM foram registrados não apenas em meu diário de campo, mas através da fotografia também. Este instrumento tornou-se importante para a minha aproximação com os usuários. A fotografia encantava os participantes e ao mesmo tempo os aproximava. Ao serem fotografadas se sentiam felizes. Este era também momento de descontração. Muitos riam, demonstrando a satisfação com aquele momento.

As conversas se intensificavam e a curiosidade para ver como estavam na foto aumentava. Alguns diziam que estavam bonitos. Outros se sentiam bonitos. Conforme as colocações de alguns comentários, tais como estes surgiam dos demais: “como você quer sair bonito se você é feio”? Expressões que causavam gargalhadas.

A fotografia, além de ser uma fonte metodológica com possibilidades de interpretação de realidades, pode também servir de registro de situações que as palavras nem precisam descrever para explicar determinados acontecimentos. Ela por si já nos

leva a imaginação. Para compreender os gestos, as reações nos encontros, a fotografia foi interessante em alguns momentos desta pesquisa.

Porém, não apresentarei as imagens destes momentos por uma questão de ética na pesquisa e por preservar as pessoas participantes da pesquisa. As fotos possíveis de serem usadas serão as de outras pesquisas discutidas ao longo desta dissertação. Ressalto ainda que não fiz aqui um estudo das imagens. Apenas apresento reações de momentos específicos com este instrumento.

De acordo com Ana Maria Mauad (1996), não importa se o registro fotográfico foi realizado para documentar um fato ou representar um estilo de vida. No entanto, deve-se compreender a fotografia paralelamente enquanto imagem/documento. Neste caso, a fotografia pode ser considerada uma marca de uma materialidade passada, na qual objetos, pessoas e lugares, nos informam sobre seus aspectos. Isto, levando-se em consideração o contexto do momento no qual é possível ter noções de como eram as condições de vida, os artefatos da moda, a infraestrutura urbana ou rural, as condições de trabalho, dentre outras situações.

Este instrumento passou a ser utilizado a partir de uma experiência na UBSF. Um dia a enfermeira me convidou para realizar uma palestra com o GSM. Em consideração às relações de reciprocidade na ESF, aceitei o convite. Sabendo que o mesmo estava direcionado não à pesquisadora e sim a assistente social.

Um dos dias, após participar da reunião do grupo de SM, junto à enfermeira e aos ACS, perguntei se seria possível tirar uma foto dos integrantes. Ao ter a confirmação, todos se juntaram e em menos de um minuto a pose para a foto estava pronta. Ação rápida, mas possível de se perceber o gesto de uma senhora que estava no banco de cimento no corredor onde as reuniões acontecem junto às pessoas do grupo durante a palestra.

Quando a foto foi anunciada, ela decidiu se distanciar. Percebi algo diferente. Enquanto os demais se juntavam, ela foi para outra direção. Sentou-se novamente na mesma posição de antes, com os braços cruzados e os pés balançando. Convidei para se aproximar. Ela gesticulou com o dedo dizendo não, e respondeu: “não sou deste grupo não”. A ACS respondeu que seria apenas uma foto para poder, futuramente, lembrar daquele momento. Apesar de ter percebido a sua vontade de se juntar aos demais sua reação foi a de se afastar. Mas, quando ouviu a resposta da ACS, se aproximou e sentou-se outra vez.

Seu gesto expressava algo. De acordo com David Le Breton (2010), a gestualidade enquanto referência às ações do corpo é também uma maneira de consentir ou negar, e os movimentos da face ou do corpo acompanham a emissão da palavra. O direcionamento do olhar pode ser uma maneira de tocar ou evitar o contato.

Nesta situação seria o seu gesto uma maneira de evitar o contato com o grupo? Ou sua atitude estava demonstrando o desejo de se diferenciar dos demais? Ou seria vergonha de ser compreendida enquanto uma pessoa inserida no grupo de SM? Aquele episódio me chamou a atenção. Voltei para casa com estas indagações.

No dia seguinte, quando retornei a UBSF, em conversa com os ACS, tomei conhecimento que nem todos da reunião eram integrantes do grupo. Alguns estavam apenas para receber resultados de exames, ou medicamentos, mas haviam decidido assistir a palestra.

Um dos ACS falou que a senhora teria ido buscar o medicamento de seu esposo. Confirmava-se que a senhora não era integrante do grupo, como havia pensado. Mas ainda era cedo para eu entender o motivo do seu receio. Talvez as próximas conversas me esclarecessem. Ou os próximos encontros.

Outro dia quando estava indo à casa de seu Jacinto a encontrei. Ela perguntou se eu havia revelado as fotos, pois gostaria de vê-las. Respondi que levaria no próximo encontro. Neste momento ela disse que não estaria presente. Aproximou-se e com o tom de voz mais baixo disse:

Olha naquele dia estava com vergonha de tirar a foto porque o povo daqui fala de quem é do grupo de saúde mental, dizem que são pessoas doentes e que tomam remédio controlado e eu não sou assim. Aí fiquei com vergonha de você achar que eu era também doente e eu não sou, não é?

Suas colocações colaboraram na compreensão de como as pessoas do GSM são consideradas. A vergonha de ser o que o estigma determina, principalmente para aqueles inseridos no GSM, a distanciou dos demais naquele momento. Conforme Goffman (1975), o estigma é um atributo que deixa a pessoa desacreditada em algumas situações. As pessoas estigmatizadas são nomeadas como sendo o “defeito” ou alguém em desvantagem diante de quem fica na posição do outro. Há uma identidade negativa e deteriorada atribuída a estes. O diferente passa a ser considerado “nocivo” e “incapaz”, distanciando-se dos parâmetros estabelecidos pela sociedade.

Ser deste grupo, para algumas pessoas da comunidade, é ser tutelado tanto pelos profissionais da ESF quanto por familiares. Pois, assim como se refere Goffman, ao ser

reconhecido por fazer parte de um GSM, o estigma os coloca numa posição de incapacidade.

Esta forma de ser compreendido, enquanto dependente ou tomar “remédio controlado”, deixa as pessoas em situação desconfortável. Em decorrência disso passam a sentir vergonha. Principalmente em lugares onde todos se conhecem e sabem a rotina um do outro.

A senhora que se distanciou das pessoas na hora de tirar a foto apresenta os motivos pelos quais agiu daquela forma: diante das percepções de alguns da CF ela seria também uma “doente mental”, referência comum na comunidade, uma incapaz. Por isso sentiu vergonha de ser compreendida assim. Sobre este sentimento, Cid Merlino Fernandes (2006) em seu estudo sobre melancolia justifica este sentimento como sendo um comportamento de ordem psíquica: Não fazendo menção a outras esferas do social, mas atribui as relacionadas ao individual, e ao biológico.

Sente-se vergonha quando é tornado público algo que é da ordem do privado. A vergonha desencadeia uma série de reações que indicam uma perda do controle da imagem de si e aponta para a ameaça da perda da integridade narcísica do sujeito. A única reação possível após uma experiência vergonhosa é se esconder, desaparecer da vista do outro (FERNANDES, 2006 p:123).

Tentou não aparecer no momento parecia ter vergonha de ser compreendida enquanto um integrante do GSM. Tomar remédio controlado, como se referiam, é também um estigma. Desta forma, ao pensar na possibilidade de ser rotulada, sua atitude demonstrava vontade de desaparecer de vista do outro. Este “outro” seria, talvez, seus vizinhos ou eu, por ser ainda, naquele momento, uma pessoa com quem ela não mantinha contato e não sabia ao certo as minhas intenções na pesquisa.

No entanto, é possível pensar outras possibilidades sobre a sua reação. De acordo com Goffman (2011), um comportamento observado na interação entre duas pessoas em posições diferentes, pode ter outros sentidos conforme o momento da situação em que estão expostas. Portanto, a reação da senhora pode ter outras interpretações uma vez que “o ator e o receptor estão em muitas relações diferentes entre si, e nenhuma delas normalmente recebe uma determinabilidade exclusiva e contínua da conduta cerimonial” (GOFFMAN, 2011 p: 64).

A antropóloga Ruth Benedict (2002) também faz menção ao sentimento de vergonha num estudo sobre a cultura japonesa. A autora explica que alguém poderá tê-lo quando é ridicularizado abertamente ou por compreender ter sido. Não foi o caso.

Mas a compreensão sobre como poderia ser vista pelos demais ao ser vista na foto colaborou para o distanciamento inicial. Assim, são várias as situações possíveis de demonstrar esse tipo de sentimento: por desejarem ser diferente, por “medo” de serem interpretadas de outras maneiras que não estejam de acordo com suas vontades.

Para melhor compreender a dinâmica da ESF em seu cotidiano, decidi fazer algumas denominações, a partir das contribuições de Goffman sobre cenários. Assim, escolhi a UBSF.

O prédio onde funciona a UBSF é uma residência localizada na CF. Dividida em quatro espaços: cozinha, sala do ProJovem¹⁶ e outros encontros, um banheiro, um corredor com bancos de cimento onde as pessoas esperam as consultas, ambiente denominado de “sala de espera”. Estas partes ficam do lado de fora da casa. Na parte interna estão os demais compartimentos: recepção, farmácia, consultório odontológico, sala da enfermeira, sala da médica, sala de curativos, uma sala de citológico e um banheiro.

De acordo com Goffman (2011), por cenário se compreende a mobília, a decoração e a disposição física que se prepara para o desenrolar da ação humana em seu interior. Este espaço tende a permanecer na mesma posição de forma que os atuantes deste cenário, como parte de sua representação, não possam iniciar a atuação até que se tenham colocado no lugar adequado e devam terminar a representação ao deixá-lo.

Na UBSF, mesmo que alguns objetos tais como a balança de pesar, a mesa para a entrega dos medicamentos e as pessoas, estejam em outros compartimentos, todos os dias ao iniciar as atividades tudo está em seus devidos lugares. Neste cenário está o que o autor denomina de fachada pessoal. Ainda de acordo com ele, esta pode ser dividida em “aparência” e “maneira”, conforme a função exercida pela informação transmitida por tais estímulos. A “aparência” é definida enquanto estímulos que funcionam no momento e revelam o status social do ator. Eles informam sobre o estado ritual provisório da pessoa, se está empenhada numa atividade social formal, trabalho ou recreação, ou informal.

No espaço interno da UBSF as interações das pessoas, durante as atividades realizadas, dependem da região ocupada por elas. Goffman (1989) define região como sendo “qualquer lugar que seja limitado de algum modo por barreiras à percepção”. Neste cenário os espaços são determinados, não apenas as portas dividem os espaços,

¹⁶ Foto em anexo.

mas os compartimentos que limitam os “bastidores” e o lado de fora. No primeiro, ficam os espaços habitados pela equipe de saúde, quem direciona as ações e do outro lado, estão as receptoras destas, ou seja, os usuários, em seus lugares.

Na UBSF, observei que a farmácia ocupava a posição de fundo com relação aos usuários, pois nos outros lugares mesmo permanecendo pouco, apenas quando são atendidos individualmente pela médica, enfermeira e cirurgião dentista, apenas a “farmácia” seria tal região. Pois nesta apenas as pessoas da equipe transitam. Ainda é possível perceber que, mesmos nestes “bastidores” ainda há alguns que são poucos frequentados, mesmo pelas pessoas da equipe, a exemplo da sala da médica. Esta quando chega à UBSF, entra em sua sala, inicia o atendimento e sai apenas para ir embora. Raramente transita pelos outros compartimentos em interação com os demais da equipe com os usuários.

O espaço da UBSF tem os seus ambientes usados para funções específicas. Alguns são ocupados pelos profissionais da equipe. Estes são mais restritos. Apenas alguns da equipe têm acesso nos procedimentos relacionados às consultas sigilosas. Os que são ocupados pelos demais funcionários, o acesso é mais comum a exemplo da cozinha. Estes ficam aos fundos da casa, assim, devido a sua localização os olhares, a partir da recepção e das demais salas, não podem enxergar o que ocorre em seu interior. Desta forma, nem os superiores, na escala hierárquica da ESF, e nem os usuários, que ficam esperando no corredor o seu nome ser chamado para o atendimento, podem ver o que se passava nos momentos de descontração na cozinha.

Este espaço era também o meu segundo refúgio, depois do banquinho de cimento da sala de espera. Lá eu poderia me movimentar com mais desenvoltura e conversar com os demais. Constituíam-se enquanto espaço aconchegante para quem nele se encontrava. Nestes momentos era perceptível a espontaneidade dos que ali estavam. Tomavam café. Conversavam outros assuntos além dos relacionados ao cotidiano da ESF, antes de entrarem em cena, e iniciarem suas atividades.

Neste compartimento, as pessoas pareciam sentir-se mais iguais e conversar sem a preocupação de estarem sendo observadas. No entanto, nem todos os funcionários visitavam este espaço. Durante os meses em que estive na UBSF, não vi a presença de uns, e outros pude ver raras vezes. Estes cumpriam seus horários e atividades em seus respectivos lugares.

Isto demonstra que os lugares têm a sua função:

Entretanto, embora exista a tendência de uma região ser identificada como de fachada ou de fundo de uma representação com a qual esteja regularmente ligada, há ainda muitas regiões que funcionam numa ocasião e em sentido como região de fachada, e em outra ocasião e em outro sentido como região de fundo (GOFFMAN, 1989 p: 118).

Alguns destes profissionais que também frequentavam a cozinha atendiam em salas específicas, mas neste espaço aproveitavam para descontrair de suas atividades laborais. Situação que deveria acontecer na região de fachada.

A linguagem dos bastidores consiste no emprego recíproco do primeiro nome, nas decisões tomadas em comum, na irreverência, francas observações de ordem sexual, queixas minuciosas, fumar, trajes comuns grosseiros, postura, "desleixada" no sentar e estar de pé uso de linguagem dialetal ou baixo do padrão (GOFFMAN, 1989 p:120).

Mas, outros espaços também são raramente visitados na UBSF por alguns profissionais, a presença destes são mais frequentes em dias especiais, tais como reuniões, confraternizações, tal como a que ocorreu no fim do ano de 2011. Como os grupos atendidos, destes estes estão: o GSM, o grupo de hipertensos e mulheres gestantes.

Particpei da confraternização do grupo destas últimas. Neste dia a UBSF, se dividiu em dois cenários. O corredor onde estava o GSM e a sala onde funcionava o do ProJovem¹⁷ com algumas mulheres gestantes. Tratava-se de um dia exclusivo. As futuras mães estavam em uma reunião festiva, organizada pela enfermeira, a médica, e alguns ACS.

Antes do momento do lanche e das entregas dos presentes entrei na sala quando o ACS fazia suas recomendações sobre como as mães deveriam proceder para uma gravidez saudável. Acompanhei, por alguns minutos, em consideração aos organizadores e às gestantes, mas não permaneci até o encerramento. Quando estava me despedindo, chegaram a enfermeira e a médica. Era o meu primeiro contato com a médica de forma mais próxima, antes deste dia a encontrei uma vez na sala de espera.

No outro cenário, no "corredor" de espera, estava o GSM esperando o início da outra confraternização organizada por Acácia e eu. Esta ajudou a preparar o lanche e distribuir, além da colaboração de uma ACS, a qual iniciou as informações sobre automedicação, assunto escolhido pela enfermeira. Mesmo em dias diferentes, as

¹⁷ Programa do Governo Federal destinado aos jovens entre 15 e 17 anos pertencentes a famílias beneficiárias do programa Bolsa família ou em situação de risco social.

atividades continuavam. Somente após o atendimento eram realizadas outras atividades. Uma semana antes a enfermeira me chamou em sua sala e disse que estava preparando a confraternização dos grupos da ESF e perguntou se eu não gostaria de fazer com o “meu”. Entendi que seria uma forma de convite para colaborar nas atividades eu não poderia recusar. Combinamos o dia e conforme as suas recomendações o momento com o GSM foi realizado.

Assim como Erving Goffman (1987) considerou o ambiente hospitalar importante espaço para apresentar as relações sociais em sua pesquisa, considero importante a apresentação da UBSF, por ter sido neste local onde passei parte do tempo no desenrolar desta pesquisa. Além de ter sido a partir deste ambiente que pude compreender outras relações para além dos seus muros. Ou seja, a continuidade de algumas histórias e outras versões possíveis de serem melhor compreendidas do lado de fora da UBSF, aspectos do cotidiano para além das ações da saúde.

De acordo com Erving Goffman (2011), as pessoas vivem num mundo de encontros sociais que as envolvem e é mediado por outros participantes. Nesses contatos, às vezes desempenham o que este autor chama de “linha”, ou seja, estabelecem um padrão de atos verbais e não verbais no qual é possível expressar sua opinião sobre o que está acontecendo. Desta forma, elaboram interpretações sobre os envolvidos e sobre elas próprias. Isso aconteceu comigo no período de permanência na UBSF e na Comunidade.

Através desta as relações assumem posições definidas, como valor social. Assim, poderá ser chamada de fachada. Esta, enquanto um valor social, é definida por este autor como imagem positiva do eu, delineada em termos de atributos sociais aprovados. E mesmo que haja envolvimento com esta posição, acabam agindo de forma variada: triste quando não é correspondida no que planejou e alegre quando tudo deu certo.

A convivência me mostrou as relações de um dia a dia em instituições tais como tais como esta onde é realizado atendimento ao público. Nestes espaços, as relações nem sempre são amistosas. São estabelecidas regras de comportamento para reforçá-las e fazer os usuários entenderem que devem ser respeitadas.

Assim como em outros espaços onde há interação entre servidor e usuários dos seus serviços, na parede da UBSF está afixado um papel impresso o artigo do Código Penal Brasileiro. Este em seu art. 331 afirma que “desacatar funcionário público no exercício da função ou em razão desta, pena - detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, ou multa.” Este papel fica num local visível por todos ao chegarem naquele local.

Uma na parede do “corredor” de espera, e outra e na recepção. Estes lugares são os mais frequentados pelas pessoas da comunidade.

Dentre esta informação, estão outras publicadas pelo MS relacionadas a temáticas variadas no âmbito da saúde, tais como “gravidez” “amamentação”, “hipertensão”, “terceira idade”.

Considero pouco o tempo que passei nestes espaços para realizar uma pesquisa com observações mais densas queria ter feito uma leitura antropológica mais adensada de outras interações. Tais como as registradas nas fotografias, e mesmo outras que não foi possível aprofundar as discussões, pois o período destinado a uma pesquisa de mestrado é pouco.

Além disto, é um período dividido entre as atividades acadêmicas e a pesquisa. Quando se escolhe realizar pesquisa de campo, o tempo das pessoas com as quais vamos nos relacionar é diferente e às vezes lento para que haja estabelecimento de confiança entre pesquisador e os demais da pesquisa. Afinal, tanto as relações humanas, quanto as produções intelectuais, não tem tempo determinado para acontecer. São ações subjetivas e o tempo, por ser o principal contribuidor para o amadurecimento das mesmas, é indefinido.

Mesmo assim foi possível a compreensão dos símbolos e códigos tanto da UBSF quanto da comunidade com suas regras e dinâmicas postas em ação cotidianamente. Pude estabelecer laços de um convívio não tão contínuo, visto que alguns finais de semana não estava na comunidade e nas sextas feiras, por ser o momento reservado às reuniões e planejamentos da equipe. Neste tempo foi possível compreender parte das relações entre usuários e equipe, suas lógicas de enxergar o mundo, suas expressões e dinâmicas.

Refiro-me a parte porque concordo com Clifford Geertz (1989): como se trata de uma experiência etnográfica foi possível observar estas relações, registrar e fazer as minhas interpretações, salientando que são interpretações a partir do meu ponto de vista, e de situações ocorridas nos dias em que eu estava em campo e que eu pude presenciar,

Assim, como se refere Geertz quando diz que os textos antropológicos são eles próprios interpretações e de segunda e terceira mão, pois por definição apenas um “nativo” faria interpretação em primeira mão, compreendo as minhas considerações sobre a comunidade lócus da pesquisa. Apresentar o sentido de determinadas situações, com clareza e detalhes talvez só os próprios fossem capazes de mostrar, as pessoas

externas as realidades do local apresentam suas leituras as quais não estão desvinculadas de sua trajetória acadêmica.

Eu, assim como afirma este autor, estou na condição de alguém de fora, registrando algo. Logo, uma das minhas funções é escrever e repassar para quem não teve a mesma experiência que eu, ter um mínimo de clareza de como foram parte das realidades por mim vivenciadas. Salientando que, mesmo se outro pesquisador estivesse no mesmo local, com as mesmas pessoas com quem dialoguei durante a pesquisa, as suas observações poderiam ser, e muito provavelmente seriam, diferentes das minhas e suas interpretações também.

Nos dias iniciais me sentia um tanto quanto constrangida. Por isso ficava na sala da recepção localizada na intermediária entre as salas da médica, da enfermeira e do dentista. Como falei anteriormente, a UBSF é uma casa com vários compartimentos. Ao entrar em seu lado direito fica o corredor. Neste local permaneci por alguns dias junto aos usuários. Parecia estar esperando atendimento também. Os olhares se voltavam pra mim, pois sabiam que eu não era da CF e nem estava com a indumentária branca comum aos demais profissionais da ESF. Logo não era uma da equipe.

Não apenas as pessoas com quem dividi por muitos dias os bancos de cimento a espera de atendimento, mas também os funcionários. Apesar de saberem da pesquisa, parecia não entenderem porque eu estava daquele jeito. Sempre quieta, não interagia e só saía quando o expediente terminava. Provavelmente se perguntavam que tipo de pesquisa seria aquela minha, diferente dos outros estagiários. Não fazia nada e raramente conversava com alguém, sentada esperando as horas passarem e voltar para casa.

Conforme o tempo passava minha presença deixava de ser novidade para eles. Como estava constantemente naquele espaço, aos poucos fui tornando-me alguém familiar ao ambiente. A timidez e a desconfiança aos poucos foram cedendo lugar a espontaneidade.

Com o passar dos dias, as pessoas vão se acostumando com o pesquisador e este deixa de ser o outro do espaço. Malinowski (1975) descreveu isto em sua experiência etnográfica.

Devo lembrar que, como os nativos me viam constantemente todos os dias, deixaram de interessar-se, ou alarmar-se, ou embaraçar-se com a minha presença, e eu deixei de ser elemento perturbador da vida tribal que deveria estudar, alterando-a apenas por dela aproximar-se, como sempre acontece com um recém-chegado a qualquer comunidade selvagem. “De fato, ao

saberem que eu me intrometeria em tudo, até mesmo onde um nativo bem educado não sonharia em meter-se, terminaram por considerar-me uma parte integrante de sua vida, um mal ou aborrecimento necessário, compensando por presentes de tabaco (MALINOWSKI, 1975 p: 44).

Esta passagem mostra bem como aconteceu ao longo dos oito meses de pesquisa de campo, tanto no espaço interno da ESF quanto na parte externa/comunidade. Eu já não era mais novidade. Não causava-lhes mais o desconforto do início da pesquisa. As conversas eram mais espontâneas. A interação entre usuário e equipe parecia ter voltado ao habitual. Os espaços por onde poderia transitar se ampliaram e se tornaram mais familiar. Sentia-me mais confortável em estar nos mesmos e conversar com as pessoas sem me sentir tão estranha como antes.

A ESF tem seus princípios e atende a uma quantidade determinada de pessoas, as quais, de acordo com MS devem ser do território onde está localizada. Ou seja, é recomendado que os moradores procurem a UBSF da área onde residem. Mas, em casos extras, assim como o meu, o atendimento não deve ser negado.

Malinowski (1975) descreveu que durante a pesquisa passou a ser parte integrante da aldeia. A experiência de oito meses de pesquisa indo à UBSF todas as semanas, intensificando a permanência na CF nos últimos três meses me aproximou mais das pessoas. Sabia que não fazia parte da equipe e nem era moradora da CF, mas, ao final da pesquisa precisei usar os serviços da UBSF. Fui desta forma, usuária por um dia. E os procedimentos foram os mesmos dos demais usuários. Ao chegar à recepção expliquei o motivo da minha ida naquele dia ao local, que não era por conta da pesquisa, mas era por motivo de saúde.

Era um dia de muita chuva e frio, neste dia poucas pessoas estavam na sala de espera junto aos demais. Passei alguns minutos participando das conversas até o momento chegar a minha vez de conversar com a enfermeira. Aquela era a segunda vez que eu entrava em sua sala. Só que desta vez o dialogo não foi sobre a pesquisa. Foi um momento diferente das experiências vivenciadas. As relações não são fixas. Elas se transformam assim como os papéis e as funções.

A enfermeira foi a primeira pessoa na UBSF a me falar sobre como a ESF se articulava junto aos demais serviços e principalmente às famílias da Comunidade. Explicou sobre os grupos existentes dando ênfase ao GSM, havia falado para ela sobre a pesquisa, no primeiro dia quando cheguei à CF, neste momento já estava com as declarações: uma do Programa de Pós- Graduação em Ciências Sociais -PPGCS e outra do Comitê de ética em Pesquisa do HUAC. A dinâmica de uma ESF é acelerada, em

decorrência do horário de atendimento¹⁸, e as horas pareciam não passar. Porém atenta aos acontecimentos para poder fazer os devidos registros em meu diário de campo. Por mais que as pessoas fossem gentis comigo não podiam me dá muita atenção. Suas tarefas deveriam ser realizadas e as metas cumpridas.

Nos primeiros dias me senti desconfortável diante desta situação. Aparentemente não estavam me observando. As práticas aconteciam como se outra pessoa de fora não estivesse ali. Os profissionais continuavam suas atividades. Os usuários esperavam no corredor enquanto eu me sentia quase invisível, pois raramente alguém se dirigia a mim. Situações assim já ocorreram em outros ambientes e culturas na relação com outros grupos, assim como destaca Clifford Geertz:

A indiferença, sem dúvida, era estudada; os aldeões vigiavam cada movimento que fazíamos e dispunham de uma quantidade enorme de informações bastante corretas sobre quem éramos e o que pretendíamos fazer. Mas eles agiam como se nos simplesmente não existíamos, ou ainda não existíamos (GEERTZ, 1975 p: 279).

Esta passagem reforça a sensação que senti no início da pesquisa. Assim como se referiu Geertz (1975) sobre o comportamento dos aldeões em Bali, as pessoas na UBSF procediam quase de forma parecida, salientando que foram contextos e pesquisadores diferentes, assim como também as abordagens. Eu também estava sendo analisada. Tanto as pessoas da equipe quanto os moradores da comunidade observavam cada movimento. Dispunham de informações sobre a minha pessoa e as minhas pretensões. Porém, assim como os balineses, agiam como se eu não estivesse lá.

Isso se confirmou quando comecei a andar pelas ruas da comunidade nos meses que se seguiram. As pessoas falavam comigo com mais tranquilidade. Elas seguiam seus propósitos. Sejam trabalhando, na espera pelo ônibus, ou nas conversas em frente as residências, ou mesmo em silêncio observavam o ambiente, “enquanto o estranho vagueia em redor e se sente vagamente como um ente desencarnado” (MALINOWSK, 1975 p: 279).

Era assim que eu me sentia nestes encontros iniciais. Porém, diferentemente dos primeiros meses na UBSF que pensava não estar adiantando a pesquisa. Este foi um dos momentos de desânimo na minha experiência em campo. O animo veio quando me debrucei em outras leituras de experiências etnográficas, tais como a de Bronislaw

¹⁸ Manhã das 07:h às 11: h, e tarde das 13:h às 17: h.

Malinowski. Dentre as suas reflexões esta passagem marcou o início da incursão etnográfica realizada na CF:

Lembro-me muito bem das longas visitas que fiz às aldeias durante as primeiras semanas; o sentimento de desânimo e desespero depois de terem fracassado inteiramente muitas tentativas obstinadas, porém inúteis, de estabelecer um verdadeiro contato com os nativos e de coletar qualquer material. Tive períodos de desesperança, nos quais me enterrava na leitura de romances, do mesmo modo que um homem recorre à bebida num acesso de depressão e de enfado tropical (MALINOWSKI, 1975 p.41).

Leituras como estas me fizeram compreender que o momento fazia parte de uma experiência tal como esta, em seus princípios. Mas o quanto seria necessário para a “familiarização” com o ambiente para a obtenção de confiança das pessoas que seriam as participantes da pesquisa.

2.5 Receber e colaborar: trocas nas relações entre as pessoas na ESF

O cotidiano de uma ESF é bastante sistemático. Compreendi com o passar dos dias nas minhas idas a campo que o atendimento não era interrompido, independentemente das atividades realizadas. Desta forma, foi difícil conversar com alguns profissionais da equipe, como dito anteriormente. A médica da ESF foi um destes.

As atividades de um enfermeiro numa ESF são múltiplas, em virtude da responsabilidade com a gerência. Por estar sempre realizando os procedimentos de sua competência com os usuários, as conversas com a enfermeira eram esporádicas. Nas segundas feiras as atividades, a equipe e as pessoas são reduzidas, por serem reservadas para reuniões e planejamentos. O ambiente não fica “agitado”, desta forma é possível conversar mais com os profissionais de forma prolongada.

Ao longo do convívio junto as pessoas da equipe de saúde a qual demonstra que as dificuldades se relacionam mais às ausências e menos a estrutura de um serviço que deve também atender à SM. Percebi que não há interações mediadas pela equipe neste grupo. Geralmente ficam esperando nos bancos de madeira e cimento no corredor seus nomes serem chamados. Alguns para se consultarem com a médica. Outros apenas esperam a entrega dos medicamentos, quando não necessitam destas consultas, após retornam às suas residências.

Muitos dos encontros, nos quais eu ficava incumbida de levar o lanche e conversar com eles sobre os medicamentos, percebi que sentiam-se felizes por ter alguém interagindo com eles. Apesar de acharem que eu estava ali enquanto assistente social. Além disto, gostavam de se verem nas fotos tiradas nos encontros anteriores, visualizadas em meu computador, já que não era possível revelar, como queriam, e levar em todos os encontros.

Conversar e /ou simplesmente olhar fotos podem parecer simples interações, ou talvez com pouca importância para quem está de fora do processo. No entanto, aos que estão acostumados com alguns cartazes afixados nas paredes, esperando para receber os medicamentos, muitas vezes permanecendo toda uma manhã ou tarde sem ocupar o tempo, poderá ter outra significância.

Tais interações me possibilitaram enxergar que não há no grupo um sentimento de pertencimento intenso, nem integração entre seus componentes e equipe fortalecida. A impessoalidade parece ser ali uma constante, amenizada apenas nas breves conversas. A ausência de atividades que os envolvam, e o tempo gasto com a espera dos psicotrópicos para a “medicalização” também de suas angústias, não permitem tornar aquele espaço um ambiente mais atrativo.

De acordo com alguns membros da equipe, não há interação mais consistente entre os demais serviços, além da não colaboração dos integrantes do GSM no tratamento. Por mais que sejam orientados sobre como cuidar da saúde em casa, às vezes tomam dosagens além do orientado pela médica, não realizam outras atividades, depositavam na ação medicamentosa a confiança para a resolução dos considerados por eles problemas.

Pra você ter uma ideia, eles gostam tanto do remédio que alguns as vezes vem dias antes do agendado para receberem, com medo de acabar. Fazer o desmame é muito difícil, por mais que sejam orientados com relação ao excesso, eles gostam e não param. Isso me entristece porque em dias de atendimento eles se consultam apenas por mim, interessados no recebimento dos medicamentos, pergunto se eu posso encaminhá-los para uma conversa com a médica, na maioria das vezes não aceitam, alegam pressa, recebem os remédios e vão embora (profissional da equipe).

Ao ser convidada para interagir com o GSM trazendo para eles informações sobre automedicação, entendia como uma ação de reciprocidade, tanto com relação ao momento reservado para colaborar nesta pesquisa através das informações sobre o grupo, quanto por ter me recebido naquele espaço no início da pesquisa de forma gentil.

Nas reflexões de Mauss (1974), as trocas de dádivas poderão assumir várias formas, inclusive de relacionamento entre grupos envolvidos nas ações de dar, receber e retribuir, na ESF são ações comuns. Desta forma, não poderia negar os favores concedidos, sejam no que se refere à permissão dita acima ou na liberação de alguns dos integrantes da equipe para me acompanhar nas visitas às residências.

Por questão de retribuição e atendimento à hierarquia, não deveria negar-me, e sim aceitar o convite e realizar no dia seguinte o combinado. “Riscos da automedicação” era o tema. Precisei ler manuais do MS e me familiarizar com os nomes “diferentes” dos medicamentos psicotrópicos. Os mais comuns eram: fluvoxamina, tryptanol, clonazepam e diazepam, nomes triviais para a equipe, inclusive para os usuários.¹⁹ Percebi a familiaridade com que falavam sobre tais medicamentos, conforme as conversas fluíam os tipos dos mesmos eram comentados por eles.

Os temas determinados pela enfermeira para eu repassar exigiam muita atenção. Por não serem relacionados à minha formação, requeria toda uma preparação. Afinal, eu não poderia cometer divergências nas explicações, porque enquanto estava no corredor falando para os usuários, na sala ao lado estava parte da equipe, procedendo as atividades e ouvindo as minhas considerações.

No início, sempre chegava ao corredor um ACS para fazer a abertura da tão esperada “palestra”²⁰, na ocasião me apresentavam, diziam que eu era assistente social, mas estava realizando uma pesquisa com o grupo, e falaria sobre os riscos e efeitos dos psicotrópicos. Dava-se início, aquele momento “agitado”, defino assim porque a sala de espera era um corredor²¹ no meio da casa, por ele passava-se para a cozinha, a recepção e os demais compartimentos. Era bastante movimentado, além disto, as pessoas prestavam mais atenção em seus nomes, do que as informações repassadas.

Percebi, com o tempo, que a recomendação para falar sobre os psicotrópicos seria uma forma de controlar a impaciência deles, enquanto não eram atendidos. Assim, evitaria o retorno às suas residências sem o medicamento. Numa destas palestras, enquanto falava dos riscos da automedicação, uma senhora levantou-se e disse: “E se eu sentir dor de cabeça no fim de semana e o posto estiver fechado, ou se não puder ser atendida, como já aconteceu eu chegar aqui e falarem que não atenderiam mais naquele dia, porque as fichas já haviam acabado. E se o dia for de um grupo específico?”

¹⁹ Eles conhecem os medicamentos que tomam e falam sobre os mesmos com bastante familiaridade.

²⁰ Palestra era a forma como se referiam, quando perguntavam o que teria para o grupo no dia seguinte,

Neste momento me senti constrangida, tanto a médica quanto a enfermeira estavam em suas salas, qualquer resposta poderia ser, posteriormente, questionada e comprometer o desenvolvimento da pesquisa. Na ocasião uma ACS veio da sala ao lado e respondeu, dizendo a forma como a senhora deveria fazer quando se deparasse com situações assim. Mais uma vez confirmava-se a minha impressão de que eu estava sendo também observada.

Fui “presenteada” com um grupo, nos encontros ficava incumbida de levar o lanche. Sempre me apresentavam como assistente social. Percebi que esta posição facilitou o desenvolvimento da pesquisa, amenizando as desconfianças, tanto dos usuários quanto da equipe. Nos dias que o antecediam ouvia expressões de alguns profissionais tais como: “amanhã é o dia do teu grupo”, inclusive quando colaboravam na entrega dos lanches, frisavam: “ajudo você na distribuição do lanche ao seu grupo”.

Além da ser convidada para estes momentos, Acácia²² pediu para eu colaborar na doação de algumas roupas, o intuito era colocar numa exposição de um brechó na ESF. Eu não poderia negar, pois foi uma das pessoas que sempre me recebeu com muito carinho e atenção. Esta era a responsável pela preparação do lanche, e muitas vezes me auxiliou na entrega, principalmente quando o cardápio era soja e suco de frutas.

Sempre retribuía a colaboração dessas pessoas no que me solicitassem, havia entre nós uma relação de reciprocidade, compreendida por mim, não através de presentes, mas no apoio no desenvolvimento da pesquisa. O tempo de convívio proporcionou a construção de relações de amizade, tanto com as pessoas da equipe quanto com as do GSM e da comunidade.

Quando Acácia pediu a doação e esperava minha retribuição, procurei compreender sobre sua expectativa de minha atitude. Conforme Mauss (1974), nestas relações, baseadas na dádiva, é estabelecida uma solidariedade social. Estas experiências foram presenciadas e as considerei importantes, por ser o local relacionado a área da saúde, onde as pessoas agem, às vezes, de forma distanciada. Conforme minha presença se intensificava, os laços se fortaleciam a colaboração mútua se estabelecia a desconfiança amenizava, ampliava-se as possibilidades de colaboração e confiança entre pesquisadora, usuários e principalmente equipe.

Percebi que a relação de Acácia com os moradores da CF é maior do que imaginava. Não se trata apenas de compreender uma política pública de saúde, baseada

²² Acácia é uma das integrantes da equipe

na atenção básica, mas um conjunto de processos sociais os quais são reelaborados na relação entre as pessoas em suas vivências.

Tanto Acácia quanto Lírio tem função importante na UBSF. Estes vão além de suas incumbências na ESF. Colaboram com as outras atividades dos demais profissionais, se preocupam com as pessoas da comunidade de forma se procuram organizar meios de promover ações diferentes. Faziam acontecer um dia especial dedicado às pessoas atendidas na UBSF, em datas comemorativas, tais como: dia da criança, dia das mães, os quais são comemorados com lanches e distribuição de roupas arrecadas com a vizinhança e a equipe.

2.6 “Quero falar com a médica o meu filho não dormiu hoje”

Esta foi uma das expressões de uma mãe num dia de atendimento. Sua reação me chamou a atenção por persistir para o seu filho ser atendido. Atitudes assim não eram comuns. A médica estava de férias. Quando retornou, a quantidade de pessoas estava maior do que nos dias anteriores.

No corredor, alguns sentados, outros em pé. Na recepção, apesar da quantidade de pessoas, o atendimento prosseguia calmo até chegar uma senhora segurando a mão de um garoto e dizer: “Eu quero falar com a médica o meu filho não dormiu hoje”. A recepcionista respondeu que não havia vagas. Sugeriu que voltasse para casa e viesse outro dia. Neste momento a mãe aumentou o tom da voz e disse: “não posso esperar para outro dia, outro dia o meu filho já terá morrido, ele passou a noite toda sem poder urinar e sem dormir”.

Quando a enfermeira percebeu a maneira como a mãe estava, perguntou se era grave a situação do seu filho. A mãe repetiu mais uma vez sobre a possível morte do filho caso o atendimento não fosse realizado. A enfermeira pediu para a recepcionista colocar o nome da criança na lista do atendimento e se dirigir à sala da médica para avisar sobre o caso. A mesma olhou para a enfermeira e disse: “vou colocar o nome aqui e a senhora fale com ela, porque ela disse que atenderia apenas quinze e tem trinta, passou da quantidade”.

Enquanto as duas chegavam a um consenso sobre como a mãe teria acesso à médica, as pessoas ficaram paradas na porta observando silenciosas, a mãe continuava na recepção com o filho. Mesmo sabendo das regras postas na ESF, sobre o atendimento o qual se dá através de consulta previamente marcada, a mãe se utilizou de

um discurso sobre a possível morte do filho e não saiu da recepção até o seu nome ser chamado e finalmente o encontro com a médica ser realizado.

Na maioria das vezes o estabelecido para a comunidade pela ESF é cumprido. Mas, tem situações em que os usuários não as obedecem e se posicionam, independentemente de serem percebidos enquanto chatos, ou “encrenqueiros”, como afirmavam os próprios colegas, também a espera de atendimento.

Práticas assim, como a reação desta senhora, não são habituais. Naquele espaço as relações são estabelecidas de forma que as pessoas, na maioria das vezes, devem compreender a função de cada um.

Mas, às vezes, ocorrem momentos assim. Outro dia, no mesmo corredor, enquanto esperavam atendimento, algumas senhoras falavam em voz alta insatisfeitas do tempo de espera. O propósito era fazer a equipe ouvir. Uma delas disse: “tenho meus afazeres domésticos e ainda vou fazer almoço, não posso esperar tanto tempo assim”. Dependendo do comportamento apresentado nestes dias são comparados às pessoas de outros grupos. “O grupo de saúde mental sempre espera sua vez do atendimento bem comportados e os outros sempre estão com pressa”. Resposta obtida de um componente da equipe através do roteiro.

As pessoas do GSM são consideradas pacientes, embora não sejam sempre assim. Quando a entrega demorava, ouvi expressões tais como: “sou doída, mas não sou besta não”. Frase dita também em voz alta de uma senhora do GSM, ela estava no corredor de espera da UBSF quando outra chegou e passou em sua frente para o atendimento. No momento ela falou que estava esperando ali desde cedo, teria ficado insatisfeita porque outra chegou por último e não esperou tanto quanto ela para ser atendida.

Momentos como estes apresentam situações causadoras de insatisfação a qualquer um que se sinta desrespeitado, não apenas os do GSM. A insatisfação é percebida para além de um dia de atendimento, se estende a outras situações em que as pessoas não querem ser dependentes.

No próximo capítulo, apresento algumas pessoas do GSM, as quais conheci na UBSF, e com estas tive a oportunidade de conversar de forma mais espontânea em suas residências.

CAPITULO 3- Vivências do presente e lembranças do passado: Saúde Mental na Comunidade das Flores.

3.1 “Olhando” e “ouvindo” fora da UBSF

No capítulo anterior foram apresentadas as primeiras experiências desta pesquisa nas interações no recinto da UBSF, tanto com as pessoas da equipe de saúde quanto com as do GSM. Estes primeiros contatos foram importantes para o estabelecimento de laços de amizades indispensáveis no desenrolar desta pesquisa, principalmente quando precisei passar mais tempo na comunidade e não mais na UBSF como antes.

Agora priorizo a CF, enquanto espaço social, onde as personagens principais desta pesquisa vivem o seu cotidiano. Deixei os muros da UBSF e fui aos domicílios, procurei ouvir as pessoas do GSM e seus familiares e acompanhei o dia a dia destas.

Trago aqui alguns relatos sobre histórias dos participantes do GSM, algumas narradas por elas mesmas e outras por pessoas da ESF. A intenção é apresentar quem são e suas versões para serem inseridas no GSM.

Com isto estreitei relações e percebi situações as quais talvez não fossem possíveis, ou não da mesma forma, se não tivesse a oportunidade de acompanhar as interações sociais de seus moradores no cotidiano da CF. É mais neste espaço, e menos na UBSF, que as realidades de vida de cada um são narradas.

Para além de compreendê-los, enquanto usuários de uma ESF, pude *olhar, ouvir e escrever*, sobre experiências de internamento que nos cinco meses iniciais de pesquisa não foi possível saber. Tendo como base as reflexões de Roberto Cardoso de Oliveira (1998), e a partir dos questionamentos, os quais me direcionaram para novos caminhos na pesquisa, diferentes dos que havia iniciado, tive a oportunidade de reescrever a dinâmica social destas em suas relações consigo mesmas e com os outros - vizinhos profissionais e familiares. Direcionando novos olhares para este cotidiano, pude reorganizar o roteiro da trama e dar novos sentidos ao aparentemente familiar.

Quando iniciamos qualquer trabalho temos de antemão um roteiro sobre por onde queremos passar e onde pretendemos chegar, mas quando vamos colocá-lo em prática a realidade nos leva a redefinições de planos para novos caminhos serem trilhados. As mudanças foram para mim nesta trama, a cintilação necessária na compreensão de um cotidiano orientado por uma das principais estratégias da atenção básica: ESF.

Apoiada no pensamento de Oliveira (1998) foi possível fazer outras reflexões sobre situações aparentemente habituais, talvez não perceptíveis por outro pesquisador, com outra formação. Em determinados momentos pude perceber, o quanto “o *olhar*, o *ouvir* e o *escrever* podem ser questionados em si mesmos, embora em um primeiro momento possam nos parecer tão familiares, e por isso, tão triviais, a ponto de sentirmo-nos dispensados de problematizá-lo” (OLIVEIRA, 1998 p: 18).

Deste modo, ao observar na comunidade algumas práticas aparentemente comuns, para quem vive e compartilha dos costumes daquela comunidade. Mas passados alguns dias outras interpretações foram surgindo, as quais me habilitaram na percepção de outros detalhes, sobre momentos provavelmente despercebidos se a escrita não os tivesse “materializados” e apresentados. Assim como expõe Oliveira (1998), é no *olhar* e no *ouvir* que nossas concepções são realizadas, no entanto, é no escrever que o pensamento se exercita de forma mais completa.

Como exposto no capítulo anterior, a pesquisa se desenvolveu em dois cenários. UBSF e Comunidade, nesta nos domicílios das pessoas participantes, dentre as quais estavam as inseridas no GSM.

Ao realizar a pesquisa neste espaço, pude perceber como as pessoas se relacionavam com os vizinhos, as suas concepções sobre a ESF e a RP, e sobre quem participava do GSM. Em seus lares não ficavam preocupados com o horário, por exemplo, e outras condições envolventes distintas com as quais todos (usuários, funcionários e pesquisadora) precisam lidar.

O GSM além apresentar um número considerado de participantes seus integrantes tem problemas de saúde variados e trajetórias de vida singulares. Assim, durante o convívio com o GSM escolhi alguns de seus integrantes para ter um contato mais próximo. Nos últimos meses da pesquisa, pude acompanhar o seu cotidiano e ouvir relatos de suas experiências antes de serem membros do GSM. Ouvi-los me possibilitou ter outra compreensão sobre como se sentem neste processo denominado por Foucault (1997) de antipsiquiatria. Este movimento reserva

Ao indivíduo a tarefa e o direito de levar a cabo a sua loucura, de levá-la a seu termo, numa experiência que pode ter a contribuição dos outros, mas nunca em nome de um poder que lhe seria conferido por sua razão ou por sua normalidade; separando as condutas, os sofrimentos, os desejos do estatuto patológico que lhes havia sido conferido liberando-os de um diagnóstico e de uma sintomatologia que não tinham simplesmente valor de classificação mas de decisão e de decreto (FOUCAULT, 1997 p: 56).

Dei visibilidade a histórias de pessoas consideradas pelos ACS, principalmente, como “casos simples”, os que são resolvidos na ESF e os “casos gritantes”, os que neste espaço não resolve, no entanto, em ambos, assim como se refere Foucault no trecho acima, as pessoas ficam incumbidas de levar a cabo a sua forma de serem, recebendo a colaboração da equipe se quiserem, mas, podem ter a sua “loucura” medicalizada, como também podem ter o direito de viver sem este procedimento.

As visitas significavam, tanto para mim quanto para as famílias, momentos diferentes dos vivenciados entre os muros da UBSF e as que eram realizadas pela equipe, as pessoas quando não podiam se locomover a este espaço. As visitas domiciliares eram geralmente realizadas nas sextas feiras.

Nestas estavam presentes a médica e os ACS em suas respectivas áreas, são visitas sempre com um objetivo definido, para cumprirem atividades previamente determinadas as quais variam entre marcar consultas e exames bem como orientação sobre os cuidados com a saúde.

Este laço entre ACS e família é também reflexo do que é estabelecido pelo MS, que recomenda ser a família o alvo das ações realizadas na ESF. Nos primeiros dias contei com a colaboração de dois ACS: Flor e Cravo, além destes pude contar com Lírio. Este foi importante para a minha aceitação na comunidade, e em espaços tais como Associação dos Moradores da Comunidade (AMC).

Devido as tarefas dos ACS na ESF, as quais eram quase intermináveis, a disponibilidade destes profissionais era reduzida. Por esta razão procurei me aproximar de outras pessoas que seriam importantes também para o desenrolar da pesquisa neste novo cenário. No tempo que passei na UBSF, compreendi que estes não poderiam deixar suas atividades para estarem a minha disposição. Por vezes marcamos as visitas e as mudanças de planos não nos permitiam realizá-las. Outras atividades eram priorizadas.

Eu não poderia ir sozinha por dois motivos específicos: a princípio, por não poder realizar as visitas sem a presença de um destes, principalmente se fosse à área de algum deles. Neste espaço era recomendado que eu fosse com o responsável, por não saber o endereço das residências, a CF é dividida em várias áreas extensas. Além de que a pesquisa neste cenário, estava em seu início, desta forma, chegar às residências sozinha poderia gerar desconforto às famílias.

Para os ACS, cuja obrigatoriedade das atividades baseava-se na quantidade de visitas, tempo é um fator considerado em seu trabalho, e se é assim, não devem demorar

em apenas uma residência, dando atenção às conversas tão “comuns” para eles e outras “naturalizadas” pelo ócio do ofício.

Se ficassem a minha disposição, além de terem mudanças na rotina, as conversas não teriam, provavelmente, o mesmo desempenho, suas atividades também não seriam do mesmo jeito, por estarem na companhia de alguém que estaria observando. Se isto ocorresse, talvez os seus procedimentos fossem outros. Conforme Mendes Gonçalves (2002) isto levaria estes ACS a praticarem o “falseamento” das ações, por estarem na presença de alguém de fora do processo, e se fosse desta maneira a tendência seria para “melhor”.

Se fossem apenas algumas visitas, talvez houvesse a possibilidade de sustentar este comportamento, mas ainda faltavam quatro meses para o encerramento da pesquisa. Desta forma, as prioridades cedidas às outras atividades e não às visitas agendadas, estavam relacionadas à maneira como eles compreendiam a minha posição diante de suas procedências no cotidiano junto às famílias.

As visitas realizadas com estes profissionais tiveram as suas vantagens, no que se refere a facilidade na aproximação com as famílias, sem gerar desconfiança sobre o meu interesse em visitá-las. Nos dias que fomos juntos, as conversas não se estendiam, pois outras visitas deveriam ser realizadas naquele dia, além da obrigação de auxiliarem na UBSF se as pessoas que estavam sendo atendidas fossem de suas áreas. O tempo de permanência era curto e por isto dificultava o desenvolvimento de um diálogo entre as famílias.

As primeiras visitas me levaram a compreender que conversar com as pessoas da comunidade às pressas não seria para uma boa forma de fazer etnografia, porque as interações seriam forçadas, comprometendo a percepção sobre realidades diversas de um universo socialmente marcado por relações que seriam percebidas se fossem consideradas em seus contextos.

O convívio na CF se estendeu aos outros espaços, nos quais pude ver, ouvir e discutir. Um destes foi a AMC. Convidada para participar de uma reunião na qual observei como as relações sociais, baseadas na confiança de um líder carismático, eram estabelecidas.

3.2 “Bem vinda em nome do Senhor”: reunião na Associação de Moradores

“Bem vinda em nome do Senhor”. Esta foi a frase expressa em coro pelas pessoas presentes na reunião da Associação de Moradores da Comunidade (AMC) quando o representante iniciou a sessão, perguntando aos presentes, como fariam quando a casa recebia visitas. A resposta foi esta em seguida iniciaram a oração (Pai Nosso), neste momento as pessoas deram as mãos formando um grande círculo no meio da sala. Ao término desta oração o presidente fez os agradecimentos por todos estarem mais uma vez juntos em busca de melhorias para a comunidade. Esta oração indicava, provavelmente, a predominância da religião católica na CF.

A Associação fica distante da UBSF, num local onde foi ocupado pelos moradores. O prédio é uma casa dividida em dois espaços: uma sala para reunião e outra menor para cozinha. Compunha a sala cadeiras de plásticos e de ferro, na parede estava um quadro com a imagem de Nossa Senhora Aparecida, esta imagem e o ritual inicial confirmavam a predominância da religião católica. Na CF foram observados símbolos, igrejas, por exemplo, que indicavam a existência de outras religiões. Mas na AMC apenas a católica era simbolizada.

Outros objetos compunham o cenário, a exemplo de um cartaz do Programa Leite da Paraíba, um quadro escrito horário e dia da reunião, além da solicitação de um quilo de alimento não perecível para a composição de uma cesta básica, a qual seria sorteada em véspera de Natal do mês de dezembro de 2011. O intuito seria angariar recursos e comprar um som para a AMC. Em frente as cadeiras, estavam duas mesas, uma menor com o Livro Ata aberto, para o registro de pessoas no final da reunião, ao lado uma maior com três cadeiras reservadas ao secretário, o presidente e o tesoureiro, na ponta desta mesa havia um aparelho de TV, ligado e transmitindo a emissora local, os participantes quando chegavam ficavam assistindo enquanto não começava a reunião.

A TV estava com poucos espectadores, o mais interessante parecia ser as conversas sobre assuntos do dia a dia na comunidade. “hoje em dia faz medo até a gente sair assim”. Disse uma senhora e olhou para sua roupa. Outras conversas versavam sobre o horário que muitos não cumpriam por isto a reunião iniciava e terminava tarde, esta demora não era tão bem vista porque perdiam o capítulo da novela daquele horário.

Às 20h o presidente deu início a sessão, pedindo para todos ficarem em pé para fazerem a oração. Enquanto a reunião prosseguia as conversas paralelas apareciam, o

Presidente chamava a atenção, através de palavras e gestos, tais como, olhar de forma fixa às pessoas que estavam conversando, ao mesmo tempo em que continuava falando para as demais. Esta forma de se comunicar através de gestos, parecia um código que todos compreendiam, seria talvez uma maneira de não deixar as pessoas que chamou a atenção, constrangidas.

De acordo com David Le Breton (2010), a gestualidade se refere às ações do corpo e pode consentir ou negar algo, o movimento tanto do corpo quanto da face acompanha as palavras e direciona o olhar. Foram atos utilizados pelo presidente, como forma de falar, de dizer que as suas atitudes não estavam sendo convenientes naquele momento.

Interações implicam em códigos, em sistemas de espera e de reciprocidade aos quais os atores se sujeitam. Não importam quais sejam as circunstâncias da vida social, uma etiqueta corporal é usada e o ator a adota espontaneamente em função das normas implícitas que o guia. Conforme os interlocutores, seu *status* e o contexto da troca, ele sabe de antemão que tipo de expressão pode adotar. (LE BRETON, 2010 p: 47).

Esta passagem nos leva a compreender como aquela interação, entre quem se interessava pelos assuntos referentes à CF, baseava-se também em códigos. O presidente desejava a atenção de todos no momento em que estava falando, por várias vezes frisou que as informações eram de interesse dos moradores. Como sabia a forma de se comportar diante das reuniões, na hora de pedir para fazerem silêncio saberia a melhor maneira de pedi-lo.

A pauta se referia a um terreno doado à Câmara de Dirigentes Lojistas, pela prefeitura municipal. De acordo com o presidente, a doação do espaço à comunidade teria sido aprovada por lei, na Câmara dos Vereadores. O objetivo era construir uma lavanderia, uma creche, um posto policial e uma UBSF, destes espaços, a CF dispõe de apenas um, a UBSF, porém o prédio é alugado. Se estes prédios fossem construídos neste terreno, o dinheiro utilizado para pagar o aluguel, seria investido em outros serviços necessário na CF.

Na ocasião, o presidente disse não poder fazer algo para impedir a ação: “não podemos fazer mais nada ir para a rádio fazer baderna não vou, ou ficar em gabinete”. Diante de seu posicionamento e a aparente conformação com a perda do terreno, uma das moradoras que também é professora na CF, não aceitou sua atitude e disse: “não

concordo com sua posição, não podemos entregar de mãos beijadas esse terreno, cruzarmos os braços e entregarmos assim, temos que lutar pelo que é nosso”.

Além deste assunto outros apareceram durante a sessão, principalmente os relacionados à política local. Enquanto reclamavam sobre as perdas e as ausências de determinados serviços na comunidade, tais como segurança pública, educação, comentavam da insatisfação da gestão atual e lembravam com apreço de outras opositoras.

O presidente assume a mesma função na AMC há oito anos, este é também representante da CF, ou seja, um líder carismático, de acordo com a tipologia de Weber (2009). Parece ser bastante respeitado, condição que proporciona uma relação mais amistosa tanto com os moradores, quanto com as lideranças políticas do município. Isto parecia favorecer a comunicação e articulação em períodos eleitorais.

Nesta mesma reunião o representante disse que estava precisando da colaboração dos vereadores para trazer melhorias na CF, se não tivesse este apoio, nas eleições do ano seguinte (2012) daria a resposta a quem o procurasse em vésperas. Justificando sua posição na comunidade da seguinte forma: “Já consegui reunir mais de trezentas pessoas perto da eleição e pedi votos para um vereador, ele se elegeu, mas se agora não colaborarem, para não perdermos o outro terreno, ninguém vai colaborar com eles”.

O presidente define a si mesmo como “agente social”, defensor dos interesses da comunidade. Embora seja preciso agir conforme sua expressão acima. Mas, esta prática está enfraquecendo, como é possível observar nas palavras de uma moradora da CF: “O que está acontecendo serve para aprendermos a votar, na próxima eleição quando chegarem pedindo voto, vamos à casa do presidente e pedimos para anotar as propostas e registrar em Cartório, depois se ganharem vamos ao gabinete deles cobrar”.

Dentre as discussões estavam a ausência de parceria com as pessoas dos serviços públicos da CF, os da ESF seriam um destes, pois o único participante das reuniões era seu Cravo, ACS, morador, e tesoureiro da AMC, os demais não compareciam. O presidente considerava a relação com outros setores importante porque assim “ajudaria muitos necessitados”. Estas pessoas eram sempre colocadas na posição de quem precisa de ajuda, talvez esta posição seja reflexo de uma relação assimétrica entre moradores e quem estar na posição interventiva, seja um representante, um político ou outra que ocupe posição parecida.

Dentre as pessoas do GSM apenas uma estava presente, confirmando assim, a ausência destas nos espaços onde se discutem assuntos de interesses de todos os

moradores. Percebi também que não participaram os jovens e nem os homens. Dos trinta e nove presentes apenas três eram homens e idosos, um adolescente e um do GSM, os demais eram mulheres. Os três que estavam a frente falando eram: um adolescente secretário, um ACS tesoureiro e o presidente.

Ao final, quando falaram sobre quem da CF poderia ser tesoureiro, presidente ou secretário, disseram que: “enquanto representantes do povo e que busca o interesse coletivo, não pode ser qualquer um, deve ser experiente, saber ler e entender de lei”. Considerando a realidade local, este perfil compromete a participação dos jovens, pois sabem ler, mas não são experientes não na perspectiva colocada, de articulação com a política partidária. Os idosos porque mesmo com experiência nem todos são articulados e letrados. Ou seja, mesmo entre os participantes da AMC as relações são assimétricas.

A rua onde está localizada a Associação é muito estreita, fica entre várias casas geminadas, enquanto o presidente falava mais à frente, na mesma rua, havia uma residência com o som ligado em volume alto. Outras pessoas ficavam lado de fora, algumas colocavam a cabeça na janela e olhavam para mim, curiosas, talvez, para saberem o que estava fazendo ali.

No final leu-se a ata alguns participantes assinavam, enquanto outros pagavam a mensalidade de dois reais enquanto contribuintes, outras compravam as cartelas para o sorteio. Colaborei com a compra de algumas as quais distribuí entre eles para “arriscarem a sorte”, expressão utilizada no momento de comprá-las.

Momentos assim contribuía para aumentar os laços entre moradores e eu. Percebia isto nos dias seguintes quando os encontrava, muitas vezes me convidavam para tomar café em suas residências, independentemente de estar na companhia de um ACS. Desta forma, a aproximação se intensificava e os encontros eram realizados, bastava apenas uma referência de onde moravam para eu chegar à sua casa. As ruas são renomeadas pelos seus moradores, muitos lugares apresentados por eles, “rua do beco”, “rua da linha do trem”, não são conhecidas por pessoas que moram mais distantes, mesmo moradores da CF.

3.3 “Tenho vontade de correr pelo mato e nunca mais voltar”: relatos do grupo de saúde mental.

Durante o tempo em que passei junto aos usuários no corredor da UBSF, conheci personagens de tamanha sensatez, tais como seu Jacinto, dona Iris, seu Narciso, dona

Gérbera. Suas experiências de vida foram narradas com sentimentos diversos: emoção, nostalgia, tristeza e alegria.

A frase do título deste tópico é de dona Iris, senhora de 57 anos, viúva com nove filhos. Todos os encontros do GSM ela estava presente, mas apenas neste dia ela se aproximou de mim. Na UBSF estava tendo palestra, dona Iris levantava a mão seguidamente. Em uma das vezes perguntei se gostaria de falar algo, respondeu: “gostaria de ter um particular com você”.

Quando terminou, enquanto os demais lanchavam, ela se aproximou e bem baixinho perto do meu ouvido falou: “você tem um tempinho pra mim”? Fomos à cozinha, este espaço era pouco frequentado pelos usuários, lá seria possível conversar sem outras pessoas ouvirem, imaginei que algo mais grave estivesse acontecendo.

Ao chegar neste espaço a primeira frase que disse foi: “tem dia que tenho vontade de correr pelo mato e nunca mais voltar”. Seus olhos encheram de lágrimas, parecia triste. Dona Iris falava muito em seu esposo, cada vez que se referia a ele se entristecia. Ele havia falecido há anos, de acordo com ela ficar sem ele foi ruim, mas quando lembrava a forma como era tratada, se sentia mais confortável. Ele era um homem ciumento e por conta disto a maltratava, chegava a agressões tanto físicas quanto verbal. Isto teria contribuído para que dona Iris fosse internada no hospital João Ribeiro.

Sofri muito com o meu esposo, ele era mais velho que eu 20 anos, me maltratou muito, só fiz pré-natal do meu último filho porque a assistente social e a médica, do posto onde eu morava, mandaram um papel para ele dizendo que a gravidez era de risco por estar na idade que estava e grávida, aí foi que ele parou, mas continuou brigando comigo, falava muita coisa, apertava minha garganta, que um dia saiu até sangue pelo meu nariz, não sei como não abortei, Deus é mais viu?!

Dona Iris não fez pré-natal dos primeiros filhos, somente do último, pois não poderia sair de casa porque o seu esposo era ciumento e não permitia. Apenas quando teria recebido destes profissionais uma comunicação indicando o risco da gravidez a teria deixado realizar o pré-natal. Mas as agressões, físicas e psicológicas, continuaram como relatou:

Um dia ele apertou tanto a minha garganta que eu fiquei me tremendo, meus filhos começaram a chorar pedindo para ele parar, quase morri, foi preciso chamar o SAMU. Quando o pessoal chegou ele disse que eu não tinha nada, e não acreditasse no que estava falando porque era chantagem e só queria chamar a atenção e ainda gostava de ver casa cheia, mas eu estava bem. Me deram remédio, ele parou de dizer as coisas comigo. Na mesma semana ele comprou uma faca dizendo que era pra me matar, guardou em cima do guarda roupa ficando lá por quinze dias, durante esses dias eu não dormia em paz.

Dona Iris falava do esposo sem demonstrar raiva, aparentava tão somente tristeza, sentimento perceptível em seu olhar. Por várias vezes olhava em direção a porta fixamente e parava de falar, mas logo retornava e fazia questão repetir todas as vezes, que não guardava mágoas do esposo, mas a única coisa boa deixada de “herança” teria sido os nove filhos, além destes uma doença. A doença que ela se refere é a loucura. Quando diagnosticada pelo médico psiquiatra teve de ficar internada. Após alguns anos, não falou com precisão quantos, saiu do hospital, mas não foi possível ter a mesma saúde de antes. Considera-se uma pessoa doente, porém, diferentemente de como era antes diz ser outra pessoa.

Ela atribui ao esposo o motivo de ter sido internada neste hospital, porque ele não a deixava em paz. “Ele era tão ciumento que se saísse de casa eu não poderia tomar banho, porque se tomasse banho ele dizia que foi porque fui me encontrar com outro homem. Chegava a me cheirar e se eu estivesse com perfume, meu Deus”.

Disse ainda que ele desejava a sua morte, afirmava que se morresse teria o prazer de comprar o caixão e colocar a primeira pá de terra. Mesmo não demonstrando raiva para com seu esposo, ela disse: “chorei muito quando ele morreu, mas Deus tampe as suas ouças, desejei muito que ele morresse. Hoje vivo em paz, se ele estivesse vivo eu já teria morrido.”.

Dona Iris se reporta ao João Ribeiro com certa nostalgia, dizia que ao sair sentiu falta da comida, da paz, porque quando estava internada o seu esposo não podia maltratá-la, além disto não faltava comida, as refeições eram servidas todos os dias e nos horários certos, dormia bastante acordava com a enfermeira chamando para tomar os medicamentos e depois lanchar.

Lembro das tardes após o lanche a gente ficava no pátio para tomar um pouco de sol, a enfermeira cuidava bem da gente, sempre me acordava na hora certa, eu tinha muita paz, engordei bastante, não fazia nada só fazia dormir, acordava com a enfermeira me chamando para tomar novamente o remédio, ou quando era para fazer as refeições. Final de semana eu retornava para a minha casa, trazia minhas roupas para lavar, mas quando chegava o fim do domingo eu já começava a sentir falta do hospital, eu já começava a ficar atacada dos nervos.

Ao retornar para casa disse sentir saudades do hospital, suas amigas não a visitavam mais, ficava com vontade de sair correndo e desde então teria ficado: “atacada dos nervos”. Atacado dos nervos foi uma expressão bastante utilizada pelas pessoas para se referir a quem toma remédio controlado, ou seja, seria alguém doente.

A experiência desta senhora, no que se refere ao internamento, desconstrói os discursos alguns homogêneos sobre o cotidiano dos internos do João Ribeiro durante a sua interdição. Nem todos os internados se referem a este espaço como ruim. Esta senhora, assim como outros com quem conversei, sentia falta das relações estabelecidas quando internada.

Diante de realidades nas quais se encontravam antes do internamento, viver num espaço que lhes oferecia algum tipo de regalia talvez não significasse sofrimento, pelo contrário, se transformava em solução. Não estou aqui querendo justificar as formas como os internos foram tratados nestas instituições, e nem que a RP não fosse necessária acontecer, mas que os discursos sobre estas situações sejam ponderados, e discutidos a partir de outros aspectos.

3.4 “A tristeza era permanente e a vontade de viver pouca”

Esta foi a primeira frase expressa por dona Gérbera²³, uma senhora muito feliz, casada, com 54 anos de idade, nunca se internou em hospital psiquiátrico, mas faz parte do GSM. Mensalmente vai a ESF buscar o seu medicamento, parece ser uma pessoas feliz. Além de cuidar dos seus afazeres domésticos toma conta de sua neta enquanto a filha vai ao trabalho. Esta senhora foi uma das primeiras pessoas do GSM com quem conversei no primeiro encontro na ESF. Neste dia ela me pediu para tirar uma foto de manhã, repetiu o pedido a tarde. Quando fui à sua casa, a primeira perguntar a me fazer foi se eu havia revelado a sua foto.

Os motivos que justificam sua participação neste grupo são considerados simples, diante dos demais narrados ao longo desta discussão. Talvez por não ter sido internada no João Ribeiro e nem se recusar a receber o medicamento como outras histórias

O GSM se encontrava mensalmente na UBSF, em um dos encontros fui convidada por ela para uma visita à sua casa. Aceitei o convite, e na mesma semana, fui à sua residência, a qual se localiza perto da UBSF, por trás da linha do trem. Quando me aproximei a este local encontrei um senhor com umas sacolas de compras nas mãos, o cumprimentei e perguntei se sabia qual daquelas casas morava dona Gérbera, apontou para uma perto de onde eu estava. Dona Gérbera estava um pouco mais a frente, viu

²³ Gérbera, além de ser nome de flor, significa alegria. A escolha deste nome se deu por ser uma senhora muito alegre. Em nossas conversas, me chamou a atenção suas longas e lindas gargalhadas, ela mesma dizia: “hoje sou uma pessoa muito alegre”

quando parei para conversar com o senhor, acenando com os braços chamou-me e disse que iria ao mercadinho comprar umas coisas para a janta, e voltaria rápido.

Enquanto não retornava, fui à residência de seu Nastúrcio, numa rua próxima, um senhor aposentado, usuário da ESF e morador da comunidade desde a sua fundação. Ao chegar, encontrei sua esposa sentada na mesma cadeira e lugar da última vez em que passei por sua rua com Lírio. Na varanda, dentro de uma pequena caixa estavam umas pipocas, umas cocadas e umas balas. Assim como seu Nastúrcio, outros moradores mantêm a mesma prática, vendem mercadorias em suas residências, complementando assim, o pequeno comércio local.

Na ocasião, ele pediu para sua esposa trazer uma cadeira, assim como nas outras residências, ficamos em frente à varanda. Enquanto este senhor foi atender um rapaz que chegou para comprar suas mercadorias, fiquei conversando com sua esposa, quando me falou do significado e sacrifício de suas confecções. Estava se referindo a uns arames entrelaçados denominados por ele e a equipe da ESF de quebra- cabeças. “Ao amanhecer ele sai às ruas a procura no lixo guarda-chuva velho, para transformar seus arames nestes quebra-cabeças. Além disto, rasga as calças com estes os arames e tenho que costurá-las quase sempre”, disse sua esposa. Mesmo assim sentia-se satisfeita por ver a alegria de seu esposo em ensinar e presentear as pessoas que gostava.

Parecia muito orgulhoso por saber fazer e ser reconhecido por realizar aquela atividade, cujo significado não era apenas o de fazer e presentear, mas o de poder ensinar e sentir-se útil, diante dos demais de sua idade na comunidade.

De acordo com seu Nastúrcio, confeccionar aqueles quebra-cabeças seria uma forma boa para ocupar o tempo, enquanto as pessoas não chegavam para comprar. Além da satisfação em poder ensinar aos outros, crianças e quem chega à sua casa, seria uma forma de não “ficar doido da cabeça”. Estas confecções são quebra-cabeças de arames, os seus vizinhos e o pessoal da ESF sabem do seu apreço pelo que faz, e do orgulho que sente em poder ensinar. Em nosso diálogo os encontros na UBSF eram os mais comentados, pois mensalmente comparecia a este espaço para buscar os remédios de hipertensão.

Nestes encontros sempre leva alguns quebra-cabeças para presentear seus colegas e as pessoas da equipe, as quais o reconhecem por “senhor do arame”.

Enquanto me ensinava pediu para sua esposa buscar alguns e me presenteou. No momento disse a seguinte frase: “leve este de presente, e peça para o seu namorado retirar esta parte, sem forçar e nem quebrar as outras, se ele conseguir gosta de você, se

não, é porque não gosta de verdade”. A nossa conversa terminou quando uma garota chegou dizendo que dona Gérbera estava me chamando. Como de costume nas demais visitas, tiramos algumas fotos e me despedi da família.

Retornando à casa de dona Gérbera, percebi duas cadeiras,²⁴ ao chegar ela me convidou para sentar e disse gostar de ficar ali durante as tardes porque estava muito calor. Na medida em que visitava a comunidade, observei que ficar em frente às residências conversando com os vizinhos era prática comum, espaço onde também recebiam visitas.

Durante a pesquisa, algumas famílias não me convidaram para entrar em seus domicílios, mesmo quando na companhia de alguém da equipe. Esta prática poderia significar a privacidade de suas vidas, tão públicas quando expostos à dinâmica da ESF, por ser um espaço de encontro de pessoas da mesma localidade, porém, mantinham sempre que possível a privacidade.

Enquanto mais iria à comunidade, mais observava que ficar em frente às residências, as quais em sua maioria eram geminadas, era uma forma de observar os acontecimentos na rua, tais como as reuniões de pequenos grupos de jovens para conversar, jogar bola, esperar o ônibus, e também uma maneira das pessoas interagirem cotidianamente, sem saírem de suas residências. De forma que algumas vezes, antes mesmo de fazer estas visitas já sabia sobre a relação com a vizinhança.

Quando estávamos conversando, dona Gérbera lembrou-se das fotos tiradas nos encontros com o grupo me pediu uma cópia, disse que as fotos serviam de recordação em sua vida com pessoas queridas, começou a se recordar das amigas de quando era adolescente, as quais estavam em sua memória, e eram lembradas devido às fotografias guardadas. Neste momento, entrou em sua casa e trouxe uma fotografia de uma senhora dizendo ser uma grande amiga do passado, há anos não a via. Teria trabalhado em sua casa antes de vir à Campina Grande.

De acordo com ela, sua vida começou a se transformar quando seu pai faleceu. Teria ficado, a partir deste momento, com a responsabilidade de ajudar a sua mãe no sustento dos seus irmãos menores. Foi quando saiu da área rural onde morava para ir morar na cidade na casa desta amiga. Não teria permanecido tanto tempo porque em sua família não havia presenciado tanta violência, como na casa de sua amiga. Lembra-se deste período com alegria, porque ajudava sua mãe financeiramente e se divertia,

²⁴ Foto em anexo.

quando saia para dançar forró com as amigas, mas, “Fui entristecendo, não podia fazer nada por minha amiga, não aguentava mais vê-la apanhar, um dia decidi! voltar à casa de minha mãe e de lá sai casada”.

Em sua memória ficou as recordações dos bons e desagradáveis momentos de sua adolescência. As quais foram narradas descontraidamente, mas, com passagens tristes: a morte de seu pai, a separação da família para poder trabalhar na cidade, a violência contra sua amiga. Quando foi buscar a foto a intenção era apenas apresentar sua amiga e falar do carinho por ela, explicando ser a foto um meio de tê-la em sua memória.

A forma de viver na cidade, principalmente na contemporaneidade, tem mudado nos últimos anos, conforme Zygmunt Bauman (2009) vem mudando as condições de vida e a forma como as pessoas compreendem a sua existência neste ambiente. Tomando as suas reflexões como base, para analisar a compreensão de Gérbera, nos faz entender a sua solidão e a referência à ESF, enquanto espaço onde as relações de amizades são estabelecidas, forma encontrada por esta senhora para amenizar os seus medos, de entrar em depressão seria um deles.

Hoje não é mais como antes, é muito perigo, as pessoas são muito ocupadas, a gente passa o dia todo só, por isso quando é o meu dia vou para o “posto” de manhã e a tarde. Lá eu converso com meus colegas, com as meninas da saúde e recebo os meus remédios. Se a pessoa não fizer isto morre de tristeza, porque antes de entrar no grupo a tristeza era permanente e a vontade de viver pouca, por isto a médica achou melhor eu tomar os remédios.

Nesta fala de dona Gérbera, é possível perceber a atribuição às amizades, um dos meios de superação de sua melancolia, mais do que aos medicamentos, os quais não tem a mesma significação para ela assim como é para alguns do GSM. Ela disse tomá-los apenas quando começa ficar triste e sem vontade de fazer seus afazeres diários, quando se sente bem não os toma. É observado o emergir da insatisfação com a dinâmica da ‘vida moderna’. A qual é esvaziada de seu conteúdo político através de medidas curativas, como se o problema fosse ela e não o entorno social mais restrito e mais abrangente.

Esta senhora se considera, após a inserção no grupo, uma pessoa mais alegre, sente-se querida por seus colegas e equipe, gosta de ser participante e não se sente diferente dos demais que não são do GSM. Não demonstrou vergonha em ser integrante deste, diferentemente de outros, que não se sentem confortáveis indo à UBSF buscarem os medicamentos, uns até entregam os seus cartões aos ACS para trazerem seus

medicamentos, alegando terem vergonha dos comentários dos vizinhos, por ser alguém que toma “remédio controlado”. Esta expressão ouvia com bastante frequência entre as pessoas da CF. Algumas pessoas na comunidade convivem com suas consideradas doenças sem a ação medicamentosa. Quase a única ação oferecida em muitas UBSF na atenção básica de saúde.

3.5 “Querem me excluir de tudo”: relato de quem resiste ao GSM.

Diferentemente de dona Gérbera, que se sente feliz em participar do GSM, Lavanda não aceita a ideia de ser inclusa. Ela é uma senhora de 44 anos, não faz parte do grupo. Tive a oportunidade de conhecê-la, em uma das visitas à sua família. Encontrá-la em casa não foi difícil, mas, conseguir conversar com ela foi a parte mais delicada, porque se recusava a se comunicar com as pessoas, inclusive com seus familiares. Aparentava ser uma pessoa amargurada e bastante sincera, não apresentou timidez, nem ao falar sobre a ESF, e nem sobre as suas particularidades.

A visita foi realizada com a ACS Flor, ao chegar ao portão de sua casa encontramos sua irmã Jasmim lavando roupas, ao perguntar por sua mãe e sua irmã, respondeu que sua mãe estava na sala e quanto a Lavanda, apontou com o braço para uma pequena casa no final do corredor. Não foi necessário expressar com palavras a relação entre a família, seus gestos pareciam indicar desavença. Tão logo iniciou a conversa com Lavanda as divergências entre a família se confirmaram.

O espaço onde se localiza sua casa contribui para deixá-la distante de outras pessoas, principalmente à tarde quando se reúnem para conversar, foi construída no final de um corredor junto à casa de sua família, as visitas que chegam ficam apenas na primeira residência. Quando passava pela frente da mesma para ir à UBSF, percebia que as portas de sua casa estavam sempre fechadas.

Após conversarmos com Jasmim, sua irmã, fomos ao encontro de Lavanda, quando dona Flor a chamou, abriu a porta, a qual era de madeira dividida em duas partes, parecia não morar ninguém. Não fomos convidadas a entrar em sua casa, portanto, não conheci os demais compartimentos, mas vista do lado de fora a sala demonstrava um cenário diferente dos outros que eram compostos por sofá, estante, TV. Perto da porta alguns papéis de balas e pipocas, o chão com terra por toda a sala e água espalhada, as paredes rabiscadas com cores de tinta variadas, sendo a cor verde a principal, não havia quadros. Mesmo sendo uma manhã ensolarada a casa estava muito

escura, parecia desabitada, no entanto, é neste espaço, distante dos outros, que a sua vida tem sentido.

Em frente a sua casa iniciamos a conversa, ela ficou fazendo algumas perguntas: quem era eu e o que estava fazendo em sua residência. Dona Flor respondeu dizendo que eu estava na ESF e era assistente social. Da forma como disse parecia que eu estava na ESF exercendo esta função, apesar de não ser, naquele momento não era oportuno para eu explicar o contrário. Afinal, se assim fizesse, estaria desdizendo a sua afirmação.

Enquanto ela falava isto, Lavanda me olhava fixamente, talvez essa referência tenha influenciado na organização de suas palavras. Quando dona Flor terminou de explicar sobre a minha pessoa, ela aumentando o tom de voz e apontando para o lado da UBSF e a residência de sua mãe disse:

Todos aqui querem me excluir de tudo, começando pela minha família, eu tomo conta dessas casas, mas, ninguém gosta de mim, briga comigo, por isso que fico aqui e não saio. No posto também é do mesmo jeito, nem querem me atender, vou lá e volto sem atendimento, já estou cansada disso, agora não quero mais.

Provavelmente imaginou que falando sobre a sua insatisfação com as determinações de como ela deveria se comportar, a assistente social se posicionaria e apresentaria alguma sugestão. Porém, eu apenas ouvia.

Há uma crítica de Lavanda com relação à coerção de sua família, ao não compreender as suas razões de não aceitar as determinações impostas, ou talvez ao insistir de ser como se sente bem e não como gostariam, ela não é bem aceita. A burocratização imposta pelas instituições nem sempre é compreendida, e cumprida. Não aceitá-la não significa ser diferente.

Ao se referir a ESF, dona Flor explicou que o atendimento não foi realizado devido à exigência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em fazer os exames somente com a apresentação do RG do usuário, e Lavanda teria apresentado o CPF.

Nesta visita, pude perceber o que Roberto Oliveira (1998) disse em relação ao *ouvir* e o *olhar*, “se o olhar possui uma significação específica para um cientista social, o ouvir também goza dessa propriedade” (OLIVEIRA, 1998 p: 21). Estar na casa de Lavanda me permitiu perceber suas angústias, ver os seus constantes gestos quando falava balançando os braços apontando para a rua, levando as mãos à cabeça, assim

como me foi possível ouvir suas palavras e compreender a complexidade de um cotidiano, para além dos muros de uma UBSF.

Enquanto os demais de sua família recebem os medicamentos regularmente, Lavanda resiste à inserção no GSM. O estabelecimento de regulamento nesta Unidade de Saúde (US) a distanciou dos serviços oferecidos, mesmo quando os ACS determinam que sejam realizados alguns procedimentos, tais como realização de exames.

A visita era, para dona Flor, parte de seu trabalho, portanto fez algumas intervenções, disse que seus lábios estavam ressecados e poderia ser diabetes, logo seria bom verificar com a realização de exames, ela imediatamente passou a língua e em seguida os dedos em seus lábios, nos olhou meio tímida, e disse: “isso eu não tenho não, isso é doença de velho, também agora querem que eu tenha tudo, até essa doença!”. Lavanda discordava e demonstrava não gostar quando dona Flor falava sobre a possibilidade de ser algo que merecesse uma consulta médica. “É nos limites de seu corpo que o doente mantém sua doença: omitindo ou negando qualquer alteração da experiência psicológica” (FOUCAULT, 2000 p: 58).

A sua forma de se compreender a submete num processo social de resistência, não apenas relacionado às pessoas com quem convive, familiares, vizinhos, mas em sua relação ao serviço de saúde que a coloca na posição de necessitada. Ao resistir aos procedimentos da ESF, talvez seja uma das formas encontradas por ela de dizer que o que compreendiam como problemas psicológicos teria para ela outras dimensões, e portanto, poderia e faria as suas interpretações e escolhas, uma destas a de não se considerar doente e não aceitar ser tutelada. “A maneira pela qual um sujeito aceita ou recusa sua doença, o modo pelo qual a interpreta e dá significação a suas formas mais absurdas, tudo isso constitui uma das dimensões essenciais da doença” (FOUCAULT, 2000 p: 58).

Morar sozinha e não aceitar ser inclusa no GSM poderá ser compreendido por quem determina a inserção neste grupo, como alguém que não colabora com as práticas em saúde e, portanto, o seu estado de saúde tenderia se agravar.

As histórias de pessoas como Lavanda quase não são levadas em consideração. Em suas palavras ela demonstrava tristeza e insatisfação pelo afastamento da vida social, e não por ter algum tipo de doença, como era considerada. Em suas considerações, apresenta a nostalgia do tempo em que se sentia trabalhadora. “Eu trabalhava no comércio de vendedora, mas fiquei desempregada e fui fazer unhas, era

assim que eu ganhava os meus trocados, mas agora as pessoas não querem fazer as unhas comigo”.

As unhas dos pés estavam pintadas de branco com desenhos de flores, provavelmente desenhadas por ela. Não falou o motivo das pessoas não procurá-la mais para esta atividade. Mas demonstrava saudade desta relação com quem valorizava o seu trabalho e não a via enquanto doente que deve ser tratada. Sua resistência a não participar do GSM nos leva a outras reflexões. Talvez seja porque ainda é muito forte o preconceito com as pessoas deste grupo. Constantemente são rotuladas de incapazes, doentes, dependentes, dentre outras adjetivações. Ao fazer parte do mesmo poderia sofrer estes estigmas, e não se sentia inclusa neste perfil.

Em conversa com dona Flor e posteriormente com sua irmã, fiquei sabendo que Lavanda era selecionadora de material reciclável, esta atividade teria encontrado alguns medicamentos e os ingeriu, quase foi a óbito. Ela não mencionou este episódio. Por vezes sua voz ficava rouca quase chorando, seu semblante ficava vermelho, mas continuava o diálogo.

De acordo com suas palavras, parecia ser uma pessoa desacreditada, tanto para os seus familiares quanto para a equipe. Percebi, na atitude de Lavanda, uma forma de resistência aos serviços da ESF, ela mesma determina a sua conduta de ser e viver na CF. Sobre a sua situação, dona Flor diz o seguinte: “Já era para ela estar no grupo de Saúde Mental há tempo, mas ela não quer de jeito nenhum participar”. Mesmo havendo insistência para ela aderir ao tratamento médico inserindo-se no GSM, ela resiste indicando uma leitura crítica de sua condição social, sobretudo entre equipe, familiares e vizinhos.

Conforme as reflexões de Goffman (2011), outras implicações sociais em seu cotidiano, teria ocorrido. Este autor parte do pressuposto de que as pessoas nesta situação, antes de atraírem a atenção de um psiquiatra, chamam a atenção de seus conhecidos leigos. Ou seja, antes mesmo da equipe de saúde ter conhecimento do seu estado, a vizinhança já havia percebido e iniciado, provavelmente, condutas sociais diferenciadas das estabelecidas antes.

As pessoas que atraem a atenção de um psiquiatra normalmente antes atraem a atenção de seus conhecidos leigos. Aquilo que os psiquiatras enxergam como doença mental é normalmente visto primeiro pelo público leigo como comportamento ofensivo- comportamento digno de escárnio, hostilidade e outras sensações sociais negativas (GOFFMAN, 2011 p: 132).

Esta passagem mostra como Lavanda se sentia diante das pessoas com quem convivia. Desprezada pelos familiares, reconhecida entre os vizinhos como a “mulher que tentou suicídio”, aquela de comportamento inadequado, por ter resistência em aceitar algumas determinações. Ou seja, passou a assumir características não apenas de desacreditada, mas de uma pessoa com “problema mental”, é, portanto, deveria ser incluída no GSM e como solução do seu problema, os medicamentos.

Num estudo sobre estigma, Goffman (2011) mostra a interação das pessoas estigmatizadas com as consideradas normais. Em algumas situações sociais aquelas poderão apresentar comportamentos tanto agressivos quanto tímidos, em ambos poderão interpretar significados não intencionais em nossas ações. Em suas interações com as pessoas de seu convívio reage conforme se compreende, portanto não se considera uma pessoa que necessita de tratamento médico.

Esta ação contrária a inserção no GSM, não apenas de Lavanda, mas de outros na comunidade, poderá se relacionar à associação de que ser um participante deste grupo é ser alguém que toma “remédio controlado” e, se submeter a esse tipo de tratamento, é interpretado, por muitos na sociedade, como um “doente mental”. Esta expressão ainda continua sendo um estigma, assim como a loucura uma doença. Esta condição ainda hoje coloca as pessoas em posição desconfortável, sobretudo em espaços onde são conhecidas por toda a vizinhança e expostas aos comentários.

Trazendo para as realidades vivenciadas por mim, na interação com estas pessoas. Pude perceber o quanto aquelas com necessidades de tratamento, seja em virtude do uso demasiado do álcool e de outras drogas, por depressão, ou outras situações, se distanciam da ESF por medo da exclusão que poderão sofrer. Principalmente se forem jovens e adolescentes. Grupos sociais quase inexistentes na ESF, e especificamente no GSM.

Este distanciamento poderá ter outras interpretações. Se forem “casos mais graves”, aqueles em que a pessoa entra em “crise”, reagindo de forma agressiva. A sugestão recomendada pela equipe é de iniciar o tratamento, e que a pessoa passe a fazer parte do GSM. A equipe considera casos graves quando a pessoa apresenta comportamento diferente do habitual, muitas vezes agressivo.

No grupo tem um senhor que, em decorrência do uso prolongado do álcool, entrou na denominada “crise”. Por ser um fim de semana e a ESF funcionar somente de segunda a sexta, foi levado por familiares a um hospital psiquiátrico da cidade de Campina Grande, particular, mas mantém parceria com o SUS. Quando retornou

continuou o tratamento na ESF. Nesta situação a pessoa aceita sem resistência a sua inserção ao GSM. Em casos diferentes deste, onde as pessoas conseguem manter o que Goffman (1975), chama de *identidade social*, a inserção neste grupo é motivo de sentirem-se com vergonha, ou medo da repulsa que poderão sentir.

Manter esta identidade nem sempre é fácil, principalmente para quem mora num espaço pequeno onde está há anos. A resistência para não participar das atividades na ESF e não aceitar fazer parte do GSM é algo que merece outras discussões para além das que habitualmente são colocadas.

A descoberta prejudica não só a situação social corrente mas ainda as relações sociais estabelecidas; não apenas a imagem corrente que as outras pessoas tem dele mas a imagem a que terão no futuro; não só as aparências mas ainda a reputação(GOFFMAN, 2011 p: 75).

Esta passagem explica as reações quando alguns se veem diante da possibilidade de fazerem parte de um grupo, composto por pessoas que foram internadas em hospitais psiquiátricos, alguns por usarem álcool, outros por depressão dentre outros fatores sociais. Quando não resistem, assim como fez Lavanda, expressando-se contrário às determinações da equipe, escapam de outra forma: não comparecendo ao encontro mensal para buscar os medicamentos.

Conforme a pesquisa foi se desenrolando, percebi que não havia redução no número de pessoas neste grupo, parecia aumentar em cada encontro. A partir deste momento, surgiram outros questionamentos sobre os critérios determinantes para a inserção no grupo.

As reflexões de Machado de Assis (1972), colaboraram nas discussões quando me deparei com esta problemática. Metaforicamente, este autor apresenta uma cidade e as “confusões” que pairavam sobre as definições do que seria sanidade mental. Por não haver um consenso, o médico resolveu decidir que quase todos os moradores poderiam ser classificados de loucos e levados à Casa Verde. Esta era um espaço construído para colocar os cidadãos assim considerados. Para esta casa foram pessoas com características diversas. Por optar por determinada crença, ao realizar um sonho, ao se diferenciar dos demais da cidade, seria motivo para ser enviado ao espaço. O poder médico fazia desta forma, as suas intervenções compulsórias, de determinar quem é ou não, louco. Ainda é comum, em alguns espaços, a dinâmica da vida social ser determinada por estes poderes.

O grupo tornou-se visível pela quantidade de componentes com relação aos demais, a partir desta observação senti a necessidade de saber como era realizada a inclusão das pessoas no GSM. Neste momento da pesquisa, ampliei os meus recursos metodológicos elaborando um roteiro com perguntas abertas e distribui entre a equipe.

Durante a pesquisa, os ACS me falaram que agendam a consulta, quando observam “comportamentos diferentes”²⁵, a médica faz a análise e prescreve o medicamento, a partir de então a pessoa se insere no GSM. Ao distribuir os roteiros desejava saber a visão deste profissional sobre os critérios de inserção no GSM. Mas o cotidiano de uma ESF é repleto de atividades, as quais deixavam a equipe sempre atarefada. Portanto, não foi possível conversar com a médica e nem obter as suas respostas através do roteiro.

Talvez, o ritmo acelerado da ESF não a permitiu respondê-lo. Resultado esperado, quando se realiza uma pesquisa numa instituição de saúde, cuja hierarquia do poder e da autoridade do detentor do saber científico, há tempo arraigada na sociedade, sente-se desconfortável ao perceber a possibilidade do seu saber /poder ser questionado. Mesmo não sendo o médico o responsável por gerenciar a ESF, quem fica com a incumbência é o enfermeiro, ao distanciar-se, ou não aparecer tanto quanto os demais profissionais neste espaço, o seu poder continua sendo mantido e hierarquizado.

Considere importante apresentar aqui algumas respostas obtidas, as quais mesmo sucintas e não sendo respondidas pela médica, possibilitaram a compreensão de como as pessoas são inseridas no GSM: “pelo seu comportamento e atitude”, respondeu a auxiliar de consultório dentário, está na ESF há quatro anos. “A partir de sintomas e relatos”, enfermeira da ESF tem quatorze anos de experiência em ESF. “Pelo estado físico e diálogo entre nós e usuários” ACS. Estes são alguns dos critérios utilizados para determinar a inserção das pessoas no grupo.

Quanto ao quesito sobre como deixariam de fazer parte do GSM, as respostas obtidas foram de que precisavam estar em condições de viverem sem os medicamentos, e retirá-los de acordo com a enfermeira e os ACS, era uma das dificuldades enfrentadas, na ESF, pois o “desmame”, expressão usada pelos profissionais da saúde, para explicar a retirada da medicação de forma lenta.

²⁵ Muitos dos preconceitos, arraigados na sociedade, estão direcionados aqueles que não se encaixam nos padrões socialmente estabelecidos. Nesta expressão se instala a ideia de comportamento normal versus comportamento desviante, tão característico da perspectiva funcionalista. Esta perspectiva teve nas décadas de 1960 e 1970 seus anos de predomínio, nas Ciências Sociais e nas medidas governativas.

A ESF faz parte da atenção básica e não tem em sua equipe um médico psiquiatra, apenas um clínico geral. Quando o usuário retorna do CAPS, a ESF prossegue com os cuidados no tratamento e, nesta estratégia, a sequência do mesmo se dá através da inserção no GSM. Desta forma, o clínico geral é o profissional que acompanha estas pessoas e faz a avaliação sobre dosagens e tipos de medicamentos usados.

3.6 “Eu era um homem bom dos nervos: experiência de um internamento.”

Esta é mais uma frase sobre experiências de internamento, expressa por Narciso, um senhor de 37 anos, esteve internado numa instituição psiquiátrica de Campina Grande-PB, por quatro vezes. O seu nome é também de uma flor, cujo mito grego lembra um episódio ocorrido com ele. Refiro-me ao mito de Narciso personagem da mitologia grega cuja beleza era inigualável. Não acedeu aos cortejos das ninfas e foi condenado pela deusa Nêmesis a apaixonar-se pelo próprio reflexo no lago a Eco, nome da ninfa que se apaixonara por Narciso e fora por ele rejeitada. Ao se deparar com a própria imagem refletida na superfície do lago, Narciso fica extasiado de admiração e definha até morrer contemplando a si mesmo. Depois nasceu a flor.

A diferença entre o mito do Narciso grego e a história do Narciso desta trama é que este pulou no Açude Velho desta cidade não porque viu sua imagem refletida na água, mas no intuito de morrer por ter se desiludido com a mulher amada. Ele não morreu, foi levado ao internamento naquele dia porque teve um “momento de ataque de nervos”, expressão dita por ele para explica o momento em que pulou dentro do açude.

De acordo com ele, não desenvolvia mais as suas atividades laborais, tais como as relacionados a construção civil, teria começado quando sua esposa o deixou e seu irmão foi detido, estes motivos teriam o deixado com depressão. Um dia, decidiu ir ao açude velho no centro da cidade e se jogou dentro, tendo sido resgatado pelos bombeiros e levado a uma instituição psiquiátrica da cidade.

Um dia senti que estava com depressão, fui ao açude velho tirei a roupa e pulei dentro. A sorte é que não morri, as pessoas que estavam perto no bar viram e chamaram o SAMU, me levaram. Antes disto, meus nervos já vinham fracos. Às vezes eu tinha vontade de matar as pessoas, um dia queria matar um rapaz lá no bar do açude velho sem ele fazer nada comigo. Isso é coisa do cão, não é de Deus não. Hoje sou de outra religião e tenho Deus no meu coração, só sinto falta de minha esposa porque ela não me quer mais.

Narciso diz que para sentir-se melhor, não com relação a saúde, mas na maneira de relacionar-se com as pessoas que gostava, foi necessário ser internado quatro vezes.

O internamento não o fez sentir-se igual aos demais com quem conviveu na instituição, mas, em suas palavras, este espaço teria o orientado para poder viver e ser uma pessoa melhor.

Em suas lembranças sobre a experiência de internamento mescla aspectos bons e outros nem tanto assim, “me amarravam, apertavam minha garganta e me batiam sem eu merecer.” Via a hora ficar igual aos doidos de lá, só tinha uma coisa boa, a comida, de manhã, a tarde e a noite”. Nesta passagem, seu Narciso demonstra que não se sentia igual aos demais, considerados loucos, com quem dividia as enfermarias na instituição, portanto, não deveria ser associado a estes.

Quando um indivíduo compreende pela primeira vez quem são aqueles que de agora em diante ele deve aceitar como seus iguais, ele sentirá, pelo menos, uma certa ambivalência porque estes não só serão pessoas nitidamente estigmatizadas e, portanto, diferentes da pessoa normal que ele acredita ser, mas também poderão ter outros atributos que, segundo a sua opinião dificilmente podem ser associados ao seu caso. (GOFFMAN, 1975 p: 46).

Narciso falou que sentia medo de ficar no mesmo estado dos internados. Assim como em outros relatos mencionados nesta pesquisa, a comida é apresentada enquanto uma alimentação com bons aspectos na instituição, mesmo frisando que não era de boa qualidade. Levando-se em consideração a modéstia em que levam a vida na comunidade atualmente, às referências à alimentação nestes espaços, indicam outras reflexões sobre o seu cotidiano. Narciso, assim como outras do GSM com quem dialoguei durante o desenvolvimento da pesquisa,

Reencontra na sua história, nos conflitos com seu ambiente, nas contradições de sua situação atual, as premissas da doença; descreve sua gênese; mas, ao mesmo tempo, vê no começo da doença a explosão de uma existência nova que altera profundamente o sentido de sua vida (FOUCAULT, 2002 p: 59).

Buscas explicações para aquilo que lhes foi classificado, ou seja, o internamento para eles foi resultado de algo errado, na maioria das vezes se colocam enquanto culpados, não associam a outras conjunturas relacionadas ao social.

3.7 “Um doido lá corria atrás de mim toda tarde”: lembranças do internamento

Das pessoas com as quais tive o prazer de conviver durante a pesquisa de campo, algumas delas me chamaram a atenção, principalmente por terem sido internas em hospitais psiquiátricos, seu Jacinto foi uma destas. Ficou internado durante quatro anos

e saiu do João Ribeiro antes da RP. Traz em sua memória riquezas de detalhes sobre a sua experiência no hospital João Ribeiro, das quais recorda com boas lembranças, sejam dos amigos, da alimentação, ou dos momentos reservados para fazer a barba e tomar o banho.

De acordo com este senhor, o banho acontecia em dois lugares: um ao lado das enfermarias e o outro próximo a sala do barbeiro. Deste lado ele gostava de tomar o seu banho, porque além de ser com sabonete, cortavam suas unhas, faziam sua barba, o que não acontecia no primeiro lado.

No entanto, dentre os seus relatos, narrou um dos momentos que lhes causava medo e marcou a sua experiência naquele ambiente,

Um doido lá corria atrás de mim toda tarde na hora do lanche. Agora aquele parecia doido mesmo viu?, Quando ele me via já se aproximava de mim, e começava a corrida, eu voltava pra minha cama me deitava e ficava bem quietinho. Ele segurava bem forte nos pés da cama e dizia: eu gosto de você, eu gosto de você, eu gosto de você. Ficava repetindo isso o resto da tarde. Mas esse ainda era bom porque não batia em mim, agora tinha outro doido lá que batia tanto na minha cabeça que eu não sei como não fiquei doido.

Esta passagem mostra como seu Jacinto se compreendia na experiência que viveu na instituição, mesmo convivendo no mesmo espaço com pessoas nomeadas loucas, não se considerava assim. Apesar de usar outros termos, tais como doente quando falava sobre si. Por várias vezes, durante as nossas conversas, falou do medo de ficar igual aos seus companheiros de quatro anos.

Sempre fazia menção de como era antes de ser internado, dizendo que não estava “doido”, mesmo assim o seu pai teria o levado ao hospital, porque quando chegava do trabalho chamava “nomes feios” e ele sentia-se ofendido, pensando ser com ele. “Trabalhava, chegava em casa cansado, chamava nomes feios com a voz alta, mas não era com ele, ai disse que eu estava louco, mas não estava, um dia ele chamou a polícia e me levou para o hospital.” Esses nomes se referiam ao que popularmente se conhece por palavrão, ou seja, palavra obscena. Pedi para ele falar quais eram, respondeu que não, porque eram muito feias, e em consideração a mim não poderia falar.

Ficaram na memória de seu Jacinto os dias anteriores à internação, sobre os quais falava com muito orgulho, trabalhava, passeava com os amigos e não imaginava que um dia fosse morar naquele lugar, distante das pessoas do seu convívio, amigos e familiares, como é possível perceber em sua fala:

Eu era pintor, ganhava dinheiro retocando e pintando carros, ajudava a minha mãe comprar as coisas para casa, mas o trabalho me estressava e eu ficava irritado sem dormir a noite, aí chamava muitos nomes feios, foi quando meu pai me levou, passei quatro anos, hoje sou velho e não posso mais trabalhar, recebo o dinheiro e continuo ajudando a minha mãe, dou uma parte para a ela comprar as coisas em casa.

Seu Jacinto justifica não trabalhar porque se considera “velho” e não porque é uma pessoa desacreditada na sociedade. Seu lar é seu refúgio, ir à UBSF mensalmente constitui-se um momento diferente em sua vida, por não está inserido em outras atividades na CF. Além de realizar pequenas tarefas para sua mãe, indo ao mercadinho comprar pão, maior parte do tempo fica em casa, em seu quarto, dormindo ou simplesmente deitado ouvindo “*Postal Sonoro da Rádio Caturité*”, como se referiu.

Postal Sonoro foi um dos programas de maior audiência da radiofonia paraibana, principalmente entre as décadas de sessenta e setenta, quando a migração para outras regiões do país era mais intensa. Funcionava como um meio de comunicação entre as famílias dos migrantes, e de outros lugares da Paraíba. Os temas musicais evidenciavam saudades de quem partiu, os interpretes destas músicas eram: Bartô Galeno, Amado Batista, Nelson Gonçalves, Roberto Carlos, Agnaldo Timóteo dentre outros. Atualmente sua programação é: às segundas, terças, quintas e sextas das 14h35 às 15h25. É o programa favorito do seu Jacinto, com seu rádio acompanha em seu quarto a sua programação.

Gosta de ficar em sua casa porque lá não precisa dizer nada com ninguém e nem ouvir “palavras feias” ditas por vizinhos,

Só precisa eu colocar a cabeça na porta de minha casa ela [se refere a uma vizinha] já começa dizer as coisas comigo, só porque eu já fui internado no doutor Ribeiro. Quando saio a rua ela grita bem alto falando palavrões, eu aguento, mas as vezes falta paciência e é preciso dizer umas coisas com ela também, se não, ela não para, eu fico triste aí prefiro ficar deitado em minha cama.

Esse trecho mostra como seu Jacinto se sente quando é tratado de forma diferente dos demais. Sua vizinha colabora na afirmação de um estigma sobre alguém reconhecido por ter sido internado num hospital psiquiátrico. Situações assim são comuns no dia a dia de pessoas com as mesmas realidades de seu Jacinto, no denominado processo de reinserção discurso utilizado durante a RP. As formas como se defendem podem ser consideradas pelos “normais”, agressivas, ser visto desta forma,

era desconfortável para ele, porque antes de ter sido interno as pessoas da rua não o tratavam assim.

A partir das reflexões de Erving Goffman (1975) é possível compreender tanto a relação com a vizinha, quanto a saudade dos amigos do hospital. De acordo com as reflexões deste autor, as pessoas com as quais seu Jacinto passou a se relacionar após sair desta instituição, teriam o enxergado como alguém com defeitos e não mais como antes do internamento.

As pessoas com as quais ele passou a se relacionar depois do estigma podem vê-lo simplesmente como uma pessoa que tem um defeito; as amizades anteriores, à medida que estão ligadas a uma concepção do que ele foi, podem não conseguir tratá-lo nem com um tato formal nem com uma aceitação familiar total [...] Sem considerar o modelo geral ilustrado pela carreira moral do indivíduo estigmatizado, é interessante considerar-se a fase de experiência durante a qual ele aprende que é portador de um estigma, porque é provável que nesse momento ele estabeleça uma nova relação com os outros estigmatizados (GOFFMAN, 1975p: 45).

Esta passagem nos faz compreender a referência de seu Jacinto aos seus companheiros da instituição psiquiátrica, foram estas as pessoas com as quais se sentiu a vontade para compartilhar situações habituais naquele espaço.

Seu Jacinto disse que estava namorando uma garota, todos os domingos sua namorada vai a sua casa, mas não pretende casar com ela porque era de ‘cor’. Este seu pensamento evidencia alguém que é alvo de preconceito e reproduz outros, demonstrando assim, o caráter multiprocessual na relação humana. Além disto, dizia que era uma moça ‘feia’, e ele não estava disposto a dividir o seu dinheiro com ninguém, se fosse mais ‘bonitinha’ talvez casasse com ela, mas sendo como é prefere ficar solteiro morando com sua mãe.

Quando conversei com sua mãe, ela me falou que esta moça vai a sua casa toda semana e diz namorar e gostaria de casar-se com seu Jacinto. Toda as vezes repetia a mesma conversa. Mas, sua mãe disse que a moça não poderia casar porque é mais ‘doente’ que seu filho, e ao contrário dele, a sua família não se preocupa com sua saúde e nem procuraram o médico.

Conheci sua mãe quando fui convidada por ele para ir à casa. Como referência havia citado a residência de seu Cravo, um ACS da UBSF responsável por uma área na qual reside seu Jacinto. Um dia tentei chegar à sua casa sozinha, não imaginava que fosse tão difícil encontrá-la. Eu estava num ponto da CF onde não conhecia muitas

pessoas, procurando alguém que é reconhecido por apelido, apenas na UBSF é chamado pelo nome.

Eu passava por ruas estreitas, lugares onde as pessoas ficam sentadas nas calçadas ou em frente as residências, perguntava se conheciam seu Jacinto, as respostas eram quase sempre as mesmas, não sabiam quem era este senhor. Enquanto não encontrava a sua residência aproveitava para apreciar a paisagem local, quando me aproximei de outra casa cujas portas estavam abertas, o som com volume alto e umas pessoas à frente, fiz a mesma pergunta e responderam conhecer seu Cravo, mas seu Jacinto, não.

Diferentemente daquele, este parecia ser uma pessoa inexistente naquela parte da comunidade. Seu Cravo era bastante conhecido, além de ser ACS, participava da AMC. Este dia ficou em minha memória, retornei desanimada por não ter conseguido concretizar os meus planos de pesquisa naquela tarde, tive a sensação de tempo perdido, além de triste por não ter cumprido o acordo com seu Jacinto, firmado quando aceitei o convite de visitá-lo. A minha intenção era a de compreender o seu cotidiano para além do espaço da UBSF, junto aos familiares e vizinhos.

Registrei em meu diário, este fato aparentemente simples, no entanto, me possibilitou outras reflexões sobre o anonimato das pessoas do GSM. Anonimato perceptível quando fui realizar outras visitas. Pude perceber que o número de pessoas inseridas no GSM é considerável em dias de atendimento no final do dia nas fichas. Ao retornar às suas residências parece não viverem naquela localidade.

No dia a dia na CF as pessoas quase não aparecem, quando são percebidos são estigmatizados, como narra seu Jacinto sobre a sua vizinha. Parte das pessoas deste grupo ocupa uma posição desconsiderada, pelos demais da comunidade. São reconhecidos, muitas vezes, por seus codinomes. Percebi esta prática nas demais visitas, em áreas diferentes na CF.

Inconformada por não ter encontrado a casa de seu Jacinto, fui a UBSF falar com seu Cravo, perguntar se seria possível realizarmos a visita à tarde. Neste dia, todos os ACS estavam em reunião registrando as atividades do mês para enviar à Secretaria de Saúde do município, motivo pelo qual seu Cravo justificou não poder me acompanhar. Perguntei a Lírio, se poderia ir comigo, com a mesma generosidade de sempre se prontificou e fomos à residência de seu Jacinto.

3.8 Uma visita, um café e outras histórias.

Ao chegar à casa de seu Jacinto, a primeira pessoa a nos receber foi a irmã, depois veio seu Jacinto e por último, quando estávamos conversando, veio a mãe. Diferentemente de outras visitas, pude entrar em sua casa, sentar e até tomar um café, preparado por sua irmã e servido onde estávamos conversando, na sala.

Era naquele espaço que seu Jacinto vivia as suas realidades. A sala tem uma janela e uma porta que dão para o muro de uma fábrica de sacolas e álcool, é o espaço de receber visitas. A direita de quem entra estavam três bicicletas uma destas é de Jacinto, de acordo com sua mãe ele usa quando “está muito nervoso para passear na rua,”. As demais são de seus irmãos. Neste mesmo lado estão os demais cômodos da casa, os quais não tive acesso. Do lado esquerdo, entre a janela e a porta, um armário de cozinha branco com alguns esmaltes de unhas e quadros com fotografias da família, ao lado um pequeno móvel com uma TV, um aparelho de DVD e um de som com dois leões de barro decorando as caixas, logo abaixo um compartimento com alguns CD’s. Desse mesmo lado um sofá coberto com uma capa de tecido de estampa diferenciada do outro sofá ao lado da porta. No meio da casa outro móvel, coberto com um tecido azul de veludo, em cima duas bonecas como elementos de decoração. As paredes eram pintadas com duas cores: branco e verde se misturando, em apenas uma das paredes alguns quadros com fotografias da família e bem ao meio, em frente à porta de entrada, estava um quadro com a foto de sua mãe e seu pai, nas cores: preto e branco e se destacava por ser maior que os demais. Além destes havia um quadro com jogadores de futebol e um pequeno jarro, não havia imagens de santos.

Neste espaço passei algumas horas conversando com sua mãe Gardênia, senhora de 79 anos, cabelos brancos com uma linda trança, muito atenciosa e de uma memória magnífica, em suas narrativas pude conhecer mais da história de seu filho e de seu esposo.

Enquanto conversávamos, sentadas no mesmo sofá, seu Jacinto permaneceu no outro, sua irmã ligou a TV, colocou umas fotos no aparelho de DVD e disse que eu prestasse atenção porque seria sua família e amigos. Neste momento pediu licença e foi para a cozinha quando retornou trouxe duas xícaras de café, uma para dona Gardênia e outra para mim. Não estava com vontade de tomar café estava muito calor naquele dia, mas sabia que se recusasse seria uma desfeita e desconsideração com a família que esperou por mim e me recebeu tão bem.

Dona Gardênia aparentava tristeza, neste dia havia falecido um vizinho da família. Era filho de sua amiga, quando falou sobre a morte do rapaz, chorou, disse que era tão querido que a rua estava cheia de pessoas em seu velório, não acompanhou ao cemitério porque seu Jacinto havia falado sobre a minha visita. Disse ter convidado uma moça da UBSF para visitar a família. Ele não havia esquecido a nossa conversa, ainda na UBSF. De acordo com dona Gardênia, às vezes ficava olhando da janela se eu estava vindo.

Disse ainda que, ao chegar dos encontros, falava muito em mim, das fotos, das conversas. Ela disse que se sentia feliz porque gostava quando alguém dava atenção ao seu filho, pois seria uma forma dele se sentir melhor, “porque ele é assim, doente da cabeça”. Isso demonstra talvez pouca afetividade na relação entre pessoas que toma “remédio controlado”, ou “doente da cabeça”, como a sua mãe falou.

Dona Gardênia narrou um pouco sobre sua vida na época em que o esposo ainda era vivo. Disse ser um senhor muito trabalhador e responsável, mas um dia sofreu um derrame e não apresentando melhoras resolveu, juntamente com a filha, interná-lo num hospital psiquiátrico, onde permaneceu por alguns dias até sua morte.

Quando ele adoeceu ficou em cima de uma cama, dependia de mim para tudo, mas queria me bater e tudo que eu dava para ele, queria jogar em minha cara, um dia ele me estranhou quando fui levar comida e me deu um coice no peito que sinto dor até hoje. Aí chamei minha filha e levei para o hospital, lá ele com raiva por ter levado ao hospital, agarrou a enfermeira e quase matou.

O pai de seu Jacinto também foi institucionalizado, não se tratava apenas de falar sobre a forma como era tratada por seu esposo, estava fazendo referência ao mesmo para justificar os possíveis motivos pelos quais o filho se internou. Disse que não foi fácil passar por estes momentos, ter o filho e depois o esposo internados.

Não falou sobre maus tratos no hospital, só mencionou um comentário de um médico que teria dito quando chegou para internar o esposo “esta senhora novamente, o que é desta vez?” Esta frase evidencia o quanto era comum a sua presença nesta instituição, de forma que os funcionários já os conheciam. As reações de seu esposo foram descritas por ela como se fenômenos de outra ordem o atormentassem e sua morte representou um descanso:

Lá no hospital ele ficava assustado parecia ver alguma coisa do outro mundo, olhava para as paredes e apertava minhas mãos com os olhos arregalados, como se estivesse vendo algo. Sofri muito com ele, até que um dia ele morreu, estava ficando melhor, mas era a melhora da morte, quando menos espero ele estava ficando com o corpo frio, chamei os enfermeiros para socorrer, mas ele já estava morrendo, graças a Deus parou de sofrer, descansou deste mundo.

Enquanto dona Gardênia contava esta história, seu Jacinto permanecia sentado prestando atenção e sua irmã em frente a TV colocando mais fotos da família para eu ver. Dona Gardênia continuava falando sobre as experiências com seu esposo e seu filho no período de internação.

De acordo com sua mãe seu Jacinto era um rapaz trabalhador, calmo e calado, nunca havia brigado com ninguém, mas um dia foi comprar umas mercadorias na bodega chegando ao local teve um “ataque” e começou esfaquear a porta, gritando alto dizendo que queria matar alguém naquele dia. Os vizinhos vieram avisar, ela foi à bodega buscá-lo. A partir deste dia sua vida teria se transformando, porque o filho teria ficado cada vez mais “doente da cabeça”, expressão com sentido de doença mental. Muito comum na CF.

Eu não podia lavar roupa no muro de minha casa ele dizia que eu estava traindo o meu marido, com um negro que estava escondido de baixo da mesa. Sem ter ninguém minha filha lá, só eu e as roupas. Eu não podia sair de casa e nem receber ninguém, porque as pessoas quando chegavam aqui se eu estivesse lá na cozinha ele colocava as pessoas para correr, não queria ninguém aqui. Eu não podia ligar som e nem TV, que ele ficava bravo e não deixava. Até que um dia eu levei ele para o doutor Ribeiro.

Nas conversas anteriores com seu Jacinto, lembrava apenas das “palavras feias” ditas ao seu pai. Em alguns momentos percebi que sentia-se orgulhosa por ter tomado a atitude diante do que aconteceu com o esposo e o filho. No caso deste, falou sentir medo de alguém matá-lo, por não compreenderem que só estava daquele jeito porque era “doente da cabeça”, disse que se não tivesse o internado estaria morto ou preso.

Dizia que seu Jacinto teria sido bem cuidado, e os pequenos incidentes ocorridos no hospital psiquiátrico tiveram como culpados os companheiros de quarto. Raramente falavam de situações envolvendo os profissionais desta instituição, estes eram colocados na posição de quem “ajudava”, não apenas ao seu filho, mas toda a família. Não demonstraram insatisfação quando falavam sobre o viver neste espaço, recordavam-se enquanto lugar que trouxe resultados bons para alguns dos considerados problemas.

No relato seguinte, dona Gardênia narra um episódio ocorrido no hospital envolvendo os vigilantes:

Um dia comprei um chinelo novo para ele e levei quando fui fazer a visita, no domingo, na outra visita já estava descalço e me pediu outro, na mesma hora tirei os meus dos pés e entreguei, pedi para o guarda colocar o nome dele do lado para não roubarem novamente. Neste dia, fui confundida com uma doida ao sair da visita, com os pés descalços, eu percebi os vigias tramando algo contra mim, quando eu passei pelo portão eles olharam um para o outro

vieram em minha direção e me agarraram, disseram que eu não poderia sair. Só porque eu estava sem chinelo.

Quando retornou do hospital seu Jacinto era outro homem, somente às vezes fica nervoso e começa fumar demais e passar muito tempo em seu quarto escutando músicas, mas com a ajuda dos medicamentos fica bom novamente e volta a fazer os seus mandados: ir ao mercadinho comprar pão, levar recado a alguém.

Não falou sobre a relação dele com os vizinhos, disse apenas que não gostava quando alguém o tratava mal e sentia medo quando ele saía em sua bicicleta: “eu falo para ele ter cuidado do jeito que estão as coisas, não dá para confiar, as pessoas sabem que ele recebe um dinheirinho aí dá medo. Falo para ele não demorar muito e tomar cuidado”. Talvez seu medo esteja relacionado a forma como as pessoas consideradas “fracas do juízo”, mais uma expressão comum na CF, e repetida por dona Gardênia, são tratadas, algumas submetidas às situações desagradáveis por pessoas com quem convivem.

Em conversa com seu Cravo soube que a relação das pessoas da CF com seu Jacinto, não é muito amistosa, em algumas situações, é “zombado” pelos colegas. Disse que ele participava das peladas aos domingos na comunidade, mas há um tempo deixou de ir aos encontros, o motivo teria sido uma das atitudes de seus colegas de derramar água sobre o seu corpo após o jogo. Quando isto acontecia seu Jacinto ficava irritado e olhando fixamente para um único lugar e repetia a frase: “não pode fazer isso não”. Seu Cravo teria falado com os colegas para pararem com aquela atitude. Mas seu Jacinto não retornou à tradição dos domingos na CF, participar das peladas.

Convivi, olhei, ouvi e dialoguei com as pessoas da equipe da ESF e com as do GSM, dentre estas estão as que foram internadas em instituições psiquiátricas, às que nunca passaram por esta instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero esta parte da pesquisa um das mais complexas, pois é o momento que se espera o desfecho do que se analisou. Neste ponto da trajetória, a sensação é de que muitos outros ficaram de fora ou não foram discutidos como deveriam. Mas, uma pesquisa não tem fim. Sempre é um momento possível de se recomeçar e discutir novas possibilidades.

Para compreender as transformações pelas quais passou a psiquiatria e o cotidiano de pessoas que foram institucionalizadas e de certa forma ainda continuam, não mais em hospitais, mas em outros espaços. Nos quais as relações ainda esperam respaldo de um saber científico, para orientar e determinar as ações desenvolvidas. Procurei discutir sobre as pessoas que integralizam um grupo de SM na ESF na CF. Dentre estas estão algumas que foram desinstitucionalizadas.

Ao propor realizar uma pesquisa sobre os usuárias da ESF e especificamente aqueles da SM, procurei iniciar as discussões deste trabalho apresentando as formas como as pessoas, que apresentavam maneiras diferentes de ser, eram vistas em outros momentos históricos e para onde aconselhavam que fossem. Nas análises realizadas percebi que nem sempre foram consideradas loucas.

Hospital não era o espaço indicado porque esta instituição nem sempre teve o caráter medicalizador, característica adquirida quando a psiquiatria é transformada em ciência e a loucura em doença mental. Sua transformação se deu quando a sociedade adquiriu outros valores sociais, éticos e morais, e se estabeleceu a urgência na separação dos diferentes grupos sociais. Desta forma, enviá-los para outros lugares parecia a solução. Era a nau dos loucos perambulando pelas ruas, a procura da cura que a psiquiatria encontrou. O encontro da ciência com a loucura proporcionou esta e outras classificações.

Ao trazer estas discussões em minha pesquisa, não poderia deixar de falar sobre o nascimento da psiquiatria no Brasil. Na cidade do Rio de Janeiro na primeira metade do século XIX, as Santas Casas de Misericórdia ainda eram as responsáveis pelos cuidados das pessoas desafortunadas e os doentes. Com a transformação da loucura em doença mental, as pessoas assim classificadas foram para o hospício Pedro II, inaugurado em 1842, era o início da psiquiatria no Brasil.

As narrativas iniciais desta pesquisa sobre experiências de internamento abriram as discussões sobre as instituições psiquiátricas brasileiras, nas quais as pessoas internadas apresentaram os seus cenários.

A pesquisa de campo foi realizada em Campina Grande-PB, cidade que nos anos 2005 vivenciou o processo da RP e teve o seu principal hospital psiquiátrico -João Ribeiro- interditado. A partir deste momento, os internos foram para outros espaços, alguns enviados aos CAPS, outros para suas residências. Estes, conforme as propostas da RP deveriam ser cuidadas pelas famílias.

Considerando este contexto, busquei compreender no cotidiano da ESF, como as pessoas do GSM se compreendem e são percebidas pelos demais na comunidade. Quais suas versões sobre a experiência de internamento.

Procurei, ao longo desta escrita, discutir as relações estabelecidas durante os encontros. E como é um cotidiano de uma ESF, como as pessoas envolvidas neste processo se relacionam.

Espero ter apresentado ao longo da discussão as nuances deste cotidiano, e mais que respostas, procurei levantar outros questionamentos os quais em outros momentos e espaços possam ser discutidos.

Busquei compreender e discutir as versões sobre a inserção no GSM, quem eram aquelas pessoas que mensalmente compareciam a UBSF, reconhecidas por fazerem parte da SM e usar os denominados psicotrópicos.

Nas primeiras inserções etnográficas não os conhecia, sabia somente que eram deste grupo, conforme os meses foram passando, o convívio favoreceu a confiança entre pesquisadora e participantes. Não foi possível conhecer todos porque, além do tempo não ter colaborado, o grupo é composto por mais de cem participantes.

Em decorrência disto, optei por eleger algumas com quem pudesse ter maior contato e estreitar os laços, assim poderia saber mais sobre o seu cotidiano naquele universo, onde as ações em saúde acontecem e as relações sociais são estabelecidas.

Ao sair dos muros da UBSF e poder me aproximar do dia a dia na Comunidade, foi possível saber um pouco mais sobre as suas experiências de internamento, suas relações de vizinhança. Este momento em minha pesquisa considero um dos mais importantes, porque além da riqueza de detalhes de uma experiência de internamento numa instituição psiquiátrica, os relatos foram narrados por quem teve a experiência, não apenas sobre quem viveu.

Pois dentre as pessoas com as quais tive maior contato, algumas foram internadas no João Ribeiro e outras tiveram alguém da família. Ao narrarem suas trajetórias pude trazer para esta escrita algo inovador: as narrativas da própria pessoa. Ao comparar as versões expressas nas pesquisas que tive acesso, sobre este cotidiano, apresentado por outros e não por quem vivenciou, foi possível perceber que nem todos os discursos apresentam as mesmas características de uma instituição, cujas lembranças são quase sempre de um lugar ruim.

Percebi que entre o narrado e o vivido há divergências, as quais considero interessantes para se pensar outros fatores que contribuíram para a construção e depois desconstrução destas instituições. Não estou com isto pretendendo afirmar que nestes lugares não ocorriam maus tratos, mas tão somente gerar discussões em torno de uma problemática que vai além do que os relatos midiáticos apresentaram somente nos últimos anos de funcionamento.

Percebi que o estigma ainda continua presente entre as pessoas da SM não apenas sobre aqueles que foram internados em instituições psiquiátricas, mas por fazer parte do GSM, como também por não concordar em ser do mesmo.

As incursões etnográficas na UBSF e na CF, entre maio de 2011 e fevereiro de 2012, trouxeram novas problemáticas que não foram discutidas da forma como deveria ser, porque o período da pesquisa de campo é muito curto e não houve tempo suficiente para uma análise mais criteriosa. Estas poderão e devem ser aprofundadas em outro momento.

Espero ter conseguido ampliar as discussões ao apresentar as interações neste espaço, com suas regras, seus cenários, as descobertas e os desafios vivenciados cotidianamente.

Reconheço que em alguns momentos me distanciei das propostas iniciais deste trabalho. Isto se deu provavelmente devido a amplitude de possibilidades que um campo de pesquisa nos oferece. Ao desviar-me outros caminhos foram encontrados, os quais me ofereceram novas perspectivas e sugerem outros debates.

Em outros momentos, ao ver e ouvir as pessoas com as quais convivi na Comunidade das Flores durante a pesquisa, não tive como não direcionar um olhar a partir da minha formação acadêmica, por mais que tentasse o distanciamento e soubesse que era necessário. Considero esta parte, na realização da pesquisa, uma maneira de se inserir em campo sem maiores desconfortos entre participantes e pesquisadora. Mesmo deixando claro a minha posição naquela instituição.

Ao chegar à UBSF, encontrei pessoas que havia conhecido anos anteriores na primeira pesquisa, mesmo assim, o ambiente parecia desconhecido, assim como os usuários. Considerando a inserção em campo um momento delicado, os dias iniciais são desconfortáveis causadores de desconfiança, tanto de quem chega quanto de quem está no ambiente. Nestes lugares devemos ter a sensatez e saber como nos conduzir às pessoas e até no cenário. Pois, até a forma como se observa poderá gerar sensações desagradáveis entre os presentes.

Como havia desenvolvido uma pesquisa na UBSF há cinco anos, sabia da minha formação. Isto facilitou a minha permanência naquele espaço. Mas ao mesmo tempo causava desconforto porque quando recebem estagiários estes colaboram nas atividades da ESF, o que não acontecia comigo. Não de início. Porém, com o passar do tempo compreendi que as relações naquele espaço eram também baseadas em reciprocidade.

Desta forma, em algumas ocasiões, como maneira de retribuir a gentileza que os funcionários tiveram comigo, não recuei diante da possibilidade de colaborar em suas atividades. Em todos os momentos deixei claro que, apesar da formação, não estava ali enquanto assistente social, e sim como pesquisadora. Tive as precauções necessárias para que não fosse estabelecido um diálogo entre equipe, usuários e assistente social. E sim entre participantes da pesquisa e pesquisadora. Por isto, todas às vezes quando pertinente frisava os objetivos da pesquisa, e minha posição enquanto pesquisadora, e não de assistente social.

Para além de discutir espero que este trabalho também seja questionado, e a partir dos questionamentos os horizontes sejam ampliados e os caminhos traçados. Que outras reflexões possam surgir. Aqui as interpretações, no âmbito das minhas possibilidades neste momento de minha trajetória, estão sendo colocadas. Talvez em outro momento pudesse discutir outras problemáticas e pudesse ainda seguir por outros caminhos.

Espero ter contribuído para o debate sobre esta temática e que outros pesquisadores possam partilhar, discordar, problematizar e até me questionar, mas procurem discutir as realidades e versões das pessoas que foram internadas nas instituições psiquiátricas, ou as que estão nos serviços de SM como ativas no processo.

Distante de concluir esta pesquisa, mas de ampliar as discussões existentes, espero que outras possam surgir a partir das lacunas, ou de problemáticas apresentadas ao longo desta escrita, e assim, possibilitem o enriquecimento de outros estudos. Não se tem aqui um ponto final, mas uma abertura para novas perguntas, novas respostas e outras discussões...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. (org.) **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995.

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

ASSIS, Machado. **O Alienista**. Rio de Janeiro. Editora Primor. 1972.

BASAGLIA, Franco. Apud: **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Mostra Memória da Loucura** 2ª edição. Série I. História da Saúde no Brasil, Brasília 2009.

BAUMAN, Zygmunt. Buscar abrigo na Caixa de Pandora- ou medo, segurança e a cidade. In: **Vida Líquida**. Rio de Janeiro. Zahar Ed.2009.

BENEDICT, Ruth. O crisântemo e a espada. São Paulo: Perspectiva. 1972. In: LA TAILLE, Yves de. **O Sentimento de Vergonha e suas Relações com a Moralidade**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2002, 15(1). Universidade de São Paulo. Disponível em www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a03v15n1.pdf. Acesso em 18.12.11.

BOURDIEU, Pierre. **Esboço de Auto-análise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

BRAGA, Violante Augusta Batista; SILVEIRA, Lia Carneiro. **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental**. Rev. Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4): 591-5www. eerp.USP.br/rla

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** 4.ª edição Brasília – DF 2007. Acesso em 18.12.2011. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Família. In: **Caderno de Atenção Básica**. N 01. Brasília, 1997.

_____, Ministério da Saúde. **Temática Saúde da Família**. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

_____, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

BRITO, Fátima Saionara Leandro. **Andanças que cortam os caminhos da razão: as vivências insanas e a atuação da reforma psiquiátrica em campina grande – PB**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2011.

BRITTO, Renata Corrêa. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01 Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno**

mental. Rio de Janeiro, setembro de 2004. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública.

MALINOWSKI, Bronislaw. Objeto, Método e Alcance Desta Pesquisa. In: **Desvendando Mascara Sociais**. Livraria Francisco Alves Editora. Rio de Janeiro. 1975.

CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://portal.pmcg.pb.gov.br>. Acesso em 15 de setembro de 2008.

CAMPOS. Ana Paula de. **Corpo Intensivo: incessantes composições e (de) composições**. Dissertação de Mestrado, 2006. Universidade Federal Fluminense, Departamento de Psicologia Niterói-RJ.

CARRANO, Austregésilo. **Canto dos Malditos**. Curitiba. Editora da UFPR. 1990.

CARVALHO, José Murilo de. **República e Cidadania**. In: **Os Bestializados**. O Rio de Janeiro e a República que não foi. 3 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Famílias e Políticas públicas In: ACOSTA, Ana Rojas & VITALE, Maria Amalia Faller. **Família, Redes, Laços e Políticas Públicas**. São Paulo. Cortez Editora. 2010.

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

CECCARELLI, Paulo. **O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental**, *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477, set./dez. 2005. www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a14.pdf. Acesso em 26, julho de 2011.

COSTA, Jurandir Costa. “**A Medicina das Cidades**”. In: *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil**. Petrópolis Garamond Universitária. 2007.

DIWAN, Pietra. **Raça Pura: uma história da eugenia no Brasil e no mundo**. São Paulo. Contexto. 2007.

DONZELOT, Jaques. **A polícia das Famílias**. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1980.

FERNANDES, Cid Merlino. **Vergonha: a revelação da catástrofe narcísica – para uma compreensão da clínica contemporânea**. Rio de Janeiro, 2006. 123p. Tese de Doutorado–Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1979.

_____, Michel. **Vigiar e Punir: o nascimento da prisão**, Petrópolis, Vozes, 1987.

_____, Michel. O Poder Psiquiátrico. In: **Resumo dos cursos do Collège de France. (1970-1982)** Rio de Janeiro. Zahar Editores, 1997.

_____, Michel. **Doença Mental e Psicologia.** Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro. 2000.

_____, Michel. **Historia da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo. Perspectiva, 2008.

FOOT-WHYTE, William. Treinando a Observação Participante. In: ZALUAR, Alba (Org.). **Desvendando Máscaras sociais.** Rio de Janeiro; Ed. Francisco Alves. 1975.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das Culturas.** Uma Descrição Densa: Por uma Teoria Interpretativa da Cultura. Editora : Livros técnicos. 1978.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Zahar Editores. Rio de Janeiro. 1975.

_____. Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos.** São Paulo, Perspectiva. 1987.

_____. Erving. **A Representação do eu na vida cotidiana.** Petrópolis. Vozes. 1989

_____. Erving. Ritual de interação. **Ensaio sobre o comportamento.** Face a face. Petrópolis. Rio de Janeiro. Vozes. 2011

GOMES, Ana Lúcia. **O Benefício de Prestação continuada: Uma trajetória de retrocessos e limites- construindo possibilidade de Avanços.** In: Proteção Social de Cidadania. Inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. Aldaíza Sposati, (org) São Paulo: Cortez, 2004.

KINKER, Fernando Sfair. **O Lugar do manicômio:** Relato da experiência de desconstrução de um Hospital Psiquiátrico no interior do Nordeste. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais- PUC- São Paulo. 2007.

KODA, Mirna Yamazato. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial.** Dissertação de Mestrado. 2002. Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo.

LE BRETON, David. **A sociologia do Corpo.** Petrópolis, Vozes. 2010.

LIMA BARRETO, Afonso Henriques de. **O Cemitério dos vivos.** São Paulo: Planeta do Brasil, 2004.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma:** medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal. 1978.

_____, Roberto. **Ciência e Saber: A Trajetória da Arqueologia de Foucault**. Rio de Janeiro Graal. 1981.

MAUAD, Ana Maria **Através da imagem: fotografia e história interfaces**. Tempo, Rio de Janeiro, vol. 1, n.º 2, 1996.

MAUSS, Marcel. “**Ensaio sobre a Dádiva**”. In Sociologia e Antropologia. São Paulo: EPU, 1974.

MENDES-GONÇALVES. R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Medicina USP, 1986.

MILLS, Theodor M. **Sociologia dos Pequenos Grupos**. Livraria Pioneira Editora, São Paulo, 1970

OLIVEIRA, Mirella Candido Burity de. **Por Uma Intervenção Precoce: leituras da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande e as práticas de assistência em Saúde Mental da Infância**. Dissertação de Mestrado 2011. Unidade Acadêmica de História e Geografia Universidade Federal de Campina Grande.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. O Trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: **O trabalho do antropólogo**. São Paulo. Editora UNESP, 1998.

OLIVEIRA, R.V. & MOREIRA, E. M. **Sentidos da globalização: um desafio ao pensamento sociológico**. **Revista Raízes**, vol. 27 n.º 1, jan. - jun. 2008.

PAIVA, Ilana Lemos de. **Em defesa da reforma Psiquiátrica: Por um amanhã que há de renascer sem pedir licença**. Dissertação de Mestrado, 2003. Programa de Pós-Graduação em Psicologia- Universidade Federal de Natal.

PEIXOTO, Paulo Cesar. **Análise das práticas discursivas no CAPS II – Frutal, MG: Sobre a Reforma Psiquiátrica**. Dissertação de Mestrado. 2010. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. **Políticas de Saúde Mental no Brasil: O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01)**. Tese de Doutorado. 2004. Escola Nacional de Saúde Pública- Fundação Oswaldo Cruz.

POMBO, José Francisco da Rocha. **No Hospício**. Curitiba. Farol do Saber. 1996.

SANTOS, Boaventura de Souza. **A crítica da razão indolente – contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, v 1, 2001.

_____, Boaventura de Souza. **A globalização e as Ciências Sociais**. 3. Ed. – São Paulo – Cortez, 2005.

SANTOS, Nádya Maria WEBER. **Narrativas da loucura e histórias de sensibilidades**. Porto Alegre ED. UFRGS, 2008.

SILVA FILHO, J. F. **A Medicina, a Psiquiatria e a Doença Mental**. In Tundis, S.M. Cidadania e Loucura. Vozes/ Petrópolis,1992.

SILVA, Joana Azevedo . **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro. Fio Cruz, 2002.

SILVA, Roseilda Maria. **Gestantes e Direitos: um estudo de seus conhecimentos**. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, Monografia de Serviço Social, 2007.

_____, Roseilda Maria. **Maternidade, Corpos Femininos e Modelos de Saúde Pública em Campina Grande** – PB. Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande, Monografia em História, 2008.

WADI, Yonissa Marmitt. **Palácio para Guardar Doidos: uma história pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, UFRGS, 2002.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade**. Editora Universidade de Brasília. Brasília 2009.

ANEXOS

Anexo I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-PB
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR (ES)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada: **Veredas da loucura: incursões no cotidiano de usuários na Estratégia Saúde da Família, numa comunidade de Campina Grande-PB**, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da resolução nº 196/ 96 do conselho nacional de Saúde/MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, _____ de _____ de _____

Autora da pesquisa

Orientador

Anexo II

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-PB
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADORES

Pelo presente Termo de Compromisso Livre e esclarecido, eu-
_____, cidadã (o)
brasileiro (a), em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da
pesquisa **Veredas da loucura: incursões no cotidiano de usuários na Estratégia
Saúde da Família, numa comunidade de Campina Grande-PB**, sob a
responsabilidade do pesquisador **Rogério Humberto Zeferino Nascimento**. O meu
consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informado (a) pelo
pesquisador, de que:

1. A pesquisa se justifica pela realização de uma análise etnográfica na Unidade Básica de Saúde relacionada à Saúde Mental.
2. Os dados serão coletados através das observações cotidianas e, se necessário, de entrevistas contendo um roteiro, cujas respostas serão gravadas, se assim for permitido.
3. Minha participação é voluntária, tendo eu a liberdade de desistir a qualquer momento sem risco de qualquer penalização.
4. Será garantido o meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais.
5. Caso sinta a necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone (0XX). 83. 21011211.
6. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o mesmo.

Campina Grande, ____ de _____ de _____

Participante

Pesquisador (a)

Anexo III

Pesquisa social sobre o grupo de Saúde Mental na UBSF

1. Idade ____ sexo masculino () feminino()
2. Grau de escolaridade: Fundamental completo () incompleto() Médio () incompleto () superior completo () incompleto()
3. Mora em qual bairro? ____ há quantos anos_____
4. Seu cargo na ESF_____
5. Está na Estratégia de Saúde há quantos anos
6. Como identificar se uma pessoa precisa de atendimento em saúde mental?_____
7. Como estas pessoas deixam de fazer parte do Grupo de Saúde Mental?_____
8. Quais as atividades desenvolvidas com elas?_____
9. As pessoas da comunidade tratam as outras deste grupo de maneira diferenciada?_____ Em quais situações?_____
10. Como é atuação da ESF para a reinserção dessas pessoas na comunidade_____
11. A família colabora na reinserção dessas pessoas na sociedade?_____ De qual forma?_____
12. Quais as parecerias que a ESF tem para auxiliar no atendimento ao Grupo de Saúde Mental_____
13. Quais mudanças você observa na ESF nos últimos anos na área de Saúde Mental?_____
14. O que seria necessário para diminuir a quantidade de pessoas do Grupo de Saúde Mental ?_____
15. Você enfrenta dificuldades com o Grupo de Saúde Mental?_____ Especifique_____
16. Em sua opinião qual a diferença entre os participantes do Grupo de Saúde Mental e as pessoas dos outros grupos atendidos na ESF?_____
17. Como vivem as pessoas do Grupo de Saúde Mental na comunidade?_____
18. Quais os principais desafios para a ESF no que se refere à Saúde Mental?_____

Anexo IV



Fachada do Hospital Psiquiátrico João Ribeiro vista da entrada. Acervo pessoal. 2012

Anexo V



Mensagem escrita com fezes em uma das paredes do Hospital Psiquiátrico João Ribeiro: “homem tem que ser homem”. Foto cedida pela historiadora Saionara Brito.

Anexo VI



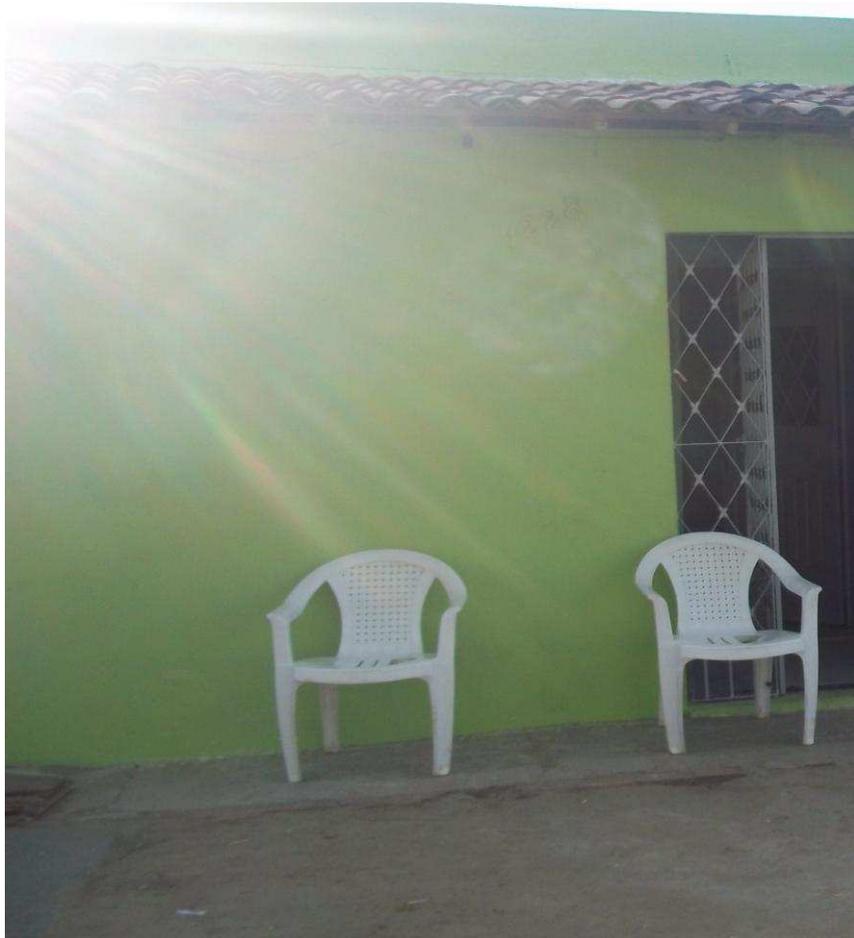
Parte interna da UBSF vista de dentro, no lado direito estão as salas dos profissionais da saúde, esquerdo sala de espera (corredor) com os bancos de cimento e madeira, espaço também de palestras. Acervo pessoal. 2011.

Anexo VII



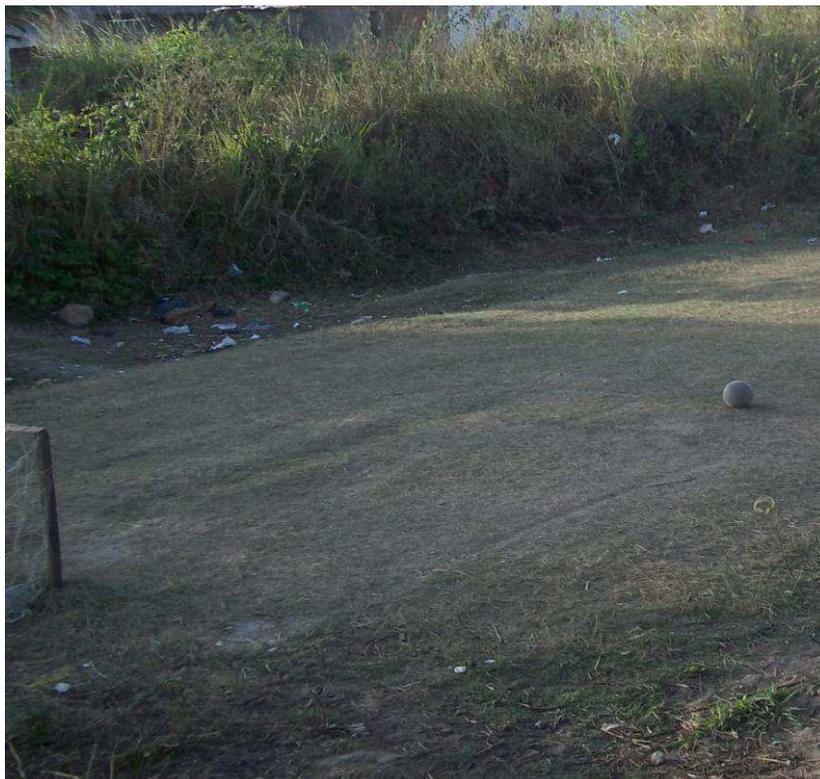
Fachada da cozinha do lado esquerdo, ao lado direito sala do PROJOVEM, e de outras reuniões. Acervo Pessoal. 2011

Anexo VIII



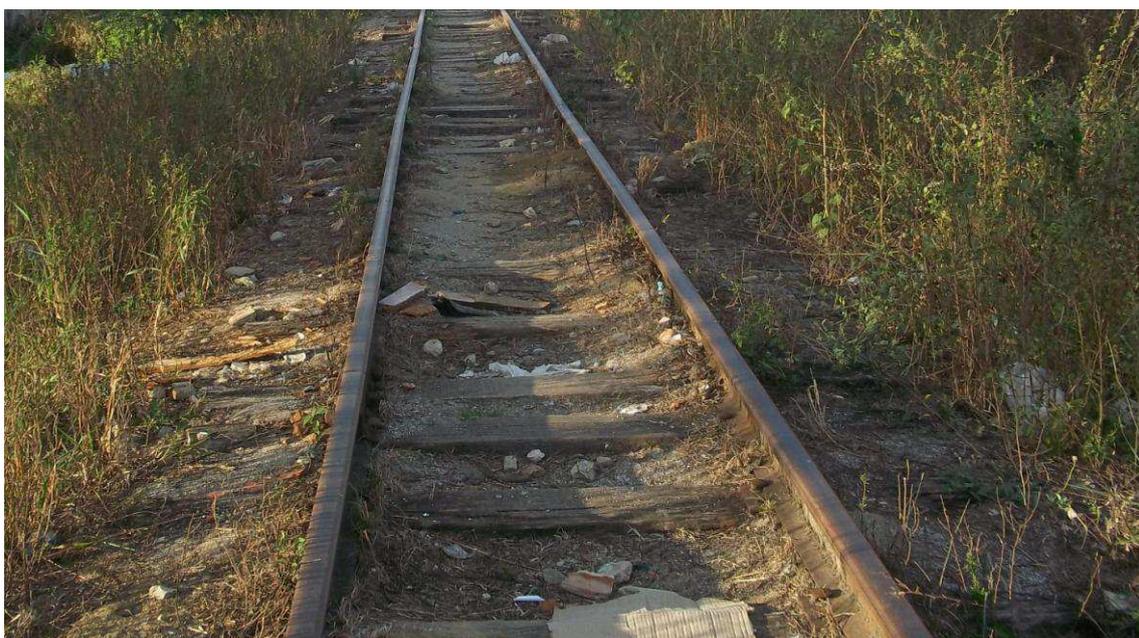
Residência na Comunidade das Flores. Acervo pessoal. 2011

Anexo IX



“Campo de futebol”. Acervo pessoal. 2011.

Anexo X



Linha do trem, referência para algumas residências da CF.