



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
LINHA DE PESQUISA: CULTURA, PODER E IDENTIDADES

A BORDO DA NAU DA ESPERANÇA: O CAPS-AD ENQUANTO LUGAR DE
RESSIGNIFICAÇÃO DA IDENTIDADE DO DEPENDENTE QUÍMICO EM CAMPINA
GRANDE

JAQUELINE OLIVEIRA DE ARAÚJO

CAMPINA GRANDE-PB

2020

JAQUELINE OLIVEIRA DE ARAÚJO

A BORDO DA NAU DA ESPERANÇA: O CAPS-AD ENQUANTO LUGAR DE
RESSIGNIFICAÇÃO DA IDENTIDADE DO DEPENDENTE QUÍMICO EM CAMPINA
GRANDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Campina Grande, pertencente à linha de pesquisa Cultura, Poder e Identidades como requisito para a obtenção do Título de Mestre em História.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Marinalva Vilar de Lima

Coorientador: Prof. Dr. Giuseppe Roncalli Ponce Leon de Oliveira

CAMPINA GRANDE – PB

2020

A663b

Araújo, Jaqueline Oliveira de.

A bordo da nau da esperança: o Caps-Ad enquanto lugar de ressignificação da identidade do dependente químico em Campina Grande / Jaqueline Oliveira de Araújo. – Campina Grande, 2021.

141 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades, 2021.

"Orientação: Profa. Dra. Marinalva Vilar de Lima, Prof. Dr. Giuseppe Roncalli Ponce Leon de Oliveira".

Referências.

1. Psicologia Social. 2. Loucura. 3. Dependência-Química. 4. Caps-Ad – Campina Grande. 5. Ressignificação da Identidade – Dependente Químico. I. Lima, Marinalva Vilar de. II. Oliveira, Giuseppe Roncalli Ponce Leon de. III. Título.

CDU 316.6(043)

JAQUELINE OLIVEIRA DE ARAÚJO

A BORDO DA NAU DA ESPERANÇA: O CAPS-AD ENQUANTO LUGAR DE
RESSIGNIFICAÇÃO DA IDENTIDADE DO DEPENDENTE QUÍMICO EM CAMPINA
GRANDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em História da Universidade Federal de
Campina Grande, pertencente à linha de pesquisa
Cultura, Poder e Identidades como requisito para a
obtenção do Título de Mestre em História.

Aprovado(a) em: 06/08/2020

BANCA EXAMINADORA



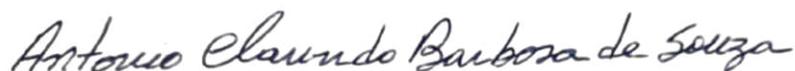
Prof.ª Dr.ª Marinalva Vilar de Lima – PPGH-UFCG

Orientadora



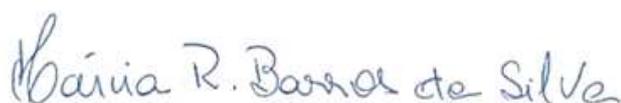
Prof. Dr. Giuseppe Roncalli Ponce Leon de Oliveira – Bolsista PNPD/CAPES

Coorientador



Prof. Dr. Antônio Clarindo Barbosa de Souza – PPGH-UFCG

Examinador (a) interno



Prof.ª Dr.ª Márcia Regina Barros da Silva – PPGHS-USP

Examinador (a) externo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE HUMANIDADES
UNIDADE ACADÊMICA DE HISTÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

As 8:00 horas do dia 06 de Agosto de 2020 (dois mil e vinte), realizada por videoconferência a Comissão Examinadora da Dissertação de Mestrado apresentada pela aluna **Jaqueline Oliveira de Araújo** intitulada **A Bordo da Nau da Esperança: O CAPS-AD Enquanto Lugar de Ressignificação da Identidade do Dependente Químico de Campina Grande** para obtenção do grau de Mestre, em ato público, após arguição feita de acordo com o Regimento do referido Curso decidiu conceder ao mesmo o conceito **APROVADA** em resultado à atribuição dos conceitos dos professores doutores Marinalva Vilar de Lima (Orientadora-PPGH/UFCG), Giuseppe Roncalli Ponce Leon de Oliveira (Co-orientador), Antonio Clarindo Barbosa de Souza (Examinador Interno) e Márcia Regina Barros da Silva (Examinadora externa). Assinam a presente Ata os membros da Comissão Examinadora, o Coordenador José Otávio Aguiar e o Secretário da PPGH/UFCG Yaggo Fernando Xavier de Aquino, para os devidos efeitos legais.

Parecer: A banca, após análise e arguição da candidata, considerou que o trabalho adequa-se às exigências do PPGH. O tema é muito pertinente, bem como, as fontes e metodologia adotadas na pesquisa. Há necessidade de revisão ortográfica e de maior clareza em alguns pontos abordados pela pesquisadora.

Lista de Presença

Orientador(a)	Marinalva Vilar de Lima	
Co-orientador	Giuseppe Roncalli Ponce Leon de Oliveira	
Examinador(a) interno(a)	Antonio Clarindo Barbosa de Souza	
Examinador(a) externo(a)	Márcia Regina Barros da Silva	
Coordenador(a) do PPGH	José Otávio Aguiar	
Secretário	Yaggo Fernando Xavier de Aquino	

Campina Grande-PB, 23 de setembro de 2020

Prof. Dr. José Otávio Aguiar
Unidade Acadêmica de História
Universidade Federal de Campina Grande
SIAPE 1350982

Dedico este trabalho, bem como todas as boas escolhas feitas nesta existência, à minha mãe, Edileuza, mulher forte que não teve oportunidade de estudar, não sabe falar rebuscado, atropela-se nas palavras, mas é doutora na linguagem do amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Neste momento em que se encerra mais um ciclo da minha trajetória acadêmica, eu transbordo gratidão.

Agradeço a Deus e à espiritualidade pelo amparo nos momentos difíceis vividos durante esta caminhada.

Agradeço à minha família, sobretudo à minha mãe, por ser aquela que mais aguenta meus momentos de tensões, mesmo sem saber, muitas vezes, o motivo.

À Priscylla, pela amizade que construímos há anos, mantivemos durante a graduação e mestrado e só se solidifica com o passar do tempo.

À Fabelly, parceira de Linha 2 que dividiu comigo os anseios, desafios e maravilhas da vida de pesquisadora.

A meu namorado Igor, por ser a calma em meio ao meu caos.

Agradeço à Capes pelo financiamento desta pesquisa.

Aos profissionais do Caps-ad que me receberam com muito carinho e sempre foram solícitos.

Aos usuários do Caps-ad que tanto me ensinaram e me emocionaram.

Agradeço aos meus orientadores Marinalva e Giuseppe pelas contribuições e todo conhecimento compartilhado.

Agradeço à Márcia e a Clarindo pelas correções, indicações, comprometimento e cuidado com a leitura deste trabalho.

Agradeço a todos os que contribuíram, mesmo que de forma indireta, com o meu amadurecimento, seja no âmbito acadêmico ou pessoal.

Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que a fez tão importante.

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

A sociedade dita civilizada pretendeu afastar todos aqueles que representavam desordem e anormalidade, e o manicômio logo se tornou o lugar ideal para isto. Durante muito tempo, os hospitais psiquiátricos foram responsáveis por enclausurar sujeitos e destituí-los de suas identidades. A partir da Reforma Psiquiátrica, outros modelos foram sendo implantados a fim de substituir estas instituições, sendo um deles o Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Diante disso, este trabalho observa o papel do Caps-ad, unidade voltada para o atendimento dos dependentes de substâncias psicoativas, enquanto substituto do modelo manicomial na assistência ao dependente químico em Campina Grande, na Paraíba. O objetivo é analisar e discutir o Caps-ad como lugar de ressignificação da identidade do dependente, que por muito tempo tem sido estigmatizado por uma sociedade normatizada. Para construir uma história de como viviam os atores da loucura em Campina Grande antes da chegada do primeiro hospital psiquiátrico da cidade, popularmente conhecido como João Ribeiro, utilizei textos de um memorialista local e da historiografia para observar, num primeiro momento, a relação entre loucura e dependência química. Ademais, fiz uso de matérias jornalísticas e de relatos orais de memória de alguns dos atores históricos que recebem tratamento atualmente no Caps-ad da cidade, a fim de perceber se este novo modelo de atenção psicossocial está possibilitando a autonomia dos usuários, a reconstrução da identidade deles e a sua reinserção no contexto sociocultural. Além destas fontes, trago para o diálogo as discussões nacionais acerca da Reforma Psiquiátrica e da dependência química. Por meio desta análise, visio refletir acerca das construções identitárias em torno do dependente químico enquanto paciente do manicômio e enquanto usuário do Caps-ad, fundamentando a pesquisa com base em teóricos como Michel Foucault (2001), Stuart Hall (2006) e Erving Goffman (1974).

Palavras-chave: loucura, dependência química, Caps-ad, identidade, Campina Grande, Hospital Psiquiátrico João Ribeiro.

ABSTRACT

The so-called civilized society intended to remove all those who represented disorder and abnormality, and the asylum soon became the ideal place for it. For a long time, psychiatric hospitals were responsible for enclosing subjects and removing their identities. Since the Psychiatric Reform, other models were being implemented in order to replace these institutions, one of which is the Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Therefore, this study observes Caps-ad, a unit dedicated to the care of dependents of psychoactive substances, as a substitute for the asylum model in the care of chemical dependents in Campina Grande, Paraíba. The objective is to analyze and discuss the Caps-ad as a place for reframing the identity of the dependent, who, for a long time, has been, stigmatized by a standardized society. To build up a story of how the actors of madness lived in Campina Grande before the arrival of the first psychiatric hospital in the city, popularly known as João Ribeiro, I used texts by a local memorialist and historiography to observe, at first, the relationship between madness and chemical dependency. Furthermore, I used journalistic articles and oral reports from the memory of some historical actors who are currently being treated at the city's Caps-ad, in order to understand whether this new model of psychosocial care is enabling users' autonomy, the reconstruction of their identities and their reintegration into the socio-cultural context. In addition to these sources, I bring the national discussions about psychiatric reform and chemical dependence into the dialogue. Through this analysis, I aim to think about the identity constructions around the chemically dependent person as a patient in the asylum and as user of the Caps-ad, supporting the research based on theorists such as Michel Foucault (2001), Stuart Hall (2006) and Erving Goffman (1974).

Keywords: madness, chemical dependency, Caps-ad, identity, Campina Grande, Psychiatric Hospital João Ribeiro.

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 – Proporção das diversas doenças mentais observadas no Hospício Nacional em 1904	19
Imagem 2 – Mendicância em Campina Grande	41
Imagem 3 – Rainha Joana	46
Imagem 4 – Vista total da frente do Instituto Campinense de Neuropsiquiatria	52
Imagem 5 – Sala de recuperação motora do nosocômio	53
Imagem 6 - Pacientes do Hospital João Ribeiro	77
Imagem 7 - “Homem tem que ser homem”. Frase escrita com fezes nas paredes do Hospital João Ribeiro	81

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I - A LINHA TÊNUE ENTRE LOUCURA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA: CAMINHOS QUE DERAM VIDA À INSTITUCIONALIZAÇÃO EM CAMPINA GRANDE	30
1.1 – O saber médico se aproxima de Campina Grande	37
1.2 – O transtorno mental em Campina Grande antes da chegada do hospital psiquiátrico ...	44
1.3 – A loucura institucionalizada em Campina Grande	47
CAPÍTULO II – NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL	57
2.1 – As vidas anônimas do Diário da Borborema	61
2.2 – O processo de desinstitucionalização em Campina Grande-PB	72
2.3 – Os Caps, a dependência, o tratamento e a estigmatização	84
CAPÍTULO III - DA LAMA AO CAPS	97
3.1 – As mulheres no Caps-Ad	101
3.2 – Entre Deus e as drogas: qual a dependência?	110
3.3 – “Aqui eu me sinto em casa”	112
3.4 – A internação, a dependência e a “libertação” pela arte.....	120
3.5 – A “chave-mestra” do Caps-Ad	126
CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	135

INTRODUÇÃO

“O paciente chegou bastante debilitado para submeter-se a tratamento psiquiátrico. Tratava-se de um quadro de alcoolismo crônico. O que achei interessante foi que outro paciente (um psicótico) tratou de dar o primeiro diagnóstico e foi logo dizendo:

- Ai, que pena! Esse rapaz está parecendo meu gato quando o vizinho botou veneno pra ele... Eu acho que ele tá já morrendo!

O paciente, naquele momento, necessitava de tratamento clínico porque o seu estado geral estava bastante comprometido. Após avaliação do psiquiatra, foi encaminhado para um Hospital Geral. Alguns dias depois, fomos informados de que aquele paciente fora a óbito” (SILVA, 2016, p. 31).

Este relato foi retirado do livro *Hospital Psiquiátrico: trajetória entre risos e lágrimas*, de Iêda Cunha da Silva, Assistente Social que trabalhou no Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional, Hospital psiquiátrico popularmente conhecido como Hospital João Ribeiro, em Campina Grande. Ela não cita o nome do lugar, mas pela sua trajetória, fica assim subentendido. Sua obra reúne fatos do dia a dia do hospital e compõe um dos muitos discursos que produzem significados, representam sujeitos e demarcam seus lugares. A autora encontrou no riso uma forma de atenuar a dor visualizada naquela instituição

O paciente descrito lembrou de todo o sofrimento que seu gato passou ao ser envenenado e associou ao estado em que se encontrava o outro rapaz que havia chegado ao hospital. Nota-se um sentimento de compadecimento, sentimento este que, se levarmos em consideração as condições vividas nos hospitais psiquiátricos, era destituído dos sujeitos. Trazer esta fala na obra desnaturaliza o que o senso comum ainda atrela ao dito louco: que ele nada sente ou conhece. Dá para perceber também que a profissional constrói a identidade do primeiro paciente, descrito como psicótico, a partir da diferenciação atribuída ao outro que faz uso de substância alcoólica. Ambos estão no mesmo espaço institucional, mas os diagnósticos são diferentes, pelo menos no prisma da assistente social.

Vários são os relatos de sujeitos¹ que eram colocados naquela instituição a fim de serem tratados dos seus diversos transtornos. Atrás daqueles muros existiam pais, mães, filhos, sujeitos que possuíam desejos, angústias, sonhos, mas por serem resumidos à doença, não possuíam credibilidade nem uma mínima expectativa de reinserção social. Suas

¹ Incluo nesse grupo os próprios usuários do Caps-AD que foram internados nessa instituição manicomial.

identidades estavam resumidas às de loucos. Pelo menos assim o foi por décadas desde a fundação do hospital.

De acordo com Ciampa (1989), uma pergunta aparentemente simples como “quem sou eu?”, ao surgir, pode estar atrelada à busca pela identidade. Assim como em qualquer pesquisa feita, buscamos respostas, conhecimentos. E, segundo o autor, se esse conhecimento se trata de uma busca por nós mesmos, supõe-se que temos condições de fornecê-lo.

Seguindo a sugestão de Ciampa, respondo quem sou: Jaqueline, filha de Edileuza e Sebastião, amante da dança, licenciada e mestranda em História, apaixonada pelos animais, portadora de vitiligo, aprendiz de costureira. Essas são algumas características que me definem e que, aparentemente fáceis de serem respondidas, não me limitam a elas, pois ao responder à pergunta “quem sou?”, a resposta que dei possivelmente fará surgir dúvidas, tanto em mim quanto nas outras pessoas. Por não ser uma pergunta tão fácil de ser respondida é que diversos teóricos se envolveram na temática da identidade e não é fácil porque a concepção de identidade voltada para a resposta de tal pergunta é um aspecto que Ciampa define como aspecto representacional de identidade enquanto produto.

O autor sugere que essa minha forma de descrever a identidade se assemelha a uma descrição de um personagem cuja biografia e vida aparecem numa narrativa. Ou seja,

Qualquer discurso, qualquer história costuma ter um autor, que constrói a personagem. Cabe perguntar então: você é a personagem do seu discurso, ou o autor que cria essa personagem, ao fazer o discurso? Se você é a personagem de uma história, quem é o autor dessa história? Se nas histórias da vida real não existe o autor da história, será que não são todas as personagens que montam a história? (CIAMPA, 1989, p. 60).

Por meio desses questionamentos é possível, a partir da perspectiva de Ciampa, chegar à conclusão de que todas as pessoas são personagens de uma história criada por elas mesmas, podendo ser autores e personagens ao mesmo tempo. Dessa forma, “não só a identidade de uma personagem constitui a de outra e vice-versa, como também a identidade das personagens constitui a do autor” (CIAMPA, 1989, p. 60).

Quando se fala das identidades citando características, revelando o que está oculto e o que pode ser descrito, cria-se uma ideia de algo fixo, algo imutável. Espera-se de um estudante de ensino superior que ao se formar, trabalhe na área, enquanto o fato de que um

bom jovem se torne criminoso na vida adulta choca. As pessoas, quando percebem que a sua unidade está ameaçada, começam a temer ser o outro. É nesse sentido que Ciampa afirma que a chamada “doença mental” é um problema de identidade, tendo em vista que o louco é nosso outro assim como o curado é o outro do louco.

A primeira noção da identidade, descrita pelo psicólogo Ciampa é a diferença e igualdade. Esta noção permite que as pessoas se igualem ou se diferenciem das outras. “Eu sou dependente químico”, “eu só bebo aos fins de semana”, “eu não sou louco, mas quando bebo fico surtado”. Nessa lógica, as pessoas são definidas, segundo Ciampa, pela ação, pela prática. Outra noção da identidade diz respeito à representação que faz com que a identidade seja entendida como o processo de identificação. Um sujeito pode se identificar como quiser, de acordo com os diversos momentos, mas mesmo com as diversas identidades e as constantes mudanças, a sua identidade será uma totalidade.

Esta concepção de identidade para Ciampa assemelha-se à noção de identidade de Stuart Hall. Ambos concebem a identidade como algo em processo de reformulação e mudança. O segundo autor argumenta que em outras épocas as identidades eram únicas e fixas e atualmente se encontram fragmentadas e o primeiro afirma que a identidade é uma metamorfose, encontrando-se em constante transformação.

É possível perceber, após este primeiro diálogo, que a questão da identidade é discutida em diversos ramos teóricos, a exemplo da Psicologia Social, das Ciências Sociais e da História. Contudo, a temática percorre diversos caminhos, fazendo surgir inúmeros questionamentos e observações.

Trago para a minha pesquisa a discussão acerca da identidade a partir das noções de Stuart Hall (2006), Tomaz Tadeu da Silva (2014) e Kathryn Woodward (2014) a fim de perceber a trajetória do dependente químico enquanto sujeito destituído de sua identidade em uma instituição psiquiátrica até o de sujeito ressignificado pela Reforma Psiquiátrica e acolhido pelo Caps.

Optando pela temática da saúde mental e da dependência química e tendo como objeto os dependentes químicos, o meu objetivo nesta pesquisa é analisar a idealização e construção do Caps-Ad de Campina Grande enquanto lugar substitutivo ao antigo modelo psiquiátrico, o manicômio, e possível solução para o “problema das drogas”, ambiente este que surgiu a fim de atuar como espaço de ressignificação da identidade do dependente químico, identidade que outrora foi forjada, como dito anteriormente, pela instituição psiquiátrica.

Para falar do Caps-ad enquanto lugar de ressignificação da identidade dos dependentes químicos foi preciso observar o primeiro espaço institucionalizado da loucura em Campina Grande, espaço este que atendeu os sujeitos nos seus mais diversos sofrimentos psíquicos. A instituição a qual me refiro se trata do já citado Hospital João Ribeiro, nome do seu fundador.

A escolha de trazer o Caps-ad para meu campo de observação se deve ao fato de que ele tem sido um dispositivo prioritário da atual política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito do tratamento que objetiva a reabilitação e reinserção social dos usuários, além de estar ligado a uma rede de assistência comunitária, adequada aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Campina Grande, enquanto uma cidade que se modernizava aos poucos, precisava de outra inovação e promessa da modernidade: a instituição total. Dentre as cinco instituições totais enumeradas por Erving Goffman (1974) em seu livro *Manicômios, prisões e conventos*, têm-se os hospitais psiquiátricos que foram lugares construídos a fim de cuidar de pessoas que não conseguiam cuidar de si mesmas e ainda por cima ameaçavam a sociedade, mesmo que essa ameaça não fosse por “vontade própria”.

Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de “fechamento”. Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais “fechadas” do que outras. Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais (GOFFMAN, 1974, p. 16).

Pensar nas instituições totais é pensá-las como lugares onde existem sujeitos que são controlados por supervisores que vigiam seus corpos a fim de mantê-los longes da realidade fora dos muros daqueles locais. A distância social entre ambos é significativa, havendo apenas uma mediação entre os internos e os médicos, no caso dos manicômios.

“Em nossa sociedade, [as instituições totais] são estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu” (GOFFMAN, 1974, p. 22). A promessa dessas instituições era a cura, mas o que de fato acontecia era a dependência dos sujeitos àquele sistema que controlava, dopava com remédios e os excluía da sociedade. Os

sujeitos chegavam debilitados, com uma identidade fixa de doentes, transtornados e o objetivo daqueles espaços era transformá-los em sujeitos “normais”. Trago a contribuição de Goffman para a pesquisa no intuito de apresentar seu conceito de mortificação do eu, tendo em vista que este processo ocorria dentro dos manicômios e foi responsável por contribuir com a ideia da identidade do dito louco como algo fixo.

A modernidade trouxe a necessidade de criação da noção de anormalidade para fazer referência ao que seria normal. O indivíduo tem a necessidade de conhecer o diferente do outro, classificando a si mesmo como normal e o outro como anormal, sendo o normal tido como aquele sujeito capaz de ter sua mente regida pela Razão. Entretanto, esse conceito de razão foi sofrendo alterações ao longo de todo o século XIX.

Partindo para o âmbito da dependência química, as discussões políticas no Brasil sobre o alcoolismo começaram a se destacar no final do século XIX para o início do século XX a partir de estudos de intelectuais franceses e alemães com adequações à realidade do Brasil por meio da influência dos pesquisadores envolvidos na ciência nacional². Os conceitos de degeneração e de degenerado estavam entre os mais discutidos, conceitos estes que sofreram alterações ao longo do tempo desde sua primeira definição proposta por Bénédict Augustin Morel³ no seu *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives* (Tratado das degenerescências físicas, intelectuais e morais da espécie humana e das causas que produzem variedades doentias), em 1857 (BULHÕES, 2015, p. 58).

O pesquisador Octávio Serpa Jr (2010) aponta que, de acordo com Jean-Marc Dupeu, os dicionários médicos publicados entre o fim do século XIX e início do XX utilizaram as palavras degeneração e degenerescência como sinônimas. Um dos sentidos utilizados na época era o de degradação dos costumes. No âmbito da anatomopatologia⁴ era “empregada como ‘passagem’ – de um tecido – de um estado primitivo a um estado inferior ou pior, a exemplo da substituição de um tecido normal por um canceroso” (SERPA Jr, 2010, p. 449). O terceiro sentido, utilizado por Morel, referia-se a “um tipo primitivo perfeito que

² Trato do alcoolismo em específico, neste momento, porque ele foi a substância que mais esteve em evidência nos trabalhos acessados e nas discussões psiquiátricas do período citado.

³ Bénédict Augustin Morel (1809-1873) foi um psiquiatra franco-austriaco que criou a teoria da degenerescência, sendo a degeneração a causa mais importante das doenças psiquiátricas. (Cf. PEREIRA, 2008).

⁴ O exame anatomopatológico consiste na avaliação de células do corpo a fim de diagnosticar doenças ou estabelecer o estadiamento de tumores.

sofreria um processo de decadência gradual e progressiva, tal ideia podendo ter uma referência teológica mais ou menos evidente” (SERPA JR, 2010. P. 449).

Morel propôs em seu Tratado um estudo para tratar e prevenir a alienação mental. Segundo ele, os alienados que ocupavam os asilos eram na maior parte das vezes representantes de desvios mórbidos na espécie:

[...] a mais clara ideia que poderíamos formar da degenerescência de espécie humana é a de representá-la como um desvio doentio de um tipo primitivo. Esse desvio, por mais simples que seja suposto em sua origem, encerra, no entanto, elementos de transmissibilidade de tal natureza que aquele que carrega seu germe torna-se cada vez mais incapaz de cumprir sua função na humanidade, e que o progresso intelectual já bloqueado em sua pessoa, encontra-se ainda ameaçado na de seus descendentes. Portanto, em minha concepção, degenerescência e desvio doentio do tipo normal da humanidade são uma única e mesma coisa [...] As degenerescências não podem, portanto, ser mais que o resultado de uma influência mórbida, seja de ordem física, seja de ordem moral [...] Uma das características mais essenciais das degenerescências é a da transmissão hereditária [...] (MOREL *apud* BULHÕES, 2015, p. 59).

De acordo com Morel, desvios físicos, intelectuais e morais seriam transmitidos hereditariamente. Outros traços de identificação da degenerescência descritos por Morel eram os físicos e morais, como tamanho da cabeça, altura, temperamento, inclinações morais, traços esses considerados estigmas da degenerescência. O objetivo dele era estudar as causas das variedades doentias resultantes da alienação mental e degenerescência para assim propor o melhor tratamento.

A classificação da degenerescência proposta por Morel em seis grupos é descrita por Serpa Jr. (2010):

(a) degenerescências por intoxicação (abusos de álcool, do ópio, do haxixe, meios paludeanos, meios pantanosos, constituição geológica do solo (cretinismo), intoxicações por metais (chumbo, mercúrio, arsênico), fome, epidemias, natureza dos alimentos, uso exclusivo de certas substâncias alimentares; (b) degenerescências resultando do meio social (exercício de profissões perigosas ou insalubres, habitação em centros muito populosos ou insalubres, falta de instrução, falta de previdência, abuso de bebidas alcoólicas, excessos venéreos, insuficiência da alimentação; (c) degenerescências que resultam de uma afecção mórbida anterior ou de um temperamento doentio; (d) degenerescências na sua relação com o mal moral; (e) degenerescências que provêm de enfermidades congênitas ou adquiridas na infância (cérebro primitivamente atrofiado e lesado na sua estrutura íntima ou caixa craniana formada de maneira a impedir o desenvolvimento do cérebro; exposição intrauterina a afecções convulsivas,

tuberculosas; surdo-mudez e cegueira congênitas); (f) degenerescências em relação com as influências hereditárias (SERPA JR, 2010, p. 452).

Várias são as causas da degenerescência descritas por Morel, mas o fator hereditariedade estava imbricado em todos esses grupos classificatórios. Esta sua Teoria deu espaço para a nomeação de diversas doenças ligadas ao comportamento, já que ela abrangia elementos que se relacionavam aos desvios humanos.

O alcoolismo, por sua vez, surgiu enquanto doença anteriormente à Teoria de Morel, através do médico sueco Magnus Huss, em 1849, mas só foi incorporada pela comunidade médica francesa nos anos 1860. O médico apontou que o alcoolismo se tratava de uma intoxicação e descreveu que o mesmo se referia a um conjunto de lesões e fenômenos resultantes ao uso da bebida, bem como a uma doença resultante do hábito de beber. Esta ideia de lesões no corpo estava vinculada ao pensamento de Huss, enquanto os alienistas associavam os efeitos do álcool ao cérebro e ao sistema nervoso (BULHÕES, 2015, p. 63).

À psiquiatria estava incumbida a observação dos comportamentos dos sujeitos a fim de proteger a sociedade das ameaças da loucura, da criminalidade, do alcoolismo, dentre outros. Como o degenerado era considerado um incurável, a solução seria a prevenção. A alienação mental seria, para Morel, o “estágio” final da degeneração. Os delírios poderiam ser tratados, a alienação mental não. Os termos alienação mental e degeneração estarão presentes, de acordo com Bulhões (2015), na maioria dos textos dos *Archivos Brasileiros*. Assim sendo, é possível perceber a influência de Morel nos escritos brasileiros.

Várias teorias vão surgindo e muitas delas se baseavam na de Morel. Em muitas o alcoolismo foi citado como sendo causa de degeneração e doença mental. Muitos alienistas brasileiros viajaram para outros países a fim de divulgar no Brasil as ideias dos médicos estrangeiros.

Trago para esta primeira discussão a temática do álcool, embora minha pesquisa não se resume a tal substância, devido à importância que foi dada à observação do seu consumo no Brasil no início do século XX. Na primeira edição da revista *Archivos Brasileiros*, por exemplo, Juliano Moreira expôs alguns pontos que ele considerou como importante para entender a constituição do Brasil e do brasileiro. Segundo Bulhões (2010), ao apresentar os aspectos da colonização e mestiçagem, Moreira destacou o lugar do álcool neste processo:

O álcool representou nesse bárbaro processo de colonização o maior papel imaginável. Com elle procuravam aumentar a pacatez das victimas, mas simultaneamente foram-se-lhes infiltrando nos neurônios os elementos degenerativos que reforçados atravez do tempo, dão a razão de ser de muita actual, attribuida à raça e à mestiçagem por todos aquelles que se não querem dar ao trabalho de aprofundar as origens dos factos. O terceiro elemento formador de nosso agrupamento ethnico, o elemento indígena também foi aproveitado à custa de álcool e missangas. [...] Em permuta com as suas poucas moléstias evitáveis trouxeram-lhe syphilis, lepra, tuberculose, alcoolismo etc. [...] [Aqueles que vieram] trouxeram por ventura bons elementos de trabalho, mas trouxeram também princípios degenerativos que mais tarde deram epilépticos, criminosos, paranoicos senão idiotas e imbecis (MOREIRA *apud* BULHÕES, 2015, p. 70).

Ao tratar desta questão, Juliano Moreira pretendeu apresentar a existência da alienação mental no Brasil, levando para o consumo de álcool um constituinte de elementos degenerativos. O papel direcionado ao alcoolismo era tido como relevante e era consensual entre os médicos da época.

Segundo Bulhões (2010), a facilidade com que ocorria o consumo de álcool no Brasil também era debatida nos escritos, bem como a “ganância” da indústria do álcool. Alienistas como Afrânio Peixoto criticavam a falta de medidas de educação preventiva contra o alcoolismo e de controle fiscal do Estado brasileiro sobre a indústria do álcool.

O artigo denominado “Hospício Nacional de Alienados” publicado na revista *Archivos Nacionais* em 1905 apresentou uma tabela, mostrando as motivações de internação no Hospício Nacional de Alienados e na Colônia de Alienados no ano de 1904:

As instituições psiquiátricas propuseram o restabelecimento da razão, logo, as famílias deixavam seus doentes nos hospitais psiquiátricos na intenção de curá-los, mas também de livrarem-se de um fardo que parecia impossível de lidar. Dessa forma, muitos sujeitos eram abandonados por seus parentes, aceitando aquela instituição como seu próprio lar.

O resultado do tratamento aplicado por estas instituições era a impossibilidade de volta ao convívio social. A população não repreendia estes tratamentos, por não terem conhecimento do que acontecia nos hospitais, por acreditarem que aquela seria a melhor solução para curar os que sofriam com seus mais diversos transtornos mentais ou ainda por serem conduzidas por um saber/poder médico que ditava que aquela era a solução mais eficaz.

Após a Segunda Guerra Mundial, as pessoas começaram a mudar seus olhares para as instituições psiquiátricas, refletindo sobre a natureza humana. Aqueles lugares passaram a ser comparados com os campos de concentração: ausentes de dignidade. Estes novos olhares serviram como abertura para as primeiras experiências de reformas psiquiátricas.

A origem da Antipsiquiatria remonta ao final da década de 1950 na Inglaterra quando psiquiatras como David Cooper e Ronald Laing começaram a implantar nos hospitais que trabalhavam experiências com Comunidades Terapêuticas e Psicoterapia Institucional.

Ambos perceberam que tais experiências não rendiam resultados positivos. Concluíram que as pessoas consideradas loucas eram oprimidas e violentadas não pelas instituições em que estavam enclausuradas, mas também pela família e pela sociedade. “Elaboraram a hipótese de que o discurso dos loucos denunciava as tramas, os conflitos, enfim, as contradições existentes na família e na sociedade (AMARANTE, 2007, p. 52). Referi-me à década de 1950, entretanto vale salientar que essa opressão não deixou de existir. O século atual é o XXI, mas ainda existem sujeitos portadores de transtornos mentais que são humilhados e inferiorizados por sua condição mental.

Dessa forma, a chamada antipsiquiatria não tratou a doença mental enquanto objeto natural como fez a psiquiatria, mas sim como uma experiência do indivíduo com o meio social. O conceito de doença mental passou a ser rejeitado, porém, a ideia de terapêutica possibilitou a pessoa vivenciar sua experiência a fim de promover uma reorganização interior. Ao terapeuta ficaria incumbida a função de acompanhar o sujeito nesse processo, protegendo-o da violência da própria psiquiatria.

A experiência de Reforma que influenciou a militância no Brasil foi a italiana, tendo como protagonista o médico Franco Basaglia. Tudo começou na década de 1960 numa pequena cidade ao norte da Itália, Gorizia. Ao entrar no hospital, Basaglia comparou-o com uma prisão. Esta semelhança foi descrita por Michel Foucault (1988) ao tratar do modelo de panóptico que caracteriza, em sua visão, as instituições totais como escolas, prisões e hospitais. Trancados, sejam em salas ou celas, estes indivíduos estão a todo tempo sendo vigiados.

Basaglia desejou transformar o hospital num lugar de efetivo tratamento e reabilitação, mas constatou, posteriormente, que não seriam as medidas administrativas e de humanização que combateriam as condutas daquela instituição. Ao ter contato com as obras de Michel Foucault e Erving Goffman, o médico percebeu que o combate deveria ser por meio da negação da psiquiatria enquanto ideologia (AMARANTE, 2007, p. 56).

Foi em Trieste, na Itália, que Franco Basaglia iniciou a maior experiência de transformação radical da psiquiatria contemporânea. Pavilhões e enfermarias psiquiátricas do hospital foram fechados, bem como foram criados outros mecanismos substitutivos ao modelo manicomial. Os Centros de Saúde Mental foram os primeiros serviços substitutivos:

A partir do conceito de ‘tomada de responsabilidade’, os CSM passavam a assumir a integralidade das questões relativas ao cuidado no campo da saúde mental de cada território. Assim, mais do que centros regionalizados, eram centros de base territorial. Em outras palavras, centros que, atuando no território e reconstruindo as formas como as sociedades lidam com pessoas com sofrimento mental, passariam a restabelecer o lugar social da loucura que, tradicionalmente, desde Pinel, estava relacionada ao erro, à periculosidade, à insensatez, à incapacidade (AMARANTE, 2007, p. 57-58).

Pode-se perceber, dessa forma, a verdadeira revolução que Basaglia causou nestas cidades por onde passou, pois sua sensibilidade deu forças para iniciar um processo bastante difícil. Outras medidas que representavam possibilidades reais de inclusão social foram tomadas.

Basaglia deixou de “herança” a noção de que era preciso se afastar do termo doença, bem como de noções como alienado, periculosidade, perda da razão, pois estas relacionavam-se às instituições que enclausuravam, vigiavam, disciplinavam e puniam, dando espaço para

estigmas e preconceitos. Quando as pessoas começam a se relacionar com os sujeitos em sofrimento psíquico, focando nas pessoas e não nas suas doenças, podia-se “vislumbrar espaços terapêuticos em que é possível escutar e acolher suas angústias e experiências vividas; espaços de cuidado e acolhimento, de produção de subjetividades e de sociabilidades” (AMARANTE, 2007, p. 72).

Como dito anteriormente, a proposta brasileira se inspirou na experiência iniciada por Franco Basaglia na década de 1960 e atualmente a mesma representa um rompimento com o modelo manicomial de exclusão e segregação, pois o foco é criticar o modelo tradicional de psiquiatria.

O movimento social de desinstitucionalização no Brasil se iniciou na década de 1970 com os trabalhadores de saúde mental que, com a ajuda de intelectuais, familiares, sanitaristas, dentre outros, fundaram o Movimento da Luta Antimanicomial em 1987. Trazendo o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, o movimento chamou a atenção da sociedade.

Na atualidade, o Movimento da Luta Antimanicomial é considerado o movimento social mais potente e organizado do país que reivindica uma Reforma Psiquiátrica transformadora da realidade, pois estimula o processo de desinstitucionalização, propõe a construção de uma política de saúde mental articulada às demais políticas públicas sociais e que extrapole o âmbito das ações e dos serviços de saúde e defende a produção de nova cultura que comporte a diversidade e a diferença para a transformação da relação entre a sociedade, a loucura, o louco e suas instituições (GOMES, 2013, p. 20).

No final dos anos 1970, o Movimento da Reforma Psiquiátrica foi acumulando experiência com a militância em congressos, movimentos sociais, sindicatos e constituintes.

O deputado Paulo Delgado (PT-MG), no ano de 1989, apresentou o projeto que passou a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto de lei nº 3.657/89 possuía três artigos: o primeiro impedia que novos hospitais psiquiátricos fossem contratados; o segundo previa que recursos públicos fossem direcionados para a construção de recursos não-manicomiais de atendimento e o terceiro obrigava que houvesse uma comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária (PITTA, 2011, p. 4585). A lei foi aprovada apenas em abril de 2001 a partir da lei 10.216/2001, porém resultou em inúmeros movimentos

que visavam mudanças que beneficiassem a legislação dos direitos de pessoas com transtornos mentais.

Dessa forma, o objeto de tratamento mudou, deixando de ser a doença para ser a existência, focando no sentimento do indivíduo e sua relação com o corpo social (CAVALHERI, 2010, p. 52). Esperava-se uma maior participação da família, já que o número de internações em hospitais psiquiátricos diminuiu, tendo sido criados recursos com caráter extra-hospitalar. Entretanto, esse novo modelo não agradou a todos e o resultado foi o desamparo de muitos pacientes que já viviam há anos nos hospitais, não tendo mais sequer contato com a família e quando tinham, esta não sabia como lidar com o parente.

A fim de sanar esses problemas, foram sugeridas intervenções familiares

por meio de ações educacionais de caráter informativo, de ampliação de recursos emocionais de enfrentamento e de habilidades para intervir em situações particulares, além da desconstrução das representações preconceituosas, acerca da doença mental (CAVALHERI, 2010, p. 52).

Ao serviço de Saúde Mental coube o papel de preparar as famílias para o acolhimento desses sujeitos. Entretanto, muitos não entendiam o novo modelo que estava surgindo, afirmando que o melhor tratamento era a internação. Os hospitais psiquiátricos passaram a ser inspecionados e foram surgindo os lugares substitutivos, estes que não agradaram a todos, principalmente àqueles que lidavam com usuários de drogas.

Foi a partir destas questões que minhas inquietações surgiram. Meu interesse pela saúde mental surgiu quando ainda estava na graduação, resultando na monografia intitulada *Loucos ditos e malditos: percepções acerca da loucura em Campina Grande (1957-1963)*, porém esse resultado não significou a resposta para todas as perguntas que eu havia levantado. A continuação ficou para uma fase posterior e aqui estou com a mesma temática numa pós-graduação. O objeto, entretanto, está um pouco diferente, visto que optei por pesquisar no âmbito da dependência química.

Como aporte teórico metodológico, fiz uso de obras de autores como Michel Foucault e os já citados Erving Goffman e Stuart Hall. O apoio metodológico ficou a cargo de alguns trabalhos nacionais e locais, a exemplo da tese de doutorado em Ciências Sociais de Leonardo de Araújo Mota, intitulada *Pecado, crime ou doença? Representações sociais da dependência*

química que versa sobre as representações sociais do dependente químico, analisando como *locus* a cidade de Fortaleza, deixando clara a possibilidade de uma continuação do debate no âmbito historiográfico, a dissertação de mestrado de Marianne Azevedo Bulhões que abarca uma discussão de como o diagnóstico médico atua na constituição identitária do indivíduo e as dissertações de Fátima Saionara Leandro Brito e Fernando Sfair Kinker, acerca do Hospital João Ribeiro e seu processo de intervenção federal. Outros trabalhos da área da saúde também foram necessários para a escrita desta pesquisa.

A saúde mental enquanto temática na área de História apresenta pouco espaço, mas nos últimos anos alguns trabalhos passaram a ser desenvolvidos. Não tive contato, em minhas pesquisas, com trabalhos que abordem a temática voltada para o Caps-ad na História. Dessa forma, estimulo-me a contribuir com os estudos historiográficos desenvolvidos sobre o tema da dependência química, uma vez que a pesquisa se concentra num olhar voltado para as experiências no universo psíquico dos usuários de drogas, experiências estas que resultaram na (re)construção das suas identidades.

A temporalidade escolhida para a pesquisa foi 2000 até 2019. O ano 2000 representa o momento que Campina Grande foi inserida na rota do *crack*, segundo os jornais, colaborando com a ideia de perigo e necessidade de se tomar medidas e o momento em que houve um aumento das matérias jornalísticas acerca das drogas. Dentre estas medidas pensadas como solução está o Caps-ad que inicialmente não foi bem aceito pela população.

O ano de 2019 é imprescindível, pois marca o último ano dedicado a esta pesquisa, às minhas observações da instituição e percepções acerca deste novo modelo de assistência à saúde mental.

A temporalidade da pesquisa não se resume apenas ao recorte descrito. A escolha em abarcar também o Hospital João Ribeiro se deve ao fato de esta instituição ter representado um símbolo de progresso para Campina Grande, sendo sua inauguração aguardada por muitos. Além de ter representado um marco, foi possível notar, por meios das matérias jornalísticas, que a instituição teve sua imagem enaltecida, quando inaugurada, e décadas depois foi representada como símbolo de horror, precisando ser substituída por outros modelos pensados pela Reforma Psiquiátrica, a exemplo dos Caps.

O *Diário da Borborema* é analisado e utilizado como fonte para esta dissertação, escolha que permitiu a percepção do espaço que a imprensa ganhou, visto que seu uso, como fonte, era escasso na década de 1970. Tania Regina de Luca (2008) afirma que anteriormente

era reconhecida a importância dos impressos e não era nova a preocupação em se escrever a História da imprensa, mas era difícil mobilizar uma escrita da história por meio da imprensa. O século XIX e o início do século XX buscavam a “verdade dos fatos”, onde o historiador deveria utilizar-se de neutralidade, objetividade e credibilidade, distância do seu objeto de estudo. Sendo assim, não era possível atingir estes e outros métodos por meio da utilização de periódicos como fontes históricas, pelo fato de os mesmos não serem considerados confiáveis para serem utilizados como ferramentas de recuperação do passado.

Os fins do século XX, por sua vez, permitiram uma nova abordagem histórica e a renovação temática permitiu uma interdisciplinaridade que antes era impensada. Os estudiosos passaram, enfim, a utilizar a imprensa escrita como fonte de pesquisa. Entretanto, surgiu a preocupação em se fazer análises a respeito do jornal utilizado, as matérias que os mesmos traziam, o público que queriam atingir, se queriam influenciar em algum âmbito, dentre outros.

O jornal *Diário da Borborema*, fundado em 2 de outubro de 1957, pertencia aos Diários Associados de propriedade de Assis Chateaubriand⁵. O jornal sempre manteve ligações com grandes empresários que atuaram na cidade de Campina Grande e, segundo a autora Silvana Torquato (2011), “essa trama e jogo político condicionavam o perfil e determinavam até os discursos que seriam publicados no jornal (FERNANDES, 2011, p. 10). O mesmo foi responsável por auxiliar Campina Grande na construção da sua imagem enquanto cidade moderna e na década de 2000 enfatizou a questão das drogas como sendo um problema social que deveria ser banido. Esses foram alguns dos motivos pelos quais escolhi este periódico como fonte. Além disto, o jornal apresentou grande circulação na cidade e atualmente suas edições estão todas catalogadas na Biblioteca Átila Almeida, na Universidade Estadual da Paraíba e embora seja preciso pagar taxas para fotografar as matérias, o seu acervo está acessível.

Outra fonte utilizada nesta pesquisa foram os relatos orais. Assim como os jornais enquanto fonte histórica, as entrevistas entraram no campo da história e das ciências sociais de forma gradual, consolidando-se, de acordo com Alberti & Heymann (2018), a partir dos anos 1970 e no Brasil, na graduação e nos programas de pós-graduação, a partir de 1990. Antes disso, poucas universidades e campos de entrevistas faziam uso de tal metodologia.

⁵ Jornalista paraibano, Assis Chateaubriand, também advogado, professor de Direito e membro da Academia Brasileira de Letras, foi um dos homens públicos mais influentes do Brasil nas décadas de 1940 a 1960.

Por algum tempo questionou-se a legitimidade da história oral como metodologia, desconfiança esta que foi sendo vencida aos poucos. As entrevistas irão considerar dimensões que antes não haviam sido consideradas. Analisando-as como documento, é possível perceber que elas “não aportam apenas testemunhos, mas relações, intenções, condicionantes institucionais, injunções sociais, etc (ALBERTI; HEYMANN, 2018, p. 19).

Os atores históricos que eu trouxe para a escrita foram os usuários do Caps-ad⁶. Não optei por trazer as falas dos profissionais da instituição, de forma direta, pois eles, em sua maioria, preferem falar sobre os pontos positivos do seu ambiente de trabalho. Ao dar voz aos usuários, foi possível perceber as suas impressões a respeito daquela instituição e se ela realmente está ressignificando suas vidas. Em relação aos nomes que eu dei aos sujeitos, eles são fictícios para assim preservar suas identidades. Seguindo o que Alessandro Portelli (1996) elabora acerca da história oral, esses sujeitos elaboram fatos, consequentemente, elaboram textos e por isso é possível trabalhar com a fusão do individual e do social. A oralidade, de acordo com o autor, apresenta-se mais como um processo do que como um texto acabado, processo esse com procedimentos que colocam em evidência o trabalho da palavra, da memória, da consciência (PORTELLI, 1996, p. 65).

Este retorno da pesquisa ao século passado, ao ano de inauguração do hospital, foi importante, pois sabendo que a internação de dependentes químicos em instituições totais como a psiquiátrica legitimou a existência de uma doença que ultrapassava os âmbitos físicos e orgânicos, atingindo também os níveis morais e sociais, fazendo surgir os estigmas, permitiu dois fatores: uma comparação dos discursos construídos em torno desses sujeitos ao longo do tempo e uma observação de como o Caps-ad passou a lidar com estes estigmas que ainda perduram. Nos hospitais psiquiátricos, as identidades dos sujeitos eram unificadas e representadas como sendo anormais. Os caps, por sua vez, surgiram no intuito de mudar essas representações.

Em Campina Grande, a assistência à saúde aconteceu de forma diferente em relação às grandes cidades brasileiras, a exemplo do Rio de Janeiro. Apenas em 1963 a cidade ganhou uma instituição psiquiátrica responsável por tratar a loucura que incomodava os que estavam visando remodelação no âmbito higienista. O hospital psiquiátrico João Ribeiro representou um marco e até hoje faz parte do imaginário campinense. Campina Grande, entretanto,

⁶ A fim de preservar a identidade dos usuários utilizei nomes de estrelas para representá-los.

precisava se preparar para a chegada desse signo do moderno. Para isto, outros destaques modernizadores precisaram dar forma à cidade moderna antes da instauração do manicômio.

Por esse motivo, o primeiro capítulo desta dissertação está dedicado à entrada de Campina Grande na cena moderna e como o Hospital João Ribeiro representou um ideal de modernidade a ser seguido. Neste primeiro momento, pretendo fazer uma relação entre os termos loucura e dependência química, pois, muito embora no momento de criação da instituição ainda não existisse a separação médica dos diversos transtornos como conhecemos hoje, que inclusive considera a dependência química um transtorno mental, foi este ambiente que acolheu a degenerescência da cidade a fim de tratá-la e excluí-la da sociedade. A moderna Campina Grande não poderia ser ameaçada por estes perigos que ultrapassavam a questão da saúde, portanto, precisava de um novo símbolo do moderno: a instituição total.

No primeiro momento da pesquisa, observo aquelas pessoas que passam pelo processo de mortificação descrito por Goffman e têm suas identidades construídas pela exclusão. Campina Grande estava se modernizando e esta modernização precisava ser vista pelos transeuntes, por isso não era admissível que a degeneração e a mendicância perambulassem pela cidade. Para isso, os jornais locais procuravam enfatizar a vontade daqueles que estavam à frente das decisões políticas, econômicas e sociais da cidade. A verdade é que não existia um desejo primordial de caridade resultante da insatisfação em ver aqueles sujeitos desamparados nas ruas, mas sim uma necessidade de adequar a cidade aos moldes do bonito, da higiene, do moderno.

Os discursos jornalísticos se apoiaram na ideia de modernização da cidade de Campina Grande e serviram de subsídios para o poder público transformar as ruas, as casas e os sujeitos. Portanto, a necessidade de acelerar o ritmo de vida clamava por alterações que seguissem também as mudanças impostas pela modernidade importada das metrópoles modernas. Logo, Campina Grande deveria seguir o ritmo ditado pela modernização.

No segundo capítulo observarei a forma como o jornal *Diário da Borborema* atribuiu ao dependente uma identidade marginalizada a fim de enfatizar a necessidade de se tomar uma providência quanto ao problema das drogas que assustava a sociedade e estigmatizava estes sujeitos, associando-os a pessoas sem autonomia que precisavam de internamento para livrarem a cidade desse mal. A solução encontrada pela Reforma Psiquiátrica foi a construção do Caps-ad, mas ao mesmo tempo em que se pensava no caps enquanto solução e denunciava-se o tratamento desumano vivido pelos internos do Hospital Psiquiátrico que na década de

1960 havia sido enaltecido pela população, a preocupação com as drogas estava aumentando de proporção. Ou seja, enquanto se pensava em dar dignidade aos loucos que foram internados e maltratados no Hospital João Ribeiro, os dependentes químicos ainda estavam sendo associados ao perigo, à imoralidade, à anormalidade.

Para analisar os discursos, contarei com o conceito de Foucault, partindo da premissa de que o discurso mostra uma realidade, mas esta realidade pode ser sempre refeita e renovada de acordo com os interesses da época. Isto justifica a alteração dos discursos que serão vistos no primeiro e no segundo capítulo. Dessa forma, “uma cumplicidade primeira com o mundo fundaria para nós a possibilidade de falar dele, nele; de designá-lo e nomeá-lo, de julgá-lo e de conhecê-lo, finalmente, sob a forma da verdade” (FOUCAULT, 1996, p.48).

O discurso nada mais é do que a reverberação de uma verdade nascendo diante de seus próprios olhos; e, quando tudo pode, enfim, tomar a forma do discurso, quando tudo pode ser dito e o discurso pode ser dito a propósito de tudo, isso se dá porque todas as coisas, tendo manifestado e intercambiado seu sentido, podem voltar à interioridade silenciosa da consciência de si (FOUCAULT, 1996, p. 49).

Os discursos vão sendo produzidos e são responsáveis por materializar ideologias, uma vez que visam servir a interesses. Disso resulta a marginalização e discriminação, imprimindo lugares de poder. Um meio de informação, ao fazer uso do discurso, o faz para promover o controle de pessoas e criar modelos sociais. Para Foucault, o discurso é uma produção interessada, portanto articulada a partir de uma vontade de verdade.

Em suma, no segundo capítulo apresentarei os discursos que constroem a identidade do dependente químico na sociedade e os discursos que legitimam o caps enquanto lugar de acolhimento em substituição ao modelo psiquiátrico.

O terceiro capítulo será focalizado no Caps-ad de Campina Grande a fim de pensar sobre alguns questionamentos: Será que as pessoas portadoras dos diversos transtornos mentais, especialmente os dependentes químicos, recuperaram de fato sua autonomia com o advento da Reforma Psiquiátrica? A pertença à sociedade será elaborada pelos próprios sujeitos ou por alguém de fora? O sistema trata o drogado como um doente? E a sua identidade, é própria ou organizada por fora? Estes foram questionamentos que me fizeram refletir e que discutirei ao longo do texto.

Feitas estas considerações iniciais, convido o leitor não a atribuir verdade aos questionamentos que serão colocados, mas para compartilhar a voz desses sujeitos, a fim de dar motivação para que novas observações e outras experiências acerca da saúde mental e dependência química sejam debatidas no âmbito da História.

CAPÍTULO I

A LINHA TÊNUE ENTRE LOUCURA E DEPENDÊNCIA QUÍMICA: CAMINHOS QUE DERAM VIDA À INSTITUCIONALIZAÇÃO MANICOMIAL EM CAMPINA GRANDE

Quando, pela primeira vez, me recolheram ao hospício, de fato a minha crise era profunda e exigia o meu afastamento do meio que me era habitual, para varrer do meu espírito as alucinações que o álcool e outros fatores lhe tinham trazido. Durou ela alguns dias seguintes; mas, as chegar ao pavilhão, já estava quase eu mesmo e não apresentava e não me conturbava a mínima perturbação mental. Em lá chegando, tiraram-me a roupa que vestia, deram-me uma da “casa”, como lá se diz, formei em fileira ao lado de outros loucos, numa varanda, deram-me uma caneca de mate e grão e, depois de ter tomado essa refeição vespéral, meteram-me num quarto-forte.

Lima Barreto –
Cemitério dos Vivos

Ao pensar a respeito da interpretação do que seria loucura, ao longo do tempo, é possível observar a importância da cultura no processo de formação de identidades e valorização das diferenças, sejam elas quais forem. O dito louco já foi valorizado por algumas civilizações antigas, foi afastado pelas modernas, foi excluído e, agora, com a Reforma Psiquiátrica, tem um novo lugar, próximo dos considerados normais, sem a necessidade de confinamento por anos, pelo menos essa foi a intenção de tal movimento.

O discurso psiquiátrico que legitimou as instituições manicomiais defendeu que os considerados loucos não eram cidadãos, pois, segundo ele, para ser cidadão era preciso deter razão. Dessa forma, este discurso encarou a loucura como doença e tornou o louco o seu objeto. O sujeito não era o centro do processo, porque o centro estava reservado à doença. Foucault (2000) apresenta que os discursos irão constituir as relações entre o louco e o médico dentro de um hospital. Foram esses discursos que legitimaram o lugar da loucura dentro de um hospital psiquiátrico.

De acordo com Goffman (1974), ao entrarem nestas instituições, os internados chegavam com uma “cultura aparente”, resultado de uma vivência no mundo externo àquela instituição. Então, aparentemente não teriam as suas experiências com uma cultura específica

substituídas pela cultura da instituição total manicômio. Quando ocorria uma mudança cultural, tratava-se da forma de enfrentamento das mudanças sociais recentes do mundo externo, pois, quando internos, a rotina mudava, precisavam seguir as regras impostas, sendo constantemente vigiados. Todavia, se esses sujeitos passassem muito tempo internados, ao voltarem para o meio externo, poderia ocorrer o que Goffman chama de “desculturamento” que os tornava temporariamente incapazes de enfrentar as atividades do cotidiano (GOFFMAN, 1974, p. 23).

Quando internado, o sujeito deixava de desenvolver as atividades que eram realizadas no mundo externo, atividades estas que atuavam na construção da sua identidade. Este rompimento foi pensado por Goffman (1974) a partir da ideia de mortificação do eu:

O novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar, é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado (GOFFMAN, 1974, p. 24).

Ao ser internado, a concepção de si mesmo, estabelecida no mundo externo, era mortificada pela instituição no sentido moral do termo, visto que ocorriam mudanças em relação ao que o sujeito pensava a seu respeito e a respeito dos outros que eram significativos para ele. E, ainda que não seja a intenção, o internado, ao viver uma outra realidade diferente da realidade vivida externamente, por estar isolado numa instituição, tinha seus valores alterados.

O autor define este processo de mortificação por meio de três formas: a primeira diz respeito à perda de alguns papéis civis devido ao impedimento de contato com o mundo externo; a segunda se refere aos processos de admissão, quando o sujeito tem seus bens retirados, ao cruzar os muros da instituição, e começa a fazer parte de uma padronização, a exemplo das roupas que são entregues; e a terceira forma retrata a “exposição contaminadora”, que é quando, por exemplo, os internos são expostos aos ambientes em desordem, objetos sujos e má alimentação, são submetidos a manterem relações sociais indesejadas, presenciarem a terapia de choque a fim de saberem o que a eles poderá ser empregado, dentre outros (GOFFMAN, 1974, p. 24-31).

A partir da fala de Lima Barreto é possível notar a sua destituição do ambiente externo que o fazia beber. Mesmo que tal prática o fizesse mal, ela era um hábito que fazia parte do seu cotidiano. Em sua obra, ele narra as humilhações sofridas e as que viu sofrerem seus companheiros naquela instituição. Ao chegar nela, seu eu foi mortificado por meio deste afastamento do mundo externo, por meio das roupas que o deram, da má alimentação fornecida e da convivência, que passava a ser imposta, com os outros doentes.

Vale destacar que essa mortificação do eu não precisa ser reconhecida como algo irreduzível. O autor, como interno, se refugiava na biblioteca do hospital que o fez pensar em si e o auxiliou na sua reconfiguração identitária enquanto escritor, não deixando que sua identidade estivesse resumida apenas pela de alcoolista legitimada pelo hospital, identidade esta que não era, contudo, negada pelo autor. Ou seja, além de ser alcoolista, ele também era escritor e no ambiente externo desempenhava esse papel que não foi deixado de lado na instituição.

Quando internado, Lima Barreto buscou fazer o que lhe aproximava do seu cotidiano “normal”, a fim de não ceder às rupturas da existência que aquele ambiente causava em muitos sujeitos. Suas atitudes foram estratégias de resistência ao controle social imposto pela instituição, atitudes estas que considero como estratégias pelo motivo de serem práticas que ele tinha antes do internamento e faziam parte da sua identidade, sendo essa a forma encontrada para se conectar com seu eu. Sua escrita tinha a intenção de criticar aquele ambiente, analisar as condutas dos loucos e dos médicos, contribuindo com a humanidade (BULHÕES, 2015, p. 51).

Lima Barreto recebeu o diagnóstico de alcoolismo e grande parte das falas em suas obras que narram suas experiências nos manicômios abarcam seu sentimento de melancolia e desesperança com a vida, tristezas estas que o levavam a beber. As instituições em que fora internado os classificaram como doente. Entretanto, ele, enquanto alcoolista, considerava-se diferente daqueles outros sujeitos também internados (BULHÕES, 2015).

No Hospital Psiquiátrico, Lima Barreto consegue identificar dois grupos de internos: o dos loucos e o dos lúcidos. Ele, ao refletir sobre seu entendimento de si mesmo, reafirma-se enquanto escritor lúcido, enfatizando o quanto era difícil estar recluso em um ambiente com doentes, distanciando-se, dessa forma, daqueles que ele mesmo considerava como sendo diferentes. Assim sendo, o autor constrói duas identidades distintas para os internados naquele manicômio.

Segundo Kathryn Woodward (2014) “as identidades adquirem sentido por meio da linguagem e dos sistemas simbólicos pelos quais elas são representadas” (WOODWARD, 2014, p. 8). Lima Barreto observou as atitudes dos sujeitos considerados loucos e seus diálogos diariamente a fim de justificar esta sua concepção identitária. Ele reconheceu a si mesmo enquanto pessoa, embora com problemas com o álcool, mas se afastou da representação da loucura, deixando esta para os demais internos. Como símbolo para esta representação, Barreto narra, em sua obra *Cemitério dos Vivos*, um episódio de revolta na qual um dos internos subiu no telhado da instituição e começou a jogar telhas na rua, à vista de transeuntes que ali passavam. Outro interno gritou: “Atira para aqui” (p. 23) e como resposta recebeu: “Não, entre nós não! Vocês são os infelizes como eu” (p. 23). O interno responsável pelo ato se reconhece na mesma posição dos seus companheiros, diferentemente de Lima Barreto.

A representação, de acordo com Stuart Hall, atua simbolicamente para classificar o mundo e nossas relações no seu interior (HALL *apud* Woodward, 2014) e foi justamente a representação do que seria louco para Lima Barreto que o afastou desse grupo. Ambos os grupos estavam no mesmo ambiente, o hospital psiquiátrico, mas as condutas eram diferentes e, embora Lima Barreto tenha dito que não era louco, em alguns momentos da obra ele afirmou que o álcool o fazia dar sinais de loucura. A partir desta percepção e embasando-se na ideia de Woodward, pode-se afirmar que as identidades não são unificadas e isto se verifica na contradição existente no que Barreto pensa sobre si mesmo. Além disso, e ainda de acordo com Woodward, a identidade é relacional. Ou seja, para a identidade do louco existir, foi preciso uma identidade de fora, considerada diferente, mas responsável por fornecer condições para sua existência.

Dessa forma, a identidade será marcada pela diferença. De acordo com uma sociedade considerada normal, o louco é capaz de subir no telhado e jogar telhas nas pessoas, enquanto o lúcido consegue perceber que isto não é o correto a se fazer, pois provavelmente irá machucar alguém, bem como danificar o patrimônio. Essa atitude do dito louco funciona como um significante da diferença e da identidade e ambos estarem na mesma instituição, como internos, representa um significante de uma identidade partilhada.

Na sociedade, as marcas de diferença social e simbólica são estabelecidas, em parte, por meio de sistemas classificatórios, descritos por teóricos como Stuart Hall, Kathryn Woodward e Tomaz Tadeu da Silva, que aplicam um princípio de diferença em uma

população, sendo capaz de dividi-la, no mínimo em grupos de “nós” e “eles”. O que um grupo tem de diferente do outro é a peça chave de qualquer sistema de classificação.

Essa diferença representada causa problemas, pois, utilizando o exemplo de Barreto mais uma vez, ao negar-se enquanto louco mesmo estando num hospital psiquiátrico, Lima Barreto se coloca numa posição de superioridade, reforçando, dessa forma, o que Woodward (2014) conclui: que a diferença é sustentada pela exclusão, sendo esta marcação da diferença a responsável por fabricar as identidades, podendo ocorrer por meio de sistemas simbólicos de representação e por meio de formas de exclusão. O escritor se sentia sozinho naquele lugar por não pertencer a ele e por não conseguir manter sequer um diálogo com os demais, sendo essa a sua forma de representar aqueles sujeitos, contribuindo com o seu distanciamento deles.

Sabendo que “a construção da identidade é tanto simbólica quanto social” (WOODWARD, 2014, p.10) é possível perceber essa relação entre diferença e exclusão quando a sociedade legitimou a criação do hospital psiquiátrico para tirar do meio social o considerado anormal, afastando-o de uma sociedade que buscava manter a ordem e aproximando-o da cura de suas doenças.

O alcoolismo já pertenceu ao centro das preocupações nacionais, ganhando grande espaço nas discussões intelectuais e políticas no fim do século XIX e início do século XX no Brasil. A classe médica da época afirmava que o internamento contribuiria para distanciar o alcoolista das bebidas alcoólicas e mantê-lo próximo dos médicos. Afirmaram também que o meio social contribuía para o desenvolvimento da doença. Esta ideia levou os médicos a atuarem na sociedade a fim de eliminar os problemas, identificando-os, primeiro, para preveni-los. Dessa forma, o alcoolismo foi classificado como uma doença social (BULHÕES, 2015, p. 78).

Como a psiquiatria estava se consolidando no Brasil, nesta época citada, enquanto especialidade da medicina e se institucionalizando como um saber específico da loucura, vários debates, estudos e teorias foram sendo travados, inclusive sobre o alcoolismo. Havia uma associação entre alcoolismo e estados de demência que identificava o vício como o responsável pela loucura em algumas pessoas. Alguns textos relativos ao fim do século XIX e início do XX fizeram uma diferenciação entre a loucura denominada constitucional e a loucura alcoólica, esta última sendo produzida ou desencadeada por uma intoxicação alcoólica, incluindo-se na categoria de psicose tóxica. Entretanto, não havia consenso a respeito do alcoolismo ser causa ou consequência das moléstias mentais, mas existiam os

relatos de que, em alguns casos, os sintomas desapareceriam dentro de um determinado tempo, após a suspensão do uso da bebida, casos estes que eram classificados como transitórios. Em outros casos descritos, as desordens psíquicas⁷ poderiam permanecer, gerando transtornos ao longo da vida desses sujeitos. (SANTOS; VERANI, 2010, p. 403).

A preocupação com o alcoolista ultrapassava as esferas dos problemas físicos e a psiquiatria focou nos distúrbios mentais e nos comportamentos considerados anormais e imorais. A fim de ilustrar essa preocupação com o alcoolismo, o psiquiatra Franco da Rocha apresenta na *Revista do Brasil*, em 1918, seus argumentos:

De 7.500 indivíduos presos no Rio de Janeiro por delitos diversos e infrações policiais, 6.000 são alcoolistas; de 4.500 tuberculosos, 2.500 entregavam-se ao vício da bebedice; de 2.000 suicidas, 1.000 eram bebedores de álcool. Uma lei que decretasse dois anos de isolamento no hospital para alcoolista que lá fosse recolhido pela segunda vez em consequência de excessos alcoólicos, daria seguramente algum resultado. Os reincidentes, depois da segunda entrada, teriam não dois, mas sim três de isolamento... A ação indireta do álcool é muito mais vasta do que a ação direta. A prova é simples: um alcoolista pode produzir dois, quatro ou mais loucos. A embriaguez é uma das fontes de degeneração hereditária. Poucos médicos haverá que não tenham visto epiléticos nascidos de pais alcoolistas. O fato é tão comum que nos dispensa de trazer provas (ROCHA *apud* BULHÕES, 2015, p. 97).

Com esta fala é possível observar que era real a preocupação, na área médica, com o álcool e com os problemas resultantes da sua ingestão, sejam eles relacionados aos crimes praticados por esses sujeitos, sejam à loucura que o seu uso causaria, bem como aos problemas hereditários, pois nesse ínterim até as crianças⁸ estavam ameaçadas e poderiam carregar o mal dos seus antepassados.

Partindo da lógica do alcoolismo enquanto doença social, a lógica científica observava que os problemas do consumo do álcool não afetavam apenas o organismo, mas também atrapalhavam o comportamento do indivíduo, sobretudo na sociedade capitalista industrial já que o indivíduo, quando corrompido pela bebida, teria o desempenho das suas funções sociais prejudicado, quando não o invalidava por completo (SANTOS; VERANI, 2010, p. 408).

⁷ De acordo com SANTOS & VERANI (2010), dentre os sintomas de distúrbios mentais apontados pelos médicos como característicos da intoxicação alcoólica estavam a mania, a melancolia, os delírios, as ideias e paranoias persecutórias, as alucinações auditivas e visuais, a desorientação e a confusão mental.

⁸ A preocupação com as crianças enquanto representantes do futuro da nação será vista também em Campina Grande e apresentada em tópico mais na frente, neste capítulo.

O diagnóstico médico servia para validar uma identidade que antes já havia sido construída a respeito do sujeito doente. A prevenção seria feita por meio da censura, da educação e da propaganda sobre os males causados pela substância e embasados nos princípios eugênicos bastante difundidos no Brasil a partir de 1910⁹. O isolamento nos hospícios, por sua vez, seria a melhor forma de tratar essa doença social que atrapalhava toda a nação que visava o progresso.

De acordo com Berman (1986), “ser moderno é encontrar-se em um ambiente que promete aventura, poder, alegria, crescimento, autotransformação e transformação das coisas em redor – mas ao mesmo tempo ameaça destruir tudo o que temos, tudo o que sabemos, tudo o que somos” (BERMAN, 1986, p. 14). Essa definição se refere às mudanças que ocorreram nos últimos quatro séculos, e dentro dessas mudanças está a chegada do manicômio como um dos signos do moderno para evidenciar que o espaço em que ele chegava entrava no circuito da modernidade. O mesmo representou um símbolo numa sociedade que se desenvolvia mais e mais com o passar do tempo, servindo para evidenciar, inclusive, o quanto aquela sociedade era moderna, mas, também, foi responsável por resumir o homem à sua própria infâmia, uma vez que tudo que rompia com a lógica do moderno deveria ser retirado de cena.

Com a consolidação da medicina em Campina Grande, houve a necessidade de separação entre o considerado normal e o anormal para que a cidade chegasse a mais um ponto importante no processo civilizatório de modernização. Campina Grande, na primeira metade do século XX ansiava o moderno e o progresso e precisava, dessa forma, conter aqueles que atrasavam o modelo de progresso que o país como um todo acompanhava. O hospital psiquiátrico representava um símbolo para este progresso tão desejado e na cidade paraibana não seria diferente¹⁰.

⁹ Cf. SANTOS & VERANI, 2010.

¹⁰ O Brasil apresentou alguns manicômios, sendo os principais: Colônia Juliano Moreira, criado na primeira metade do século XX em Jacarepaguá, no Rio de Janeiro; o Hospital Espírita de Porto Alegre, fundado em 25 de dezembro de 1926; o Hospício Pedro II, primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, fundado em 1852 no Rio de Janeiro; Hospital Colônia de Barbacena, inaugurado em 1903 em Minas Gerais; o Hospital Ulysses de Pernambuco, inaugurado em 1883.

1.1- O saber médico se aproxima de Campina Grande

De acordo com Agra (2008), um discurso de origem médica tratava Campina Grande como sendo um “corpo urbano” classificado como doente e que precisava se manter saudável, limpo e longe de todas as doenças que o degenerassem. O objetivo das primeiras décadas do século XX era “curar” as cidades e este discurso acabou por se assemelhar a um outro discurso que veio posteriormente: o de revitalização dos centros urbanos, que propunha, como uma de suas medidas, a retirada do comércio informal das calçadas a fim de tornar as ruas mais fluidas e “limpas” no sentido de facilitar o tráfego de pessoas, de mercadorias, dentre outros. Portanto, era necessário o investimento na higienização do espaço, a exemplo das reformas parisiense e londrina.

A verdade é que em Campina Grande vários projetos distintos surgiram no intuito de modernizar a cidade e temas como higiene relacionada à saúde e modernização em nome do progresso andavam juntos, embora também conflitassem entre si. Projetos de cronistas, de governantes, de comerciantes, de advogados, bem como de médicos coexistiram. Estes últimos, todavia, mostraram-se querer mais hegemonia (AGRA, 2008, p. 24).

Conforme apontou Brito (2011), poucos médicos haviam em Campina Grande até 1930, mas, com a consolidação da medicina científica na cidade, e como consequência disso a introdução de novos discursos acerca dos corpos dos doentes, era preciso pôr fim a todas as práticas de curandeirismo. Contudo, para isso era necessário a construção de um espaço próprio destinado à cura dos corpos doentes. Foi a partir deste momento que a ciência médica na cidade foi ganhando mais representantes por meio da inauguração do primeiro hospital da cidade, o Hospital Pedro I, inaugurado em 7 de setembro de 1932. O médico, dessa forma, deixava de ir até as residências dos doentes para tratá-los, enfim, no hospital. Portanto, a instituição hospitalar ganhou um espaço de referência.

Os médicos que atuavam nas residências das pessoas, antes da inauguração do Hospital Pedro I, eram os médicos generalistas¹¹. A população passou a esperar deles o mesmo que se esperava dos terapeutas populares, daqueles que não eram formados em medicina, mas atuavam com as doenças. Esperava-se do generalista alguém em quem as

¹¹ Médicos formados pelas faculdades de medicina e que atuavam em diversas áreas. Era o que hoje conhecemos por clínico geral.

famílias pudessem confiar suas vidas. E isto acontecia, pois o contato era próximo, o tratamento era feito em casa, já que não existiam hospitais (AGRA, 2008, p. 177).

O médico especialista foi ganhando espaço e os tratamentos passaram a ser feitos na instituição hospitalar. Em Campina Grande, em específico, alguns médicos especialistas chegaram no início do século XX, mas atuavam em outras áreas diferentes das suas, até a inauguração do Hospital Pedro I, por não existirem todas as especialidades (AGRA, 2008, p. 180).

Antes mesmo da inauguração do hospital, os jornais apresentavam a necessidade de existência de um lugar mais adequado para tratamento das doenças, conforme exemplifica Brito (2011):

É-nos sobejamente conhecida, nas ruas de Campina Grande uma criança epiléptica, que implora a caridade pública. Esta infeliz criatura, é, quasi que diariamente acometida do “grande ataque”, nos lugares mais movimentados desta cidade e, já de muito costumeiro, passa indiferente aos olhos do nosso publico. É supinamente doloroso se registrar fato de tal ordem em uma cidade adoentada, é sem duvida, um attestado revoltante de nossa civilização e de nosso sentimento de piedade para com os enfermos. Espetáculo bárbaro e humilhante para nossa bella cidade, e que está em desacordo com os progressos científicos e sociaes, mesmo o que aqui nos vemos. A epilepsia está no quadro das doenças psychicas e para tal temos um hospital em João Pessoa. Pergunta-se: por que continuamos a observar tão triste espetáculo em nossa colossal cidade? Seria muito louvável que as nossas autoridades tomassem as providencias que o caso exige, fazendo remover o “enfermo” para aquelle estabelecimento¹².

A construção de um hospital representava mais um passo rumo ao progresso, ao moderno e uma instituição na cidade iria ajustar as desordens existentes no âmbito da doença e da saúde. No entanto, ao ser inaugurado, as práticas daqueles médicos que vieram a ocupar o espaço hospitalar não agradavam a todos.

Um movimento de higienização e modernização ganhou forma em Campina Grande, mas este projeto era visto como responsável por ignorar as pessoas, focando apenas em civilizá-las. Alguns médicos ganharam espaços nos jornais, sendo tratados ora de forma positiva, ora negativamente. À medida que eles foram assumindo o poder na cidade por meio da ideia da ciência como verdade absoluta, as suas imagens foram sendo modificadas. A falta

¹² Jornal *Brasil Novo*, 10 de janeiro de 1931. Cf. BRITO, 2011.

de respeito pelas sensibilidades das pessoas era denunciada principalmente pela imprensa. (AGRA, 2008, p. 25).

Os saberes da medicina que agora estavam atrelados à ciência representavam o mundo moderno que queria acabar com a medicina popular e punir todos aqueles que utilizassem de métodos da medicina por meio da sua prática ilegal. Entretanto, por mais que os conhecimentos científicos marcassem o moderno na cidade de Campina Grande, muitas pessoas ainda os negavam. Afirmava-se que os médicos anteriores à institucionalização não eram frios, pois viam a doença como uma doença em si, sem preocupar-se com o sujeito que era acometido pela doença. Ou seja, esses novos médicos não eram considerados sensíveis aos sujeitos doentes (AGRA, 2008, p. 194).

Matérias jornalísticas passaram a relatar as atitudes dos médicos e até defendiam práticas daqueles que eram punidos por exercerem a medicina sem estarem aptos para tal. Para exemplificar essa reprovação, Agra (2008) descreve a ação de um grupo de médicos sanitaristas que foram a Serra Redonda, localidade próxima a Campina Grande, a fim de controlar uma epidemia de disenteria e evitar uma de febre amarela. Lá chegando, começaram a “esfuracar” os cadáveres no intuito de fazer uma punção hepática. Tal procedimento causou uma revolta na população rural que afirmava que aquilo ali representava uma falta de respeito e profanação com seus entes queridos. O jornal que veiculou essa notícia trata os médicos como sendo “papafigos” e “saca-moelas” (AGRA, 2008, p. 194).¹³

Intelectuais¹⁴ também estavam contra os novos métodos científicos da cidade, negando, dessa forma, a medicina científica em Campina Grande, bem como todos aqueles que representavam o monopólio sobre as curas dos corpos dos sujeitos.

Por mais que o conhecimento sobre as doenças fosse maior do que antes, o que incomodava a população era a relação mantida entre médicos e pacientes. Sentia-se falta de uma relação mais próxima, que, de certa forma, gerava confiança e sentimento de bem-estar.

¹³ A matéria foi veiculada no jornal *A União*, na edição de 26 de junho de 1934.

¹⁴ De acordo com Sirinelli (2003), existem duas concepções de intelectual, uma ampla e sócio-cultural e outra baseada na noção de engajamento. Ao primeiro caso enquadram-se o jornalista e o escritor, o professor secundário, bem como o erudito, além dos considerados “mediadores culturais”, que representam parte dos estudantes, criadores ou mediadores culturais em potencial e outras categorias de receptores em potencial e receptores de cultura. A segunda concepção está baseada na noção de engajamento e a categoria de receptores de cultura (que inclui os que participavam de atos jurídicos e políticos) também pode ser reunida nessa segunda definição que é mais restrita. Cf. SIRINELLI *apud* NASCIMENTO; JERONIMO; SANTOS, 2016.

Os símbolos do progresso, citados anteriormente, foram sendo incorporados aos poucos pela Rainha da Borborema¹⁵ e foi na direção do progresso que ações passaram a ser assumidas pelo poder público municipal a fim de dar visibilidade à incorporação local de arquétipos que vão caracterizar a cidade como partícipe do projeto nacional de modernização.

No início do século XX a cidade de Campina Grande passou por um embelezamento e por remodelações. Os prédios foram modernizados, as avenidas, as praças, bem como as ruas, estas que deveriam livrar-se dos pobres, dos mendigos, dos ladrões, dos menores abandonados, das prostitutas e de tudo aquilo que não representava o progresso e o moderno.

A sociedade urbano-industrial se desenvolveu, mas lado a lado com toda a riqueza da elite existiam os pobres, os subalternos, proletários, todos como protagonistas da questão social. Segundo Pesavento (1994), esta questão social enunciada enquanto problema elaborou discursos científicos para descrevê-la. Dessa forma, surgiu uma articulação entre o discurso médico e higienista, o discurso jurídico e criminológico, o discurso técnico e estético. O que representava o pobre, o sujo, o subalterno, deveria ser colocado num lugar mais ordenado.

No século XIX, a separação entre público e privado colocou o burguês envolvido e protegido pelo seu lar, enquanto a rua seria de domínio público. A rua representava o espaço daqueles que se opunham à casa, lugar de intimidade burguesa (PESAVENTO, 1994, p. 83). Lugares como clubes e teatros eram a extensão da casa da elite, mas nas ruas não havia distinção para a circulação das pessoas.

À medida que a cidade crescia, que a vida comercial e fabril da urbe se estendia, um povo sem rosto parecia habitar as ruas. Eram, em princípio, pobres, mal vestidos, muitas vezes mal-encarados e frequentemente atemorizavam a vida das famílias burguesas (PESAVENTO, 1994, p. 84).

Esse domínio público era ameaçador aos costumes da elite moderna, pois era nas ruas que a maioria dos crimes acontecia e onde os pobres circulavam constantemente. O centro da cidade, por apresentar estes sujeitos, causava repulsa à moral de muitos. A moral, a higiene e a estética eram cobradas numa cidade que apresentava traços de modernidade. Ter mendigos nas ruas, representando a degeneração e o perigo, por exemplo, era oposto ao ordenamento exigido.

¹⁵ Campina Grande é popularmente chamada de Rainha da Borborema por apresentar uma grande importância cultural, política e econômica para a Paraíba e por esta se localizar na Serra da Borborema.

As teorias científicas europeias responsáveis por classificar os indivíduos eram tidas como válidas, pois os cidadãos da elite não queriam nem podiam enfrentar esses sujeitos no seu cotidiano. Em nome da higiene pública, cobrava-se que os conhecimentos científicos fossem colocados em prática.

No dia 2 de outubro de 1957, o jornal *Diário da Borborema* apresentou uma matéria acerca da mendicância.



Imagem 2: Mendicância em Campina Grande

Fonte: Jornal *Diário da Borborema*, 2 de outubro de 1957.

Na fotografia é possível ver uma criança acompanhada de uma mulher aparentemente assustada, provavelmente a mãe, ambos trajados com roupas velhas. Estas pessoas representavam perigo, desordem, o feio e a falta de higiene. A ordem social garantiria uma estabilidade burguesa. O centro da cidade, que representava o progresso com suas construções modernas, deveria se livrar destes importunos, afinal, de acordo com os conceitos higienistas e morais, sujeitos que viviam em lugares insalubres e com condições subumanas estavam entregues à degeneração e aos vícios. “Tais socialidades danosas, era preciso extirpar. Assim como se fazia uma desinfecção higienista, a cidade precisava de uma limpeza moral” (PESAVENTO, 1994, p. 118).

Além destas questões, existia a que dizia respeito ao trabalho. Era necessário findar a ociosidade. As ruas não deveriam apresentar estes sujeitos tidos como desocupados e o trabalho seria a forma de reparar isto. As crianças deveriam sair das ruas, estarem sadias, provavelmente para o trabalho, pois era o indivíduo produtivo que iria garantir a prosperidade

vivida por Campina Grande. Quando Foucault (1972) fala da grande internação que ocorreu na França, ele cita a tarefa inicial do trabalho do Hospital Geral que era a de impedir a mendicância e a ociosidade. A ociosidade aparece como a mãe de todos os males e o trabalho, por sua vez, iria remediar isto.

Os primeiros anos de existência do jornal *Diário da Borborema* dedicaram muitas páginas para retratar tal temática. Os pobres nas ruas da cidade preocupavam, como dito anteriormente. Esta matéria, em específico, voltava a atenção para as crianças:

As estatísticas, que não mentem, revelam, no Brasil, um elevado índice de criminalidade que ultrapassa os limites do razoável. E não é apenas nas grandes cidades que isso se verifica. Dentro da conceituação sociológica, esses marginais, que se desequilibram, desajustam-se, deslocam-se e caem no mais profundo charco da podridão moral, além dos organismos corroídos pelas moléstias, são resultado, precisamente, de uma infância vivida em condições anormais, prematuramente identificados com o vício e o crime, na promiscuidade com outros marginais, criminosos e amorais.¹⁶

Havia uma urgência em tirar essas crianças da rua, tendo em vista que elas estariam expostas à degeneração. Os sujeitos que incomodavam os “cidadãos de bem” seriam más influências para esses jovens. As pessoas pediam que os governantes tomassem providências para resolver a situação da mendicância. As crianças, por sua vez, representavam o futuro da nação, portanto, deveriam ser retiradas das ruas a fim de serem tratadas e disciplinadas de acordo com os ideais de moralidade da época.

O Código Penal brasileiro de 1890, do artigo 391 ao 398 abordava a temática da mendicância e declarava punição para os mendigos que mesmo dispendo de saúde e aptidão para o trabalho continuavam naquela condição, bem como mendigavam, quando não tinham condições de trabalhar, em lugares que possuíam hospícios e locais para mendigos. Tudo aquilo que não incentivava ao trabalho era considerado crime. A lei foi sofrendo alterações ao longo do tempo até chegar ao fim da condenação à mendicância. A lei 11.983 de 2009 revogou a lei de contravenções penais de 1941 e extinguiu, dentre vários artigos, o 60 que punia o ato de mendigar por ociosidade ou cupidez.

¹⁶ Jornal *Diário da Borborema*, Campina Grande-PB, 2 de outubro de 1957.

Para além da mendicância, é válido comentar a respeito das pessoas despossuídas de razão que perambulavam pelas ruas, sejam elas por não terem famílias ou por perderem a razão ao estarem submetidas àquelas condições de extrema pobreza.

Pesavento (1994) narra a preocupação da população de Porto Alegre com o desvio social, com a mendicância e, também, com os lugares em que a elite passava longe, pois representava o berço da degeneração e de criminosos. Um dos jornais portoalegrenses analisados pela autora é de 1902, mas pode-se notar a preocupação da população que visava uma campanha higienista contra a desmoralização social. Mendicância preocupava, a circulação dos pobres em seus lugares não frequentados pela elite também. O alcoolismo, inclusive, era algo que também incomodava.

Experiências inúmeras, feitas em animais, e observações concludentes sobre o homem demonstraram que a intoxicação alcoólica paterna ou materna perturba o desenvolvimento do embrião, imprime um estigma de degenerescência e provoca em seus órgãos malformação, monstruosidade, seguidas muitas vezes de aborto ou de morte no momento de nascer. O álcool torna-se dessa forma uma causa direta de despopulação. [...] Um número considerável de descendentes de alcoólicos torna-se de constituição débil. Outros têm convulsões na primeira infância e epilepsia na idade da puberdade. Os alcoólicos engendram imbecis, idiotas, bêbados, candidatos à loucura, pervertidos morais, criminosos.¹⁷

Embora a matéria acima retrate um fato do Sul do país do século XIX, verifica-se que as campanhas higienistas tiveram um alcance nacional e que os jornais eram responsáveis por fazer esse apelo. As cidades estavam preocupadas em acabar com tudo que representasse o oposto do progresso e tudo que ameaçasse a moral da sociedade burguesa e todos os locais que representavam a escória social deveriam ser extintos, bem como se deveria afastar aqueles que, jogados na rua, estavam expostos a todos estes males.

A modernidade que chegava a várias cidades brasileiras se apresentava de forma discreta em Campina Grande e o século XX marcou um próspero momento devido ao significativo crescimento nos âmbitos econômico e geográfico. As matérias dos jornais se preocupavam com os problemas que ofuscavam a modernização da cidade: mendicância, higienização, delinquência, dentre outros.

¹⁷ Jornal *Gazeta da Tarde*, 12 de setembro de 1898, Porto Alegre-RS.

A insatisfação pertencia àqueles que desejavam remodelar a cidade de acordo com o que era considerado moderno. Os loucos, criminosos, pedintes, causavam repulsa na população. O projeto modernizador tinha o objetivo de permitir o trânsito das elites longe dos perigos causados por aqueles grupos que incomodavam.

1.2– O transtorno mental em Campina Grande antes da chegada do hospital psiquiátrico.

José D'Assunção Barros (2007) refletiu acerca da modernidade afirmando que o pensamento moderno sobre a cidade como sendo uma organização social surgiu no século XIX. Antes disso não existia a preocupação de tornar esse pensamento um campo específico do saber. A cidade era descrita, muitas vezes, por cronistas, romancistas, teólogos, arquitetos e filósofos.

Narrada por memorialistas como Cristino Pimentel, Campina Grande, nas décadas de 1940 e 1950, foi apresentada como uma cidade esquecida pelas instituições públicas, tendo em vista o número de sujeitos que perambulavam pelas ruas, sejam eles moradores de rua ou portadores de transtornos mentais. O que se nota é a discrepância entre os desejos e ideais modernos com a realidade de fato, esta que não era igual em todos os âmbitos sociais.

A mendicância deixava a sociedade em alerta e pude notar que entre os anos de 1957 e 1963 a preocupação com a mesma nos jornais era tão grande quanto a preocupação com as drogas a partir dos anos 2000, visto que as matérias sobre tais assuntos eram corriqueiras em seus respectivos séculos.

Cristino Pimentel (1956) afirmou que:

Nenhuma cidade do interior do Brasil, do norte ou do sul, mostra quadros de miséria tão comoventes como os que assistimos em Campina Grande, cidade amargurada pela ausência de iniciativas públicas que deem a ela o que é, realmente, necessário para se mostrar civilizada (PIMENTEL, 1956, p. 155).

Pimentel narra piedade, horror, urgências e diz que não exagera quando afirma que aqueles que vivem pelas ruas, carregando algum mal, seja ele em virtude de doença, mendicância ou ambos, são desprezados. Todas essas questões foram demonstradas posteriormente pelos jornais a fim de encontrar soluções. Entretanto, ainda segundo Pimentel,

a municipalidade não estava preocupada com as pessoas que dependiam da caridade nem com os doentes que estavam inaptos para o trabalho. Quem não podia cooperar com o desenvolvimento da cidade era invisibilizado, tendo em vista que o projeto modernizador buscava tirar de cena aqueles que queriam ser vistos, mas eram “descartados”. Apenas nas campanhas políticas as promessas de dias melhores apareciam.

Rainha Joana e Mudinho. Estes são dois sujeitos que representam, de acordo com Cristino Pimentel, em sua obra *Pedaços da História de Campina Grande*, a imagem da loucura e daqueles que eram invisibilizados, mas quebravam o brilho do projeto modernizador.

“Flor que murchou no galho da vida, sem ser colhida, e sem o contacto que doira o viver das criaturas na terra, que é o de se sentir possuída e afagada para a perpetuação da espécie” (PIMENTEL, 1956, p. 155). Esta foi a descrição do memorialista acerca da Rainha Joana, uma mulher que perambulava pelas ruas da cidade, sozinha, levando em sua bagagem um vestido usado, um cobertor, um par de sapatos velhos, pente e um vidro de óleo perfumado. Seus sonhos também eram levados na bagagem, pois sua juventude fora traumatizante.

Desiludida com o amor de um jovem rico e de prestígio que estava à altura apenas de uma moça de mesmo prestígio, essa paixão a levou à insanidade. Em situação de abandono, as ruas passaram a ser sua moradia e os transeuntes passaram a ser aqueles que garantiam o seu alimento. Rainha Joana se dizia dona de todas as lojas de Campina Grande e que no seu reino existiam palácios e bonitas igrejas, bem como um rei com o qual iria se casar.

O autor da obra afirma que a indiferença pairava sobre aquela senhora e ele tenha sido um dos poucos a notá-la. Para muitos, aquela mulher não era capaz de fazer parte do universo social. A indiferença também se relacionava à falta de perigo que aquela senhora apresentava. A identidade construída pelo memorialista acerca da mulher era de louca, mas não de perigosa. Enquanto ela não apresentasse perigo, não havia uma necessidade imediata de tirá-la da vista da população. Na imagem abaixo podemos ver Joana e sua aparência simples, sem luxos.



Imagem 3: Rainha Joana

Fonte: PIMENTEL, 1956.

O segundo personagem descrito por Pimentel (1956) foi Mudinho, sendo apresentado pelo seu codinome que enfatiza sua deficiência física. Sua primeira crise psicótica foi em 1949 e, diferentemente da Rainha Joana, o garoto tinha a presença dos seus pais que o internaram na Colônia Juliano Moreira¹⁸, em João Pessoa. O jovem era descrito como amável, porém infeliz devido a sua deficiência. Seus pais, definidos pelo cronista como “tarados”¹⁹, foram os responsáveis por selar o destino do garoto que nasceu numa família cuja loucura era frequente.

Após um desastre de avião ocorrido em Aracajú, Mudinho ficou impressionado ao ver os cadáveres, que foram trazidos para Campina Grande, e a partir de então passou a temer a morte. Sua dúvida era se iria “morrer voando” e foi nesse desatino que, caminhando sem rumo certo, foi atropelado por um trem. Mudinho, caracterizado pelo memorialista como “doente do juízo”, mantinha uma imagem mais comovente ao atrelarem seu estado mental ao

¹⁸ Fundada em 23 de junho de 1928 em João Pessoa, a Colônia Psiquiátrica Juliano Moreira atendia pessoas de várias localidades, inclusive de Campina Grande, tendo em vista que nesta cidade, na época referida por Cristino Pimentel, ainda não existia uma instituição que pudesse dar assistência a casos de loucura como o de Mudinho. Antes da sua construção, recorria-se ao Hospício de Visitação de Santa Isabel, posteriormente chamado de Hospício de Alienados da Tamarineira, construído em 1864 em Recife.

¹⁹ Este termo era utilizado nos casos em que havia uma hereditariedade do “problema”.

físico. Foram essas características que contribuíram com a comoção da população campinense.

Esta é a imagem da loucura representada por Cristino Pimentel em Campina Grande nas décadas de 1940 e 1950. Uma imagem de dor, comoção, angústia de sujeitos que estão entregues à própria sorte, sem a mínima possibilidade de serem considerados dignos de exercerem a cidadania. Era preciso acabar com esse problema que quando não estava nas ruas era levado para outras cidades que apresentavam suporte psiquiátrico. A população campinense ansiava por mais um símbolo do progresso que um hospital psiquiátrico representaria.

1.3- A loucura institucionalizada em Campina Grande

Até 1963, Campina Grande não contava com um suporte psiquiátrico, mas a população pedia que uma atenção fosse voltada para os problemas sociais. No dia 11 de outubro de 1957, o jornal *Diário da Borborema* veiculou uma matéria enaltecendo o sanatório do município de Joffily²⁰ que havia sido fechado por não oferecer requisitos necessários para o seu funcionamento:

Ignoramos a razão de não terem ainda sido iniciados os trabalhos, levando em consideração a importância do Sanatório, o papel que ele representa, tanto para a região, como para os próprios funcionários públicos federais. Durante os três anos em que funcionou, o Sanatório recebeu cerca de 50 doentes, verificando-se apenas três óbitos. Quando da época do seu fechamento, todos os outros internados, encontravam-se recuperados ou em via de recuperação, completadas as curas, após a transferência para outros hospitais. Houve doentes em estado precaríssimo que com apenas a boa alimentação, medicação química e salubridade do clima, curaram-se completamente. Muito teria que lucrar a cidade de Campina Grande e o município com a reabertura do Sanatório. Ganharia a Paraíba com esta obra de assistência social, e lucrariam os funcionários federais de todo o país.²¹

O manicômio, além de ser rentável para uma cidade por representar um lar e, conseqüentemente, exigir mais recursos, estava nos planos da elite. No século passado, mais precisamente a partir de 1970, vários leitos foram inaugurados em todo o país e quanto mais

²⁰ Através do decreto lei-estadual nº 520 de 31 de dezembro de 1943, o distrito de Pocinhos passou a ser chamado de Joffily, sendo ligado à Campina Grande até 1º de dezembro de 1953.

²¹ Jornal *Diário da Borborema*, Campina Grande-PB, 11 outubro de 1957, p. 1

se abriam, mais a demanda aumentava. A “indústria da loucura” passou a ser conhecida, pois como os gastos dentro dos hospitais eram pequenos, justificando as péssimas condições dadas aos pacientes, os lucros eram altos e os hospitais eram sustentados com recursos públicos.

Entretanto, além de ser rentável, a instalação dos manicômios representava urgência, tendo em vista que a população dita sã precisava daquele serviço para tratar seus doentes. Foi no contexto da modernização que surgiu o primeiro hospital psiquiátrico de Campina Grande.

A obra iniciada pelo Dr. João Ribeiro no bairro da Liberdade, embora não tenha sido entregue ainda ao público, através da sua inauguração solene, está desde alguns meses prestando grandes e inestimáveis serviços à população campinense. Diversas são as pessoas ali internadas, como inúmeros têm sido os que saíram dali completamente restabelecidos. Crianças com paralisia, adultos inutilizados, têm conseguido sua reabilitação, graças aos eficientes métodos adotados pelo facultativo campinense, o qual, desde que saiu da Faculdade para clinicar em nossa cidade tem sido movido por um único desejo: o de recuperar o organismo humano, nas suas falhas físicas, prestando, por outro lado, aos enfraquecidos das faculdades mentais serviços de real valor.²²

A inauguração do Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional, mais conhecido por Hospital João Ribeiro, aconteceu no dia 7 de setembro de 1963, o que ocasionou euforia na população. Neste momento, muitas mudanças já haviam marcado a cidade de Campina Grande. Faltava, portanto, consolidá-la no ramo da medicina no âmbito da saúde mental.

No dia em que é comemorada a Independência do Brasil, foi inaugurado o Hospital João Ribeiro, trazendo para a população uma imagem de progresso, pois era isto que essas instituições representavam. Anteriormente, os campinenses, quando precisavam de suporte psíquico, eram encaminhados para outras cidades como João Pessoa e Recife (BRITO, 2011, p. 40). O deslocamento passou a ser feito na própria cidade.

A pedra que foi construída no hall de entrada da instituição apresentava a frase: “Destinada ao tratamento de doenças nervosas e mentais. Este edifício é um monumento erguido à fé, esperança e amor ao povo de Campina. Estas paredes que se alteiam, não são apenas cimento e argila”. O objetivo da instituição era trazer a cura e a sua inauguração

²² Jornal *Diário da Borborema*, Campina Grande-PB, 4 de setembro de 1963, p. 1.

poderia representar, já que a frase se encaminha muito para uma dimensão religiosa articulada com a cura, o resultado de uma preocupação com as necessidades da cidade.

A nova instituição surgiu como especialista em problemas neurológicos, representando o progresso da medicina. Entretanto, um lugar que prometia o tratamento neurológico e psiquiátrico transformou-se, mais tarde, no próprio lugar da loucura, pois era para lá que os considerados “loucos” eram levados a fim de tratarem sua anormalidade (BRITO, 2011, p. 52).

Agora Campina tinha suporte psiquiátrico e o médico João Ribeiro, que havia contado com o apoio do seu pai, também médico, foi demonstrado pelo jornal como sendo um profissional que não desejava atuar apenas de forma clínica. O objetivo era manter um contato diário com os pacientes e para defender a prática do confinamento, alegavam que desejavam alcançar a cura. Entretanto, ao ler relatos de diversas pessoas que foram internadas e de profissionais que trabalharam na instituição (a exemplo de Fernando Sfair Kinker, citado nessa pesquisa), sobretudo aqueles produzidos no contexto das reivindicações da luta antimanicomial e no período da reforma psiquiátrica, percebe-se que a realidade era diferente.

O psiquiatra chegou para separar o normal do anormal, o normal do louco, e o hospital se apossou, enfim, da loucura na Grande cidade moderna. A partir de então, os serviços de real valor seriam prestados por um especialista que, segundo a matéria já citada acima, desejava manter um contato maior com seus pacientes e este só seria possível por meio da construção do nosocômio.

Este suposto contato entre pacientes e especialistas durou anos, tendo em vista que aquele lugar passou a representar o lar, uma vez que se tornou o único lugar em que aqueles internos eram aceitos, alguns por total abandono dos parentes ou pela impossibilidade de se reintegrarem na família e/ou comunidade a que pertenciam anteriormente. Fato é que muitos dos indivíduos internos chegaram a 30 anos de internação, havendo aqueles que não tinham para onde retornar, como se observou no contexto do fechamento das instituições psiquiátricas (BRITO, 2011, p. 114).

O Hospital foi inaugurado e com ele toda a promessa de progresso trazida pela modernidade estava aparentemente garantida. Tudo havia sido pensado da melhor forma para suprir as necessidades dos doentes da cidade:

Apartamentos devidamente equipados, salas de visita, salões diversionais para os internados, sala de recuperação motora, apartamento de banho de luz, enfim todos os compartimentos onde o Dr. João Ribeiro desempenha o seu magnífico sacerdócio em favor da reabilitação funcional dos que o procuram, oriundos das mais variadas partes do Nordeste.²³

Foi assim que o jornal tratou o surgimento do Hospital João Ribeiro, colocando-o enquanto espaço constituído por ambientes que foram descritos como possuidores de signos da modernização. Neste sentido, a Campina Grande de então ganhava um espaço de referência no âmbito da saúde mental e entrava na lógica da higienização social, tão característica da cena do moderno.²⁴

Um jovem médico recém-chegado, mas oriundo de uma das famílias campinenses, estava preparado para sanar os problemas daquela cidade carente de atendimento psiquiátrico. Na matéria, veiculada pelo jornal, é evidenciada a grande empolgação de João Ribeiro com o projeto que tomava forma. Mesmo antes da inauguração, o Hospital, segundo a matéria, já havia recuperado sujeitos, declaração esta que dá credibilidade a todo sucesso que o manicômio prometia. Não são evidenciados quais recursos estavam sendo utilizados para o tratamento dos pacientes. O que importava para a população era que os mesmos estavam surtindo efeito. Como a cidade não tinha nenhum local onde as famílias pudessem levar seus loucos, aquele símbolo do progresso campinense representava a salvação para os doentes mentais e para suas famílias que não sabiam lidar com aquele infortúnio.

Norbert Elias (2001), ao falar sobre o isolamento dos moribundos e dos idosos da comunidade dos vivos na sociedade moderna, destacou o esfriamento das relações humanas.

Os anos de decadência são penosos não só para os que sofrem, mas também para os que são deixados sós. O fato de que, sem que haja especial intenção, o isolamento precoce dos moribundos ocorra com mais frequência nas

²³ Jornal *Diário da Borborema*, Campina Grande-PB, 4 de setembro de 1963, p. 4.

²⁴ Segundo Agra (2008), o moderno em Campina Grande se constituiu como modernização, dando prioridade à inovação da técnica sobre alguns elementos produzidos discursivamente como emissores do signo de modernidade. Falar em modernidade em cidades brasileiras como esta era falar em aspectos e seduções do moderno, tendo em vista que o moderno almejado das cidades europeias não era possível aqui pelo fato de existir um limite físico, um número populacional bem menor quando comparado às grandes cidades na Europa, com industrializações a todo curso. No segundo volume do livro *A Formação da Classe Operária Inglesa*, Thompson mostra como a Inglaterra vai tornar-se populosa à época da industrialização, contestando as mudanças ocorridas, advindas da Revolução Industrial. Dessa forma, a introdução de certos signos do moderno, a exemplo do hospital psiquiátrico, proporcionaria um ar moderno às cidades. Cf. ARANHA 2001.

sociedades avançadas é uma das fraquezas dessas sociedades. É um testemunho das dificuldades que muitas pessoas têm em identificar-se com os velhos e os moribundos (ELIAS, 2001, p. 6).

Segundo o autor, os anos de reclusão dessas pessoas, que são vistos como anos de decadência, são penosos para os que ficam e para os que são deixados a sós. Essa última questão pode ser ilustrada pela situação encontrada nos hospitais psiquiátricos no momento de desinstitucionalização. Brito (2011) teve contato com sujeitos que passaram por esses anos de decadência. Aqueles sujeitos, bem como os descritos por Elias (2001) não possuíam mais família nem lar. A instituição tinha sido seu lar por anos. Muitos foram deixados lá e nunca mais receberam uma visita. O seu “eu” estava mortificado e essa mortificação duraria anos ou a vida toda, no caso daqueles que morreram quando ainda estavam internados. Da mesma forma que as sociedades criaram seus significados e tratamentos para a morte, criaram também formas de lidar com os doentes, pois a identidade que criaram para si era incompatível com a identidade daqueles moribundos. Daí a necessidade de serem postos em reclusão, de excluí-los.

As sociedades precisaram se afastar dos moribundos, sejam eles doentes, mendigos ou todos aqueles que mais se aproximavam da ideia de morte. As instituições surgiram para abrigar essas pessoas e separá-las das suas famílias que já não mais queriam carregar esse fardo. Atrevo-me a pensar nos dependentes químicos e relacioná-los aos moribundos descritos por Norbert Elias, tendo em vista que muitos destes, enquanto doentes, são abandonados pelas famílias, estas que já não aguentam mais os danos causados por atitudes desses sujeitos, famílias estas que, muitas vezes, consideram a dependência química como vencida quando dependentes não conseguem uma “libertação”, aguardando que a qualquer momento o pior aconteça: a morte.

Com o Hospital João Ribeiro, inaugurado em 1963 em Campina Grande, as famílias sentiam-se contempladas com uma nova instituição para abrigar os moribundos da loucura, uma vez que ter um doente mental em casa representava um grande problema em uma cidade que já apresentava iniciativas industrializantes que podiam ocupar a população em idade e condições de saúde adequadas ao mundo do trabalho disposto a ela.

Será visto mais adiante que, com a desinstitucionalização, os familiares passaram a se preocupar por não terem para onde levar seus doentes, tendo que lidar novamente com esse “infortuno” em suas próprias casas. O que Norbert Elias descreve como solidão pôde ser

vivenciado nessas instituições. O rompimento dos laços afetivos foi sentido, principalmente por aqueles que ficaram enclausurados, entregues ao total abandono. Os bêbados e os pedintes são descritos pelo autor como pertencentes a um grupo de pessoas que sofre com a solidão. Estas pessoas, ao mesmo tempo em que estão rodeadas de muitas outras, são invisibilizados, são insignificantes aos olhos dos demais, sendo excluídas, ainda em vida, das comunidades dos próprios viventes.

O conceito de solidão inclui também uma pessoa em meio a muitas outras para as quais não tem significado, para as quais não faz diferença sua existência, e que romperam qualquer laço de sentimentos com ela. Pertencem a esse grupo alguns pedintes e os bêbados que sentam nas soleiras e nem são percebidos pelos passantes (ELIAS, 2001, p. 40).

Esses sujeitos são invisibilizados por serem improdutivos, por representarem ameaça e perigo social. Logo, sua doença precisa ser tratada em um lugar especializado, um lugar equipado, moderno e eficaz.

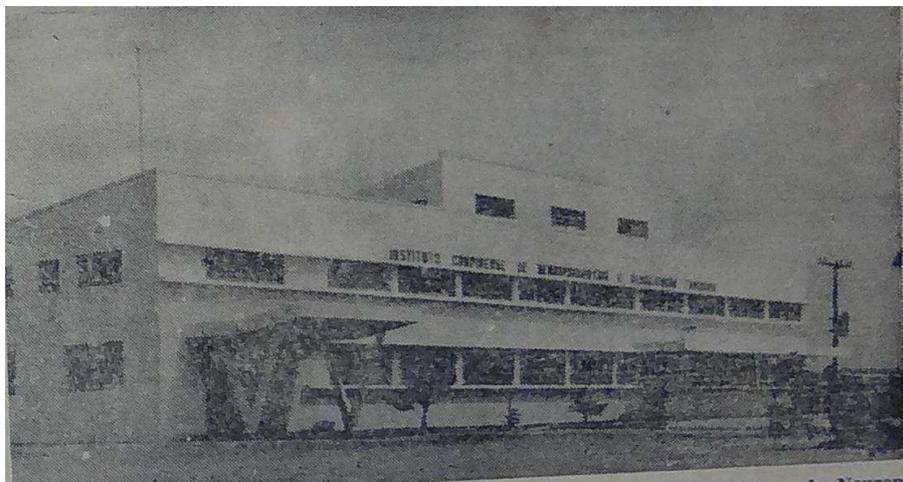


Imagem 4: Vista total da frente do Instituto Campinense de Neuropsiquiatria

Fonte: *Diário da Borborema*, 4 de setembro de 1963



Imagem 5: Sala de recuperação motora do nosocômio

Fonte: *Diário da Borborema*, 4 de setembro de 1963

Com a chegada do primeiro hospital psiquiátrico, Campina Grande possuía um prédio estruturado, equipado, moderno e capaz de atender a todos aqueles que eram classificados como loucos que precisavam se deslocar para outras cidades, bem como todos aqueles que não tinham condições de fazer este deslocamento. Estas boas impressões apresentadas pelo jornal local mostravam que o Instituto atendia às expectativas de todos.

Nesse sentido, moradores de rua, bêbados e loucos que eram apreendidos pela polícia após fazerem algazarras e causarem desordens pelas ruas passaram a ser conduzidos aos muros do hospital João Ribeiro, pois estes sujeitos precisavam de tratamento. A instituição foi tão bem recebida que sua solenidade de abertura contou com a participação de pessoas tidas como importantes na cidade, a exemplo de militares, eclesiásticos e representantes da classe médica.

A higienização da cidade não se voltou apenas para o setor físico a partir da construção de instituições, mas, também, para os âmbitos moral e mental. Para lidar com esse novo ambiente, a cidade precisava preparar profissionais. Os princípios de higiene e moral deveriam causar boas impressões às elites. Um dia antes da inauguração do Hospital João Ribeiro, o *Diário da Borborema* veiculou a notícia da oferta de um curso que seria oferecido pelo SESI: “Curso de Higiene Mental de Comportamento Humano”, objetivando inserir a população no debate que se fazia premente na cena do moderno. Era preciso, para além de um

hospital equipado e moderno, Campina Grande também poder contar com profissionais capacitados e qualificados para o trato a ser dispensado no âmbito da saúde mental.

Era preciso passar a imagem de que Campina Grande era moderna e estruturada e agora capacitada para tratar a loucura. Interessante se faz destacar que houve, nesses primeiros anos da década de 1960, a necessidade do jornal em passar uma imagem do hospital como uma solução para um dos problemas vividos por Campina Grande e de promessa de cura para os enfermos. A doença seria, dessa forma, destituída dos corpos dos sujeitos enfermos e aquelas salas “amplas e confortáveis” permitiriam o bem-estar, tanto para quem estivesse internado, quanto para as famílias que haviam deixado alguém no local para reestabelecimento de sua sanidade.

Entretanto, nos anos que se seguiram, existiu um certo silenciamento a respeito do assunto, como se não precisasse mais falar sobre esse hospital que tanto representou um símbolo de progresso para a cidade. Os jornais silenciaram, não mais falaram sobre o Hospital durante anos. Parecia que aquele lugar estava sendo eficiente, estava realmente reestabelecendo sujeitos e permitindo a cura dos mesmos. Entretanto, Campina Grande estava cumprindo, dessa forma, por meio do hospital psiquiátrico, a função de mortificar o eu de todos os sujeitos que para lá eram alocados.

De acordo com Michel Foucault (1996),

Em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade (FOUCAULT, 1996, p. 8-9).

Para ele, o discurso é o ato de falar, manter, transmitir e articular ideias. Aquele que domina o discurso também é responsável por dominar os mecanismos de poder, bem como os corpos. Alguns procedimentos são discutidos pelo autor a fim de observar onde está o perigo do discurso e de sua proliferação.

Os procedimentos externos do discurso funcionam como sistemas de exclusão e colocam em jogo o poder e o desejo. São três os procedimentos citados por Foucault. Na interdição, são criados tabu na organização de ideias, ritual da circunstância e direito privilegiado ou exclusivo do sujeito que fala, com o objetivo de dizer o que pode e o que não

pode ser dito. Nesse sentido, frases, assuntos e maneiras de falar são pensados para dizer assuntos proibidos. “Não se tem o direito de dizer tudo, não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa” (FOUCAULT, 1996, p. 9). As interdições, dessa forma, são responsáveis por revelar a relação entre discurso, desejo e poder.

O segundo procedimento externo descrito por Foucault é a separação e a rejeição, que dizem respeito à definição de quem pode falar e transmitir os assuntos. Esse sujeito que separa e rejeita possui o que Foucault chama de direito privilegiado, sujeito esse que determina quem pode falar e por quem falar. Na sociedade, há uma separação entre os discursos considerados lógicos, chamados de discursos de direito privilegiado e entre os discursos ilógicos que representam a falta de sentido. A pessoa que poderá falar, sempre apresentará uma autoridade e a partir dessa autoridade serão construídas autoridades sociais. No caso do jornal, ele seleciona os assuntos que serão abordados, bem como a forma que pretende atingir a população, dando voz a uma pequena parcela da sociedade que são as pessoas com direito privilegiado de falar.

No início da década de 1960, em Campina Grande, a psiquiatria mostra seu poder e utiliza do seu discurso médico para apresentar à população o novo símbolo da modernidade e da saúde em Campina Grande: o hospital psiquiátrico.

O louco é aquele cujo discurso não pode circular como o dos outros: pode ocorrer que sua palavra seja considerada nula e não seja acolhida, não tendo verdade nem importância, não podendo testemunhar na justiça, não podendo autenticar um ato ou um contrato, não podendo nem mesmo, no sacrifício da missa, permitir a transubstanciação e fazer do pão um corpo (FOUCAULT, 1996, p. 10-11).

Os sujeitos internados na instituição psiquiátrica não serão ouvidos, porque são colocados no campo da falta de lógica. Por estarem colocados nesse campo, não podem falar, pois não têm o direito privilegiado de organizar e produzir seu discurso. Na palavra do louco a separação era exercida.

O terceiro procedimento trata-se da oposição entre verdadeiro e falso que advém do que Foucault chama de vontade de saber. Com essa separação, os discursos passam a ser validados para funcionar e ter espaço na sociedade. Esse tipo de articulação do discurso prescreve e organiza os corpos, defendendo a ideia de que para ser útil, ele precisa ser

verificado e testado. O discurso do jornal *Diário da Borborema* foi responsável por validar na sociedade campinense a exclusão da loucura a partir da utilização de alguns símbolos, a exemplo de mostrar o progresso que o hospital representava para a cidade, a estrutura e os equipamentos modernos, a capacidade de reestabelecimento da saúde dos doentes por meio dos conhecimentos do seu jovem médico recém chegado, João Ribeiro.

As páginas reservadas ao primeiro Hospital Psiquiátrico de Campina Grande representam a intenção de pensar acerca da identidade de louco criada pela instituição manicomial. A proposta foi de observar as relações estabelecidas entre esses sujeitos tidos como loucos e a sociedade auto intitulada “normal”. Como era esse contato entre esses dois grupos em um momento que se prezava pela cura da loucura dentro do Hospital por meio da exclusão? Nesse momento inicial, o intuito é conhecer a instituição que antecedeu o Caps-Ad em Campina Grande e refletir acerca das identidades construídas em ambas instituições.

Os indivíduos que faziam usos de substâncias tóxicas também estavam inseridos nesse ambiente. Não tive acesso aos prontuários médicos do lugar, pois tudo que diz respeito a ele está arquivado em segredo de justiça. O que resta à população são as memórias dos sujeitos e as matérias jornalísticas. Entretanto, levando em consideração dados a respeito de pesquisas²⁵ feitas em grandes hospitais psiquiátricos no Brasil, pode-se chegar à conclusão que os dependentes químicos também foram enclausurados nessa instituição campinense, embora não se saiba qual diagnóstico a eles foi dado.

Contudo, com a desinstitucionalização, uma sociedade que aparentemente estava sabendo lidar com os loucos foi desestabilizada para aproximar os mesmos dos considerados sãos. Os jornais voltaram a falar sobre esses sujeitos, mas só após a inspeção federal em 2005, legitimada pela Reforma Psiquiátrica, no Hospital João Ribeiro. As matérias passaram a denunciar o descaso, o terror vivido naquela instituição e isto será observado no próximo capítulo, reservado também para analisar a identidade construída pelos jornais acerca do dependente químico, bem como a necessidade de se construir um lugar que não era uma instituição total, mas serviu como substituto desta: o Caps-ad.

²⁵ De acordo com Santos & Verani (2010), o diagnóstico de alcoolismo nas instituições psiquiátricas do Brasil era elevado no final do século XIX, figurando, em alguns hospitais, como uma das principais causas de alienação mental. Na primeira década do século XX os números ainda eram grandes, chegando-se a defender a ideia de construir instituições específicas, visando melhorar tanto o problema de lotação quanto o problema de reinternações por alcoolismo.

CAPÍTULO II

NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

O famoso Hospital João Ribeiro funcionou durante décadas e se tornou referência na cidade. Lembro-me, quando criança, que qualquer atitude que fugisse do que a sociedade ditava como certo e aceitável seria motivo para lembrar do hospital: “tá doido, é? Lugar de doido é no João Ribeiro”. No imaginário infantil acrescentava-se mais um “bicho papão” à lista aterrorizante citada pelos pais no controle do comportamento cotidiano dos filhos. Sem dúvida, uma ideia que a realidade praticada no decorrer da existência do hospital foi correspondendo.

Assim, o Hospital João Ribeiro era o lugar que recebia sujeitos com os seus mais diversos transtornos mentais, inclusive os dependentes químicos, com vistas a exercer a cura, mas deu existência física a muitos dos medos daqueles que dele tomaram conhecimento.

Como dito no capítulo anterior, os jornais pouco expuseram a respeito daquela instituição nos anos que se seguiram após a sua inauguração, a não ser quando ela passou a ser foco de inspeções nos anos 2000. O discurso que antes tratava do progresso que aquela instituição trouxe para a cidade de Campina Grande e adjacências, pois atendia não só a população local, mas a todo um conjunto de cidades menores que não contavam com manicômio, se invertia. O jornal que antes enaltecia o local passou a denunciar o descaso vivido pelos pacientes.

Fiz um apanhado das matérias do jornal *Diário da Borborema* a fim de analisar o que se falava sobre saúde mental antes do início das inspeções e fiscalizações no primeiro hospital psiquiátrico da cidade e da inauguração de outros serviços para tratamento em saúde mental.

Percebi que na década de 2000 o jornal passou a veicular matérias sobre o uso das drogas na cidade, enfatizando a necessidade de que alguma providência fosse tomada. O tema é abordado constantemente, associando, muitas vezes, dependência química e criminalidade, mas, também, loucura. Dessa forma, o louco e o criminoso eram apresentados muitas vezes como um só sujeito. Foi para diluir esses dois sujeitos que surgiu o manicômio judiciário (BRITO, 2011, p. 164).

Atualmente, o aumento do consumo de drogas se configurou como uma das maiores preocupações da sociedade pelo fato de as mesmas comprometerem a vida do indivíduo, bem

como suas relações pessoais, profissionais e afetarem de forma indireta todos aqueles que convivem com o mesmo. Por esse motivo, muitas pessoas associam o uso e abuso de substância à criminalidade, à violência, aos acidentes de trânsito, dentre outros.

O medo da população em relação às drogas ilícitas é grande, sobretudo a maconha, o crack, a cocaína, heroína, substâncias estas que assombram principalmente os pais que desejam que seus filhos não as consumam. Mas, e as substâncias lícitas, a exemplo do álcool? O mesmo é vendido em larga escala, em bares, restaurantes, supermercados, residências, padarias, mesmo existindo a comprovação de que tal substância causa dependência química. O tabaco também é vendido em larga escala, apresentando em sua embalagem avisos sobre os riscos para a saúde, mas as propagandas voltadas para o álcool têm a intenção de incentivar o seu consumo.

O 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, realizado em 2015 e coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com a parceria de várias instituições como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Instituto Nacional do Câncer (Inca) e a Universidade de Princeton (EUA), trata-se do mais completo levantamento sobre drogas já realizado em território nacional. De acordo com ele, grande parte dos dados considerados mais alarmantes com relação ao padrão de uso de drogas no Brasil diz respeito ao consumo de álcool. Por mais que políticas como a lei seca, proibição de venda para menores de 18 anos, alertem quanto aos perigos e sejam interessantes, não funcionam com eficiência (FIOCRUZ, 2017, p. 78).

Não é meu foco na pesquisa, mas é válido pensar a respeito da preocupação daqueles que estão gerindo o sistema com a saúde do indivíduo, pois as autoridades justificam a proibição afirmando que as drogas fazem mal à saúde. Entretanto, pessoas que emitem gases poluentes por meio dos automóveis ou que fumam após o almoço ou se embriagam não podem, simplesmente, serem presas, o que leva a pensar que talvez os interesses políticos, morais e econômicos são mais relevantes do que os argumentos científicos sobre saúde pública.

A respeito desse assunto, Queiroz (2008) apresenta alguns fatores que sustentam essa guerra às drogas. São eles: preconceito contra minorias estigmatizadas, interesses de indústrias e governos poderosos, associação à moralidade religiosa, controle social sobre as classes consideradas perigosas, através da associação entre determinadas drogas e grupos sociais. Ainda segundo o autor, os dados do Programa das Nações Unidas para o Controle

Internacional de Drogas apontam que, no mercado, o tráfico de substâncias ilícitas só fica atrás das indústrias de petróleo, militar e do “mundo do futebol” (QUEIROZ, 2008, p. 8).

Para pensar um pouco a respeito desse caminho percorrido pelas drogas no Brasil, chega-se à década de 1980, momento em que foi vivido o fracasso do “milagre econômico”, com a presença de alto índice de inflação, explosão demográfica nos grandes centros urbanos, que, como consequência, aumentaram os cinturões de pobreza nas periferias e favelas. Com a falência do novo modelo econômico nacional e o desemprego, veio o aumento do mercado ilícito. Agregado a esse processo econômico também é possível falar do sucateamento da educação pública e aumento da violência urbana. Esse contexto nacional deu projeção ao tráfico de drogas, sobretudo da cocaína, tanto no mercado nacional quanto no internacional (BATISTA *apud* PASSOS; SOUZA, 2011, p. 155).

Jovens pobres das favelas começaram a ser recrutados para o tráfico e elas, bem como as periferias urbanas, ocuparam lugar estratégico no mercado de drogas. Pontos de drogas passaram a ser disputados entre facções inimigas e o enfrentamento direto com a polícia inseriu o mercado de armas ao mercado de drogas, resultando numa verdadeira guerra civil (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 155).

As drogas passaram a ser vistas como o próprio mal, surgindo, então, a necessidade de uma verdadeira guerra contra elas, pois passou a ser imprescindível o controle social para se manter a ordem. Nessa atmosfera, qualquer pessoa poderia estar contra as drogas, da mesma forma que qualquer pessoa poderia experimentar deste mal, tornando-se inimiga da sociedade.

De acordo com Passos & Souza (2011), a guerra às drogas se tornou um exercício de controle social e uma estratégia a fim de ampliar a economia neoliberal a partir do exercício do poder e da violência. A intensificação da economia bélica, dessa forma, fortalece a economia neoliberal, tendo em vista que a lógica de guerra às drogas e a lógica de consumo não são opostas, pois se alimentam e se fortalecem mutuamente. A lógica da guerra às drogas busca combater a produção da substância, fazendo surgir uma divisão entre países produtores, exportadores e consumidores, controlando a oferta e a procura dos países. Esta estratégia transforma os países periféricos em fontes causadoras dos problemas gerados pelo tráfico de drogas. As drogas permitem que a rede de produção de subjetividade consumista seja acessada de forma rápida, prática e em qualquer lugar. Assim sendo, o tráfico de drogas não pode ser resumido à produção da substância, mas também deve se estender ao plano de produção de subjetividade consumista, visto que as drogas, enquanto produto, apresentam

uma pequena parte do processo de produção do mercado transnacional de drogas que se beneficia e se fortalece dos meios lícitos de produção de subjetividade, ainda que se trate de uma prática ilícita (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 155-156).

As favelas entram nesse processo como uma pequena parte de uma grande rede transnacional, mas também são alvos das investidas policiais de controle social, pois são as camadas pobres que são responsabilizadas por um mercado movimentado por países de primeiro mundo responsáveis por ativar a lógica de consumo.

Esta ideia de combate às drogas é a mais utilizada, principalmente pela mídia, que é um meio bastante eficaz para influenciar a opinião da sociedade. O marco inicial de midiaticização das drogas, segundo Chagas (2011) foi a partir da década de 1920 nos Estados Unidos, no período da Lei Seca, após as drogas começarem a ser vistas como problema social. Uma política repressora de controle da produção, do comércio e do consumo de drogas passou a veicular informações a fim de prevenir e tratar os usuários. “A difusão, adesão, a força e o efeito da política antidrogas sobre a opinião pública só foram possíveis porque tiveram a mídia como coadjuvante fundamental no processo” (CHAGAS, 2011, p. 22).

Esta estratégia discursiva de combate às drogas é utilizada até hoje, colocando sempre em evidência os prejuízos que o consumo de álcool e outras drogas causam na vida das pessoas.

Nas matérias do jornal *Diário da Borborema* o foco não foi outro: o mesmo estava sempre num embate contra as drogas, esta que causava medo e destruição, segundo o senso comum. Selecionei alguns casos que demonstram bem essa política repressora contra as drogas e veiculada pela mídia. É interessante notar que os sujeitos descritos nas matérias não se tratam de pessoas da classe alta nem da classe média. Esses sujeitos descritos que incomodam fazem parte de uma camada mais abastada da sociedade. São esses sujeitos, inclusive, que serão acolhidos, mais tarde, pelo Caps-Ad.

2.1 – As vidas anônimas do Diário da Borborema

No mês de julho de 2004, a matéria do jornal *Diário da Borborema* trouxe estampada na primeira página: “Com o diabo no corpo. Jovem invade e destrói a Catedral de Nossa Senhora da Guia e acaba preso em Patos”. O caso não foi em Campina Grande, mas pode-se observar a analogia religiosa, algo que é comum quando se trata de usuários de drogas.

As 20 mulheres que participavam da Adoração do Santíssimo, no início da noite de quinta-feira, na Catedral de Nossa Senhora da Guia, em Patos, ficaram estarecidas com as cenas de destruição que presenciaram. Por alguns instantes, tiveram a sensação de estarem diante de alguém possuído pelo demônio, ao assistirem ao jovem Leonardo Silva Cavalcante, 20, destruir imagens, móveis, luminárias e outros objetos de valor. Aparentemente drogado, Leonardo invadiu a igreja e começou o ataque sem falar nada. A destruição só não foi maior porque a polícia chegou rápido e prendeu o rapaz.²⁶

Drogado e criminoso. Essa foi a imagem deixada pelo jovem Leonardo que, segundo o delegado Clenaldo Queiroz, iria ser indiciado por crime contra o patrimônio público. O jovem de 20 anos falou que agiu daquela forma por não concordar com o que estava sendo feito naquela instituição, porém, o arrependimento havia chegado. “Fiz através de um impulso incontrolável. Saí da academia, peguei minha bicicleta e fui quebrar tudo”, confessou Leonardo. O jornal não confirmou se o mesmo estava realmente sob efeito de drogas, mas os familiares afirmaram que no passado o rapaz sofreu com sérios problemas psicológicos e com uso de drogas, chegando a ser internado.

Não ficou claro se Leonardo possuía algum tipo de transtorno mental além da dependência química e se os sintomas eram acentuados após o uso de drogas. Entretanto, o que fica visível é a relação pecado-crime-doença.

Dias depois desta matéria, outra é publicada reforçando a preocupação com a saúde mental: “85% dos adolescentes que ingressam nas chamadas unidades de internação ou de internação provisória tiveram algum contato com drogas, seja ela lícita ou ilícita”.²⁷

Um caso mais grave aconteceu no dia 23 de março de 2004. “Morta pelo próprio filho”. A notícia está estampada na primeira página do jornal. “Sob efeito de drogas, jovem é acusado de espancar a mãe e de agredir o tio que tentou intervir”. Notícias como estas chocam

²⁶ Jornal *Diário da Borborema*, Campina Grande-PB, 02 de julho de 2004, p. A6

²⁷ Jornal *Diário da Borborema*, Campina Grande-PB, 18 de julho de 2004, p. A5.

a população, principalmente pelo fato de a vítima ser a mãe e o agressor ser o filho. Uma atitude dessas é considerada pelo senso comum imoral e imperdoável, tendo em vista que o considerado normal e naturalmente aceitável pela sociedade é que os filhos, depois de terem sido educados e criados pelos pais, têm a obrigação de cuidar dos seus genitores.

A PM foi chamada por volta das 9h ontem, para atender uma ocorrência na casa de nº 575, Rua Janúncio Ferreira, mais conhecida como Av. Canal, centro de Campina Grande. A comerciante Rosimeire Figueiredo da Nóbrega, 57 anos, havia sido encontrada sem vida, pelos próprios familiares, vítima das agressões sofridas pelo próprio filho, Euclides Fernando Carvalho Junior, 18, duas noites antes. Ela teve hemorragia interna, resultante dos hematomas deixados pelo espancamento. Conforme o irmão da vítima, o dentista Luciano de Sousa Albuquerque, que também foi espancado pelo sobrinho, Euclides é viciado em drogas e álcool. Na noite da última terça-feira, ele chegou em casa sob efeito dos entorpecentes, e, sem motivo aparente, passou a discutir e agredir a mãe, com socos, chutes e pontapés [...]. Rosimeire foi socorrida ainda pelo irmão para o Hospital de Urgência e Emergência. Ela recebeu atendimento médico, ficando internada até a tarde de anteontem, em uma das enfermarias. Ao chegar em casa, a comerciante decidiu se deitar, reclamando de dores no corpo e não acordou mais.²⁸

O irmão da vítima declarou ainda que o sobrinho, sempre que estava sob efeito de drogas, agredia a mãe e quebrava objetos dentro de casa. O acusado já havia passado pelo lar do garoto por realizar furtos na cidade. Não foi falado se o jovem já tinha sido internado, mas suas atitudes eram consideradas anormais pela família e pelo jornal para que ele se mantivesse em sociedade.

Michel Foucault, em sua obra *Os Anormais*, que trata de pesquisas com processos-crimes que foi organizado a partir dos debates realizados durante curso ministrado no Collège de France entre 1974 e 1975, debate acerca de questionamentos sobre as relações de saber e poder que resultam na exclusão de alguns sujeitos da sociedade. Três elementos são descritos como responsáveis por constituir o domínio da anomalia, estes que passaram a se isolar e se definir a partir do século XVIII, fazendo uma articulação com o século XIX.

O “monstro humano” é o primeiro desses elementos e sua noção está relacionada ao aparato jurídico – “jurídica, claro, no sentido lato do termo, pois o que define o monstro é o fato de que ele constitui, em sua existência mesma e em sua forma, não apenas uma violação das leis da sociedade, mas uma violação as leis da natureza” (FOUCAULT, 2001, p. 69).

²⁸ Jornal *Diário da Borborema*, Campina Grande-PB, 26 de março de 2004, p. A1.

Ainda segundo Foucault, o monstro é aquilo que mistura o impossível com o proibido. Pode o jovem Euclides ser considerado um monstro? Provavelmente foi essa a imagem deixada. Afinal, para muitos, só um monstro seria capaz de matar a própria mãe. Tem-se, assim, o assassinato como ato proibido, visto que o homicídio é um crime contra a vida, e impossível, se levar em consideração que não é aceitável o ato que foi feito. No caso sendo ainda mais hediondo por tratar-se da mãe do sujeito a quem o crime foi imputado.

Outro personagem descrito por Foucault (2001) que apareceu no século XVIII foi o “indivíduo a ser corrigido”. Este sujeito irá aparecer no contexto da família mesma ou ainda na relação família-instituição. Para fazer uma comparação, “o monstro é, por definição, uma exceção; o indivíduo a ser corrigido é um fenômeno corrente” (FOUCAULT, 2001, p. 72). Se a família fracassar na correção, instituições específicas devem tomar a frente. O anormal do século XIX também será um sujeito incorrigível, o qual deverá ser colocado em instituições, a fim de conquistar a corrigibilidade.

Euclides, por furtar na cidade, havia sido punido com a internação no Lar do Garoto²⁹. Usuário de drogas, a família não conseguia contê-lo, muito menos quando suas agressões eram praticadas. Não se sabe se aquele rapaz já havia sido levado para fazer algum tratamento, mas por ter fugido após cometer o crime contra a mãe, supõe-se que ele é resistente. A sociedade, bem como sua família, provavelmente deseja a sua correção. Ou seria essa correção considerada impossível, já que ele cometeu um crime considerado monstruoso pelo fato da vítima ser a própria mãe?

O terceiro elemento analisado por Michel Foucault (2001) é o “masturbador”, no qual o seu campo de aparecimento é mais restrito do que a natureza e a família. O espaço é a cama, o quarto, o corpo e a sua frequência é quase universal. Tem-se, dessa forma, uma anomalia sexual.³⁰

Esses três elementos permitem pensar o que será descrito como anormal no século XX. Na teoria foucaultiana, diferentes imagens vão surgindo ao longo do tempo no intuito de manter as práticas de exclusão e controle. Pode-se inserir neste contexto os usuários de drogas. O *crack*, por exemplo, é a droga apresentada na mídia como responsável por provocar uma epidemia na contemporaneidade, já que, segundo ela, é necessário apenas um contato

²⁹ Localizado na cidade de Lagoa Seca-PB, o Lar do Garoto Padre Otávio Santos é uma instituição que abriga adolescentes infratores.

³⁰ Cito também o terceiro elemento a fim de ilustrar todos os que foram descritos por Foucault, embora minha pesquisa não esteja focada neste em específico.

para o usuário se tornar dependente. Segundo matéria do jornal *Diário da Borborema*, do dia 28 de janeiro de 2001, Campina Grande estava inserida na rota do *crack*. A droga saía de Natal-RN, passava pela cidade e seguia para Caruaru para ser vendida no interior de Pernambuco.

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas considera a Redução de Danos³¹ no trato de consumidores de substâncias psicoativas. Entretanto, a saída que é reiterada constantemente pela mídia para usuários de *crack* é a internação em instituições especializadas. Submetido ao saber médico e ao poder jurídico, o usuário não mais escolhe a forma de lidar com o consumo, perdendo autonomia e liberdade na sua trajetória de vida (AIRES, 2016, p. 8).

A internação³² se apoiou na lei 10.216/2001 para internar sujeitos em situações em que todos os recursos extra-hospitalares tenham sido insuficientes. Nesse contexto, pode-se observar o indivíduo incorrigível que necessita de uma instituição para lhe auxiliar na corrigibilidade. O sujeito é internado por já não possuir o controle da sua racionalidade. Indivíduos anormais, banalizados e excluídos da sociedade por não conseguirem, quando sob efeito das drogas, controlar os próprios impulsos.

De acordo com a concepção médica atual, a droga retira a autonomia, vontade e capacidade de decisão do sujeito. O *crack*, por exemplo, inibe a recaptura de neurotransmissores pelos receptores pré-sinápticos – dopamina, noradrenalina e serotonina – que são responsáveis pelo controle de impulsos, sensações de prazer e poder, planejamento e pensamento (AIRES, 2016, p. 10).

Corroborando com o citado acima de que a mídia reforça o problema das drogas, no dia 5 de fevereiro de 2000, o jornal *Diário da Borborema* informou que prêmios estavam sendo oferecidos para instituições, escolas, empresas e pessoas que desenvolvessem ações de prevenção ao uso de drogas no âmbito de suas atividades na Paraíba. A meta para o ano era de 30% de redução e a família representaria um papel importante, pois o objetivo principal seria acabar com as drogas.

³¹ No próximo capítulo tratarei da temática da redução de danos.

³² A Lei 13.840 de 5 de junho de 2019 alterou a lei 11.343 de 23 de agosto de 2006, determinando, dentre outras, a existência de dois tipos de internação: voluntária, feita sob o consentimento do usuário, e involuntária, realizada após a formalização da decisão por médico responsável e devendo ser perdurada apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 dias.

Segundo Mota (2008), a relação entre drogas e criminalidade acontece em no mínimo quatro formas: a primeira é a posse não autorizada de substâncias psicoativas consideradas ilegais; a segunda é no comportamento inconsequente do usuário quando ingere exageradas substâncias, resultando em crimes e agressões; a terceira se refere à prática de delitos a fim de comprar drogas para sustentar o vício; a quarta diz respeito ao narcotráfico e às operações ilegais de “lavagem de dinheiro”.

A maconha se tornou ilegal nos fins do século XIX e início do XX. Nos Estados Unidos, os imigrantes mexicanos tinham o hábito de fumá-la sem se importarem com a dependência ou indícios de criminalidade que estavam associados à prática de fumar maconha. Em 1937, o Congresso Norte-americano votou a Legislação de Taxação da Maconha para erradicar a droga. O resultado disso foi o surgimento de um grupo de desviantes chamados maconheiros. Uma intensa campanha passou a ser realizada para divulgar os malefícios trazidos pela droga, a exemplo de comportamento agressivo, violação do autocontrole, atentado ao pudor, incitação à criminalidade, dentre outros. Anteriormente, essas mesmas proibições já haviam sido utilizadas para o álcool (MOTA, 2008, p. 113).

Entre 1935 e 1939, revistas populares começaram a publicar diversos artigos sobre a maconha:

Uma família inteira foi assassinada por um jovem viciado (em maconha) na Flórida. Quando os funcionários chegaram na casa encontraram o jovem cambaleando num matadouro humano. Com um machado ele havia morto seu pai, sua mãe, dois irmãos e uma irmã. Parecia estar entorpecido... Não se lembrava de haver cometido o crime múltiplo. Os funcionários o conheciam como um jovem bastante quieto e equilibrado; agora ele estava enlouquecido e causava pena. Buscaram a razão. O rapaz disse que havia adquirido o hábito de fumar algo que seus jovens amigos chamavam de ‘muggles’, um nome infantil para a maconha (Anslinger *apud* MOTA, 2008, p. 114).

A matéria acima foi extraída do *American Magazine*, mas muito se assemelha ao exemplo do crime cometido pelo jovem Euclides Fernando, em Campina Grande, e veiculado pelo jornal *Diário da Borborema*, caso este citado anteriormente. Tem-se dois jovens que cometeram crimes por estarem sob efeito das drogas. A diferença é que o rapaz paraibano já possuía um histórico de mau comportamento.

No Brasil, a caminhada contra a maconha foi iniciada pelos médicos já nos anos 1920-1930. A condenação à marginalidade era atribuída em maior escala para usuários negros,

indígenas e trabalhadores pobres do Norte e Nordeste. A penalização em lei só veio a acontecer em 1934. A partir de 1950 a imprensa auxiliou no combate contra a maconha. A classe média começou a fazer uso a partir de 1960 através, principalmente, do movimento *hippie* (MOTA, 2008, p. 115).

O regime militar deu um impulso maior à proibição do uso da maconha. Os usuários passaram a ser vistos como um problema, sendo taxados de indivíduos de alta periculosidade. Em 1976, uma legislação foi formulada, passando o usuário a ser visto sob o aspecto de criminoso ou doente, aspectos estes que foram sendo passados ao longo dos anos e ainda vigoram atualmente (MOTA, 2008, p. 115).

É impensável um discurso que apoie a legalização das drogas. Quando a mídia apresenta cenas de violências causadas por sujeitos sob efeitos de drogas e violências associadas ao narcotráfico, aumenta na população o desejo de combate às mesmas. É possível notar isso ao analisar as matérias no próprio jornal *Diário da Borborema*.

No dia 12 de fevereiro de 2000, a matéria do jornal *Diário da Borborema* abordou:

A prevenção às drogas é a forma mais viável de se fugir delas. A Organização Mundial de Saúde alerta que as pessoas têm mais chances de usar drogas quando são mal informadas sobre o assunto. Ela cita que muitos usuários de crack não sabiam que ele causava danos irreversíveis quando experimentaram a droga pela primeira vez. A situação em que se encontra o ex-polegar, Rafael, que está internado numa clínica para se livrar do vício do crack, tem levado às pessoas sentirem dó. Numa crise de abstinência, - sintomas que acometem o dependente químico quando ele está privado da droga – na quinta-feira passada, o ex-polegar desesperadamente, ingeriu três isqueiros, uma tesoura e outros objetos. Resultado: teve que se submeter a uma cirurgia de urgência para não morrer. O pior de tudo é que ele já passou por outras crises superiores, conforme o noticiário.³³

A proibição das drogas não ganha força apenas por causa de um decreto. A opinião pública é bem mais forte. A estigmatização dos usuários de drogas ilícitas é grande, levando-os a uma marginalização. A figura do drogado, por exemplo, foi criada pelas políticas oficiais de enfrentamento ao problema das drogas. São esses estigmas que dificultam a reinserção social de um dependente químico (MOTA, 2008, p.127).

A preocupação com o tráfico também é demonstrada no jornal:

³³ Jornal *Diário da Borborema*, Campina Grande-PB, 12 de fevereiro de 2000, p. 7.

A implantação de Patrulhas Escolares, com rondas exclusivas nas escolas da rede estadual de ensino e a intensiva criação dos Comitês Antidrogas – CADS, que visam a educação preventiva numa ação conjunta entre professores, pais, alunos e direção dos estabelecimentos escolares. Estas serão algumas das medidas preliminares adotadas no Projeto Escola Segura – Serviço de Apoio à Repressão às Drogas nas escolas, elaborado pela Secretaria de Cidadania e Justiça, através do Conselho Estadual de Entorpecentes – CONEN-PB, para ser implementado no início do semestre letivo-2000, visando o combate ostensivo ao tráfico e uso de drogas nos estabelecimentos escolares do Estado.³⁴

Este projeto, de acordo com a matéria, surgiu após uma pesquisa realizada pela Curadoria da Infância e Juventude e a UFPB, onde foi constatado que cresceu o número de adolescentes usuários de drogas, estas que levam à dependência química e psíquica, resultando na marginalidade.

A pesquisa mostrou que a escola tem sido, cada dia mais, alvo das investidas dos traficantes que usam os próprios alunos usuários para aliciarem outros jovens. O objetivo maior do projeto é trazer a segurança para a escola. Praticamente todas as matérias tocam na mesma tecla: as drogas são abomináveis, elas trazem sérios riscos para os usuários e para aqueles que estão próximos, sendo responsáveis por introduzir os sujeitos no mundo da criminalidade.

O Estado permeia entre ações que se dividem entre punir ou tratar o consumidor de drogas. Ari Bassi Nascimento (2006) defende a existência de filosofias que norteiam as políticas públicas. As consequências das ações orientadas pela criminalidade são prisão, aplicação de medida de segurança ou transação penal. A segunda filosofia diz respeito à necessidade de cuidar dos usuários, utilizando o trato médico e psicológico.

Apesar do intento combate e das campanhas desenvolvidas para reduzir o uso e o tráfico de maconha, em Campina Grande, o produto continua sendo utilizado em larga escala, vindo principalmente de Pernambuco, onde os plantios proliferam quase que abertamente. A zona leste está em primeiro lugar.³⁵

³⁴ Jornal *Diário da Borborema*, Campina Grande-PB, 16 de janeiro de 2000, p. 6.

³⁵ Jornal *Diário da Borborema*, Campina Grande-PB, 02 de janeiro de 2000, p. 4.

A zona leste³⁶ da cidade é composta por alguns bairros populares, o que chama a atenção por estar em primeiro lugar em relação ao tráfico. Segundo Mota (2008), o dano causado pelo abuso de drogas é maior em bairros segregados devido à carência de serviços médicos e educacionais, bem como da repressão policial encarregada de brutalizar os usuários. Os jovens brasileiros pobres e usuários de drogas se sentem atraídos pelas mesmas, como consequência³⁷ de escolas de má qualidade, falta de espaços de lazer e poucas oportunidades de trabalho. Quando estão mais próximos de ponto de vendas de drogas, os jovens se tornam mais vulneráveis para utilizá-las.

Assolada pelas drogas, a Paraíba precisava tomar medidas, assim anunciava as matérias do *Diário da Borborema*:

A secretaria da Cidadania e Justiça realizará no dia 17 de fevereiro de 2000, o I Fórum Nordestino de Prevenção ao Uso de Drogas. A decisão foi comunicada na última quarta-feira, durante a reunião do Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN). De acordo com a programação, a abertura do evento está prevista para as 8h, com a presença do governador José Maranhão. Durante o encontro serão debatidos temas como “as drogas perante o texto Constitucional”, “aspectos legais das drogas” e o “papel da imprensa na prevenção ao uso de entorpecentes. Durante a reunião do CONEN, o sanitarista Jair Mirante, autor do livro “Overclose”, mostrou uma pesquisa realizada em parceria entre a Secretaria de Saúde e o CONEN, em João Pessoa. Ele disse que dos jovens entrevistados, 51% afirmaram que já tinham utilizado algum tipo de droga. O álcool foi apontado como a bebida mais consumida pelos adolescentes.³⁸

Embora muitas pessoas digam que em algum momento da vida já provaram algum tipo de droga, isso não significa dizer que são viciadas. Muitas utilizam apenas uma vez.

Mais uma matéria sobre a zona leste é apresentada pelo jornal *Diário da Borborema*, dessa vez apontando números, no dia 30 de janeiro de 2000. Segundo dados da pesquisa citada no jornal, Campina Grande apresentava altos índices de maconha vinda de Pernambuco, enquanto que o haxixe era encontrado em baixa quantidade. A cocaína, por sua vez, não havia chegado ainda na cidade.

³⁶ A zona leste de Campina Grande engloba os bairros: Belo Monte, Castelo Branco, Glória, José Pinheiro, Mirante, Monte Castelo, Nova Brasília, Santo Antônio, Vila Cabral.

³⁷ Não tomo essa consequência como única

³⁸ Jornal *Diário da Borborema*, Campina Grande-PB, 02 de janeiro de 2000, p. 4

Pude notar que praticamente todos os meses, desde o ano 2000 até a inauguração do Caps-Ad na cidade, o jornal apresenta matérias sobre as drogas, sejam elas abordando as consequências do seu uso, seja tratando do seu combate, visto que a melhor saída, segundo os discursos dos jornais e suas matérias, é não provar nenhum tipo de droga. As instituições se organizam, dessa forma, nesse combate, pois a imagem apresentada pela mídia é que existe uma necessidade de pôr fim a esse mal que há décadas destrói famílias e a sociedade como um todo.

Analisando estas matérias é possível perceber que estas demarcações de fronteiras entre drogados e não drogados definidas pelos jornais afirmam e reafirmam o que Tomaz Tadeu da Silva (2014) chama de relações de poder. Campina Grande precisava, neste momento mais do que nunca, de uma diferenciação entre aqueles que necessitavam de tratamento e os que não necessitavam, e é justamente essa diferenciação que fará parte de “um processo central pelo qual a identidade e a diferença são produzidas” (SILVA, 2014, p. 81).

A identidade do dependente químico será produzida a partir da diferença que o mesmo apresenta com os sujeitos que não são dependentes químicos, visto que, usando um exemplo bem geral, estes últimos não perdem autonomia, vontade e decisão do sujeito devido ao consumo das substâncias químicas.

Dessa forma, pode-se pensar que a identidade do drogado faz parte de uma relação de poder e foi imposta por uma sociedade hierarquizada que deseja classificar para excluir e demarca as fronteiras entre o normal e o anormal, o perigo e o seguro, quem deve ficar e quem não deve ficar entre os considerados cidadãos de bem, questões estas que são indicadores, conforme descrito por Silva (2014), de posições-de-sujeito, fortemente marcados por relações de poder.

A sociedade classifica a vida em seus diversos âmbitos e esta classificação divide e ordena o mundo social em grupos e classes. A identidade e a diferença estão relacionadas às formas pelas quais a sociedade produz e utiliza classificações, estas que são feitas a partir do ponto de vista da identidade (SILVA, 2014, p. 82). Quando o jornal classifica os sujeitos usuários de drogas enquanto drogados, ele atribui valores a estes grupos, associando-os a uma imagem negativa, anormal, conseqüentemente desvalorizando-os.

Ainda de acordo com Silva (2014),

A normalização é um dos processos pelos quais o poder se manifesta no campo da identidade e da diferença. Normalizar significa eleger – arbitrariamente – uma identidade específica como o parâmetro em relação ao qual as outras identidades são avaliadas e hierarquizadas. Normalizar significa atribuir a essa identidade todas as características possíveis, em relação às quais as outras identidades só podem ser avaliadas de forma negativa (SILVA, 2014, p. 83).

Numa sociedade dita normal, o drogado não se enquadra, pois ele causa problemas e precisa ser afastado porque sua identidade não é a identidade desejável, muito menos normal. A sociedade hierarquizada não oferece espaço para ele, por isso ele é excluído a fim de ser tratado. Aliás, a sociedade hierarquizada oferece um espaço que não seja próximo daqueles que contribuem positivamente com o progresso moral da sociedade.

Michel Foucault (1996) observa os mecanismos de ligação e de exclusão entre sujeito e discurso ao falar de condições de funcionamento do discurso. Dentre esses procedimentos observados está o ritual que

Define a qualificação que devem possuir os indivíduos que falam; define os gestos, os comportamentos, as circunstâncias, e todo o conjunto de signos que devem acompanhar o discurso; fixa, enfim, a eficácia suposta ou imposta das palavras, seu efeito sobre aqueles aos quais se dirigem, os limites de seu valor de coerção (FOUCAULT, 1996, p. 39).

O ritual organiza internamente como e quem deve falar ou quem deve se apossar do discurso. Esses discursos serão mantidos, organizados e circulados por meio de uma sociedade de discurso. A questão é que essas sociedades de discurso restringem a circulação do discurso dentro delas mesmo. Os sujeitos descritos nas matérias jornalísticas citadas acima são definidos por uma sociedade do discurso que visa restringi-los, tendo em vista o problema que eles causam na sociedade. Poucos são os que têm voz nessa sociedade e o jornal é o meio utilizado pelas minorias dominantes.

Alguns estabelecimentos foram surgindo em Campina Grande para dar conta deste “problema” que foi crescendo com o passar do tempo. Em 22 de outubro de 2000, saiu a notícia dos benefícios do Centro Terapêutico do Adolescente Desembargador Raphael Carneiro Arnaud – CETA³⁹ que seria inaugurado, este como sendo uma iniciativa inédita no

³⁹ O CETA foi instalado no município de Alhandra-PB, mais precisamente no sítio Riacho.

Brasil criado um ano antes pelo Sistema de Justiça da Infância e da Juventude na Paraíba para atender dependentes de drogas.

Abrigando adolescentes carentes, o tratamento no CETA consistia na assistência diária de uma equipe multiprofissional como psicólogos, assistente social, enfermeiros e médicos e nas atividades de terapia ocupacional. Atividades agropecuárias eram desenvolvidas pelos adolescentes, bem como datilografia e curso de mecânica automóvel. Um teólogo era responsável pela direção do local, acreditando-se na ideia de que a formação cristã seria de fundamental importância para a recuperação dos jovens.

Dois meses após essa matéria, uma outra é publicada, afirmando que um centro para drogados seria inaugurado. Mais uma vez este termo foi utilizado para se referir aos dependentes químicos.

Será inaugurado no próximo mês de janeiro o Centro de Recuperação de Drogados de Campina Grande, que será mantido pela Prefeitura Municipal. O projeto, de iniciativa da Secretaria de Trabalho e Ação Social (Setras), terá como objetivo o tratamento de drogados [...] No Centro será desenvolvido um trabalho assistencial religioso, que se empenhará na evangelização dos internos. A ideia do trabalho é a de exemplificar as ações do amor na figura de Jesus Cristo.⁴⁰

Pode-se notar, mais uma vez, a iniciativa religiosa para tratar a dependência química. Em fevereiro de 2001 o Centro estava prestes a ser inaugurado e novamente é dado ênfase à religiosidade. José Luiz Júnior, o idealizador, afirmava que pôde conhecer vários centros de recuperação de drogados no Brasil, mas quase nenhum apresentava êxito pelo fato dos locais não disporem de palestras bíblicas.

Enquanto alguns segmentos da sociedade se preocupavam com a instalação de lugares para tratamento de dependentes químicos, os já existentes estavam deixando a desejar.

O crescente número de pessoas fazendo uso descontrolado de bebidas alcoólicas e de outras drogas tem gerado até lista de espera para o internamento em hospitais psiquiátricos que oferecem serviços especializados. O Hospital Psiquiátrico João Ribeiro, em Campina Grande, mantém uma enfermagem específica para o tratamento de dependentes de

⁴⁰ Jornal *Diário da Borborema*, Campina Grande-PB, 09 de dezembro de 2000, p. B6.

álcool e drogaditos em geral, registrando sempre um número extra de pessoas interessadas no tratamento.⁴¹

Campina Grande não estava conseguindo dar conta do “problema das drogas”, tendo em vista que, apesar do tratamento e de todas as medidas tomadas, o índice de reincidência era alto. Precisava-se fazer muito mais, pois os dados, segundo o jornal, preocupavam a sociedade.

Uma pesquisa realizada pela prefeitura de Campina Grande, financiada pelo Ministério da Saúde, constatou que 75% dos jovens campinenses, entre 13 e 18 anos, consomem algum tipo de droga ilícita. A pesquisa foi realizada de julho a novembro de 2001, por 40 estudantes do curso de Psicologia da UEPB.⁴²

Era clara a insatisfação com a proporção do consumo de drogas que aumentava. As matérias questionavam: “se agora está assim, imagine daqui a 10 anos”.

Enquanto as matérias focavam no combate às drogas, nas instituições que buscavam soluções, outras também versavam sobre as condições do Hospital João Ribeiro que estavam precárias. A vigilância sanitária começou a fazer inspeções a fim de sanar irregularidades.

A seguir trarei algumas matérias que focam nos problemas do primeiro hospital psiquiátrico de Campina Grande, que foi descrito no capítulo anterior, lugar este que também não estava “resolvendo” o problema das drogas na cidade. Antes de analisar as matérias no âmbito da desinstitucionalização, fez-se necessário contextualizar o processo de desinstitucionalização que abarcou o Brasil como um todo até chegar à cidade paraibana.

2.2 – O processo de desinstitucionalização em Campina Grande-PB

Nos anos de 1980, o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental engajou-se mais ainda no âmbito da saúde mental, denunciando os maus tratos sofridos pelos internos dos hospitais psiquiátricos, bem como as péssimas condições as quais os mesmos estavam submetidos. Era exigido que o governo tomasse alguma atitude diante destes problemas. Em resposta, no ano de 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental. O movimento foi sendo ampliado, passando a ser conhecido como Movimento da Luta

⁴¹ Jornal *Diário da Borborema*, Campina Grande-PB, 07 de abril de 2001, p. 4.

⁴² Jornal *Diário da Borborema*, Campina Grande-PB, 09 de dezembro de 2000, p. B6.

Antimanicomial, adotando como lema “por uma sociedade sem manicômios” (AZEVEDO, 2010, p. 17).

Na década de 1990 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental e os engajados na causa exigiam do governo a Reforma Psiquiátrica no Brasil para alterar a forma de cuidado dada aos pacientes na saúde mental. Foi sugerida a extensão progressiva dos manicômios e sua substituição por outros serviços assistenciais. A Reforma deu espaço para que as discussões sobre a forma de pensar na saúde mental tomassem novos rumos. A prática profissional também passou a ser debatida no intuito de melhorar toda a assistência de saúde (AZEVEDO, 2010, p. 18).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os hospitais dia⁴³, os Centros de Convivência, bem como outros serviços foram sendo abertos para reabilitar e incluir na sociedade os considerados doentes mentais. Ainda na década de 1990, diversos estados e municípios, influenciados pelo movimento antimanicomial, criaram e aprovaram projetos de lei da Reforma Psiquiátrica no intuito de implantar o novo modelo de assistência que priorizava a desospitalização, a desinstitucionalização e o cuidado extra-hospitalar através do Caps (AZEVEDO, 2010, p. 18).

Entretanto, apenas em 1992 o Ministério da Saúde reconheceu a existência dos serviços substitutivos e passou a regulamentar os mesmos por meio da portaria nº 224/92. A responsabilidade destes serviços era o cuidado com os pacientes vindos dos hospitais psiquiátricos. Com a publicação desta portaria, o número de Caps e Naps aumentou.

O Brasil, no entanto, já havia assinado documentos internacionais, a exemplo da Declaração de Caracas de 1990, e realizado as conferências nacionais, mas apenas em 2001 foi publicada a Lei nº 10.216/01 da Reforma Psiquiátrica Brasileira, representando, dessa forma, um marco na história psiquiátrica do país. Tendo como autor o deputado Paulo Delgado, a lei tramitou por 12 anos no Congresso Nacional. Com sua aprovação em 2001, iniciou-se o processo de expansão do Caps (AZEVEDO, 2010, p. 18).

No ano de 1990 foi inaugurado na cidade de Campina Grande o primeiro Núcleo de Assistência Psiquiátrica (NAP), antes mesmo que as ações e serviços de saúde no município fossem municipalizadas. O NAP funcionava como um acompanhamento ambulatorial de adolescentes, adultos e idosos egressos dos hospitais psiquiátricos da cidade. As Conferências Municipais ocorreram em 1991 e 1996, tecendo diálogos embasados nos discursos da

⁴³ Modalidade de atendimento médico destinado à pacientes que precisam de cuidados por no máximo 12 horas.

Reforma Psiquiátrica. Entretanto, os problemas encontrados na saúde mental da cidade não foram solucionados (AZEVEDO, 2010, p. 35).

Em 1994 foi iniciada a expansão da rede de atenção básica à saúde de Campina Grande por meio da implantação do Programa de Saúde da Família, juntamente com mais treze municípios de forma pioneira no Brasil. A referência para esta implantação foi a experiência de Cuba e de Niterói-RJ.

No ano de 2001 foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental que utilizou como tema “Cuidar, sim. Excluir, não”, proposto pela Organização Mundial da Saúde. Já em 2002 instituiu-se o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), constituindo-se como o primeiro processo avaliativo sistemático e anual dos hospitais psiquiátricos no Brasil. O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) também foi criado, e ambos contribuíram com a redução e substituição de leitos psiquiátricos, em especial aqueles de longa permanência (AZEVEDO, 2010, p. 26).

Apenas em 2002, após a aprovação da Lei Municipal de Saúde Mental nº 4.068 de Campina Grande, esta que antecedeu a Lei de Reforma Psiquiátrica nº 7.639 homologada no estado da Paraíba em 23 de julho de 2004, os avanços foram sendo mostrados. A lei fixou diretrizes para a saúde mental, dispôs sobre a promoção de saúde e reintegração social do portador de sofrimento mental, além de determinar a implantação de ações e serviços de saúde mental em substituição aos hospitais psiquiátricos (AZEVEDO, 2010, p. 36).

Depois da terceira Conferência Nacional, apenas em 2010 foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, tendo como tema “Saúde Mental, direito e compromisso de todos”. A necessidade de garantir os direitos das pessoas em sofrimento psíquico foi ampliada e novos parceiros se articularam, a exemplo da Secretaria Especial de Direitos Humanos, Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério da Justiça, Ministério da Cultura, Ministério da Educação e o Ministério do Trabalho. Esta articulação permitiu que a saúde fosse pensada como um compromisso de todos (AZEVEDO, 2010, p. 27-28).

Em 11 anos, o Brasil reduziu em 38,7% os leitos de hospitais psiquiátricos, substituindo-os por outros serviços como o Caps. Em 2005 eram 40.942 leitos psiquiátricos e em dezembro de 2016 os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) computavam apenas 25.097 leitos e uma redução do percentual de gastos com a rede

hospitalar de 75,24% para 28,91%. Em paralelo, a quantidade de Caps subiu de 424, em 2005, para 2.500 em 2019 (BRASIL, 2019).

De acordo com o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado da Paraíba 2019-2022, o estado possui 110 Caps e 14 residências terapêuticas, estas que se configuram também como um dos principais equipamentos para a efetivação de processos de desinstitucionalização e atuam em parceria com os Caps.

Durante muito tempo, o modelo psiquiátrico oferecido em Campina Grande era o hospitalocêntrico⁴⁴ privado, tendo em vista que a Secretaria de Saúde transferia mais de R\$ 200 mil mensais para o Hospital João Ribeiro e para o Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande (Clínica Dr. Maia), também privado e ainda em funcionamento atualmente. (AZEVEDO, 2010, p. 34). Não havia, com esses modelos, uma preocupação em reintegrar e incluir os sujeitos na sociedade, em devolver-lhes a dignidade da pessoa humana.

De acordo com Sasaki (1997), os movimentos de inclusão iniciaram-se na segunda metade dos anos 1980 nos países mais desenvolvidos e tomaram impulso na década de 1990, esperando-se um maior desenvolvimento nos demais países nos primeiros 10 anos do século XXI, algo que de fato aconteceu e vem acontecendo. A sociedade almejada seria aquela baseada nos princípios da celebração das diferenças, do direito de pertencer, valorização da diversidade humana, solidariedade humanitária, igual importância das minorias e cidadania com qualidade de vida. Assim sendo, a ideia de integração social surgiu como forma de findar a prática da exclusão social.

Entretanto, os diálogos acerca da reinserção social e econômica das pessoas com transtornos mentais, segundo o Ministério da Saúde, só foram iniciados em 2004 pelo Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego. Alguns programas de geração de renda também foram sendo desenvolvidos.

Os Caps, por sua vez, passaram a reconstruir vários aspectos da vida daqueles que sofriam com os mais diversos transtornos mentais, a fim de incluí-los na sociedade e promover a efetivação do princípio da cidadania que é garantia de todos.

Diversos grupos foram surgindo a fim de dar continuidade a debates proferidos pela Reforma Psiquiátrica, estes que ganharam mais espaço na cidade de Campina Grande com a

⁴⁴ Modelo centrado na internação e no atendimento em hospitais gerais.

inauguração do primeiro Caps, o Caps II - Novo Tempo, no ano de 2003. Dessa forma, uma rede extra-hospitalar de saúde mental foi sendo desenvolvida (AZEVEDO, 2010, p. 37).

A intervenção federal no Hospital João Ribeiro foi iniciada, e mesmo tendo sido descredenciado pelo SUS em 2003, só teve seu processo de intervenção iniciado de forma processual no ano de 2004. O objetivo era fazer com que os pacientes que por muito tempo estiveram enclausurados e segregados dentro dos manicômios pudessem voltar ao convívio social.

No século passado, a inauguração do primeiro hospital psiquiátrico de Campina Grande prometia a cura dos males causados pela sociedade considerada doente. Aquela instituição moderna e com profissionais qualificados prometia isto. O século XXI, por sua vez, apresentou o oposto do que foi narrado, pois as matérias dos jornais, que antes enalteciam o Hospital João Ribeiro, passaram a denunciar o descaso vivido pelos pacientes. A intervenção psiquiátrica trouxe à tona todas as irregularidades escondidas atrás dos portões daquela instituição.

[...] não é apenas a instituição que é reconstruída, mas os pacientes que habitavam suas dependências também passaram a ganhar outros significados. A loucura começa a ser humanizada. O que antes estava mais próximo da animalidade, agora passa a ser contestado justamente por serem tratados como animais (BRITO, 2011, p. 112).

A dissertação de mestrado de Fernando Sfair Kinker (2007), que narra sua experiência como interventor no Hospital João Ribeiro na década de 2000, mostra como funcionava o momento destinado à medicalização dos pacientes: “uma enfermeira, que, carregando uma bandeja repleta de comprimidos coloridos, depositava nas mãos de cada componente de uma longa fila a ração química que lhe cabia” (KINKER, 2007, p. 15). O ano descrito por Kinker é 2005, mas a imagem se assemelha aos discursos de pacientes que viveram a realidade dos manicômios em décadas anteriores.

Kinker narra aquele local que possuía em cada corredor um portão de ferro com seguranças que visavam apenas vigiar aqueles sujeitos. A função deles era abrir e fechar os portões. O ambiente encontrado pelo interventor não possuía colchões, água nos banheiros, a iluminação era precária, bem como as roupas e os sabonetes para o banho, este que era

coletivo, onde se utilizava creolina⁴⁵ para tentar amenizar a sarna dos pacientes, tendo em vista a falta de remédios para este fim.

Para alguns acontecimentos, justificativas eram apresentadas:

A falta de colchões devia-se à “prudência” de não substituí-los desnecessariamente num ambiente em que eram comuns as disputas e lutas corporais por pedaços de espuma para evitar o contato do corpo com o chão gelado ou com a madeira áspera e dura dos estrados das camas. A falta de lâmpadas era também pensada e “estratégica”. Os internos, segundo alguns profissionais, “atacavam” as lâmpadas que, estilhaçadas, arriscavam cortar-lhes as mãos (KINKER, 2007, p. 16).

Segundo Kinker, essas cenas de incivildades correspondiam à falta de afeto, falta de atenção, falta de pessoas para poder dialogar. As suas vidas estavam reservadas àqueles portões de ferro, fechados para evitar uma fuga.

O autor continua narrando sua inspeção, dessa vez falando sobre o odor de fezes e urina que era bastante forte, pois não existiam locais certos para os pacientes utilizarem. Os corpos nus e rodeados de moscas eram constantes. A culpa de toda essa desumanização era dada aos pacientes, afinal, eram considerados “anormais”.

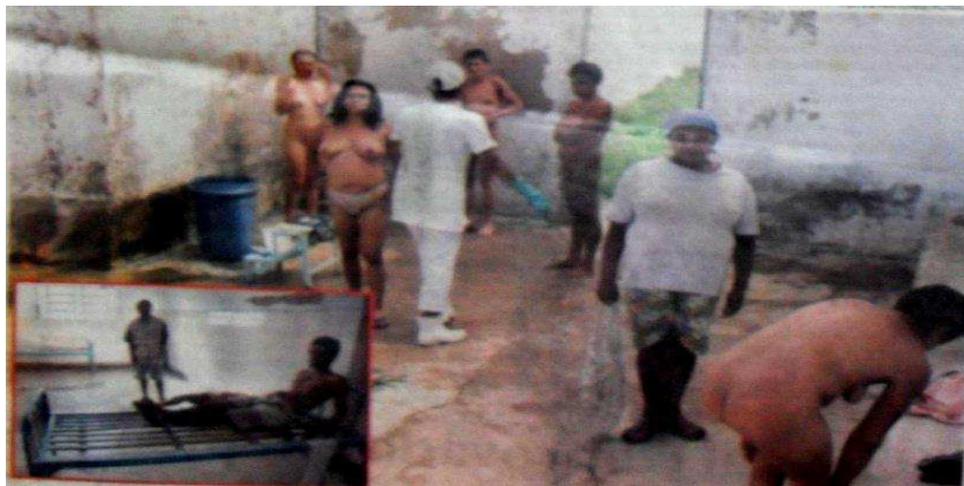


Imagem 6: Pacientes do Hospital João Ribeiro

Fonte: Jornal *Correio da Paraíba*, 28 de abril de 2005

Vendo esta imagem, o leitor consegue personificar as imagens narradas por Kinker, uma situação de alto descaso a que aquelas pessoas estavam submetidas. A narrativa tem este

⁴⁵ De acordo com a bula, creolina é indicado como desinfetante em instalações pecuárias, para o preparo do campo operatório em intervenções cirúrgicas e para o tratamento de miíases (bicheiras).

poder de chocar, entretanto, as imagens chocam ainda mais. Não se oferecia o que faltava. Provavelmente os dias pareciam ser uma eternidade dentro deste ambiente que mais se assemelhava a um filme de terror. Onde se pode ver aquele ambiente moderno descrito outrora pelos jornais e que se referia a esta instituição? Esta imagem representa, na verdade, o oposto do progresso que tanto foi almejado (ou seria melhor dizer “propagandeado” e não levado adiante por quem era responsável no controle administrativo?).

A mortificação do eu descrita por Goffman (1974) pode ser observada nos relatos de Kinker, nas imagens do jornal e também nas falas daqueles que viveram nesta instituição. A identidade destes sujeitos havia sido destituída e eles sequer tinham condições mínimas de existência. Não mereciam um colchão, pois o destruíam. O mundo externo não estava ao alcance, porque muitos ali não possuíam mais o contato com os familiares. Foram abandonados e aquele ambiente fétido foi transformado em lar.

Segundo Stuart Hall (2006), as sociedades modernas, a partir do século XX, foram sofrendo mudanças no sentido estrutural, mudanças estas que alteraram também as identidades pessoais dos sujeitos, abalando o que pensamos sobre nós mesmos. De acordo com Hall, existem três concepções de identidade. São elas: a identidade do sujeito do Iluminismo, o sujeito sociológico e o sujeito pós-moderno. O primeiro estava voltado para a razão, para o sujeito humano como um indivíduo centrado. Dessa forma, a identidade seria algo inerente da pessoa, esta que já nascia com determinada identidade. O segundo relaciona-se à identidade formada a partir da interação entre o eu e a sociedade. O sujeito, nessa perspectiva, teria uma essência interior, chamada de “eu real” que seria modificado pelo mundo exterior. Todavia, a junção do eu real com o mundo exterior tornaria ambos unificados, estabilizando, assim, os sujeitos e os mundos culturais. O último sujeito diz respeito à atualidade, onde a identidade do indivíduo é fragmentada, pois todos os dias ele recebe influências do meio externo, podendo questionar os acontecimentos e o mundo como um todo, além de poder assumir identidades diferentes em momentos distintos (HALL, 2006).

A pós-modernidade fragmentou e desconstruiu as identidades pessoais relacionadas à raça, etnia, classe, religião, nacionalidade, gênero e sexualidade, deixando de lado a ideia do sujeito enquanto integrado e passando a pensar no descentramento da identidade cultural. Hall (2006) apontou que alguns teóricos passaram a defender que a concepção de sujeito moderno não estava resumida à desagregação, mas sim ao deslocamento. A teoria social e as ciências humanas avançaram nos seus conceitos e esses avanços resultaram no descentramento final daquele primeiro sujeito unificado descrito, também chamado de sujeito cartesiano.

Dois dos teóricos responsáveis por reformular a estrutura do sujeito moderno e por fazer parte dos avanços⁴⁶ que citei acima foram, segundo Hall, Freud e Michel Foucault. O primeiro pautou seus estudos na descoberta do inconsciente. Para ele, “nossas identidades, nossa sexualidade e a estrutura dos nossos desejos são formados com base em processos psíquicos e simbólicos do inconsciente” (HALL, 2006, p. 36), fato este que se afasta da ideia de razão defendida pela identidade do sujeito soberano e trata da identidade como sendo algo formada ao longo do tempo e não como algo inato ao ser humano que aparece com o seu nascimento. A partir dessa análise do inconsciente, Hall sugere a utilização da palavra identificação no lugar de identidade, visto que ela é um processo em andamento.

O segundo teórico que contribuiu com os avanços da teoria social e as ciências humanas, Michel Foucault, desenvolveu discursos a respeito da disciplina e controle exercidos pelas instituições.

O poder disciplinar está preocupado, em primeiro lugar, com a regulação, a vigilância e o governo da espécie humana ou de populações inteiras e, em segundo lugar, do indivíduo e do corpo. Seus locais são aquelas novas instituições que se desenvolveram ao longo do século XIX e que “policiam” e disciplinam as populações modernas [...] O que é particularmente interessante, do ponto de vista da história do sujeito moderno, é que, embora o poder disciplinar de Foucault seja o produto das novas instituições coletivas e de grande escala da modernidade tardia, suas técnicas envolvem uma aplicação do poder e do saber que “individualiza” ainda mais o sujeito e envolve mais intensamente seu corpo (HALL, 2006, p. 42-43).

Os manicômios, por exemplo, mantiveram por muito tempo o controle dos sujeitos a fim de transformá-los em corpos dóceis. Por mais que apresentassem um caráter coletivo, o resultado da internação era a individualização do sujeito. O que aconteceu aos considerados doentes mentais foi essa individualização que aparentemente havia sido deixada de lado séculos atrás. Os mesmos não tinham participação na afirmação da sua identidade. Às instituições totais, mais especificamente aos manicômios, ficava incumbido o poder de legitimar a identidade do doente mental. O sujeito, dito louco e dependente químico pela sociedade, entra no hospital a fim de tratar do seu “problema” e o que deveria ser alvo de uma terapêutica rápida, transforma-se em uma “estadia” de 10, 15, 20 anos. O manicômio produz

⁴⁶ São cinco os avanços na teoria social e nas ciências humanas descritas por Hall (2006). São eles: as tradições do pensamento marxista; a descoberta do inconsciente por Freud; as contribuições do trabalho do linguista estrutural, Ferdinand Sausurre; o trabalho de Michel Foucault; e o impacto do feminismo como crítica teórica e como movimento social.

sua identidade de louco, de sujeito despossuído de suas vestes, do sujeito submetido à convivência forçada. Os movimentos advindos com a Reforma Psiquiátrica vieram para mudar este rumo e possibilitar a existência de um espaço real para que o portador de transtornos mentais exercesse sua autonomia. Ou seja, esses movimentos apresentaram ao sujeito que outrora estava internado uma nova experiência em sociedade, uma nova possibilidade de construção da sua identidade.

Percebe-se, a partir do material acessado nos jornais da época, que em 1963 a inauguração do Hospital João Ribeiro era algo bastante esperado, pois as famílias teriam finalmente para onde levar seus doentes. Assim, havia um espaço socialmente reconhecido para responsabilizar-se pelo “tratamento”. Entretanto, na década de 2000, lado a lado com todas as lutas antimanicomiais, existiam as vozes que falavam em nome dos sujeitos ditos loucos: as famílias. Estas, temerosas por não saberem o que fazer com seus parentes “institucionalizados” quando o Hospital João Ribeiro fechasse. Os novos programas como os Centros de Atenção Psicossociais não agradavam a alguns dos sujeitos com transtornos mentais, bem como àqueles responsáveis pelo cuidado dos mesmos. Da mesma forma que os ditos drogados não poderiam ficar nas ruas, os ditos loucos também não podiam e a ideia de fechamento de uma instituição psiquiátrica causava medo. Onde os sujeitos seriam tratados? A identidade que o hospital psiquiátrico ajudou a construir foi a de sujeitos doentes, sujeitos que não poderiam estar afastados deste modelo institucional e a população aceitou essa representação.

O modelo clássico de psiquiatria, voltado para o isolamento dos sujeitos em hospitais, que envolvia o “alienado” num processo de distanciamento do seu eu e de todos os laços afetivos desenvolvidos num ambiente externo, e que até hoje é visto como solução por muitas pessoas, foi substituído por um modelo de atenção psicossocial de base comunitária com o objetivo de articular um novo estatuto social para as pessoas com transtornos mentais, sistema que foi projetado a partir de ideais que visavam garantir cidadania, respeito, individualidade e, sobretudo, resgatar a capacidade dos pacientes de participarem do universo social, viverem e serem incluídos no âmbito do novo sistema que respeita os direitos humanos, a autonomia e liberdade das pessoas.⁴⁷

⁴⁷ Na teoria, este modelo mostra ser extremamente bom, mas na prática é possível perceber que não é perfeito, visto que o país, com suas políticas públicas voltadas para estes sujeitos, não dá o devido suporte para os que sofrem dos mais diversos transtornos mentais, sobretudo os dependentes químicos, nem para as famílias que representam uma peça importante no tratamento.

O movimento da Reforma Psiquiátrica buscava dar dignidade aos sujeitos que viviam à margem e a imagem abaixo consegue expor um grito por socorro:



Imagem 7: “Homem tem que ser homem”. Frase escrita com fezes nas paredes do Hospital João Ribeiro

Fonte: BRITO, 2011.

A imagem foi veiculada em um jornal da cidade, o *Correio da Paraíba*, no ano de 2005, mas farei um retorno a 1970 a fim de comparação entre relatos em épocas diferentes.

Nos anos de 1970, o perigo apresentado pela maconha adjetivava seus usuários de diversas formas: maconheiro, vagabundo, viciado, sem-vergonha. Foi nessa época que o número de hospitais psiquiátricos aumentou. Chamados de “indústria da loucura”, como dito anteriormente, os hospitais eram construídos e sustentados com recursos públicos (PITTA, 2011, p. 4582-4583).

A ditadura militar, a não democracia, o interesse mercantil dos industriais da loucura, forjaram o cenário favorável ao surgimento de múltiplos focos de movimentos sociais em torno dos maus tratos aos usuários de instituições psiquiátricas manicomial no Brasil (PITTA, 2011, p. 4582-4583).

Austregésilo Carrano, integrante do Movimento da Luta Antimanicomial, narrou suas experiências em manicômios no livro *Canto dos Malditos*. Ele foi internado pela primeira vez em 1974, em plena efervescência da Ditadura Militar. A maior característica do período que vai de 1964 a 1985 foi a restrição do exercício de cidadania e a repressão violenta a todos os movimentos de oposição (SAKAGUCHI; MARCOLAN, 2015, p. 477).

Neste período, os hospitais psiquiátricos receberam pessoas que eram consideradas ameaças à nova configuração política e social. “Os governos militares consolidaram a articulação entre internação asilar e privatização da assistência, com a crescente contratação de leitos e clínicas conveniadas, que rapidamente cresceram para atender a demanda” (SAKAGUCHI; MARCOLAN, 2015, p. 477). Estes lugares passaram a ser responsáveis por fazer uma limpeza social. A assistência científica pautava-se no uso da violência por meio de eletrochoques, torturas e sedações pesadas.

No estudo feito por Sakaguchi e Marcolan (2015) no Hospital Psiquiátrico de Franco da Rocha – Juquery, em São Paulo, os entrevistados dividem a violência sofrida pelos pacientes em duas categorias: violência como sinônimo de cuidado e a violência aos presos políticos.

Diante da não existência de garantias dos direitos civis, os movimentos sociais foram calados pelas prisões, torturas, extermínios e destruição sistemática de suas estruturas organizacionais. Os presos políticos representavam a ideologia central da opressão [...]. Como braço do Estado, o hospício e manicômio passaram a internar pessoas que ameaçavam a ordem instaurada, alçados a aparelhos repressores para auxílio da ditadura. (SAKAGUCHI; MARCOLAN, 2015, p. 480).

Fica claro neste estudo a violência patrocinada pelo Estado, onde aquele era o principal método de manutenção do poder deste.

Esses atos não objetivavam apenas produzir, no corpo da vítima, a dor que a fizesse entrar em conflito com o próprio espírito e renunciar o discurso contra o sistema, mas também imprimir à vítima a destruição moral pela ruptura dos limites emocionais (SAKAGUCHI; MARCOLAN, 2015, p. 480).

Muitas pessoas chegavam aos manicômios e no outro dia estavam mortas. Eram levadas pela polícia, sem nomes e ignoradas, tendo suas subjetividades desprezadas. Os presos políticos eram internados como doentes mentais e a eles eram aplicadas as condutas terapêuticas como o eletrochoque, objetivando a submissão desses sujeitos. O Estado, por sua vez, autorizava e incentivava o uso da violência. Até os profissionais da saúde, por meio do seu respaldo científico, aplicavam essas torturas afirmando serem condutas terapêuticas.

Estes espaços foram responsáveis pela reclusão de todos que eram considerados indesejáveis para a sociedade, sejam as pessoas com seus mais diversos transtornos mentais, seja o usuário de droga ou presos políticos.

Austregésilo Carrano fazia uso de maconha e outras substâncias de uso restrito, mas não se considerava viciado. Ao encontrar a droga em sua jaqueta, o pai do jovem, sem ao menos conversar, o leva à força para um hospital psiquiátrico, internando-o. A primeira internação foi em 1974. A sua obra, com o objetivo de denunciar, ganha respaldo por se tratar de uma autobiografia, onde o autor narra o quadro de abandono dos hospitais psiquiátricos, as sessões de eletrochoque, as sedações diárias e a péssima condição de higiene:

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 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 (CARRANO, 2001, p. 80).

A reportagem foi veiculada no ano de 2005 e aconteceu na cidade de Campina Grande, enquanto que a vivência de Carrano foi no ano de 1974 em um Hospital Psiquiátrico localizado no Sul do país. É perceptível que em épocas diferentes e em regiões diferentes, a realidade era a mesma: pessoas em sofrimento, isoladas em espaços insalubres, com mínimas condições de humanidade, ansiando romperem com o silêncio causado pelas instituições que visavam isolar e disciplinar os corpos a fim de torná-los dóceis e capazes de acompanhar o ritmo de uma sociedade marcada pelo progresso da modernidade. Estas pessoas, de norte a sul do país, desejavam sair do “canto dos malditos” para serem tratadas como seres humanos e não como animais.

É possível, a partir dessa comparação, refletir acerca do lugar que as pessoas em sofrimento psíquico, sobretudo os dependentes químicos, vão ocupar na sociedade ao longo dos anos. Lá no início da década de 1960, estes sujeitos ganharam um novo espaço, um lugar moderno, que iria curar as suas doenças, mas o que ele fez, na verdade, foi mortificar suas existências, resumir suas identidades em algo fixo, à identidade de doente.

Não tive acesso às matérias após esse período de inauguração do hospital psiquiátrico em Campina Grande, mas Carrano, ao narrar sua vivência, mostra que esses mesmos espaços que prometiam a cura, eram responsáveis por aprisionar, maltratar e torturar. A imagem de 2005 mostra que essa vivência não ficou no passado, ela se perpetua e ainda atinge esses sujeitos, mesmo depois de tantos anos.

Depois de tantas lutas por modelos substitutivos, os Caps vão surgir com o objetivo de reverter essa situação de reclusão e dar a possibilidade aos sujeitos colocarem em prática o que Hall (2006) conceituou de identificação.

2.3 – Os Caps, a dependência, o tratamento e a estigmatização.

Na rua em que resido, quase que rotineiramente, encontro um senhor que grita sempre ao ver alguém passar: “eu vou morrer, minha mulher me deixou, eu vou morrer”. Sua simpatia por mim o faz levantar-se, esconder sua garrafa de cachaça atrás do short, como se de alguma forma pudesse demonstrar respeito com aquele ato, e me acompanhar até o ponto de ônibus, pois eu preciso, segundo ele, de proteção contra os “bandidos” que andam pelo bairro e ele será o responsável por essa “escolta”. Sua atitude, bem como suas histórias e estórias arrancam risadas das pessoas e até insatisfação de muitos. “Deixe de incomodar a moça”. Esta é uma das frases que já ouvi quando ele vem ao meu encontro.

Este senhor, que muitas vezes vejo tentando entrar em sua casa à força, já que sua irmã tranca o portão e não quer deixá-lo entrar, tem sua identidade construída por inúmeros estigmas dados pelos considerados normais. Talvez se o Hospital João Ribeiro ainda estivesse funcionando, ele seria levado à força pela sua família a fim de tratar desse desvario causado pelo uso excessivo do álcool.⁴⁸

⁴⁸ Não é minha intenção nesse parágrafo criar uma imagem de vitimização do senhor, pois não tenho conhecimento acerca da sua vivência no âmbito familiar. Ele fala sempre que sua esposa o deixou, mas não posso afirmar que o vício tenha se dado por esse abandono. Não posso vitimizá-lo também ao afirmar que sua irmã não o deixa entrar em casa às vezes, porque não sei se ele é agressivo ao estar sob efeito do álcool e se causa problemas em casa. Ou seja, por mais que se tenha uma proximidade com o caso, vitimizá-lo acabaria por criar uma generalização que reflete estigmas. Então, para sair desse padrão dual de vítima-vilão, é necessário pensar em outras variáveis que podem estar presentes nesta problemática. Não dá apenas para relacionar as intervenções no âmbito do sujeito ou da família. Como é visto fortemente nas transformações das leis e instituições responsabilizadas para estes fins, ainda é muito forte o caráter curativo das ações e serviços oferecidos. Quanto ao caráter de promoção de saúde, ainda são muito tímidos e pouco eficazes, tendo em vista que o âmbito da saúde é um importante meio, mas não o único que deve se fazer presente e atuante nesse e em

O mesmo já foi internado em algumas casas de recuperação, mas não conseguiu abstinência. Sua próxima tentativa será o Caps, segundo ele.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviço de saúde aberto e comunitário do Serviço Único de Saúde (SUS), foram criados oficialmente pela portaria nº 224/92 do Ministério de Saúde e surgiram como um recurso antimanicomial. A Reforma Psiquiátrica buscou, por meio dos CAPS, o resgate da singularidade do sujeito em sofrimento psíquico, da sua autonomia e a sua possibilidade de reinserção social. As funções do serviço são: realizar atendimento clínico diariamente a fim de evitar as internações psiquiátricas; preservar e fortalecer os laços em sociedade das pessoas com transtornos mentais considerados graves e persistentes; oferecer suporte às famílias; desenvolver atividades de lazer, trabalho comunitário e projetos culturais que favoreçam a reinserção social, dentre outros (Ministério da Saúde, 2004, p. 17).

O espaço do CAPS deverá ser próprio e contar com recursos como consultórios para atividades individuais como consultas, salas para atividades em grupo, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários e área externa para oficinas, recreações e esportes. O objetivo da instituição é ser um lugar acolhedor que se preocupa com as singularidades dos sujeitos. (Ministério da Saúde, 2004, p. 14).

Os CAPS se dividem de acordo com as especialidades: os CAPS I atendem municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes e focam no atendimento aos adultos com transtornos mentais graves e persistentes; os CAPS II também atendem o mesmo público, mas funcionam em cidades com 70 mil a 200 mil habitantes; os CAPS III cobrem municípios com mais de 200 mil habitantes, podendo funcionar 24 horas por dia, inclusive aos finais de semana e feriados; os CAPSi atendem crianças e adolescentes, em municípios com mais de 200 mil habitantes; os CAPS-ad atendem pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, abrangendo municípios com população acima de 70 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2004, p. 19).

diversos casos similares, mas que com suas particularidades deve ser inserido na rede de políticas públicas disponíveis, a exemplo de educação, assistência social, habitação, além de ações e mobilizações privadas, de caráter religioso, comunitário, etc, que podem trabalhar em parceria, evitando culpabilizações, que tendem a estagnar o caso, mas com responsabilizações, onde cada um possa fazer a parte que lhe cabe. À priori pode parecer utópico e se isso fosse pensado há 50 ou 60 anos, seríamos chamados de loucos. Hoje as políticas de saúde pública são tidas como verdade, mas há décadas os discursos que temos hoje como verdade não eram tidos como verdadeiros. Entretanto, trata-se de uma busca que advém das mobilizações em saúde e apesar das dificuldades estruturais, já existem experiências exitosas, como será mostrado mais na frente.

O modelo clássico de psiquiatria tratava a crise do sujeito em sofrimento psíquico como uma grave disfunção que ocorria exclusivamente por causa da doença. Dessa forma, a solução para a pessoa em crise seria amarrá-la, isolá-la, dar medicamentos de forma excessiva e aplicar eletrochoques. A atenção psicossocial veio fazer o contrário: tratar a crise como resultante de uma série de fatores que vai muito além da doença. Ela envolve familiares, pessoas próximas ou até mesmo desconhecidas.

Constatando isso, verificou-se a necessidade dos serviços de atenção psicossocial para acolhimento das pessoas em crise a fim de ouvi-las. O vínculo afetivo entre profissionais e esses sujeitos em sofrimento tornou-se imprescindível, pois é importante que os mesmos se sintam acolhidos, ouvidos e cuidados. Enquanto a psiquiatria oferecia uma relação médico-doença, a atenção psicossocial estabelece a relação médico-paciente.

Na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam - médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros atores que são evidenciados neste processo social completo – com sujeitos que vivenciam as problemáticas – os usuários e familiares e outros atores sociais (AMARANTE, 2007, p. 82).

Percebe-se que essa relação vai muito além de um contato rápido como acontecia anteriormente nos hospitais psiquiátricos, aonde os médicos iam poucas vezes para atender uma grande demanda. O contato tornou-se importante. O ouvir, o falar, a presença. Algo que antes não era pensado, hoje faz parte da solução.

Os próprios termos dados às pessoas passaram a ser revistos. As leis n. 8.080/90 e 8.142/90 que dizem respeito à legislação do SUS, incluíram o termo “usuário” para dar protagonismo ao sujeito antes tratado como paciente. Apesar de muito utilizado, o termo passou a ser criticado pelo fato de manter uma relação do sujeito com o sistema de saúde.

O objetivo da atenção psicossocial era não tornar os espaços burocratizados e repetitivos, pois, dessa forma, iriam lidar com as doenças e não com as pessoas. Por serem lugares onde a crise deveria ser acolhida, poderia ser que precisassem oferecer leitos de suporte nos quais as pessoas pudessem ser internadas por um curto período de tempo.

Quanto à dependência química, os hospitais psiquiátricos internaram durante muito tempo pessoas com problemas relacionados à mesma e o Movimento da Reforma Psiquiátrica

não conseguiu, a princípio, elencar um cuidado para estas pessoas da mesma forma como fez com indivíduos portadores dos demais transtornos mentais. Apenas em 2002 e seguindo as orientações da III Conferência Nacional de Saúde Mental é que o uso prejudicial de drogas como problema da saúde pública foi reconhecido pelo Ministério da Saúde, este que implementou um Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras drogas. Entretanto, a sociedade continuou defendendo práticas semelhantes ao modelo asilar, embasando-se na tese de que usuários de drogas não conseguiam lidar com os problemas decorrentes do seu uso. (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013, p. 588).

De acordo com o Ministério da Saúde (2003), o uso de álcool e outras drogas foi abordado sob a visão da psiquiatria, com foco na abstinência, já que no Brasil havia uma ausência de uma clara política de saúde voltada para este segmento e desconsiderava as questões sociais, psicológicas e econômicas. Com o passar do tempo, novas possibilidades de vida para os que sofrem com o uso de álcool e de outras substâncias passaram a ser debatidas.

Instituído pela lei 8080/90, o Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu para promover a maior qualidade de vida para a população brasileira e avançou a fim de garantir o acesso de todos a uma assistência integral de saúde.

A lei 10.216 de 6 de abril de 2001 ratificou, por sua vez, as diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde para garantir aos usuários do serviço de saúde mental a universalidade de acesso e direito à assistência, a descentralização do atendimento, a atenção às desigualdades e o ajuste às necessidades da população (Ministério da Saúde, 2003).

Foi pensando na dependência química que o Ministério da Saúde lançou o documento intitulado *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Toda a política voltada a este campo da dependência química se vinculou aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e à Reforma Psiquiátrica (BONADIO, 2010, p. 30).

Em abril de 2002 foi instituído o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas. De acordo com Bonadio (2010, p. 32), os principais componentes assistenciais do Programa foram:

- 1- Dispositivos do âmbito da atenção básica: unidades de atenção básica, ambulatórios não especializados, Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde;

- 2- Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-Ad), ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas;
- 3- Atenção hospitalar de referência;
- 4- Rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS.

A estratégia da redução de danos foi inserida nestes dispositivos, bem como as ações com função terapêutica, preventiva, educativa e reabilitadora a fim de evitar as internações em hospitais psiquiátricos (BONADIO, 2010, p. 32).

Uma das mudanças promovidas na saúde mental foi o Auxílio-Reabilitação Psicossocial, instituído pelo governo em julho de 2003, que se tratava de uma ajuda financeira de R\$320,00 por no mínimo um ano para pessoas que estiveram internadas em hospitais psiquiátricos por pelos menos dois anos. Este foi o principal componente do programa de ressocialização “De volta para casa”, muito embora atingisse poucos pacientes (BONADIO, 2010, p. 32).

Em junho de 2009 foi lançado o Plano Emergencial de Ampliação do Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), a fim de intensificar e ampliar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde e tratamentos dos riscos e danos causados pelo uso de drogas. O Plano buscou qualificar os Hospitais Gerais, aumentando as diárias em psiquiatria, além de investir também em pesquisas para investigar o perfil do consumo do *crack*, os riscos associados e quais as intervenções clínicas eficazes na saúde pública (BONADIO, 2010, p. 33).

Em relação ao seio familiar, apesar de todas as medidas tomadas a fim de aproximar e não mais excluir, poucas são as famílias que acompanham os dependentes químicos em seus tratamentos. Apesar de apresentarem um papel significativo na recuperação dos usuários, muitas vezes acabam por apresentar um comportamento facilitador à medida que mantém um relacionamento de co-dependência⁴⁹.

Segundo Mota (2008, p. 216), “um membro em recuperação será sempre alguém que deixou de causar uma série de transtornos para sua família”. Mas, e quando a família começa a sentir falta dos ganhos secundários, a exemplo de um alcoolista que quando em uso começa

⁴⁹ Termo utilizado pela área de saúde para se referir a pessoas que estão emocionalmente ligadas a dependentes químicos ou sujeitos com comportamentos problemáticos e destrutivos. Cf. AGUIAR, 2018. Disponível em: <https://clinicajorgejaber.com.br/novo/2018/11/codependencia-2/>. Acessado em: 05/06/2019.

a “distribuir” dinheiro com os filhos e esposa, fato este que não acontece quando o usuário está sóbrio? Um dos trabalhos do Caps-Ad é justamente auxiliar a família no que tange a conseguir uma vivência mais equilibrada diante dessa linha tênue causada pelo uso de substâncias psicoativas.

Ao tratar de dependência química, fala-se de um fenômeno multifacetado e complexo de natureza biopsicossocial. Os seus prejuízos podem ser mais ou menos visíveis, atingindo a vida cotidiana, familiar, social, dentre outros, bem como as vivências de natureza subjetiva a exemplo das identidades estabelecidas, o senso de autoeficácia e a autoestima do sujeito que está em tal condição. Em seu caráter crônico, a dependência química necessita de um tratamento terapêutico a longo prazo que não se volte apenas à manutenção da abstinência do usuário, mas também no fortalecimento das esferas prejudicadas do indivíduo, processo este que é chamado de reabilitação psicossocial (BONADIO, 2010, p. 1-2).

Adentrando à experiência no próprio Caps-Ad, os usuários afirmavam ser complicado para um dependente químico o reestabelecimento de sua vida, tendo em vista todos os prejuízos que a dependência lhe acarretou em seus diversos âmbitos. Estar em abstinência, segundo eles, é o primeiro passo no processo de reabilitação psicossocial, não garantindo, por sua vez, o sucesso em outros pontos da vida. Muitos usuários, inclusive os que tive contato para essa pesquisa, perderam famílias e amigos durante o período de dependência.

A concepção de reabilitação psicossocial e a de recuperação surgiram no campo dos transtornos mentais graves e não no campo específico da dependência química, logo, a literatura existente sobre isso nem sempre trata da realidade encontrada entre os dependentes químicos, visto que geralmente são pessoas que possuem a autonomia mais preservada em comparação aos outros transtornos mais graves. Entretanto, em ambas as condições o que se nota é a dificuldade em retomar uma atividade produtiva, nota-se um isolamento social, uma fragilidade na rede de suporte social, dentre outros (BONADIO, 2010, p. 11).

De acordo com Jorge-Monteiro & Matias (2007), os autores que trabalham com o conceito de recuperação não entram em consenso, tendo em vista que enquanto alguns afirmam que este processo nunca se desenvolve em pessoas com doenças mentais graves, outros defendem a possibilidade de uma melhora e até mesmo uma recuperação total. Segundo eles, a recuperação é encarada em perspectivas como sendo um processo ou resultado (JORGE-MONTEIRO; MATIAS, 2007, p. 112).

Por muito tempo a doença mental foi considerada como algo que seria para a vida inteira, colaborando com a presença de um estigma social atribuído a esses sujeitos que, segundo Goffman (1988), foi responsável por esfacelar a identidade de uma pessoa, impedindo-a de ser aceita na sociedade. A partir do momento em que o conceito de recuperação passou a ser debatido, surgiu a esperança de ter “uma vida normal”. Este termo passou a ser utilizado especialmente no âmbito do abuso de substância (JORGE-MONTEIRO; MATIAS, 2007, p. 111-112).

A reabilitação social e a recuperação são processos que se complementam, mas apresentam distinções. A primeira diz respeito aos programas de tratamento, sendo utilizada pelos serviços de saúde mental como estratégias e técnicas de promoção da recuperação da saúde da pessoa em tratamento de algum transtorno mental, tratando-se de um processo interpessoal. A segunda é considerada uma tarefa prioritariamente pessoal, cabendo a cada pessoa de forma individual a viabilização do seu processo de recuperação. Enquanto o processo de recuperação pode ocorrer de forma aleatória, o de reabilitação social necessita da estrutura de um programa voltado à recuperação das pessoas, seguindo metas e objetivos específicos (BONADIO, 2010, p. 13).

Quando este conceito é levado para o âmbito da dependência química, algumas questões entram em voga, tendo em vista que os programas de tratamento para a dependência química avançaram menos se comparados aos demais transtornos mentais. É preciso que se disponibilizem intervenções não apenas na crise, mas após a mesma, facilitando que o usuário continue seu tratamento. Os Caps funcionam nesta perspectiva.

Um outro recurso que se mostra bastante satisfatório quanto à reabilitação de um dependente químico diz respeito ao trabalho, responsável por favorecer a recuperação inicial e auxiliar no processo de abstinência e redução do uso de substâncias. Entretanto, apesar de toda uma discussão acerca do trabalho, usuários de álcool e drogas apresentam dificuldades para encontrar emprego durante ou até mesmo após o tratamento. Diversos fatores podem explicar esta questão, a exemplo das deficiências na formação técnica ou acadêmica dos clientes, a não preferência dos empregadores por contratar ex-dependentes químicos ou até mesmo a falta de estímulo para buscar trabalho em virtude dos benefícios vinculados à doença e ao desemprego (BONADIO, 2010, p. 24).

O trabalho em si irá colaborar na construção de uma identidade pessoal, tendo em vista que muitos relacionam este fato a uma conquista. Muitas vezes as drogas acabam por

prejudicar a vida profissional de um sujeito, outras vezes, um usuário que se encontra desempregado e em tratamento, terá no trabalho uma forma de reduzir o consumo de substâncias, tendo também sua autoestima melhorada.

O objetivo dos projetos sociais, das casas terapêuticas, é tratar os transtornos individuais para assim transformar os estilos de vida desses sujeitos e educá-los de acordo com os padrões morais da sociedade. Muito embora o trabalho colabore com o tratamento de um dependente químico, existe ao seu lado a dificuldade no que diz respeito às oportunidades, tendo em vista que o sujeito passa a ser estigmatizado.

As técnicas repressivas continuam a permear o imaginário social, inclusive ainda se cogita a ideia de retorno de hospitais psiquiátricos para o dependente químico, defendendo a sua incapacidade de manter-se bem em sociedade. Ouvi muitos relatos de usuários que afirmavam não possuírem identidade quando em uso de alguma substância. Essa falta de identidade a que eles se referem é a dita normal pela sociedade. Esta, no geral, os julga como pessoas que não merecem confiança e criam uma identidade negativa para elas.

Até aqui foi tocado algumas vezes na questão da identidade e dos estigmas e, dessa forma, é interessante pensar a partir de Goffman (1988) quando ele analisa o processo de construção da identidade social defendendo a ideia de que a identidade de alguém é construída a partir de parâmetros definidos pelo meio social. A identidade social virtual diz respeito às exigências feitas pela sociedade sobre um indivíduo desconhecido, enquanto que a identidade social real se refere aos atributos que o indivíduo prova que possui. A partir dessa ambivalência surge o conceito de estigma:

Enquanto o estranho está a nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo até, de uma espécie menos desejável num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considera-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída (GOFFMAN, 1988, p. 12).

Quando em uso de álcool e outras drogas, o indivíduo acaba causando problemas no meio social. Não importa se ele, quando “limpo” ou sóbrio, é um excelente pai ou mãe de família, um bom empresário, uma pessoa íntegra, os estigmas existirão e o mundo virtual que parece ser tão receptivo acabará duvidando da produtividade daquela pessoa. Não há como moderar o consumo em se tratando de um dependente químico. Evitar o primeiro gole, no

caso do alcoolista, é o passo mais sábio e correto a se fazer, principalmente quando o usuário se encontra em tratamento e trilhando o caminho da sua reinserção social e, conseqüentemente, construção da sua nova identidade ou reconstrução da sua identidade não associada à dependência, livrando-se, dessa forma, de um sofrimento. Os terapeutas, nessa difícil missão, esforçam-se para não se abalarem com as recaídas dos seus pacientes, tendo em vista que a busca por essas substâncias parece fazer parte de um apetite humano universal. Difícil também é oferecer tratamento para algo que é considerado questão de moralidade. (MOTA, 2008, p. 16).

Como doença recorrente e crônica do cérebro, a dependência química faz com que o uso continuado de substância psicoativa provoque mudanças no funcionamento deste órgão. Estas alterações fazem com que o sujeito realize comportamentos e tenha impulsos que passam a interferir na sua vida e em quem faz parte do seu convívio. Assim sendo, a dependência química é uma doença complexa que necessita de tratamentos específicos para se conseguir um bom prognóstico (LARANJEIRA, 2010, p. 13).

As ciências médicas, psicológicas e da sociedade travam debate acerca do que causa a dependência química, visto que nem todas as pessoas que fazem uso de drogas se tornam dependentes.

A relação entre a etiologia da dependência química e as ciências biológicas deriva da ideia de predisposição orgânica e hereditariedade. Em poucas palavras, o organismo do dependente químico seria diferente do das “pessoas normais” em virtude de sua própria constituição fisiológica. Assim como em outras doenças complexas como o câncer ou o diabetes, o modelo epigenético pressupõe que um componente genético específico possa interferir nos padrões de vulnerabilidade de alguns indivíduos à dependência de álcool e drogas, sendo tais genes transmissíveis através das gerações (MOTA, 2008, p. 32).

Apesar dessa constatação, assim como existem também aqueles que atribuem seu vício à condição genética, colocando-se num patamar de vítima no seu processo de adicção, livrando-se da sua responsabilidade individual de tratamento, existem aqueles que afirmam que o vício acontece por vontade própria, já que na família, por exemplo, há apenas aquele sujeito entregue às drogas. Entretanto, os dois fatores podem coexistir. (MOTA, 2008, p. 39).

A Organização Mundial da Saúde trouxe, com essas novas descobertas em âmbito biológico da dependência química, a desmistificação da drogadização como patologia oriunda

de uma fraqueza moral. “Procura-se romper o estigma relacionado à dependência de álcool e drogas projetando no cérebro, e não no indivíduo, a causa primária do seu problema” (MOTA, 2008, p. 41). Assim sendo, a Organização Mundial da Saúde afirma que a dependência química é um transtorno como qualquer outra doença psiquiátrica ou neurológica.

No século XVIII iniciaram as discussões acerca do conceito de alcoolismo que tratava da embriaguez como uma “doença da mente”, um “transtorno da vontade”, utilizando-se do fato de que o álcool causava a perda de controle sobre o comportamento de beber. A concepção de doença em si passou a ser discutida no século XIX a partir do conceito de alcoolismo crônico, criado pelo médico Magnus Huss. A concepção de adicção como doença ou transtorno encontrou campo fértil para se desenvolver a partir das mudanças envolvendo os paradigmas da medicina clínica, da psiquiatria e da saúde (BONADIO, 2010, p. 101).

A primeira proposta da Classificação Internacional das Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde de tratar o alcoolismo como doença geral foi no final do século XIX. Em 1950 houve uma sexta revisão (CID-6), passando então a ser classificada como transtorno mental. Na nona revisão, em 1977, surge o conceito de dependência química e em 1993, na décima revisão (CID-10), o álcool e outras substâncias passam a compor uma mesma categoria (BONADIO, 2010, p. 101).

A psicologia passou a exercer influência por meio das clínicas ambulatoriais e utilização dos procedimentos psicoterápicos.

As teorias da personalidade (modelo psicanalítico) e as teorias do aprendizado (modelo comportamental) são as responsáveis pelas explicações psicológicas do estudo da dependência química. Entretanto, muitas apreciações psicanalíticas sobre a dependência devem-se ao fato de a droga surgir como um objeto substitutivo para uma carência psíquica (MOTA, 2008, p. 42), seja ela para despertar estados prazerosos da infância ou para suprir alguma carência familiar. É por esse motivo que a presença da família é muito cobrada durante as terapias. Por outro lado, muitos dependentes químicos acusam a família de abandono e falam apresentando um sentimento de rancor.

De acordo com as teorias do aprendizado social, a dependência química surge também de um modelo de automedicação. O sujeito, por exemplo, começa a beber a fim de “afogar” as mágoas ou para reprimir algum sentimento e depois de um tempo acaba se tornando dependente devido a uma espécie de condicionamento mental dirigido à busca de prazer para se livrar de situações desagradáveis (MOTA, 2008, p. 43).

Nos modelos psicanalíticos, a dependência química é tratada como um sintoma e não como uma causa, diferentemente do tratamento da mesma voltada para a doença. A dependência, dessa forma, se apresentaria como um problema secundário e não como uma doença primária. “Em outros termos, o indivíduo usa drogas para lidar com seus problemas, mas acaba amontoando outros problemas quando nele se instala um padrão de uso patológico” (MOTA, 2008, p. 43).

Freud descreve em uma de suas obras o perigo que as substâncias psicoativas representam para os indivíduos:

O serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como um benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhe concederam um lugar permanente na economia de sua libido. Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois sabe-se que, com o auxílio desse “amortecedor de preocupações”, é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade. Sabe-se igualmente que é exatamente essa propriedade dos intoxicantes que determina seu perigo e a sua capacidade de causar danos. São responsáveis, em certas circunstâncias, pelo desperdício de uma grande cota de energia que poderia ser empregada para o aperfeiçoamento do destino humano (FREUD, 1996, p. 29).

Antes da descrição da psicanálise, Freud fez uso de cocaína e constatou que a mesma poderia causar muitos benefícios ao ser humano. Entretanto, posteriormente ele reconheceu o perigo daquela substância que, mesmo trazendo prazeres, é responsável por efeitos negativos. A psicoterapia, por sua vez, tem a função de enfatizar a subjetividade do indivíduo, já que a mesma seria a responsável pela causa dos distúrbios psíquicos, inclusive pela dependência química. A terapia, nesses casos, busca atuar na personalidade do sujeito, abandonando os fatores sociais externos (MOTA, 2008, p. 45).

Algumas teorias psicanalíticas negam esta teoria da análise do mundo interno. Freud, por exemplo, pensava o homem dentro da sua cultura, pois uma das chaves de compreensão do seu pensamento era a formação do mundo psíquico a partir da influência da civilização e suas formas de repressão, muito embora na prática o terapeuta precisasse analisar os aspectos da individualidade do dependente químico a fim de descobrir a causa da sua dependência. Dessa forma, o tratamento psicanalítico resultaria na remoção de traumas subjacentes à dependência, proporcionando uma mudança na relação indivíduo-droga (MOTA, 2008, p. 48).

Diante desses fatos, constata-se a importância de um acompanhamento, apoio da sociedade, sobretudo da família no tratamento de um dependente químico, tendo em vista que até que o mesmo aceite que precisa de ajuda, pode levar um tempo, até mesmo anos. Não é fácil ter que lidar com todos os problemas causados pelo uso da substância química, bem como não é fácil que as famílias tenham paciência e entendam que aquele sujeito precisa de afeto.

Os Caps procuram fazer esse papel de conscientização, de ajuda mútua, de cuidado, muitas vezes assumindo uma função que cabe às outras instâncias da sociedade. Muitos usuários, inclusive, afirmam que nestas instituições encontraram o amparo negado pela família. Não é meu objetivo julgar as famílias que fazem isso, porque os contextos são os mais diversos, mas reitero a importância que a família representa na recuperação de um dependente químico.

Neste capítulo foi possível observar o lugar ocupado pelo dependente químico após a Lei 10.216/01 e como a sociedade, sobretudo as matérias jornalísticas, foram responsáveis por criar uma identidade marginalizada desses sujeitos, esta que estava forjada pelo mal causado pelas drogas. A psiquiatria, inicialmente, por meio dos manicômios, criou a identidade do louco. O Movimento Antimanicomial veio ressignificar a imagem negativa que muitos construíram. Observei ainda que o objetivo do jornal era alertar e pôr fim a todos os traços de anormalidade que ameaçavam a sociedade. As matérias analisadas mostraram os estigmas que giravam em torno do dependente químico e a identidade negativa construída pelo jornal a respeito do usuário de drogas antes da criação do primeiro Caps destinado a ele na cidade e o quanto era difícil pensar em sua reinserção social, visto que muitas pessoas não são capazes de dar-lhes novas chances. É como se um dependente químico perdesse a sua credibilidade enquanto ser humano, muitas vezes não importando o esforço que estes indivíduos fizessem para serem atores do ambiente social.

No capítulo seguinte convido o leitor a fazer um percurso dentro do Caps-Ad de Campina Grande no intuito de conhecer seu cotidiano, as atividades que são desenvolvidas a fim de permitir a reconstrução de uma identidade que não seja a estigmatizada, além de observar se, de fato, este novo modelo em saúde mental está sendo satisfatório no tratamento da dependência química e auxiliando na ressignificação desses sujeitos.

CAPÍTULO III

DA LAMA AO CAPS

“Eu sou gente eu sou cidadão/Tenho meu valor e eu quero atenção/Quero respeito isso não é favor/Tenho direitos aonde quer que eu for/Eu sou quem sou/Nas dificuldades sem oportunidade/Perdi confiança e minha identidade/Me fortaleci com tudo o que aconteceu/Pois o Caps-Ad um caminho ofereceu/Eu sou quem sou/Admiti meus erros certos construí/O Caps-Ad me ajudou a evoluir/Na minha vida hoje eu sou um vencedor/Quando é difícil a vitória tem sabor/Eu sou quem sou/O tabu não foi quebrado/Esse dia vai chegar/A luta não é só minha/Vamos compartilhar/Chega de preconceitos, pois isso é banal/Defendendo a liberdade na saúde mental/Eu sou quem sou/Tenho capacidade se quiser mudar/Preciso da família para me ajudar/Quero ter amigos de consideração/Pra me dar apoio na superação/Eu sou quem sou/Sigo vencendo um dia de cada vez/Compreendo a vida, a rotina e as leis/Certas angústias, isso já passou/Abaixo de Deus foi o Caps que ajudou/Eu sou quem sou”.

Eu sou quem sou - Música autoral. Caps – Ad Saber Viver

A canção acima foi feita pelos usuários do Caps-Ad em Campina Grande. A mesma foi composta coletivamente e cantada em um dos momentos de festividades da instituição. Eles se orgulham quando conseguem desenvolver atividades assim, quando percebem que são capazes de transmitir emoção, de se sentir vivos e produtivos.

Um dos motivos pelos quais escolhi o Caps-Ad para a pesquisa foi por se tratar de uma instituição pública e por eu ter sido bem acolhida tanto pelos usuários quanto pelos profissionais, sempre solícitos e dispostos a compartilhar conhecimentos.

Meu objetivo foi analisar o cotidiano dos usuários, dando atenção às questões que costumeiramente passam despercebidas. Tentei dar significados ao que faz parte de uma rotina de uma instituição a fim de compreender como a identidade do dependente químico é construída, tanto a partir da visão deles quanto da de quem trabalha no serviço. As entrelinhas do dito e do não dito é que me interessaram, pois

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. 7).

Meu objetivo enquanto pesquisadora foi compreender aquele espaço social a partir de observações, de forma que o modo de vida e os valores do outro fossem percebidos e significados. Foi necessário deixar em casa todos os estigmas pré-concebidos que personificavam diversas imagens do dependente químico para que eu pudesse compreender a vivência daquelas pessoas, as dificuldades enfrentadas e as conquistas alcançadas.

Observando o cotidiano na instituição, tive contato com as pessoas, pude ouvir suas angústias, seus desabafos e, observando as falas delas, pude perceber o que Geertz (1978) afirma: que elas revelam elementos culturais importantes para explicar determinadas ações e até mesmo a cultura daqueles grupos ali presentes.

Tendo sido inaugurado no dia 24 de setembro de 2004, o Caps-Ad, em Campina Grande, atualmente conta com vinte e três profissionais, dentre eles um agente administrativo, uma assistente social, duas auxiliares de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais, uma cozinheira, três enfermeiras, uma coordenadora que também é enfermeira, dois médicos psiquiatras, um músico, um farmacêutico, uma cuidadora, uma pedagoga, duas psicólogas, uma recepcionista e quatro vigilantes.

O serviço visa oferecer atendimento à população usuária de álcool e drogas, bem como apoiar os familiares que buscam a independência e autonomia dos usuários, objetivando a reinserção à vida cotidiana e reconstrução da sua identidade como ser humano, tendo em vista que mesmo em processo abstinência o dependente químico enfrenta dificuldades para reconstruir sua identidade por meio da interação com o meio social.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é a principal ferramenta de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial e visa possibilitar a autonomia dos usuários, bem como sua reinserção no contexto sociocultural. Ao chegar à instituição, cada usuário, ao ser cadastrado, terá um Terapeuta de Referência (TR)⁵⁰ que são os profissionais do Caps, estes que serão responsáveis por estreitar os vínculos entre serviço, usuários, familiares e todas as redes sociais, culturais, etc (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 15).

⁵⁰ No Caps-Ad, pude perceber que esses Terapeutas são chamados de técnicos e eles não são necessariamente da área de saúde.

De acordo com o Manual dos Caps, elaborado pelo Ministério da Saúde, a definição do técnico de referência diz respeito àquele que monitora o usuário, o projeto terapêutico individual e o contato com a família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 16).

Percebi, ao longo da minha presença no Caps, os laços que se estreitam nessa relação entre usuário e técnico de referência. Mesmo que o profissional não seja psicólogo, ele está disponível para uma conversa. E é o que acontece. Quando os usuários precisam de algo, de uma simples escuta, procuram seus técnicos. Uma das técnicas, inclusive, chamava carinhosamente um dos usuários de filho. Depois de anos no serviço, ela foi transferida para outro Caps e o rapaz que a tinha como mãe sentiu sua falta, esta que fora percebida em todas as vezes que ele me perguntava se eu a conhecia e afirmava o quanto gostava dela. Essa falta que ele sentia deixou claro o quanto o laço construído por ambos foi além da relação profissional. Aquela técnica representava para o rapaz um suporte psicológico e até mesmo familiar.

As atividades da instituição acontecem ao longo da semana e se dividem entre oficinas reflexivas, terapêuticas e de geração de renda, todas desenvolvidas no próprio espaço. Também são realizadas oficinas no parque da criança, onde atividades físicas são executadas. Os atendimentos médicos e psicológicos acontecem todas as semanas e as reuniões de família ocorrem de 15 em 15 dias, sendo esta exclusiva para os familiares dos usuários. Na sexta-feira, a equipe se reúne a fim de debater sobre as atividades desenvolvidas, os rumos que poderão tomar, bem como as mudanças, quando necessárias, o melhoramento e aprimoramento do serviço.

Além destas atividades, a primeira quarta-feira do mês é reservada para a Assembleia que conta com a participação de todos, inclusive dos usuários, para tomada de decisões.

A maior demanda de usuários na instituição acontece na segunda e na terça, tendo em vista que a maioria deles participa das atividades apenas uma vez por semana. Entre os participantes estão aqueles que vão apenas como se aquilo fosse uma obrigação, existem os que não são mais usuários de drogas, mas veem aquele lugar como um preenchimento do vazio causado pela solidão, existem também os que só podem ir uma vez na semana pelo fato de morarem em outras cidades, e aqueles que só vão porque a família “obriga”.

O dia a dia nesta instituição me mostrou que nem sempre as relações são amistosas. Presenciei algumas desavenças dentro do serviço. Em uma segunda-feira, ainda não era oito

horas da manhã, um grupo de usuários foi assaltado na porta do Caps-Ad enquanto esperava as portas do serviço abrirem.

O assunto rendeu durante alguns dias e fez surgir algumas exigências. Alguns usuários começaram a questionar sobre o horário de funcionamento da instituição. “Por que os portões só abrem às oito horas?”; “Por que devemos ficar no meio da rua se já tem vigia no local antes disso?”; “A gente depende de ônibus, de carona, então muitas vezes não temos como chegar às oito horas e se chegamos antes disso ficamos na rua, sujeitos a sermos assaltados. Vocês precisam mudar isso aí”; “Deveriam abrir pelo menos às sete e meia”. Esses foram alguns dos questionamentos, refutados pela coordenação que alegou que o assunto já havia sido discutido em Assembleia e o horário de entrada fora combinado mediante outros problemas ocorridos outrora. Quando o assunto vinha à tona novamente, o profissional que estivesse pedia para que procurassem uma solução na próxima Assembleia, evitando, dessa forma, atrapalhar o andamento das programações. Assim foi feito. Não falaram mais no assunto.

Algumas semanas depois cheguei à instituição e percebi que algo aconteceu. Antes de perguntar, fiquei observando a movimentação. Pouco tempo depois, um usuário se aproxima e comenta: “O cara fumou e foi dispensado. Todo mundo sabe que não pode usar nada aqui dentro e ainda usam e acham ruim quando reclamam”.

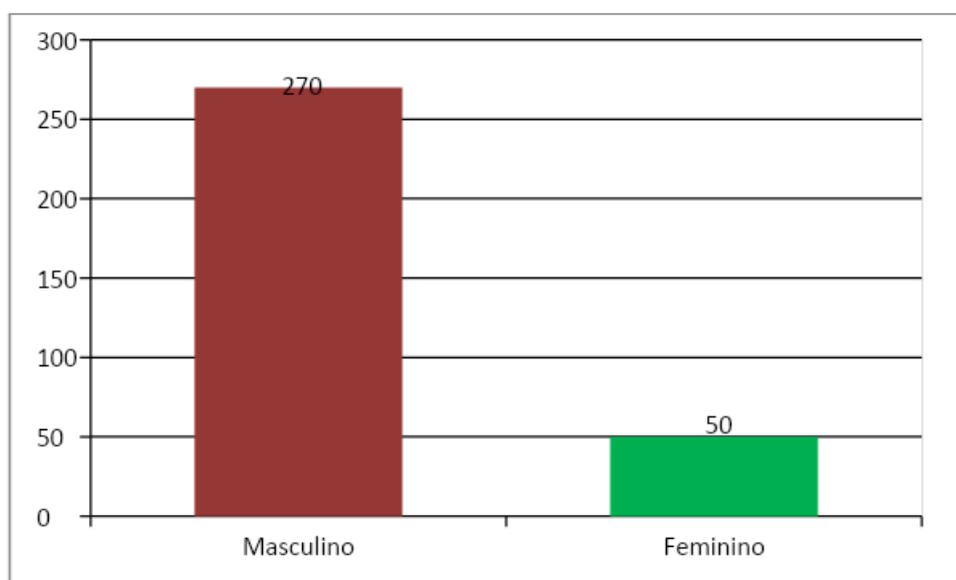
Tudo começou quando um dos usuários pediu cigarro a outro. Um deles já havia sido advertido várias vezes, enquanto o outro se “envolvia com problemas” pela primeira vez, ainda que tenha afirmado não ter fumado. Estava apenas perto. Pediram para que o primeiro usuário fosse embora, mas ele se recusou. Depois de muita insistência, resolveram deixar que ele participasse, entretanto, por algum motivo ele disse que não queria mais ficar e só de raiva iria “tomar um litrão”.

Este acontecimento me fez refletir acerca de dois pontos. O primeiro diz respeito ao tratamento dos usuários do Caps-Ad. Por mais que os métodos sejam eficientes e visem os melhores resultados, se o dependente não estiver disposto a no mínimo reduzir o uso, de nada adiantará todas as atividades realizadas, os remédios prescritos e os profissionais acompanhando. A frase dita pelo homem quis, de certa forma, atingir os profissionais, pois são eles que estão a todo tempo mostrando os caminhos pelos quais os dependentes químicos precisam trilhar na busca pela abstinência. Aquele tipo de frase realmente entristece os profissionais de referência, estes que, muitas vezes, se envolvem emocionalmente com os usuários e almejam seus resultados positivos.

O segundo ponto que me chamou atenção e que facilita o trabalho dos profissionais é o comportamento dos usuários que realmente buscam melhorias. Muitas vezes um chega para o técnico responsável para dizer que um grupo está combinando de sair para beber em algum lugar depois da oficina. Enquanto alguns sentem e falam sobre essa necessidade, outros aconselham afirmando que aquela não é uma boa opção. Além disso, durante as próprias oficinas, quando alguns estão “agitados”, interrompendo muito ou ainda com discussões inconvenientes, outros pedem para que parem e que tenham atenção. Eles mesmos procuram se policiar e evitar maus comportamentos.

3.1 – As mulheres no Caps-Ad

Acima citei alguns episódios presenciados no Caps-Ad durante os meses da minha pesquisa e levando em consideração os anos de 2018 e 2019, foi possível fazer alguns levantamentos que merecem atenção:



Pode-se visualizar no gráfico acima a quantidade de usuários cadastrados no Caps-Ad entre os anos de 2018 e 2019, sendo considerável a diferença entre mulheres e homens. Por que o número de homens na instituição é bem maior do que o número de mulheres? Fiz essa pergunta a um dos técnicos de referência e ele sugeriu alguns motivos, estes que de certa forma apareceram em pesquisas que fiz sobre o tema.

No curso da história, homens e mulheres não estiveram envolvidos da mesma forma no que diz respeito ao uso de drogas. Por muito tempo, o consumo esteve associado aos homens pelo fato de algumas produções discursivas construírem uma imagem masculina

relacionada à transgressão, violência e virilidade. Entretanto, esta realidade está sendo alterada, tendo em vista o crescente número de mulheres envolvidas com o consumo de substâncias psicoativas ilícitas e lícitas, como também no tráfico. Este aumento do consumo está associado à maior probabilidade de prescrição de psicotrópicos destinada às mulheres, bem como aos estímulos dados às drogas lícitas como álcool, tabaco e anorexígenos pelos meios de comunicação que tendem a estimular o uso, associando essas substâncias, por meio das propagandas, à beleza, sedução, sucesso profissional e riqueza (MEDEIROS, 2014, p. 29).

Por épocas, e ainda hoje é notória, a imagem da mulher foi estereotipada como sendo um sujeito dócil e frágil, criada, sobretudo, para ser mãe, esposa e dona de casa. Dessa forma, uma mulher que tem sua vida afetada pelo consumo de substâncias psicoativas é, muitas vezes, julgada socialmente como uma pessoa promíscua e como alguém que abandonou seu “verdadeiro papel” social.

A verdade dolorosa é que nossa sociedade julga as mulheres viciadas com mais severidade do que os homens na mesma situação. Ser alcoólatra ou viciado em drogas é suficientemente ruim; ser uma mulher alcoólatra ou viciada em drogas é duplamente vergonhoso. As mulheres dependentes de bebida ou drogas são muitas vezes vistas de forma estereotipada como promíscuas, desregradas e imorais. Se temos filhos, somos ainda mais vilipendiadas por nós mesmos e pelos outros se nosso alcoolismo ou nosso consumo de drogas afeta nossa capacidade de cuidar deles (COVINGTON, 2012, p.16 *apud* TARGINO, 2017, p. 180).

Ao pensar a respeito desse papel social atribuído às mulheres e aos homens, é possível retornar ao conceito de identidade do sujeito soberano descrito por Hall (2006) para observar esse lugar do masculino na sociedade. O sujeito do Iluminismo era descrito por “ele”, ou seja, como sendo masculino e à mulher era reservado um papel secundário. Ela não deveria realizar as mesmas atividades realizadas por homens.

O feminismo, enquanto pertencente ao grupo dos movimentos sociais surgidos na década de 1960 e enquanto um dos quintos descentramentos descritos por Hall, foi responsável por um impacto significativo na sociedade, tendo uma relação mais direta no descentramento do sujeito cartesiano e sociológico:

- Ele questionou a clássica distinção entre o “dentro” e o “fora”, o “privado” e o “público”. O slogan do feminismo era: “o pessoal é político”.

- Ele abriu, portanto, para a contestação política, arenas inteiramente novas de vida social: a família, a sexualidade, o trabalho doméstico, a divisão doméstica do trabalho, o cuidado com as crianças, etc.
- Ele também enfatizou, como uma questão política e social, o tema da forma como somos formados e produzidos como sujeitos generificados. Isto é, ele politizou a subjetividade, a identidade e o processo de identificação (como homens/mulheres, mães/pais, filhos/filhas).
- Aquilo que começou como um movimento dirigido à contestação da posição social das mulheres expandiu-se para incluir a formação das identidades sexuais e de gênero.
- O feminismo questionou a noção de que os homens e as mulheres eram parte da mesma identidade, a “Humanidade”, substituindo-a pela questão da diferença sexual (HALL, 2006, p. 45-46).

Com esses questionamentos e este papel social, o movimento possibilitou que a mulher ocupasse lugares que antes eram impensados de serem ocupados por elas. Entretanto, a grande maioria das mulheres ainda está envolvida por discursos que as restringem a determinados papéis na sociedade. Por mais que a pós-modernidade tenha contribuído, através dos seus descentramentos, para considerar as identidades como sendo abertas, contraditórias, fragmentadas e inacabadas, muitas pessoas ainda resumem um sujeito a uma identidade fixa e única.

Dessa forma, o medo da desaprovação social é um dos fatores que impede que a mulher procure tratamento, assim como compromete sua permanência quando o tratamento é escolhido.

As motivações para o início do consumo de substâncias, os fatores de risco e a vulnerabilidade são questões que também apresentam diferenças nos âmbitos masculino e feminino, de acordo com alguns teóricos. Em relação ao conceito, vulnerabilidade remete aos potenciais de adoecimento, de não-adoecimento e de enfrentamento relacionados aos indivíduos, enquanto risco se relaciona à ideia de identificação de pessoas e de características responsáveis por colocá-las sob risco de exposição a eventos de saúde/doença que comprometem a ordem física, psicológica e/ou social, integrando probabilidades e chances de grupos morrerem ou adoecerem por algum agravo de saúde, colaborando, dessa forma, na produção de estigmas e preconceitos. A vulnerabilidade irá anteceder o risco, determinando as diversas formas que favorecem a infecção, o adoecimento e a morte (MEDEIROS, 2014, p. 33).

A dimensão social das análises de vulnerabilidade foca os aspectos contextuais que configuram vulnerabilidades individuais, a exemplo de relações econômicas, relações de

gênero, relações raciais, relações entre gerações, crenças religiosas, a pobreza, a exclusão social e até mesmo os modos de inclusão que geram desigualdade. Dessa forma, tem-se que questões como estas citadas influenciam no grau de vulnerabilidade de alguns grupos no que tange aos agravos de saúde, a exemplo de uso abusivo de álcool e outras drogas, assim como violência e discriminação (MEDEIROS, 2014, p. 35).

A autodeterminação das mulheres passa a ser prejudicada numa sociedade machista, que reduz a mulher a um papel de cuidadora, recatada e “do lar”. Quando grávidas, muitas mulheres usuárias se envergonham até de procurar assistência pré-natal com medo de perderem a custódia dos filhos quando descoberto que são dependentes, pobres, solteiras e desempregadas. A vulnerabilidade aumenta à medida que continuam escassas as políticas públicas de apoio aos dependentes químicos, sobretudo mulheres.

A convenção social padronizou o papel da mulher na sociedade e algumas (poucas) pesquisas como a de Targino (2017) mostram o envolvimento da mulher com drogas, sobretudo com o tráfico, a partir da influência dos cônjuges. Os estudos mostram, ainda, que mulheres que vivem com parceiros que ingerem bebidas alcoólicas estão mais propensas ao consumo.

Para além desta questão amorosa, Targino (2017) relata outros motivos que possivelmente se relacionam ao consumo de drogas entre as mulheres, a exemplo da prevalência de transtornos de estresse pós-traumático causado por abuso sexual e a presença de algum tipo de transtorno afetivo e de ansiedade.

As mulheres dependentes de álcool e de outras substâncias químicas iniciam o uso por razões diferentes daquelas apresentadas pelos homens. Muitas vezes, começam o uso após a ocorrência de eventos traumáticos na vida, como violência física ou sexual, doenças físicas repentinas e acidentes ou problemas familiares, como a morte do cônjuge ou uma separação. Além disso, as mulheres dependentes são, em muitos casos, influenciadas pelo consumo que seus parceiros fazem, ou foram criadas em lares nos quais conviviam com o consumo pesado de álcool ou abuso de substâncias por parte dos cuidados (COSTA; ZILBERMAN, 2013, p. 532 *apud* TARGINO, 2017, p. 191).

No Caps-Ad, todavia, as poucas mulheres com as quais tive contato faziam uso de álcool e afirmaram que os seus pais também ingeriam bebida alcoólica. Apenas uma afirmou que teve o consumo potencializado após o divórcio.

De acordo com Venosa (2011), as intervenções grupais para mulher no campo da terapêutica da dependência química são bastante recomendadas. Vários autores defendem a ideia de que mulheres devem ser atendidas em programas especializados que atinjam de forma direta as suas problemáticas (VENOSA, 2011, p. 58).

A conclusão chegada pela pesquisadora foi de que a identificação das pacientes foi facilitada pelas questões que as mesmas têm em comum. Quando estão apenas entre mulheres, elas se sentem mais à vontade para se abrir e falar sobre suas vivências, pois aquele grupo gera um sentimento de pertencimento e acolhimento.

No Caps-Ad, as poucas mulheres que fazem parte estão quase sempre em silêncio. Poucas são as atividades que as fazem interagir. Talvez caiba como justificativa a explicação dada por Venosa (2011) de que as mulheres se sentem mais à vontade quando estão juntas de outras mulheres.

Além disso, os estigmas sociais acabam atacando as mulheres por fugirem de um padrão imposto por uma sociedade conservadora e machista e muitas delas acabam sentindo vergonha da sua condição de dependentes químicas e, conseqüentemente, diminuindo a procura das mesmas por tratamento. Talvez isto, além de vários outros motivos que não fazem parte do objetivo desta pesquisa, justifiquem a disparidade entre o número de usuários masculinos em detrimento dos femininos em tratamento no Caps-Ad.

Além dos aspectos já tratados, não pude deixar de notar a interferência da religião na vida de muitos usuários.

3.2- Entre Deus e as drogas: qual a dependência?

“Seu Antônio, abra aqui para a madame”. Assim fui recepcionada no portão da instituição. Era uma segunda-feira, um dos dias em que a demanda de usuários no serviço é maior. Passo do portão e vejo muitas pessoas conversando, algumas com o semblante triste, outras preocupadas, outras com um aspecto de cansaço, outras estão bem animadas, conversando e rindo umas com as outras. Sinto o cheiro de álcool quando passo por algumas delas. Entretanto, o uso de qualquer substância é terminantemente proibido lá dentro, decisão essa que foi tomada em Assembleia realizada na própria instituição e que conta com a anuência dos usuários que também decidem sobre as regras que serão impostas naquele evento e que devem ser seguidas por todos.

No primeiro ambiente do casarão, encontro a sala que é utilizada para as oficinas. Formando um círculo, muitos usuários já aguardam o início das atividades. Enquanto espero, um usuário se aproxima de mim e pergunta quem sou. “Ah, eu cursei História, mas não consegui terminar por causa da cachaça”. A presença de uma professora de História naquele ambiente era incomum e muitas vezes me procuravam por acharem que eu fosse uma estagiária de psicologia.

O dia a dia no Caps me mostrou sonhos interrompidos, vidas anuladas, famílias abandonadas, mas diante de todos os aspectos negativos, vi também esperanças renovadas, força de vontade e vitória diante de um vício que há anos foi vencido por uma minoria presente.

A segunda-feira pela manhã é dividida em duas oficinas. Em uma delas, o farmacêutico reúne um grupo para abordar assuntos diversos. Ao mesmo tempo em que acontecem esses encontros, o Caps conta com a presença dos Alcoólicos Anônimos que apresentam suas vivências e convidam os usuários para fazerem parte do grupo.

Algumas segundas do mês são “reservadas” para pastores evangélicos que vão com o intuito de levar uma palavra de conforto. Geralmente, as pessoas que vão para compartilhar mensagens são ex-dependentes químicos que falam da religião como uma ferramenta de combate e cura para as drogas.

Presenciei um destes momentos, sendo o mesmo iniciado por uma oração sob protagonismo do pastor. Alguns ficam emocionados e envolvidos com uma canção introdutória que marcou o religioso quando era usuário de drogas. Os que conheciam a canção acompanharam num só ritmo.

“O Senhor veio te abraçar esta manhã. Entrega teus caminhos ao Senhor e o mais Ele fará”. O pastor, após finalizar a canção, afirma que, enquanto usuário de drogas, estava preso por satanás. Um dos usuários do Caps o interrompe, afirmando que todos ali ainda estão presos, mas o líder religioso indaga que ele próprio não está mais e que todos que ainda estão podem ser libertos. E como seria esta liberdade? Por meio da aceitação de Jesus como único salvador, segundo ele.

A temática religiosa deixa muitos usuários da instituição envolvidos. A maioria mostra-se temente a um deus, mais especificamente ao deus cristão, e busca na religião uma força para enfrentar o vício. “Jesus liberta. Nós fomos libertados. Deus me libertou, porque

Ele é o autor e o consumidor da nossa fé. Então Ele está presente aqui nesta manhã. Nós temos que reconhecer que somos pecadores. Quando eu reconheci que não sou nada, Ele veio”. Após esta afirmação, pude ouvir um coro dizendo “Amém” naquela sala. Muitos se mostravam envolvidos e concordavam que apenas Deus era capaz de findar a dependência química.

Sol, usuário do Caps-Ad, confidenciou-me que, apesar dos seus 53 anos no registro, ele tinha apenas 6 anos de vida, idade esta que representa uma vitória em sua existência, pois há 6 anos as drogas não eram mais uma constância em seu dia a dia. A iniciação com as drogas começou com o álcool aos 13 anos. Aos 25 anos de idade conheceu a cocaína, depois partiu para o *crack*, droga esta considerada como a destruidora de sua vida durante 15 anos ininterruptos. O dinheiro recebido com trabalhos que realizava era destinado a alimentar o vício.

O seu irmão, tão zeloso e preocupado, chegou a tirar-lhe de Campina Grande no intuito de afastá-lo das drogas. Sol foi morar em João Pessoa, mas a cracolândia estava à vista e os velhos hábitos voltaram. Quando já não tinha mais emprego, os móveis do apartamento do irmão viraram moeda de troca. Não havendo mais o que vender, Sol começou a tirar as próprias portas do local. Não havendo mais o que tirar, a rua passou a ser sua morada e assim o foi por 6 anos, como já dito.

As consequências de uma vida sem cuidados vieram: uma parada cardíaca que o deixou dois meses em coma no Hospital de Trauma em João Pessoa.

Tive o AVC e fiquei em coma, fiquei cheio de cicatrizes. Mesmo cheio de buraco, eu ainda voltei pra cracolândia ai meu cérebro aguentou três pedras só. Na quarta eu cai e acordei todo molhado. Ai o boqueiro disse “vendo mais nada. Quem vender alguma coisa a ele vai se ver comigo”. Ai me expulsaram de lá, ne? Ai depois fui pra cana. Foi quando tive uma pancreatite aguda ai me internaram involuntário.⁵¹

Após ser internado, Sol sentiu muita raiva da família. Revoltado, afirmava que iria matar todos quando conseguisse uma arma. Entretanto, o momento de pensar em si finalmente chegou. Segundo ele, aquela vida entregue às drogas precisava ser deixada para trás, pois se não o fosse certamente a morte chegaria em breve. O consumo do cigarro foi diminuindo aos

⁵¹ Entrevista realizada com Sol, usuário de Caps-AD, Campina Grande-PB no dia 06/10/2019.

poucos. A reflexão acerca de Deus também foi importante. Sol fala que sair do coma foi uma vontade divina, já que os médicos queriam desligar os aparelhos.

Quando internado em uma clínica na cidade de Recife, Sol “conheceu” a religiosidade.

Eu sou evangélico. Não sou contra a religião de ninguém, mas encontrei o conforto na palavra de Deus verdadeira. Foi o que me ajudou, me valorizou, me fez preencher o espaço vazio, me fez enxergar a vida diferente. As pessoas falaram do meu valor, sentiram a minha falta e fui muito bem acolhido. Eu optei pela palavra verdadeira, porque a palavra de Deus diz que as coisas velhas se passaram e tudo se fez novo. Então, baseado nas concepções bíblicas, tudo se fez novo. Então pronto, a minha velha natureza tem que morrer, aquela vontade do vício, do cigarro, do crack, da bebida... eu bebia até álcool de posto de gasolina. Tinha um posto que eu chegava de 2h da manhã, perto da rodoviária de João Pessoa. Ai o menino já me conhecia. Eu chegava lá, ele pisava na mangueira ai pronto, dava meia garrafa. Ai eu colocava açúcar e água, balançava e pra mim era um luxo.⁵²

Sol, que afirma já ter provado todo tipo de droga, reconheceu que tinha uma doença e que precisava de tratamento. Hoje, fazendo uso de seis medicamentos ao dia, diz que no Caps-Ad encontrou um refúgio para os maus pensamentos. Pai de dois filhos, não conseguiu participar do crescimento dos mesmos por causa das drogas e afirma sentir falta e remorso por não ter cumprido seu papel de pai. A solução é ter que aceitar a rejeição pelo fato de ter sido ausente por muito tempo.

Na fala de Sol, por muitas vezes percebi as ideias se misturarem. Ele lembrava de coisas aleatórias da sua vida e relacionava com o que estava falando no momento. O que foi bastante evidente em todos os momentos foi a sua fé, a sua abstinência mantida por sempre tentar manter a conexão com Deus.

Quando perguntado sobre o homem de hoje, Sol utiliza o substantivo renascimento para descrever:

Eu renasci, ne? Porque uma pessoa tava toda destruída psicologicamente, moralmente, tava feito um animal, porque você perde os valores, você fica sujo, você fica uma pessoa irreconhecível, ne? Ai eu renasci, ne? Tem hora que eu vejo alguém na rua e digo “oh, sabia que eu tava pior do que você?”

⁵² Entrevista realizada com Sol, usuário do Caps-AD, Campina Grande-PB no dia 06/10/2019.

E ninguém acredita e hoje estou aqui. “Entregue sua vida a Jesus”. Porque se for falar na clínica ninguém quer. Vir pra cá, muitos vêm não sei como.⁵³

Assim como foi resistente, Sol ressalta nessa fala o quanto é difícil as pessoas aceitarem que precisam de um tratamento. Ele relutou por muitos anos, mas reconheceu que era o tratamento ou a morte. Entretanto, a luta não terminou: “Hoje eu não preciso da droga para ser a pessoa extrovertida que sou, alegre. Mas no meu oculto ainda sou depressivo. Ai tem que ocupar a mente, um louvor, uma meditação”, completa Sol. Nessa sua fala é possível perceber um afastamento de Sol da ideia de ser apenas um dependente químico. Ao reconhecer que precisava de tratamento, ele percebeu também que poderia ter sua identidade reconstruída. Ou seja, ele se reconhece enquanto uma pessoa alegre, embora ainda depressivo e que luta diariamente contra a sua dependência.

O álcool e as demais drogas preenchiam vazios na vida de Sol. A religião, por sua vez, passou a substituir esse lugar antes ocupado pelo vício.

Estudos constataam que a prática da religião e da fé é de grande relevância para melhora das condições de saúde. Existem associações positivas entre o não-consumo de drogas e os altos índices de religiosidade expressos pelas idas frequentes à igreja. A prática religiosa beneficia os pacientes que estão sujeitos a mudanças sociais e psicológicas estressantes advindas da patologia (SANCHEZ; NAPPO, 2007, p. 74).

Em sua tese de doutorado em Ciências Sociais, Mota (2008) apresenta três instâncias responsáveis por se encarregarem do problema das drogas, tendo seus focos de atuação ligados às noções de pecado, crime e doença:

As igrejas, que vislumbram a conversão religiosa como medida apropriada ao processo de reabilitação psicossocial do dependente químico; a polícia, como instrumento de repressão aos narcóticos ilegais e/ou delitos cometidos em função do abuso de drogas ilícitas ou em circunstâncias de embriaguez; os psiquiatras e psicólogos, Comunidades Terapêuticas e afins, com a provisão de atendimento médico e psicológico para os dependentes químicos; os grupos de ajuda mútua como os Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos, que coadunam conceitos da medicina e da religião, além de enfatizar a ajuda mútua entre pessoas afligidas pelo mesmo problema como recurso terapêutico primordial (MOTA, 2008, p. 21-22).

⁵³ Entrevista com Sol, usuário do Caps-AD, Campina Grande-PB no dia 06/10/2019.

No Caps-AD, ao mesmo tempo em que alguns usuários diziam que a dependência química era falta de Deus, eles afirmavam estarem se recuperando graças a Ele. As idas à igreja estavam sendo periódicas e aquele mal estava sendo afastado por esse motivo. Algumas religiões cristãs, inclusive, afirmam que o dependente é alguém que se desviou do projeto de Deus. No âmbito jurídico-policial, o dependente será aquele que representa o crime, pois a sua condição é favorável ao delito. Na esfera médica, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação de Psiquiatria Americana definem a dependência química como doença (MOTA, 2008, p. 22).

No que concerne à trajetória internacional no âmbito do controle de drogas, os dados indicam que no ano de 2000, 95% dos Estados-membros da Organização das Nações Unidas já detinham o compromisso de controlar uso, comércio e porte de drogas ilícitas. Esse processo de controle é tido como recente, tendo em vista que foi no início do século XX que começaram os movimentos internacionais para combater o uso de drogas. A Conferência de Xangai, ocorrida em 1909 e que reuniu países europeus, bem como os Estados Unidos e representantes do império chinês, objetivou discutir o controle do ópio. Embora não tenha atingido tanto êxito, a mesma serviu de inspiração para outras convenções e foi considerada a primeira tentativa de reunião para elaboração de um sistema de colaboração internacional no que tange ao assunto drogas. (SOUZA, 2013, p. 13).

Ana Clara Telles (2013) apresenta um aspecto subjetivo analisado por Andrés López Restrepo (2012), o qual descreveu que a construção da proibição do uso de substâncias psicoativas teve raízes em dois fenômenos interligados entre si. O primeiro diz respeito ao puritanismo de origem protestante embasado numa moral religiosa defensora de que um homem sério deveria se manter sóbrio e em abstinência. O fenômeno, segundo Restrepo, não era exclusivo dos Estados Unidos, mas também de países europeus de influência luterana a exemplo dos escandinavos. Entretanto, foi nos Estados Unidos que surgiu a ideia de proibicionismo que continua sendo difundida até hoje. Este proibicionismo está ligado à ideia de que a melhor solução para o problema das drogas é a proibição do seu uso.

O segundo fenômeno analisado por Restrepo diz respeito aos movimentos de proibição do consumo de algumas substâncias correlacionados às relações de poder étnico-racial dos Estados Unidos que concediam a cidadania para homens brancos, protestantes e anglo-saxões. As pessoas que eram excluídas do processo cívico, muitas das quais eram

usuárias de drogas, eram rotuladas como criminosas, sendo atacadas moral e socialmente (SOUZA, 2013, p. 15).

A proibição dessas substâncias, segundo Restrepo

Permitiu que, nos Estados Unidos, um grupo de brancos e protestantes impusesse sua visão do álcool e das drogas sobre outros grupos. Dessa maneira, o proibicionismo deve ser considerado como uma forma de racismo, pois, em parte, é resultado da existência de hierarquia social (RESTREPO, 2008 *apud* SOUZA, 2013, p. 16-17).

Como forma de exemplificar a abordagem de Restrepo acerca do proibicionismo difundido pela religião, retomo os questionamentos feitos no Caps-AD de Campina Grande já no ano de 2019. A maioria dos usuários, como dito anteriormente, reforça sempre a ideia de que usar drogas se trata da falta de Deus. Constantemente pude ouvir frases como: “graças a Deus estou limpo”, “Deus me fez enxergar o que eu estava fazendo com a minha vida”, “agora que encontrei Deus não caio mais na tentação das drogas”, “Deus tem me dado muita força para enfrentar a falta das drogas”.

Em Campina Grande, encontro constantemente, ao andar em ônibus, pessoas que se dizem ex-dependentes químicos que agora fazem parte de uma instituição religiosa que oferece este tipo de tratamento. Ao entrar nos coletivos, pedem uma passagem para que possam realizar “seu trabalho”, pois é daquela forma que eles se mantêm. O trabalho consiste em vender algo, seja guloseima, escova de dente, canetas ou outros objetos. Eles falam com entusiasmo sobre o tratamento que é oferecido e o quanto são gratos a Deus por terem “se livrado” das drogas. De acordo com algumas designações religiosas, o encontro com Deus é a solução de todos os males que envolvem o espírito e a carne.

É pertinente falar a respeito da relação entre religião e drogas, tendo em vista que muitos buscam nas drogas o que buscam nas igrejas: alívio para a angústia de viver. Por esse motivo a religião é usada na recuperação de dependentes químicos. Inclusive, estudos comprovam o quanto a religião é importante contra o uso de drogas, tendo em vista que muitos jovens a utilizam como primeiro recurso contra os maus sentimentos.

É bastante comum encontrar nas cidades instituições de reabilitação com preceitos religiosos. O sentimento de desespero dos usuários de drogas e das suas famílias os leva a

procurar uma religião. Muitas vezes estas pessoas já passaram por diversos tratamentos sem sucesso, sendo necessário recorrer ao “médico dos médicos”.

Freud (1996) já dizia que os vícios são substitutivos de hábitos primários. Dessa forma, pode-se pensar que um dependente químico que vê na igreja a solução para sua dependência se encontra completo, pois aquele ambiente está suprindo a falta que anteriormente era preenchida pelo álcool ou por outras drogas.

Ao fazer uso de alguma substância, o indivíduo perde a sua subjetividade para os efeitos da mesma. O sujeito, por sua vez, quando passa a frequentar uma instituição religiosa todos os dias e a rezar sempre, não passa apenas por uma mudança de hábito, como também muda sua forma de ser e de pensar. Aquela “filosofia” é incorporada à sua vivência diária, logo, tudo que acontece é explicado a partir da vontade de Deus. As normas são regidas pela vontade divina e nada fará sentido se não estiver diante da vontade de Deus (GUIMARÃES; BENTO, 2007, p. 108).

Passos & Souza (2011) afirmam que as Comunidades Terapêuticas trazem outro elemento que não exclui a dependência química, mas a complementa: a moral religiosa. De acordo com os autores, a moral cristã, juntamente com a psiquiatria e a justiça, compõem instituições que visam a abstinência. Enquanto a psiquiatria volta-se para a doença mental e a justiça para a delinquência, a moral religiosa pauta-se na associação entre prazer e mal.

Reconhece-se em algumas pesquisas a eficiência da religião entre os dependentes químicos, configurando-se como redução de danos. Entretanto, literaturas defendem que o adequado não é substituir o vício pelo fanatismo religioso, pois o indivíduo sempre estará em busca de preencher um vazio existencial. Muitos defendem que a solução é encontrar a raiz do problema por meio de terapias, por exemplo. Importante se faz destacar que nem todos os sujeitos têm acesso a terapias, psicólogos. Dessa forma, deixa-se um espaço para que as religiões entrem demonizando o prazer do corpo, por exemplo e os que se convertem acabam encontrando outros vícios que não sejam as drogas.

3.3 – “Aqui eu me sinto em casa”

Sirius, 71 anos, um dos usuários mais antigos do Caps-Ad. Em abstinência há sete anos, ele sempre está presente nas atividades do local. O consumo de álcool começou, segundo ele, quando tinha 6 anos de idade. Até os 19 anos o consumo era esporádico, tendo

sido aumentado quando foi morar no Rio de Janeiro. Eram cinco irmãos na residência e todos faziam uso do álcool, inclusive seu pai, embora este, por ser policial e precisar se manter sóbrio na maioria do tempo, bebia apenas aos fins de semana.

A vida dele no caminho do álcool lhe causou alguns prejuízos como demissão do emprego de vigilante na Prefeitura de Campina Grande e abandono do curso superior. A família, que sempre esteve ao seu lado, o internou pela primeira vez na clínica Dr. Maia. Passados 45 dias, Sirius recebeu alta e no mesmo dia voltou a beber. Aquela internação não foi a única: ele foi internado em Dr. Maia mais duas vezes.

Entretanto, seus dias de terror ainda estavam por vir. O senhor de 71 anos narra sua experiência de internação no Hospital João Ribeiro. Bastante envolvido pelas lembranças, Sirius demonstrou em palavras, além das expressões físicas e faciais, o quanto a vivência foi sofrida naquela instituição:

Me jogaram na ala A, onde ficava aqueles pobres coitado, gente boa, sem ter precisão, dormindo no chão, dando um na cara do outro, um mal cheiro. Não tinha quem aguentasse. Eles faziam coco pelo chão, pelos corredor, fazia xixi também pelo chão. Os cobertor com aquele mal cheiro, era a maior imundície do mundo. Talvez uma pocilga fosse mais organizada do que lá. Eu só passei um dia. Eu falei com a assistente social que era uma conhecida de infância ai ela me levou pra ala H que era aberta. A pessoa ia pra onde quisesse. Eu ficava trabalhando. Eu ia limpar mato.⁵⁴

Sirius é o único ex-interno do Hospital João Ribeiro que frequenta o Caps-Ad. Suas lembranças se assemelham à narrativa de Fernando Kinker, citada em capítulo anterior, no momento de sua inspeção no Hospital. Os relatos dão um rosto negativo a este local que assombrou a vida de tantas pessoas e enfatizam a mortificação do eu observada por Goffman ao falar sobre as condições precárias do ambiente. O senhor não soube dizer ao certo o ano de internação, mas pela sua idade é possível perceber que não se trata do século XIX, nem do início do século XX, mas sim da segunda metade do século XX, quando já se discutia, no Brasil, acerca das condições dos hospitais psiquiátricos.

Segundo Portelli (1996), “o que nossas fontes dizem podem não haver sucedido verdadeiramente, mas está contado de modo verdadeiro” (PORTELLI, 1996, p. 62). Não tenho a certeza de como os fatos aconteceram naquele ambiente, mas tenho a certeza do texto

⁵⁴ Entrevista realizada com Sirius, usuário do Caps-AD, Campina Grande-PB no dia 13/10/2019.

narrado por Sirius. Provavelmente os dirigentes do local iriam falar de um ambiente maravilhoso, assim como os jornais da década de 1960 fizeram, mas diversas pessoas que estiveram no hospital João Ribeiro, tanto na condição de internos como na de profissionais ou familiares, compartilharam a mesma imagem de descaso vivenciada por Kinker e por Sirius. Narrativas como estas construíram uma verdade e passaram a dar sentido real a tal instituição.

Pedi para Sirius narrar o cotidiano da instituição e perguntei se ele havia presenciado maus tratos:

Aqueles pobres [os pacientes]! Eles [os funcionários] pegavam pela garganta, dava aquela gravata. Quando era dois dias, o pobi ia comer e não aguentava por causa da gravata. A família mandava comida, ou um cigarro, pasta, sabonete e eles pegavam. Os pobi lá tudo morrendo de fome, porque era uma concha de feijão. Pegava o caldo de feijão e um copo cheio de farinha, a carne era um pedacinho desse tamainho assim, meia concha de arroz. E numa bacia. Depois passava pra outro. Colher sem cabo, uns comiam pelo chão, outros comiam de quatro pé como animal, outros metiam a mão dentro da bandeja do outro. Uma fome. E às vezes tinha gente que ficava 6, 7 anos lá dentro. Os pobi. Só o couro e o osso, sofrendo. De noite era gritando, com dor de dente e ninguém ia acudir aquele povo. Meu Deus, eu sentia tanto desgosto. Ainda era o tempo daqueles colchão de capim. A gente olhava assim pra perna da pessoa e era subindo aquele negócio de piolho. Gosto nem de me lembrar, meu Deus, aqueles pobi. Tinha uns que raspavam a cabeça. Aquele pessoal mais alvo, quando raspava, ficava aquelas pintinhas marcadas. Ai eles levavam a pessoa lá para o sol quente, tirava a camisa, ficava só de zorba sentado no chão e o cara com garrafa pet, dando banho, mandando fechar os olhos.⁵⁵

A descrição feita por Sirius é bem impactante, mas é interessante a forma que ele conta os fatos. A expressão “os pobi” é bastante utilizada, mas o senhor narra como um mero expectador, não se incluindo naquelas cenas. Sua estadia na pior ala foi de apenas um dia, pois ele não aguentou a precariedade. Sirius tinha uma conhecida que trabalhava no hospital e que facilitou a sua vida. Mas quantos não tiveram a mesma “sorte” e lá permaneceram por mais tempo?

O tratamento para dependentes químicos era de três meses, mas após o primeiro mês o paciente poderia sair para passar o fim de semana em casa. Sirius foi desligado da instituição duas vezes. Na primeira por chegar embriagado no início da semana e na segunda por ter uma discussão com outro paciente. Apesar de existir a regra de não poder chegar alcoolizado na

⁵⁵ Entrevista realizada com Sirius, usuário do Caps-AD, Campina Grande-PB no dia 13/10/2019.

instituição, Sirius narrou alguns acontecimentos nos quais os próprios funcionários burlavam as regras:

Lá tinha bebida. Eles [os pacientes] subornavam os funcionários que tinham lá, eles pagavam pra trazer cana, trazia álcool escondido. Passava o mês todinho lá bebendo. A gente saía pra beber e voltava. Não tinha muro, era só uns matão. Eu saía pra almoçar na casa da minha mãe e depois voltava.⁵⁶

Pode-se notar que as regras existiam e eram claras: o usuário seria desligado por mau comportamento, por chegar com cheiro de álcool, por se envolver em discussões e agressões, se fosse pego fora do hospital, dentre outros, mas alguns funcionários não seguiam as regras e nem toda a população tinha conhecimento do que acontecia lá dentro. Muitas famílias provavelmente também não sabiam das condutas dos funcionários. Muitos acontecimentos eram mascarados, pois a imagem de progresso daquele ambiente deveria ser mantida.

A memória de Sirius revisitou o seu passado para reconstruí-lo de acordo com a sua vivência. Tendo em vista que cada pessoa tem em mente vários destinos possíveis para os acontecimentos, “a história oral e as memórias, pois, não nos oferece um esquema de experiências comuns, mas sim um campo de possibilidades compartilhadas, reais ou imaginárias” (PORTELLI, 1996, p. 67). Ele não se enquadrou diretamente quando falava “os pobi”, mas suas saídas para almoçar em casa revela que ele não estava satisfeito com a alimentação.

Suas lembranças o permitiram fazer uma comparação entre as duas instituições por onde passou. Segundo ele, a clínica Dr. Maia era mais organizada, mais higienizada e também com menos pacientes. O Caps-Ad, por sua vez, trata-se de um lugar totalmente diferente das suas demais experiências. Há 11 anos frequentando a instituição, ele tomou conhecimento por um colega interno do Hospital João Ribeiro.

Segundo seu relato, no dia que foi ao Caps pela primeira vez passou o dia inteiro bebendo. Resolveu, então parar e se manteve sóbrio por quatro meses, decidindo participar do Alcoólicos Anônimos. Após superar as recaídas, Sirius se mantém em abstinência há 7 anos e hoje considera-se uma nova pessoa:

Hoje eu me sinto bem, né? Aprendi muita coisa aqui dentro, aprendi a ser mais desinibido. Adorei o tratamento e tou adorando. Eu me sinto em casa.

⁵⁶ Entrevista realizada com Sirius, usuário do Caps-AD, Campina Grande-PB no dia 13/10/2019.

Eu gosto e pra não tá só em casa. Onde eu moro é cheio de... lá em Bodocongó... é cheio de bar. Eu lá e o povo “vem cá, me dá um dinheirinho pra eu inteirar aqui”, ai a pessoa acaba bebendo. Hoje eu tenho uma nova identidade. Mais calmo, sem nervosismo, sem tá com ansiedade de usar álcool e o cigarro que eu também parei. E também sem tá precisando pedir dinheiro a um e outro que coloquei no costume, sem beber e comprar cigarro fiado que faz 7 anos que nunca mais fiz isso, de tirar coisa em casa, alimento pra trocar por cachaça. Nunca mais fiz isso. Eu comprava a feira em casa pra passar um mês ai começava e tirava um pacote de macarrão ai isso tudo por causa de um barraqueiro que pedia pra levar em troca de um copo de cana ai me viciou. A minha família não via que eu tirava. Quando vieram saber, já fazia muitos e muitos anos, mas graças a Deus estou fazendo minha programação aqui no Caps e tá tudo dando certo.⁵⁷

Para Sirius, o Caps-Ad foi responsável por lhe ajudar a construir uma nova identidade. As atividades desenvolvidas permitiram isso. Ele cita em sua fala e por diversas vezes, uma enfermeira que, mesmo não sendo sua técnica de referência, contribui muito na sua vida. A mesma está à frente de uma oficina de cordel e sempre leva os usuários para participar de eventos na cidade. Esta visibilidade dada a Sirius o encheu de gratidão pela profissional.

A cordelista me levou 4 vezes para a universidade, fui declamar poema, me levou pra Cesrei⁵⁸, eu declamei aquela poesia de Castro Alves, de 34 estrofes. Eu tenho tudo decorado na minha cabeça. Eu declamei lá sem tá olhando papel, somente da minha cabeça. Tá tudo aqui dentro, eu não esqueço não. Ela já me levou duas vezes lá para o Ipsem⁵⁹. No outro Caps, me levou lá pra fazer poesia. Ela me ensinou muita coisa. Depois que eu conheci ela as coisas ficou tudo mais melhor. Eu tinha vergonha de falar. Eu ia pra igreja ai na hora da oferenda eu tinha vergonha de levantar e colocar o dinheiro. Depois que ela chegou, eu fui me desinibindo. Hoje eu tenho condição de ir até em Silvio Santos, no Faustão, ir lá no palco e falar na multidão. Cabou-se a timidez. Até na praça da bandeira, me deu vontade de falar na praça da bandeira, quando ela fez outro dia lá uma encenação.⁶⁰

Apesar de a sua dicção ter sido comprometida, Sirius fala com entusiasmo da sua memória que não sofreu as sequelas do abuso de álcool. O mesmo consegue declamar uma poesia com 34 estrofes. Algo que pode parecer simples para muitas pessoas é algo extraordinário para um senhor de 71 anos. Sua timidez não permitia uma atitude desta em

⁵⁷ Entrevista realizada com Sirius, usuário do Caps-AD, Campina Grande-PB no dia 13/10/2019.

⁵⁸ Cesrei trata-se de uma faculdade particular que funciona na cidade de Campina Grande.

⁵⁹ Ipsem - Instituto de Previdência do Servidor Municipal.

⁶⁰ Entrevista realizada com Sirius, usuário do Caps-AD, Campina Grande-PB no dia 13/10/2019.

frente ao público, mas esta nova identidade construída no Caps mudou a sua vida pessoal e social.

O Caps, entretanto, não trouxe benefícios imediatos para Sirius. Quando começou a frequentar, em 2008, ainda fazia uso de bebidas alcoólicas, inclusive associando-as ao uso de medicamentos. Em seu prontuário está registrado, no ano de 2012, o contato de sua filha que, preocupada com a situação, precisava de um conselho sobre a necessidade de internar o pai em uma emergência psiquiátrica. Esta foi a sua última recaída registrada. Desde então manteve-se em abstinência.

Dessa forma, pode-se perceber toda uma conjuntura que tornou possível a abstinência. Não foi só o Caps o responsável, mas também o apoio da família e, principalmente, a vontade do próprio usuário.

No Hospital João Ribeiro, Sirius precisava seguir as regras da instituição, bem como no Caps. Entretanto, o primeiro ambiente visava disciplinar aqueles sujeitos, algumas vezes por meio da violência. O tratamento era baseado na medicalização e no isolamento. O segundo ambiente permitiu sua visibilidade enquanto sujeito social, permitiu que ele fosse ouvido nas suas necessidades e angústias. As pessoas puderam prestigiar o engajamento de um senhor de 71 anos que conseguiu vencer “a luta contra o álcool”. Sirius, como ele mesmo diz, é um novo homem.

De acordo com a Psicologia Social, “a identidade pode ser definida como a compreensão acerca de quem somos e de quem são as outras pessoas, bem como a compreensão de outras pessoas sobre si mesmas e sobre os outros” (JENKINS *apud* PEDRO, 2018, p. 45). A noção que o sujeito tem de si, construída por meio do seu próprio reconhecimento e do reconhecimento que as outras pessoas têm dele é chamada de identidade individual, enquanto que a noção de reconhecimento de aspectos semelhantes entre as pessoas é chamada de identidade coletiva. Ambas as noções formam o conceito de identidade (JENKINS *apud* PEDRO, 2018, p. 45).

O processo de reconhecimento das diferenças e semelhanças entre os sujeitos em constante negociação, acordos e desacordos, transforma a identidade em algo que não é fixo. Por meio das negociações em sociedade, os sujeitos identificam-se e são identificados por outros e é neste momento em que ocorrem as diferenciações. É a partir desse processo de identificação que os sujeitos organizam suas vidas cotidianas, construindo suas identidades (PEDRO, 2018, p.46).

Ao pensar nestas diferenças, pude notar como os usuários do Caps-ad se reconhecem enquanto sujeitos em sofrimento psíquicos decorrentes do uso de drogas. Em um determinado dia, a psicóloga informou que quem necessitasse de um momento de escuta, poderia procurá-la em dia e horário determinados, estes que seriam reservados para terapia individual. Um dos usuários presentes disse: “eu não preciso disso, pois não sou louco”. Essa fala me fez pensar no que já citei no início do primeiro capítulo quando observo a obra de Lima Barreto. Esse usuário, utilizando do termo louco para se referir aos demais transtornos mentais, enquadra-se, assim como Lima Barreto, em um patamar superior. Por não ser “louco”, não precisa de acompanhamento psicológico. Dessa forma, esse usuário em específico, ao afirmar sua identidade de dependente químico “não-louco”, nega possuir outras condições que ele atribuiria aos loucos, hierarquizando sua identidade em relação aos “outros loucos”, atrelando a existência do seu discurso às diferenças existentes entre eles.

Ao falar no processo de identificação, Hall (2014) apresenta que “na linguagem do senso comum, a identificação é construída a partir do reconhecimento de alguma origem comum, ou de características que são partilhadas com outros grupos ou pessoas, ou ainda a partir de um mesmo ideal” (HALL, 2014, p. 106). A abordagem discursiva, por sua vez, ainda segundo Hall, vê a identificação como um processo nunca completado, como algo que está sempre em processo, algo condicional. O usuário citado acima, por exemplo, não se identifica enquanto alguém que necessita de acompanhamento psicológico. Entretanto, essa identificação dele poderá mudar, haja vista que os profissionais da instituição podem mostrar que não é preciso estar doente psicologicamente para buscar uma ajuda.

O usuário Sirius mostrou em sua fala a identificação que possui com a instituição, esta que permitiu que o mesmo realizasse tarefas que proporcionassem seu bem estar. Ao participar da oficina de cordel, Sirius o fez por se identificar com aquela atividade, da mesma forma que outros usuários não participam por não gostarem. Eles são livres para escolher participar da oficina que eles julgam pertinentes para o momento em que estão vivendo.

É precisamente porque as identidades são construídas dentro e não fora do discurso que nós precisamos compreendê-las como produzidas em locais históricos e institucionais específicos, no interior de formações práticas e discursivas específicas, por estratégias e iniciativas específicas (HALL, 2014, p. 109).

Além da sua relação com a diferença, a identidade resulta de criações discursivas. Ou seja, elas são construídas dentro dos discursos e para serem compreendidas precisa-se levar em consideração os contextos que proporcionaram as práticas discursivas. O discurso irá definir as identidades, estas que terão sentido dentro de um sistema de significação, seja na cultura ou nos sistemas simbólicos.

A forma como os sujeitos se posiciona em relação a sua constituição identitária é que representará as formas de construção de significados diante das práticas discursivas:

Quaisquer que sejam os conjuntos de significados construídos pelos discursos, eles só podem ser eficazes se eles nos recrutam como sujeitos. Os sujeitos são, assim sujeitados ao discurso e devem, eles próprios, assumi-lo como indivíduos que, dessa forma, se posicionam a si próprios. As posições que assumimos e com as quais nos identificamos constituem nossas identidades (WOODWARD, 2014, p. 56).

Pensando dessa forma, pode-se dizer que os discursos constroem a realidade e é através da linguagem que as construções de significados são possíveis, construções estas que posteriormente farão parte do conteúdo identitário. Logo, a identidade do sujeito será construída a partir da posição que ele ocupa na sociedade. Contudo, este conteúdo identitário não é fixo, podendo sofrer alterações com o passar do tempo, visto que os elementos da constituição identitária percorrem por diferentes discursos.

Assim sendo, “o sujeito estaria lançado em uma descontinuidade, em um espaço de disputas, guiado por diversos discursos, que se movimentam e se modificam, em um processo constante e sem fim delimitado” (PEDRO, 2018, p. 52). Esta ideia de sujeito descentrado, discutida também por Hall (2006), desarticula a noção de identidades fixas e estáveis e permite a construção de novas identidades e posições de sujeito inacabadas, contraditórias, fragmentadas. Essa posição do sujeito como não sendo fixa se associa às posições de sujeito como sendo posições discursivas.

Outro personagem real que resolvi trazer para a minha pesquisa foi Rigel. Ele foi um dos primeiros que se dispôs a conversar comigo, embora tímido e reservado. Aos 43 anos, está em abstinência e conseguiu graças ao trabalho do Caps e ao apoio dado por outros usuários, a exemplo de Sirius.

Rigel já havia sido levado uma vez para a Clínica Dr. Maia a fim de receber medicação. Sua ida ao Caps-ad foi por pressão da família, por isso o uso da bebida continuou até o momento em que ele se sentiu à vontade na instituição e resolveu levar o tratamento a sério. A todo momento ele fala da relação difícil com a família que ficou mais complicada após a morte da sua mãe por motivo de assuntos de herança.

Quando minha mãe era viva eu ficava na casa de uma tia, mãe da minha mãe aí agora depois que minha mãe morreu aí quiseram fazer de tudo, arrumar tudo de atestado para colocar que eu sou incapaz de tudo para aposentar. E elas ficavam me manobrando, me manobrando, né? Ai eu não aceitei e teve o doutor aqui também que foi um dos que me deu maior apoio, tanto o doutor como todos os funcionários me deram maior apoio.⁶¹

A rede de apoio construída no Caps-ad fez Rigel considerar aquele ambiente como sua casa e todas aquelas pessoas, tanto profissionais quanto usuários como seus familiares. Quando o tema das oficinas remetia às famílias, Rigel sempre reclamava da sua. Em um dos últimos momentos do ano, antes do recesso em dezembro, o usuário se emocionou ao fazer uma retrospectiva dos últimos acontecimentos da sua vida e o sentimento enaltecido foi o de gratidão por todo o apoio que recebe no Caps-ad. Fica nítido em suas falas o quanto aquele lugar é importante, o quanto ele se sente compreendido. A sua família busca resumir a sua identidade à doença a fim de que o mesmo consiga sua aposentadoria. Ele recebeu o apoio do discurso médico psiquiátrico que o declarou capaz de continuar a desenvolver suas atividades no âmbito da subsistência.

A rede de apoio construída a partir do Projeto Terapêutico Singular permite esta criação de laços afetivos entre usuários e profissionais. Para Rigel, o Caps-ad foi o único local em que ele pôde estabelecer vínculos, já que os atritos são constantes entre a família.

A convivência naquele ambiente foge de uma instituição como um manicômio ou clínica terapêutica. O cotidiano, as atividades, permitem a interação de profissionais e usuários, seja em uma roda de conversa ou em alguma confecção manual. Naquele ambiente a relação não é apenas unilateral. É possível falar de experiências que não apenas o uso de drogas ou álcool.

⁶¹ Entrevista realizada com Rigel, usuário do Caps-AD, Campina Grande-PB no dia 20/10/2019.

3.3 – A internação, a dependência e a libertação pela arte

Markab, 44 anos, é usuário de quase todas as substâncias, segundo ele, mas o que mais lhe prejudica é o álcool, o qual ingere quase todos os dias. Aos 14 anos, decidiu que queria sentir a mesma sensação que a mãe. Ao abraçá-la, sempre sentia o cheiro de álcool e a curiosidade passou a lhe perturbar. Depois da experiência com o álcool, passou para a maconha, depois cocaína, *crack*, dentre outras.

Aos 41 anos, foi internado pela primeira vez numa clínica de reabilitação.

O álcool eu usava quase sem parar. Eu colocava a garrafinha no pé da cama, dormia e acordava bebendo. Ai depois chorava, dava o arrependimento. Uma vez tentei suicídio. Deitei no meio da rua e disse “agora já provei tudo dessa vida, só falta agora provar da morte” ai me deitei assim, coloquei as mãozinhas assim e fiquei esperando algum carro vir para passar por cima. Ai quando eu menos esperei um amigo meu foi lá me levantar, me acordou, me levou pra casa, me deu água. Ai foi ai minha primeira internação. Eu fui levado para uma casa de recuperação lá no Conde. Passei acho que uns dois meses ai não aguentei e sai, quando sai, no mesmo dia já fui atrás de novo da droga, do álcool, de tudo. Parecia que tinha encontrado o paraíso. É terrível.⁶²

Conseguir se manter em abstinência foi algo muito difícil para Markab. Ele não contou como foi sua experiência nesta clínica, mas narrou sobre sua segunda experiência de internação.

Fui pra outra casa de recuperação lá em Santa Rita. Ai na segunda tentativa de recuperação, o que mais me decepcionou foi... acho que me decepcionei comigo mesmo, me decepcionei com meu semelhante, porque lá o convívio é muito difícil, a gente tava sendo monitorado o tempo todo, sei lá, você se sente perseguido, como se você tivesse cometido um crime terrível, porque assim, é como se... cuidado excessivo, que não deixa você respirar. Você não pode botar o pé na cadeira, não pode sentar em todo lugar, um monte de coisinhas que eu acho que não tem nada a ver. Tudo bem que é pra manter regras e tal, mas o tempo todo você pressionando, perseguindo todo mundo. Tinha um momento lá que era o momento do a sós. A sós com Deus. Ai você não podia falar. Ai uma... parece que era uma hora em silêncio. Você podia ficar lendo a bíblia ou andando, caminhando sozinho por lá, mas na vista deles e sem falar com ninguém.

⁶² Entrevista realizada com Markab, usuário do Caps-AD, Campina Grande-PB no dia 27/10/2019.

Os usuários desta casa de recuperação precisavam ser monitorados a fim de que a ordem pudesse ser mantida. O isolamento não bastava, os dependentes químicos precisavam ser disciplinados, pois a disciplina fazia parte do tratamento. De acordo com Foucault (1988), as instituições utilizaram-se da disciplina para dominar o sujeito e organizar espaços, para que dessa forma o indivíduo disciplinado se tornasse dócil e de fácil manipulação. Aquele que fugisse à norma imposta pela sociedade era levado ao enclausuramento. A vigilância era necessária para garantir o cumprimento das regras daquele local e manter os corpos submissos para realizar as tarefas que fossem convenientes.

Atualmente, há uma ideia de que a voz do dito louco não é mais contida

Dir-se-á que, hoje, tudo isso acabou ou está em vias de desaparecer; que a palavra do louco não está mais do outro lado da separação; que ela não é mais nula e não-aceita; que, ao contrário, ela nos leva à espreita; que nós aí buscamos um sentido, ou o esboço ou as ruínas de uma obra; e que chegamos a surpreendê-la, essa palavra do louco, naquilo que nós mesmos articulamos, no distúrbio minúsculo por onde aquilo que dizemos nos escapa. Mas tanta atenção não prova que a velha separação não voga mais; basta pensar em todo o aparato de saber mediante o qual deciframos essa palavra; basta pensar em toda a rede de instituições que permite a alguém – médico, psicanalista – escutar essa palavra e que permite ao mesmo tempo ao paciente vir trazer, ou desesperadamente reter, suas pobres palavras; basta pensar em tudo isto para supor que a separação, longe de estar apagada, se exerce de outro modo, segundo linhas distintas, por meio de novas instituições e com efeitos que não são de modo algum os mesmos (FOUCAULT, 1996, p. 12-13).

O momento “a sós com Deus”, sob a vigilância de uma pessoa, demonstra que a palavra continua a ser contida. O discurso dos sujeitos nesta instituição descrita por Markab não era relevante. O contato com o outro também estava proibido. As regras da instituição, segundo Markab, não se preocupavam com a individualidade de cada um. A falta de diálogo impedia que um projeto individual fosse preparado para lidar com as dificuldades de cada sujeito ali internado. O foco era a abstinência, a cura.

Uma vez me botaram pra fazer a seleção de resíduos, separação de lixo, o que é reciclável e o que não é reciclável, sem luvas. Nesse lixo tinha papel higiênico, garrafa pet, barbeador, papel higiênico. Digo usado, né? Copos, tudo, arame farpado, latas de tinta com ferrugem e eu pegando tudo isso sem luva. Pedi luva e me deram e soltaram a piadinha. “Depois você lave que vai

usar ela de novo”. E luva cirúrgica. Imagine. Descartável e frágil. Não é pra você ter contato com seleção de resíduos. Nada a ver. Ai eu botei, elas se rasgavam. Ai depois eu disse “oh, essa luva aqui é pra cirurgia, é pra tratamento de saúde, não é pra seleção de lixo”. Disseram: “ah, a gente vai ver se arranja outra”. Ai arranjaram. Falei: “mas ainda falta mais coisa. Eu tou com uns ferimentos no pé e não posso ter contato com essas coisas, tenho que usar uma bota de proteção”. Sei que foi tanta coisa, tanto moído que eu olhei e disse: “sabe de uma coisa? Não quero mais não, pode ficar com a luva, com as botas, com isso aqui. É tudo de vocês, eu num faço mais parte desse mundo. Eu quero meu termo de desligamento”. Ai vim embora.⁶³

Markab reconheceu, neste momento, que o tratamento dado aos usuários não era digno. Ele não se recusou a fazer o que lhe impuseram, apenas gostaria que boas condições fossem oferecidas para evitar uma contaminação. O que mais deixava Markab indignado era o fato de o responsável pelo local, um pastor de uma igreja protestante, ter sido dependente químico e mesmo assim faltar-lhe empatia com os usuários. Tem-se aqui mais uma instituição responsável pela mortificação do eu descrita por Goffman (1974).

Não estou tratando de um hospital, mas sim de uma clínica de reabilitação e pode-se notar que cada um apresenta as suas particularidades, embora mantendo antigas características e práticas.

Na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais-dia, o atendimento a domicílio puderam marcar de início novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos (DELEUZE, 1990, p. 219).

O que Deleuze apresenta são os espaços de confinamento que vão ganhando novos significados. Entre os séculos XVIII e XIX, tendo seu apogeu no início do século XX, a disciplina se manteve nas sociedades e, apesar das mudanças que iam ocorrendo, os indivíduos passavam de um lugar fechado para outro.

A função das sociedades disciplinares era a de ter o controle sobre os indivíduos, estes que, conseqüentemente, passariam a ser controlados pela instituição. Na sociedade de controle, o controle é chamado de “invisível”, pois tal controle não se limita a apenas um núcleo, sendo bem mais complexo.

⁶³ Entrevista realizada com Markab, usuário do Caps-AD, Campina Grande-PB no dia 27/10/2019.

Apesar das mudanças que estão ocorrendo, pode-se notar, como já dito anteriormente, que as características disciplinares ainda fazem parte do ambiente no qual Markab procurou tratamento. Ele afirma que naquele ambiente não tinha o poder de falar, de expor sua opinião.

Pedi para Markab comparar as instituições nas quais foi internado e o Caps-ad:

A internação tem um lado bom. Mas esse lado bom também é o vilão da história, porque lá dentro você não tem como ir atrás de drogas, então fica mais fácil de você se recuperar só que o que fere é a convivência, a comida que é servida, como é servida, a água, a luz, as limitações de espaço, de relação de pessoas. Eu acho assim, comparando agora as duas coisas, eu aqui me sinto tratado por igual, mesmo tratamento com todo mundo. Isso é um ponto positivo, mas assim eu sinto que tem alguma coisa que não tá correta... acho que o horário de marcar com o pessoal de 8 e começar às 9. A gente tem uma hora aleatória. Uma hora que poderia ter um aproveitamento maior. Sei lá, um vídeo, um filme, num sei... alguma coisa que nos levasse a uma reflexão sobre a adicção, sobre... sei lá, um lazer, uma coisa diferente, mas assim, comparando os dois, acho que daria uma nota de 8 ao Caps e 5 às clínicas.⁶⁴

Segundo Markab, o Caps-ad dá espaço para que o diálogo seja estabelecido, algo que na clínica de reabilitação não existia, muito embora em ambos os usuários precisem seguir as regras da instituição. Ele chegou ao serviço esperando que algo fosse mudado de imediato na sua vida. Posteriormente ele conseguiu perceber que o tratamento é um processo lento. O usuário reclama do tratamento que era dado nas clínicas, mas lá o ambiente não permitia uma “escapada” para usar drogas. Dessa forma, pode-se perceber a falta de controle a respeito do uso. Para ele, é preciso um impedimento para que as drogas não sejam utilizadas. É difícil, segundo ele, evitar o uso por contra própria. Aquele controle exercido pela instituição de certa forma o impedia de entregar-se ao vício, sendo o “confinamento” o único meio de distanciamento das drogas.

Existe algo na vida de Markab que ele considera libertador. Por muito tempo sonhou em ser artista plástico, mas entristeceu-se com a falta de valorização da sociedade. Suas pinturas são obras de arte para ele e a sua vontade era que as pessoas pudessem enxergar nelas a beleza que de fato representam. Seu desejo era poder manter-se financeiramente com suas produções, mas o que garante seu sustento atualmente são as vendas de picolé pelas ruas de Campina Grande.

⁶⁴ Entrevista realizada com Markab, usuário do Caps-AD, Campina Grande-PB no dia 27/10/2019.

Markab não falou da arte apenas na nossa entrevista. Sempre que possível ele narra sobre a mesma nas oficinas do Caps-ad. Seu semblante muda quando o assunto se volta para a arte. É notório o quanto a mesma representa uma paixão.

Hoje eu sinto que a pintura serve para mim como um calmante, uma terapia. Antes o que eu almejava que fosse profissão, hoje se tornou remédio, porque assim, quando eu tou pintando, que eu vejo a imagem se formar, as coisas lindas que saem dali, de repente eu fico olhando “meu deus, porque é que eu com esse talento tão grande, fui nessa barca furada? Me ajude a sair” ai as vezes eu nem termino de pintar... começo a chorar... depois que as lágrimas secam eu volto a pintar. A arte é refúgio, é tudo... é reencontro, é quase um fôlego de vida, porque quando você se nota dependente químico, que a ficha realmente cai e você vê o monstro que se tornou, ai fica o monstro, fica procurando como sair... aliás, a razão fica querendo arrancar esse monstro pra enterrar ele... sepultar para ele nunca mais voltar. Mas eu sei que vou sofrer muito, porque todos os dias eu brigo comigo mesmo. É como se eu tivesse me tornado duas pessoas em uma só, uma que quer o bem e a outra que quer o mal. E essa tem que manter o diálogo para não endoidecer, porque só o meu lado assim, tristão que pode matar o lado profano. Matar não, mas pelo menos enjaular ele... deixar ele lá numa cúpula para nunca mais sair. Guardado para o dia do juízo final. Eu acredito assim, que a arte me salvou de muitas coisas, me salvou acho que até da morte.⁶⁵

De acordo com Nise da Silveira, à imagem é atribuída uma grande importância, pois se o indivíduo que está com sua mente mergulhada no caos consegue dar forma às emoções por meio das imagens, representando suas experiências internas que os transtornam, estará despotencializando experiências de suas fortes cargas energéticas e tentando organizar sua psique dissociada (SILVEIRA, 2000 p. 47).

Ao desenvolver a seção de Terapêutica Ocupacional no hospital Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1946, a médica citada chegou à conclusão de que o ato de pintar era terapêutico e dava forma a tumultos internos do ser. “As imagens do inconsciente objetivadas na pintura se tornam passivas de certa forma de trato, mesmo sem que haja nítida tomada de consciência de suas significações profundas” (SILVEIRA, 2000, p. 48).

Nos últimos anos, cada vez mais pessoas iniciam o consumo de drogas, mas os cuidados neste âmbito ainda estão cheios de preconceitos, por parte dos próprios usuários que

⁶⁵ Entrevista realizada com Markab, usuário do Caps-AD, Campina Grande-PB no dia 27/10/2019.

se recusam a procurar ajuda e tratamento. Justamente a esta questão, também existem poucos estudos que foquem na eficácia das técnicas de tratamento utilizadas.

A arteterapia, utilizada em vários locais que tratam o dependente químico, inclusive no Caps-Ad, diz respeito à utilização de recursos artísticos como terapia, abordando variados temas e sendo responsável por refazer ideias e conceitos, contribuindo para que o indivíduo se liberte de suas amarras e se reconheça como seu próprio “curador”. Este tipo de terapia visa promover a liberação de conteúdos internos agradáveis e desagradáveis, permitindo que o usuário desenvolva bem-estar, autoestima, criatividade, motivação, dentre outras características que irão auxiliá-lo no processo de cura (MOYA; SILVA, p.2).

De acordo com Corrêa (2000), as técnicas artísticas em âmbito terapêutico ajudam pessoas que querem se conhecer a expressarem aquilo que está no seu inconsciente, além do que está presente na consciência. Quando realiza um trabalho artístico, o autor personifica na imagem seu mundo interno, fazendo com que a imagem que estava internalizada na dimensão do imaterial, em seu mundo subjetivo, seja levada para o mundo externo e objetivo. Ao contemplar sua obra, o artista entra em contato com características da sua identidade (CORRÊA, 2000, p. 3).

Markab, ao encontrar um suporte afetivo na arte, luta contra o caos do seu inconsciente e encontra o sopro de vida contido no seu interior. A batalha contra as drogas parece ser impossível. Ele tem consciência do mal que a mesma o faz, mas a abstinência é algo bem difícil. Sua vida de solidão também influencia na busca pelas drogas. Sua única companhia é um primo também usuário que leva a vida de forma negativa, sempre com pensamentos negativos e autoestima decadente.

Esta relação de Markab com a arte deixa claro que a forma de se olhar e lidar com o sofrimento psíquico por meio do fazer criativo proporciona um autoconhecimento, uma ressignificação da realidade em que vive, representando, assim, uma relevante forma de cuidado em saúde mental.

Nise da Silveira também apresentou em suas pesquisas a importância da afetividade. Ela leva em consideração o tratamento com esquizofrênicos, mas pode-se trazer para qualquer âmbito de transtornos, tendo em vista que se o doente não tiver ao seu lado alguém que seja seu ponto de apoio para que ele faça investimento afetivo, o tratamento não será eficaz.

Mundo externo hostil, desagregação da família, falta de amor na infância, condições miseráveis da vida, frustrações repetidas, humilhações, opressão da vida instintiva, de aspirações culturais e espirituais, apertando o indivíduo num anel de ferro, provocam intensas emoções e tentativas malogradas de defesa. A psique não consegue fazer face a todos esses ataques juntos ou separados, e acaba incapaz de preservar sua integridade. Racha-se, cinde-se. As emoções, que não encontraram forma adequada de expressão, introvertem-se rasgando sulcos subterrâneos até alcançar a estrutura básica da psique (SILVEIRA, 2006, p. 149).

É importante ouvir o outro e tentar entendê-lo, levando sempre em consideração que este outro possui seu próprio tempo e espaço, bem como suas próprias imagens e vivências que muitas vezes avassalam e perturbam sua mente.

3.5 – A “chave-mestra” do Caps-ad

Uma das oficinas desenvolvidas no Caps-ad durante o ano de 2018 foi a chamada Redução de Danos. Nela, temas como desamparo, suicídio, consciente e subconsciente, tristeza, pertencimento, dentre outros, foram discutidos. Os temas desamparo e suicídio, especificamente, trouxeram desabafos bastante comoventes. As maiores queixas dizem respeito ao abandono causado pela família.

A Redução de Danos⁶⁶ trata-se de uma estratégia de saúde pública adotada pela primeira vez no Brasil em 1989 em Santos-SP pelo fato de que os altos índices de casos de HIV estavam sendo associados ao uso indevido de drogas injetáveis. Ao longo do tempo, tornou-se uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias que visavam a abstinência. Foi em 2003 que as ações de redução de danos deixaram de ser exclusivas dos Programas de DST/AIDS para se tornarem também uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas e da Política de Saúde Mental (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 154).

A redução de danos encontrou embates, principalmente porque na década de 1990 houve uma diminuição do uso de drogas injetáveis, mas em contrapartida aumentou o uso de drogas inaladas e fumadas. Dessa forma, novas estratégias foram sendo incentivadas, tendo em vista que se julgava como imprescindível o acolhimento dos usuários de drogas enquanto

⁶⁶ Trato aqui agora da redução de danos enquanto estratégia e não enquanto oficina do Caps-Ad em Campina Grande.

cidadãos de direitos e sujeitos políticos. O problema se deve ao fato da estigmatização que gira em torno do dependente químico que o classifica como um sujeito perigoso e doente. As questões colocadas em cena em última instância pela redução de danos não se limitam à total abstinência como único objetivo para melhorar a qualidade de vida, mas querem fugir dos estereótipos, já que colocam em discussão algumas possibilidades de uso de drogas. As questões apontam que pessoas que usam drogas não precisam necessariamente de tratamento; apontam que existem pessoas que não querem parar de usar drogas e não querem ser tratadas; apontam pessoas que querem diminuir o uso sem necessariamente parar de usar drogas (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 157).

Esse modelo descrito acima possui como direção a proposta de promoção de saúde, enquanto que a abstinência se associa a uma remissão do sintoma e a cura do doente. A abstinência, na redução de danos, pode ser uma meta a ser alcançada, mas não é uma regra imposta pela instituição que se utiliza da redução de danos. Um exemplo que os redutores de danos utilizam é a substituição do *crack* pela maconha, a utilização de materiais menos prejudiciais.

O mais interessante é que - e pode ver isso no Caps-Ad em Campina Grande - em atividades coletivas, os usuários deixam de lado a caminhada em direção ao individual para caminhar coletivamente, pensando não apenas em si, como também no outro, melhorando a forma de lidar com seus sentimentos e auxiliando os demais usuários que apresentam dificuldades no mesmo processo.

Passos & Souza (2011) trazem a ideia de que a redução de danos é um método construído pelos próprios usuários de drogas, os quais são responsáveis pela produção de saúde à medida que assumem a tarefa de autocuidado, ampliando, dessa forma, as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo.

Para além das questões referentes diretamente à redução de danos, é importante destacar o que esse modelo busca atenuar, a exemplo dos sentimentos de desamparo e solidão resultantes do uso de substâncias psicoativas. Ciências como a psiquiatria, a psicologia, a filosofia e a sociologia trabalham com o tema da solidão e do desamparo. O avanço tecnológico permitiu que as pessoas pudessem habitar espaços isolados dos demais e os jovens, especialmente, passaram a se sentir vazios e a não conseguir preencher estes espaços. Os sujeitos, principalmente os jovens, estão cada vez mais mostrando terem desconhecimento de si próprios, apresentando um sentimento de insegurança e inadequação que causa

dificuldades diante da construção de uma identidade própria e de um projeto de vida (BARROS, 2007, p. 269). O

De acordo com Freud, o sofrimento ameaça os sujeitos a partir da fragilidade do nosso corpo, do poder superior da natureza e as pressões do mundo externo e a inadequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos dos seres humanos. Para lidar com o sofrimento causado por estas fontes, o indivíduo utiliza de algumas estratégias, a exemplo do isolamento voluntário, submissão às normas, uso de substâncias tóxicas, delírio ou cultivo da ilusão do fanatismo religioso, amar e ser amado, etc (MACÊDO, 2012, p. 104).

Muitos dos usuários presentes no Caps-ad afirmavam terem sido desamparados por seus familiares e encontrarem o amparo apenas naquela instituição. O sentimento de raiva pelas famílias muitas vezes era perceptível na forma de falar. No entanto, alguns outros usuários afirmavam o quanto a família havia representado um papel importante no sentido de acolhimento, facilitando o processo de tratamento.

As definições de si no Caps-ad apareceram por meio de diferentes expressões: doente, dependente, safado, vagabundo, louco. A identidade de cada um é construída por meio de diversas características. “Como todos os membros da cultura em que foram constituídos como sujeitos, eles gerenciam (com o uso de diferentes recursos retóricos) uma representação de si mesmos para atingir objetivos estratégicos” (PEDRO, 2018, p. 85). Em diversos momentos eles afirmam o quanto é difícil viver naquela condição e o quanto é importante a relação com o meio externo durante o tratamento. Ao se identificarem enquanto doentes, reafirmam a importância de ter pessoas, principalmente a família, ao lado, sendo compreensivos e resilientes.

A relação dos usuários com o saber médico faz com que eles se reconheçam enquanto doentes. Será esse saber que irá receitar os remédios e por esse motivo muitos que frequentam o Caps só o fazem para poder ter acesso aos medicamentos. Alguns acreditam que só são capazes de se afastarem do vício se fizerem uso dos remédios. Entretanto, existem também aqueles que associam o uso dos medicamentos às suas fragilidades, tanto emocionais quanto físicas.

O Caps-ad trabalha com o uso dos medicamentos e embora o seu foco não seja esse, ele foi construído para trabalhar dessa forma, em parceria com os trabalhos em grupos, as oficinas, etc. Eram as instituições psiquiátricas que focavam no uso de medicamentos. O Caps-ad foi construído com o objetivo de dar aos sujeitos o seu lugar na sociedade, o seu

lugar de fala. O próprio uso das palavras dependente químico é negado por alguns profissionais da área, pois eles afirmam que utilizar essa expressão seria o mesmo que resumir toda a história de um sujeito à condição de dependência.

Diante deste ensaio a respeito de uma instituição criada para receber dependentes químicos num momento em que os manicômios já não dariam mais suporte, foi possível notar também as discrepâncias, seja no que o movimento propõe, seja na falta de recursos da instituição para poder atender à demanda diária do serviço, seja dos próprios usuários que se comprometem em fazer o tratamento, mas na verdade ainda não estão totalmente dispostos e preparados.

Na teoria, o novo modelo de atenção psicossocial mostra ser extremamente bom, mas na prática é possível perceber que não é perfeito, visto que o país, com suas políticas públicas voltadas para estes sujeitos, não dá o devido suporte para os que sofrem dos mais diversos transtornos mentais, sobretudo os dependentes químicos, nem para as famílias que representam uma peça importante no tratamento. Muitas vezes a própria instituição carece de recursos, a exemplo da alimentação, que permite que os usuários participem das atividades o dia todo.

Entretanto, é preciso que estas instituições contemporâneas falem também dos seus fracassos e das suas dificuldades. Os medicamentos não são o centro do tratamento de um dependente químico. A resiliência é o ponto chave. A família precisa entender que aquela situação é complexa e que o dependente químico precisa de apoio; os profissionais precisam estar aptos a falar do diagnóstico e não do problema, estando sempre dispostos a ouvir e perceber as necessidades dos usuários, pois muitas vezes o que parece é que a sociedade, no geral, tende a se preocupar com julgamentos e a falar às pessoas o que elas devem fazer, descartando o que de fato elas têm como um problema real.

O século vigente é o XXI, mas as pessoas ainda carregam o paradigma do manicômio. Quando se fala em internação, pensa-se no isolamento, pois por muito tempo este foi disseminado como sendo a única solução para os diversos transtornos mentais. Todavia, pode-se falar do manicômio como sinônimo de segregação. O diálogo sempre será uma das soluções para aqueles que sofrem dos mais diversos transtornos.

As comunidades terapêuticas, por sua vez, não são uma resposta ao trato de dependentes químicos, mas os profissionais precisam auxiliar os usuários na remoção dos obstáculos psicológicos. Pude perceber, no Caps-ad, a existência de uma consciência de valor.

Os profissionais procuram despertar naqueles sujeitos o sentimento de amor próprio e a vontade de buscar um tratamento, mesmo que a abstinência completa não seja alcançada.

No Caps-ad, valoriza-se a identidade dos sujeitos, não os resumindo a pessoas drogadas ou inúteis. Nas oficinas que são realizadas, eles podem pensar no ambiente externo e nas atividades que podem desenvolver, eles podem desenvolver habilidades, a exemplo da confecção de objetos como bolsas, quadros, tapetes, e no mundo externo utilizarem essas habilidades como fonte de geração de renda, já que o estigma que recebem dificulta na conquista de um emprego. Muitos que estão ali já possuem alguma habilidade e tem no ambiente um estímulo para que a mesma seja utilizada a seu favor.

Entretanto, por mais que o serviço dê todo o suporte aos dependentes químicos e que o profissional ofereça o seu apoio e a sua experiência, os pacientes são os responsáveis pela própria recuperação.

Assim sendo, percebi que o Caps-ad desenvolve práticas que resultam na satisfação de parte dos usuários, principalmente daqueles que conseguiram manter a abstinência. Naquele ambiente eles se sentem sujeitos da própria história, sendo capazes de terem autonomia para desempenharem atividades diárias. Entretanto, o Caps não é o lugar de resolução de problemas. Ele oferece algumas ferramentas que são melhores complementadas quando se insere a comunidade e a família.

O Caps-ad não impediu que matérias sensacionalistas continuassem construindo a identidade do drogado, não deu fim à guerra às drogas, nem é sua intenção fazer isso, mas ele impediu e impede que aquela identidade descrita por Hall (2006), a identidade unificada, segura e coerente, seja a concepção de identidade do dependente químico.

O sujeito, previamente vivido como tendo uma identidade unificada e estável, está se tornando fragmentado; composto não só de uma única, mas de várias identidades, algumas vezes contraditórias ou não – resolvidas[...] O sujeito assume identidades diferentes em diferentes momentos, identidades que não são unificadas ao redor de um “eu” coerente. (HALL, 2006, p. 12-13).

É nesse sentido que o Caps-ad pretende afastar a ideia de que o dependente será exclusivamente e para sempre um dependente químico. Restringi-lo à identidade de drogado ou dependente não cabe a este novo modelo institucional. A intenção do mesmo é trabalhar

com a ideia de que o usuário não é apenas um dependente químico. Ele pode ter suas identidades posicionadas de acordo com a situação. Ele pode ser uma mãe ou pai dedicados em casa, um filho cuidadoso com os pais, um trabalhador responsável, uma pessoa crítica e um cidadão com direitos e deveres como todos os outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vidas que são como se não tivessem existido, vidas que só sobrevivem do choque com um poder que não quis senão aniquilá-las, vidas que só nos retornam pelo efeito de múltiplos acasos, eis as infâmias das quais eu quis aqui juntar alguns restos.

Michel Foucault –

A vida dos homens infames.

Encerro agora mais uma etapa, mas, como disse no início do texto, não de forma que fiquem encerradas todas as considerações acerca da temática. Ao contrário, muitas outras discussões podem ser colocadas em voga, sejam no âmbito da Saúde, da História, da Antropologia ou das Ciências Sociais, pois, como já afirmou Geertz (1978), o posicionamento sobre determinada cultura ou grupo não é algo único e uma interpretação é apenas uma em tantas outras.

Minha intenção nesta pesquisa foi compartilhar a voz desses sujeitos que por muito tempo foram silenciados, analisar a construção das suas identidades enquanto sujeitos que foram mortificados por instituições psiquiátricas, pelos jornais, por familiares, por amigos, pela sociedade como um todo e analisar as identidades construídas pós Reforma Psiquiátrica, mais especificamente dentro do modelo que não é caracterizado como instituição total, mas serviu como substituto, o Caps-ad, a fim de observar se estas pessoas realmente estão tendo oportunidade de terem suas existências ressignificadas.

Campina Grande, na década de 1960, tomou para si um novo símbolo de progresso. A instituição psiquiátrica prometeu trazer a cura para as enfermidades, prometeu retirar das ruas aqueles que representavam o feio, a desordem e as matérias jornalísticas reservaram suas páginas para demonstrar este marco para a cidade campinense. Com a inauguração desta instituição, o lugar da loucura estava legitimado e a psiquiatria prometia dar conta da mesma, sendo responsável por construir uma identidade fixa dos sujeitos.

Pós-inauguração, houve um silenciamento e os jornais não tinham mais o hospital João Ribeiro no seu foco. Posteriormente, mais precisamente nos anos 2000, o Hospital voltou a aparecer nas páginas dos jornais, dessa vez sendo denunciado pelos mesmos. Ao lado de todo um discurso favorável à reforma psiquiátrica e ao direito que deveria ser reservado aos sujeitos em sofrimento psíquico, as drogas apareciam enquanto problema que deveria ser

banido da sociedade. As drogas pareciam ter vidas próprias e os sujeitos continuaram a ter suas identidades construídas embasadas em diversos estigmas, mesmo depois de todo o engajamento da Reforma Psiquiátrica.

Meu objetivo inicial nessa pesquisa foi analisar a idealização e construção do Caps-Ad de Campina Grande enquanto um lugar criado para substituir o antigo modelo psiquiátrico, o manicômio, e uma solução para o “problema das drogas” que tanto incomodava a sociedade. No primeiro capítulo, minha intenção foi trazer para a discussão o lugar de produção da identidade do louco, o hospital psiquiátrico. Um lugar construído para tratar das enfermidades mentais e que deveria apresentar um tratamento rápido acaba deixando o sujeito por 5, 10, 15 anos internado.

Como foi a transformação do sujeito que antes ia para o Hospital Psiquiátrico, era enclausurado, mortificado, identificado como louco e hoje tem o Caps-ad como opção para o tratamento? Como está sendo a experiência desses sujeitos nesse novo modelo de acolhimento?

O Caps-ad surgiu como um espaço de ressignificação da identidade do dependente químico. Minha intenção com os primeiros capítulos foi demonstrar o quanto um Hospital Psiquiátrico representou o progresso para Campina Grande, tendo em vista que aqueles sujeitos que representavam o oposto da modernidade saíam da vista dos considerados sadios. Meu intuito foi observar que aquele desejo de progresso estava forjando uma identidade.

O último momento da pesquisa veio para comparar o tratamento que passou a ser dado a esses sujeitos. O Caps-Ad realmente conseguiu ressignificar a identidade forjada pelas instituições psiquiátricas? Muitas perguntas foram respondidas ao longo desse trabalho, mas outras tantas ficaram em aberto para posteriores discussões. O que fica perceptível é que por mais que estudemos os conceitos teóricos acerca da identidade, não podemos limitá-la a um conceito concreto, pois esse conceito é um processo. A identidade é um processo, está sendo construída, desconstruída e reconstruída. Nesse trabalho, por exemplo, apresentei o discurso médico, o discurso jurídico, o discurso farmacêutico, o meu discurso enquanto analista e o discurso dos usuários. O alcoolista, por exemplo, foi colocado por muito tempo como sujeito em degeneração. Mas hoje ele se coloca enquanto um sujeito em degeneração? Essa pergunta não é fácil de ser respondida, tendo em vista que muitos usuários ainda se apoiam nesse discurso de degeneração, enquanto outros conseguem utilizar outros discursos, a exemplo da

regeneração, pregado pelas igrejas. Das experiências religiosas, as que eles têm acesso no Caps-ad é a salvacionista. Logo, eles se apoiam muito na questão de que a religião poderá salvá-los e ajudá-los na construção de uma nova identidade.

Não foi minha intenção, neste momento, analisar o sucateamento do Caps-ad, ainda que essa temática mereça atenção. O que foquei, para essa pesquisa, foi no processo de construção das identidades do sujeito alcoolista e usuário de drogas, antes mantido em Hospitais Psiquiátricos e hoje acolhido pelo Caps-ad.

A nossa sociedade não possui mais o manicômio, mas os atendimentos em instituições como o Caps passaram a substituí-lo, conforme já dito. Entretanto, mesmo com todo um movimento que fez um longo planejamento com pautas que visavam serem eficientes, os novos modelos se deparam com algumas dificuldades, sejam no âmbito dos investimentos do governo, sejam no âmbito familiar ou com sujeitos que ainda se mantêm sem acompanhamento e na linha daquilo que é a leitura da diferença, uma vez que a normalidade só é comprovada quando o sujeito se integra à máquina da produção, do lucro, do consumo.

O Caps-ad, todavia, ainda consegue realizar um belo trabalho no âmbito do auxílio na reconstrução das identidades dos usuários, ainda que com todas as limitações descritas pelos próprios sujeitos que fazem uso do serviço. Os profissionais constroem uma relação de transparência com os usuários, de afeto e empatia. O diálogo é uma das principais ferramentas.

Entretanto, por mais que os Caps venham realizando este bom trabalho, é preciso que as limitações encontradas nestas instituições sejam debatidas. O ser louco ainda está imbricado no imaginário das pessoas. O ser dependente químico ainda é associado ao criminoso, ao que precisa de Deus ou de salvação. O processo de Reforma Psiquiátrica iniciou há décadas, mas ainda nem chegou perto do fim.

Chego no desfecho refletindo na ideia de que os seres humanos ainda vivem tempos de cólera, tempos em que as drogas tornaram-se problema de saúde pública, tempos em que os usuários são estigmatizados (alguma vez deixaram de ser?) como pessoas que não merecem atenção, cidadania ou respeito, tempos em que os considerados normais ditam as regras das sociedades e quais os espaços de pertencimento de cada sujeito, fazendo com que a voz da razão tenha na segregação e no preconceito as únicas alternativas para que se mantenham em seus fantásticos mundos perfeitos. Minha tarefa enquanto cidadã e futura educadora é não deixar que os estereótipos ditem as regras do que é ser normal e anormal,

bem como me manter ao lado daqueles que lutam para que as identidades fixas não caracterizem os sujeitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGRA, Giscard Farias. **Modernidade aos goles: a produção de uma sensibilidade moderna em Campina Grande, 1904 a 1935.** Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História do Norte e do Nordeste do Brasil da Universidade Federal de Pernambuco, 2008.
- AIRES, Suely. **Os Anormais do século XXI: Usuários de crack e políticas públicas de segurança e saúde.** Revista Sofia. V. 6. n. 1. Vitória, janeiro-julho, 2016, p. 3-14.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ARANHA, Gervácio Batista. **Trem, modernidade e imaginário na Paraíba e região: tramas político-econômicas e práticas culturais (1880-1925).** Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História Social do Trabalho da Universidade Estadual de Campinas, 2001.
- ARAÚJO, Jaqueline Oliveira de. **Loucos ditos e malditos: percepções acerca da loucura em Campina Grande (1957-1963).** Monografia apresentada ao curso de Licenciatura em História da Universidade Federal de Campina Grande, 2017.
- ASSIS, Jaqueline Tavares de; BARREIROS, Graziella Barbosa; CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo. **A internação para usuários de drogas: diálogos com a Reforma Psiquiátrica.** Revista Latino-am Psicopatol. Fundam. V. 16. N. 4. São Paulo, dezembro, 2013, p. 584-596.
- AZEVEDO, Elisângela Braga de. **Rede de cuidado da Saúde Mental: tecendo práticas de inclusão social no município de Campina Grande – Pb.** Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, 2010.
- BARRETO, Lima. **O Cemitério dos Vivos.** Belém: NEAD - Núcleo de Educação à Distância. Disponível em: http://www.portugues.seed.pr.gov.br/arquivos/File/leit_online/lima19.pdf
- BARROS, José D'Assunção. **Cidade e história.** Vozes: Petrópolis, 2007.
- BARROS, Telma. **Solidão, desamparo e criatividade.** Psicanálise. n.1, v.9. Porto Alegre, 2007. P. 265-282.
- BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro *et tal* (org). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017.
- BERMAN, Marshall. **Tudo que é sólido se desmancha no ar: A aventura da modernidade.** Companhia das Letras: São Paulo, 1986.
- BONADIO, Alessandra Nagamine. **O processo de reabilitação psicossocial de dependentes químicos: estudo qualitativo em uma residência terapêutica.** Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em dez. 2019.
- BRASIL, **RESOLUÇÃO Nº 8, DE 14 DE AGOSTO DE 2019.** Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e

usuários problemáticos de álcool e outras drogas. 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-8-de-14-de-agosto-de-2019-212175346>. Acesso em jan. 2020.

BRESCIANI, Maria Stella Martins. **Londres e Paris no século XIX: o espetáculo da pobreza**. 7 ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1992,

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 de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Pernambuco, 2011.

BULHÕES, Marianne Azevedo. **“Cheio de mistério e cercado de mistérios”**: Lima Barreto (1881-1922), psiquiatras, hospício, e o diagnóstico de alcoolismo. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2015.

CARRANO, Austregésilo. **Canto dos Malditos**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

CAVALHERI, Silvana Chorratt. **Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família**. Revista Brasileira de Enfermagem. Campinas, jan-fev, 2010, p. 51-57

CHAGAS, Arnaldo Toni Souza das. **A construção social da realidade das drogas: mídia, discurso e ideologia**. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Sociologia da Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul, 2011.

CHALHOUB, Sidney. “Matando o bicho” e resistindo aos “meganhas”. In: _____. **Trabalho, Lar e Botequim: O cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da *belle époque***. 3ª ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2012. p. 247-344.

CIAMPA, Antonio da Costa. **Identidade**. IN: LANE, Silvia. T.M; CODO, Wanderley (orgs). Psicologia social: o homem em movimento. 8 ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989. p. 58-75.

CORRÊA, Dircenêa De Lazzari. **Arteterapia Humanista e Desenvolvimento Espiritual**. Minicurso ministrado durante o III Simpósio de Psicologia do Triângulo Mineiro. Uberaba, 2003. Disponível em:

https://www.academia.edu/26773705/Arteterapia_Humanista_e_Developolvimento_Espiritual_Mini_curso_ministrado_durante_o

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **Cidadelas da Ordem: a doença mental na República**. São Paulo, SP: Editora brasiliense, 1990.

DELEUZE, Gilles. **Post-Scriptum sobre as sociedades de controle**. Conversações: 1972-1990. 34 ed. Rio de Janeiro, 1992, p. 219-226.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**, seguido de Envelhecer e morrer. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

FERNANDES, Silvana Torquato. **Uma outra representação da modernização em Campina Grande: a cidade nas páginas do Diário da Borborema (1960-1980)**. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Campina Grande, 2011.

FILHO, Severino Cabral. **Campina Grande – PB (1930-1950):** Modernização, cotidiano e cultura material. Patrimônio e Cultura Material (org.). Projeto História, n. 40, junho de 2010, p. 259-292.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso.** Aula inaugural do Collège de France pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 3 ed. São Paulo: Loyola, 1996.

FOUCAULT, Michel. **A vida dos homens infames.** In: MOTTA, Manoel Barros da (org.). Estratégia, poder-saber. 2 ed. Forense Universitária: Rio de Janeiro, 2006. (Ditos e Escritos IV).

FOUCAULT, Michel. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão:** um caso de parricídio do século XIX apresentado por Michel Foucault. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2013.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica.** 6 ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais.** Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir:** história da violência nas prisões. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1988.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização.** In: _____. Edição Standart das Obras Completas de Sigmund Freud. V. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GEERTZ, Clifford. **Uma Descrição Densa:** Por Uma Teoria Interpretativa da Cultura. In: _____. A interpretação das culturas. 1. Ed. 13. Reimpr. Rio de Janeiro: LTC, 2008. P. 3-24.

GOFFMAN, Erving. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Ed. LTC, 1988.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** Perspectiva: São Paulo, 1974.

GOMES, Anna Luiza Castro. **A Reforma Psiquiátrica no contexto do Movimento de Luta Antimanicomial em João Pessoa-PB.** Tese apresentada ao curso de doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2013.

GUIMARÃES, Maria Augusta de Mendonça; BENTO, Victor Eduardo Silva. **Seria a religião uma saída para a toxicomania?** Uma abordagem psicanalítica. Psychê. Ano XI. n. 21. São Paulo. Julho-dezembro, 2007, p. 105-118.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade.** (Tradução de Tomaz Tadeu da Silva; Guacira Lopes Louro). 11. Ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

HALL, Stuart. **Quem precisa de identidade?** In: SILVA, Tomaz Tadeu (org. e trad.). Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 103-131.

HEYMANN, Luciana; ALBERTI, Verena. **Acervos de História Oral:** um patrimônio silencioso? In: BAUER, Leticia; BORGES, Viviane Trindade (org.). História oral e patrimônio cultural: potencialidades e transformações. São Paulo: Letra e Voz, 2018, p. 11-29.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito Penal da Loucura**: medida de segurança e reforma psiquiátrica. Brasília: ESMPU, 2008.

JORGE-MONTEIRO, Fátima; MATIAS, João. **Atitudes face ao *recovery* na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitárias**: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? *Análise Psicológica*. v. 25. n. 1. Lisboa, jan-2007. p. 111-125.

KINKER, Fernando Sfair. **O lugar do manicômio**: relato de experiência de desconstrução de um Hospital Psiquiátrico no interior do Nordeste. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da PUC-São Paulo, 2007.

LARANJEIRA, Ronaldo. **Tratamento da dependência do crack – as bases e os mitos**. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (org.). *O tratamento do usuário de crack*. Editora Casa Leitura Médica: São Paulo, 2010.

LUCA, Tania Regina de. **História do, nos e por meio de periódicos**. IN: PINSKY, Carla Bassanezi (org.) *Fontes Históricas*. 2ª ed. Contexto: São Paulo, 2008.

MACÊDO, Kátia Barbosa. **O desamparo do indivíduo na modernidade**. ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade. N. 1, v. 2. Goiás, 2012. P. 94-107.

MEDEIROS, Katruccy Tenório. **As mulheres no fenômeno das drogas**: representações sociais de usuárias de crack. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, 2014.

MOTA, Leonardo de Araújo. **Pecado, crime ou doença? Representações sociais da dependência química**. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará, 2008.

MOYA, Clara Isabel Saeta; SILVA, Tais Cristina Bezerra da. **Dependência química e arteterapia**: revisão bibliográfica. XVI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2012. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2012/anais/arquivos/0058_0842_01.pdf.

NASCIMENTO, Ari Bassi. **Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas**. *Revista Psicologia em Estudo*. Vol. 11. N. 1. Maringá, janeiro-abril, 2006, p. 185-190.

NASCIMENTO; Regina Coelli Gomes Nascimento; JERONIMO, Ronyere de Araujo; SANTOS, Alexandro dos. **“O decano dos mestres campinenses: Clementino Procópio e a modernização da educação em Campina Grande-PB no início do século XX**. *Revista Paraibana de História*. Ano II, n.2, 1º semestre de 2016, p. 3-25.

PACHECO, Maria Vera Pompêo de Camargo. **Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea**. *Revista Clássicos da Psicopatologia*. Ano VI. N. 2, Junho, 2003, p. 152-157.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. **Redução de danos e saúde pública**: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Revista Psicologia & Sociedade*, 23(1), 2011, p. 154-162.

PEDRO, Jullyanne Rocha São. **“Eu não sou louco”**: Posicionamentos identitários em relatos de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Dissertação de mestrado apresentada ao

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, 2018.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. **Morel e a questão da degenerescência**. Revista Latino-Americana de Psicopatologia. V. 11. N. 3. São Paulo, 2008, p. 490-496.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. **Os pobres da cidade: Vida e trabalho -1880-1920**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1994.

PIMENTEL, Cristino. **Pedaços da história de Campina Grande**. Campina Grande, PB: Livraria Predrosa, 1956.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica brasileira: Instituições, Atores e Política**. Revista Ciência & Saúde coletiva. N. 16, 2011, p. 4579-4589.

PORTELLI, Alessandro. **A filosofia e os fatos: narração, interpretação e significado nas memórias e nas fontes orais**. Tempo, v. 1, n. 2, Rio de Janeiro, 1996. P. 59-72.

QUEIROZ, Vinicius Eduardo. **A questão das drogas ilícitas no Brasil**. Monografia apresentada ao curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

SAKAGUCHI, Douglas Sherer; MARCOLAN, João Fernando. **A história desvelada no Juquery: assistência psiquiátrica intramuros na ditadura cívico-militar**. Acta Paul Enferm. V. 29. N. 4. São Paulo, 2016. p. 476-481.

SANCHEZ, Zila Van Der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. **A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas**. Revista Psiq. Clín. 34, supl 1; 73-81, 2007.

SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos; VERANI, Ana Carolina. **Alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil no início do século XX**. Revista História, Ciência e Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.401-420.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SERPA JR., Octavio Domont de. **O degenerado**. Revista História, Ciência e Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 17, supl.2, dez. 2010, p. 447-473.

SILVA, Iêda Cunha da. **Hospital Psiquiátrico: trajetória entre risos e lágrimas**. Campina Grande: EDUEPB, 2016.

SILVA, Tomaz Tadeu. **A produção social da identidade e da diferença**. In: SILVA, Tomaz Tadeu (org. e trad.). Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 73-102.

SILVEIRA, Nise da. **O mundo das imagens**. In: AGUILAR, Nelson (org.) Imagens do inconsciente: Mostra do redescobrimento. Fundação Bienal de São Paulo – São Paulo: Associação Brasil 500 Anos Artes Visuais, 2000, p. 46-55.

SILVEIRA, Nise da. **Retrospectiva de um trabalho vivido no Centro Psiquiátrico Pedro II do Rio de Janeiro**. Rev. Latino am. psicopatol. fundam. vol. 9, n.1 São Paulo Jan./Mar. 2006. P. 138-150.

SOEIRO, Cristina; GONÇALVES, Rui Abrunhosa. **O estado de arte do conceito de psicopatia**. *Análise Psicológica*. V. 28. N. 1. Lisboa, janeiro-2010. p. 227-240.

SOUSA, Fábio Gutemberg Ramos Bezerra de. **Cartografias e Imagens da Cidade: Campina Grande – 1920-1945**. Tese de doutorado apresentada ao Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 2001.

SOUZA, Ana Clara Telles Cavalcante. **O uso de drogas como questão social: uma análise da política de “acolhimento” compulsório de crianças e adolescentes usuários de drogas na cidade do Rio de Janeiro**. Monografia apresentada ao curso de Especialização lato sensu em Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.

SOUZA, Antônio Clarindo Barbosa de. **Lazeres permitidos, prazeres proibidos: sociedade, cultura e lazer em Campina Grande (1945-1965)**. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História do Brasil da Universidade Federal de Pernambuco, 2002.

TARGINO, Janine. **Interfaces entre gênero e dependência química: trajetórias femininas**. *Ideias*. v.8, n.2, Campinas-SP, jul/dez. 2017. P. 177-196.

THOMPSON, Edward. **A formação da classe operária inglesa II: A maldição de Adão**. Vol 5. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

VENOSA, Priscila de Azevedo e Souza. **Grupos psicoterapêuticos de mulheres dependentes químicas: questões de gênero implicadas no tratamento**. *Revista da SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*. v. 12, n. 1, São Paulo-SP, jan/jun. 2011. P. 56-65.

WOODWARD, Kathryn. **Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual**. In: SILVA, Tomaz Tadeu (org. e trad.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 7-72.