



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

LARISSA BESERRA DOS SANTOS

**AS FACES DA LOUCURA EM CAJAZEIRAS-PB:
ENTRE O SOCIAL E O SENSÍVEL**

CAJAZEIRAS-PB

2019

LARISSA BESERRA DOS SANTOS

**AS FACES DA LOUCURA EM CAJAZEIRAS-PB:
ENTRE O SOCIAL E O SENSÍVEL**

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

Orientadora: Prof^a. Dra. Rosemere Olimpio de Santana.

CAJAZEIRAS-PB

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1069
Cajazeiras - Paraíba

S237f Santos, Larissa Beserra.
As faces da loucura em Cajazeiras – PB: entre o social e o sensível /
Larissa Beserra dos Santos. - Cajazeiras, 2019.
94f. : il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Rosemere Olimpio de Santana.
Monografia (Licenciatura Plena em História) UFCG/CFP, 2019.

1. Loucura - história. 2. Saúde mental - história. 3. Reforma
psiquiátrica. 4. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. 5. Historiografia.
6. Saúde mental - ações socioculturais e históricas. I. Santana, Rosemere
Olimpio. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de
Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU – 616.89(091)

LARISSA BESERRA DOS SANTOS

**AS FACES DA LOUCURA EM CAJAZEIRAS-PB:
ENTRE O SOCIAL E O SENSÍVEL**

Aprovado em: 03 / 07 / 2019



Dra. Rosemere Olimpio de Santana - UFCG
(Orientadora)



Dra. Maria Lucinete Fortunato – UFCG
(Examinador)



Dr. Laércio Teodoro da Silva – UFCG
(Examinador)

Ms. Katiana Alencar Bernardo – UFCG
(Examinador – Suplente)

CAJAZEIRAS - PB

2019

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo abrir o diálogo acerca do “estado da questão” da loucura na cidade de Cajazeiras-PB, tendo como base uma perspectiva historiográfica. Problematizamos as transformações que abarcam mais propriamente o processo da Reforma Psiquiátrica, partindo do âmbito nacional e percebendo os reflexos disso na Paraíba e mais especificamente em Cajazeiras. Buscamos perceber, a partir de uma perspectiva foucaultiana de análise do discurso (FOUCAULT, 2014), os desvios e continuidades que vêm se delineando dentro de um recorte temporal do tempo presente, tendo como ponto norteador a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município, no ano de 2001. Buscamos ainda identificar os dispositivos de poder que se engendram nas relações entre os sujeitos que utilizam o atendimento em saúde mental, tendo como fonte principal prontuários médicos do CAPS II. Além disso, com base no historiador Alain Corbin, enveredamos pelo campo de uma história das sensibilidades, que está presente de forma subjetiva no contexto de vida dos sujeitos, tendo em vista que eles constroem e contam, de forma individual e coletiva, suas narrativas de si. Ainda em se tratando das fontes, foram realizadas três entrevistas com atores ativos nesse contexto, além da análise de materiais que tratam da inauguração do CAPS e de projetos realizados dentro da instituição. Com isso, pretendemos abrir um leque de possibilidades de reelaboração das ações socioculturais e históricas voltadas para a área da saúde mental.

Palavras-chave: Historiografia. Loucura e Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. CAPS. Tempo Presente.

ABSTRACT

This paper aims to open the dialogue about the "state of the question" of madness in the city of Cajazeiras-PB, based on a historiographical perspective. We problematize the transformations that more properly cover the process of the Psychiatric Reform, starting from the national scope and perceiving the reflexos of this in Paraíba and more specifically in Cajazeiras. We seek to perceive, from a Foucauldian perspective of discourse analysis (Foucault, 2014), the deviations and continuities that have been delineated within a temporal clipping of the present time, having as a guiding point the creation of the Center for Psychosocial Attention (CAPS) in the municipality, in the year 2001. We also sought to identify the power devices that are engendered in the relationships between the subjects that use the mental health care, having as main source medical records of the CAPS II. In addition, based on the historian Alain Corbin, we take the field of a history of sensitivities, which is subjectively present in the subjects' life context, considering that they construct and count, individually and collectively, their narratives of themselves. Still in terms of sources, three interviews with active actors were carried out in this context, as well as the analysis of materials that deal with the inauguration of the CAPS and projects carried out within the institution. With this, we intend to open up a range of possibilities for re-elaboration of sociocultural and historical actions directed at the area of mental health.

Keywords: Historiography. Madness and Mental Health. Psychiatric reform. CAPS. Present tense.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 ENTRE LINHAS E ENTRELINHAS DA LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	22
2.1 O Movimento da Luta Antimanicomial.....	23
2.2 Reforma Psiquiátrica.....	30
2.3 O Projeto de Lei.....	34
3 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM CAJAZEIRAS-PB (CAPS II).....	38
3.1 Inauguração.....	39
3.2 Espaços	46
3.3 Funcionamento.....	49
4 PERPASSANDO PELAS VOZES DO SENSÍVEL.....	59
4.1 A Lida com os Prontuários Médicos: Uma Experiência	59
4.2 Os Usuários do CAPS: Uma Perspectiva do Sensível.....	61
4.3 História e Psicanálise: Pensando sobre o Tempo e o Sujeito.....	73
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	89
APÊNDICE B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	91
ANEXO – DESENHO DE ALBINO BRAZ	94

Em especial à D. Maria Bezerra, minha mãe e melhor amiga. A senhora representa tudo que há de mais bonito nessa vida, dando corporeidade ao amor, à simplicidade e à empatia. Gratidão ao Universo por ter me permitido esse encontro. Você me dá suporte para existir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à deusa Clio, que me proporcionou enxergar o mundo além do visível.

À minha família, que me permitiu caminhar em busca do tão sonhado título de historiadora. À minha mãe, à minha irmã Gi e aos meus irmãos Nilson e Neto, por não medirem esforços, sobretudo desde que o nosso pai se foi, para que tudo estivesse sempre bem, e pelas minhas sobrinhas e sobrinho que tanto enchem o meu coração de esperança.

Às minhas amigas antigas, da época de escola, que sempre estiveram comigo, independente da distância geográfica. Aos amigos que fiz na faculdade, que me ensinaram a ser mais humana e, claro, com quem pude trocar figurinhas e experiências ao longo desse tempo. Aos demais amigos que fui encontrando ao longo da vida, em tempos e espaços distintos, meus agradecimentos.

Ao meu companheiro, pelo amor de cada dia, gratidão. Você é parceiro e sem mais.

À Amora, cachorrinha que sempre me recebia com carinho na UFCG e que, infelizmente, desapareceu no dia seguinte após o envenenamento de animais na Universidade. À Masha, minha querida cãopaneira, por ser tão maravilhosa. O afeto de vocês duas fez e faz toda diferença em minha vida.

Ao psicólogo Willey Pereira, pelo profissionalismo e acolhimento, minha gratidão. Sem dúvidas, seu trabalho está presente na realização desta conquista.

Agradeço ao Grupo de Estudos e Pesquisa em História e Cultura (GEPHC) que me fez perceber como é importante criarmos uma rede de sociabilidades, regada por profissionalismo, amizade e admiração.

Ao professor Francisco Firmino Sales Neto e à professora Maria Lucinete Fortunato, que ao demonstrar seu amor pela docência, faziam-me perceber, ao longo do convívio, o quão revolucionário pode ser uma aula, meu muito obrigada. Vocês marcaram minha formação.

À professora Francisca Bezerra, que juntamente com Lucinete, compartilharam materiais que enriqueceram e deram suporte à esta pesquisa, agradeço.

Ao professor Laércio, que me apresentou a obra “O tempo e o cão”, em Contemporânea III, contribuindo com o meu recorte temporal e com a perspectiva de pensar a saúde mental, gratidão. Lembrarei sempre da pluralidade dos caminhos que essa disciplina ofereceu.

À Michele Moraes, minha querida e doce professora do terceirão, pelos ensinamentos, pela amizade e, sobretudo, por ter deixado transparecer, em meio ao cotidiano, que acreditava em mim.

À professora Rosilene Alves de Melo, pelas contribuições desde o início do curso, me dando suporte para descobrir que era possível pesquisar sobre saúde mental em

Cajazeiras, também pela disponibilidade e atenção, pelas palavras fortes e certeiras, sempre que necessário, obrigada. Levarei comigo todos os ensinamentos que foram além do âmbito acadêmico.

Agradeço à professora Rosemere Olímpio de Santana, pela sensibilidade em identificar minhas escolhas e por andar junto comigo em busca de novos desafios e possibilidades, aguçando minhas inquietações. Levarei muito de você na bagagem.

Ao medo, que tanto me ensinou, comportando-se como um verdadeiro mestre, parafraseando Mia Couto.

Aos ditos loucos, que me permitiram descobrir e mostrar que existem lutas internas e constantes dentro de cada um de nós. E que, apesar disso, seguimos resistindo e dizendo sim à vida. Minha gratidão, companheiros. Saudações Antimanicomiais.

*“Pies para qué los quiero
Si tengo alas pa’ volar”*

Frida Kahlo (1953)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Desenho de Albino Braz, sem título na mostra “Histórias da loucura: desenhos do Juquery”, em cartaz no MASP no ano de 2015.....	13
Figura 2: Centro de Atenção Psicossocial Deputado Acácio Braga Rolim – CAPS II.....	48

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

EEMLEB – Escola Técnica de Enfermagem Maria Letícia Botelho - UFPB

LAPS - Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

MNLA – Movimento Nacional de Luta Antimanicomial

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

RP – Reforma Psiquiátrica

SBPRJ - Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro

1 INTRODUÇÃO

Figura 1: Desenho de Albino Braz, sem título na mostra “Histórias da loucura: desenhos do Juquery”, em cartaz no MASP no ano de 2015.¹



Fonte: Albino Braz (MASP)², 2015.

Esta obra, assim como diversas outras que se encontram de forma acessível no acervo digital do MASP,³ foi produzida por Albino Braz. De nacionalidade italiana, ele foi um entre milhares de pacientes que passaram pelo “Hospital Psiquiátrico do Juquery”, em São Paulo.⁴ Esse material foi doado, em 1974, pelo psiquiatra paraibano Osório César,⁵ casado com Tarsila do Amaral, que influenciou, assim como Nise da Silveira, no tratamento dos seus pacientes tendo as artes como plano central. Esse estímulo fez com que Albino Braz ganhasse certo espaço e reconhecimento enquanto artista. No entanto, o estigma da loucura que marcou sua vida, fez com que ele não tivesse a mesma visibilidade que artistas de mesmo potencial. Exibir essa obra antes mesmo de costurarmos nossa apresentação de

¹ Esta é a reprodução de uma parte da obra, a sua versão completa encontra-se em anexo neste trabalho.

² Disponível em: <https://oglobo.globo.com/cultura/artes-visuais/masp-expoe-desenhos-de-internos-do-juquery-16424678>. Acesso em: 21/06/2019.

³ Disponível em: <https://masp.org.br/acervo/obra/sem-titulo-mulher-e-dois-cavalos-bebendo>. Acesso em: 21/06/2019.

⁴ CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**. 1986.

⁵ “[...] a ‘psicologia da arte’ elaborada pelo doutor Osório Cesar é substancialmente uma leitura freudiana de arte.” (ANDRIOLO, 2003, p.75). Em 1951, um ano após divulgar a produção de seu paciente Albino Braz em Paris, autor de desenhos com “o mais rico simbolismo freudiano que se possa imaginar”, o psiquiatra sintetizou: “Realizando seus trabalhos, os doentes mentais decompõem a realidade, transformando-a em combinações arbitrárias, alterando assim as normas de nossa percepção visual [...]” (CESAR, 1951, p. 6 apud ANDRIOLO, 2003, p. 79). Apesar das nossas ressalvas, como, por exemplo, ao modo como que Osório César refere-se aos pacientes do Juquery como “doentes mentais”, compreendemos que nessa época essas nomenclaturas ainda não estavam no alvo das discussões e que sua proposta de terapia por intermédio da arte fez diferença naquele momento, contribuindo e somando às perspectivas mais atuais que relacionam as artes ao cuidado em saúde mental.

pesquisa, intenciona apontar, logo de início, como nossa perspectiva de pensar a loucura vai sendo elaborada.

Em 2015, no começo da graduação de licenciatura em História, a partir do diálogo edificado dentro da disciplina de Introdução aos Estudos Históricos, orientada pela professora Rosilene Alves de Melo, tive o primeiro contato com o filósofo Michel Foucault. Ao pesquisar sobre ele, deparei-me com a “História da Loucura” (FOUCAULT, 2014a). Dentre as suas obras, esta foi uma espécie de feiticeira. Percebi que tinha encontrado não só o tema para o meu projeto de pesquisa, mas, acima disso, uma questão com a qual me identifiquei e que foi tomando maiores proporções e, claro, diversas possibilidades de pesquisa ao longo desses anos. Esta pesquisa, que apresento adiante, e que busca problematizar o “estado da questão” da loucura e da saúde mental, tomou caminhos e resultados diferentes dos que foram sendo arquitetados nas disciplinas de projeto.

Na fase embrionária da pesquisa, pensei em fazer uma história serial, analisando prontuários do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), buscando identificar se haviam mais usuários homens ou mulheres, quais as profissões mais recorrentes, a média da idade entre eles, seus estados civis. Mas, apesar de achar essa perspectiva interessante e válida, não sentia que estava me colocando enquanto pesquisadora, senti um distanciamento da pesquisa, mesmo tendo certeza sobre a escolha da temática. Questionava-me se eu realmente deveria trabalhar pensando os sujeitos de forma tão estatística, não oportunizando o aparecimento de suas subjetividades. Até que ao longo do processo de formação acadêmica e das vivências pessoais, fui acolhendo e sendo acolhida por uma história de ótica mais qualitativa, cultural e psicológica. Assim, partilhamos da seguinte reflexão de Alain Corbin (2005, p. 17):

A história cultural é feita de recobrimentos, de sedimentações, de inércias, isto é, não se sente as mesmas coisas, segundo uma série de critérios: o sexo, a idade, a categoria social, o local geográfico, a tradição, ou a cultura que se percebeu. O historiador da cultura deve sempre tentar entender essa complexidade, essa simultaneidade de atitudes muito diferentes segundo os indivíduos e segundo os grupos.

Na minha época de estudante, de ensino fundamental e médio, nunca tinha ouvido sequer falar em História da Loucura, da Felicidade, da Morte, e afins. A “História das Sensibilidades” ainda é desconhecida nas escolas, essa é uma parte da História que foi, e ainda é, silenciada. Aqui não entendemos esse campo do sensível como recortes da historiografia, mas como partes fundamentais que integram os contextos históricos, assim como outras perspectivas. Um dos intuitos deste trabalho, que caminha entre o social e o

sensível,⁶ é também de desmistificar o posicionamento de que é preciso olhar a História a partir de apenas um ângulo, como se somente ela respondesse a complexidade dos sujeitos e do tempo.

Neste caminho, acreditamos que o historiador fazendo uso do sensível pode trazer o ineditismo da subjetividade para a sua própria escrita. O que nos remete à questão de que não precisamos nos sustentar, a todo instante, a partir da fala do outro.⁷ Dessa forma, nos desajustamos, em certa medida, do exercício de poder emanado pelas próprias disciplinas, sendo desviantes também enquanto historiadoras e historiadores.⁸ Não que o poder seja sempre negativo, pois Foucault (2014b) diz que ele também se exerce enquanto positividade que nos ajuda a sistematizar as coisas, mas precisamos ter a percepção de nossas repetições compulsórias enquanto profissionais, para que possamos nos deixar envolver pelas sutilezas e delicadezas da produção, que acabam falando de nós, de mim e de você, sobre as relações que estabelecemos enquanto sociedade e que se reelaboram constantemente.

Comecei a perceber que o que eu lia e escrevia sobre essa pesquisa falava mais de mim do que eu mesma estava ciente. Então, pensei em narrativas que destacassem os sujeitos que passam por algum tipo de sofrimento psíquico, percebendo-os a partir de um aspecto mais sensível, que falasse sobre eles, ou melhor, que os desse voz, apesar das limitações que encontramos nas fontes. Acreditamos que é necessário entrelaçar teoria e prática, pois andando juntas podemos incluir, de fato, incluindo. No entanto, atentamos para o fato de que, mesmo falando do sensível, não conseguimos chegar ao sujeito em sua integralidade, pois isto é algo impossível.

Quando refletimos sobre o ofício de historiador, pensamos em algo mais técnico. Sinto que na academia, muitas vezes, é como se não tivéssemos liberdade para nos expressar em nossas pesquisas, pensando na estética, na poesia, nos sentimentos que elas podem gerar ao leitor, como se somente a Literatura, por exemplo, estivesse autorizada a deixar a fluidez da imaginação percorrer os trabalhos. Quando, por exemplo, o professor

⁶ Compreendemos enquanto social a nossa análise das relações de poder, tendo em vista as tensões, os conflitos, os avanços e os seus efeitos, que antecedem a inauguração do CAPS e que ganham continuidade de outras formas após a sua chegada. No entrecruzamento com uma perspectiva do sensível, nós buscamos pensar os sujeitos, enfocando em suas histórias e sentimentos psíquicos.

⁷ Por exemplo, a citação em um trabalho científico é uma forma de dar legitimidade ao que está sendo dito, fazendo com que o leitor perceba que existem referências no assunto que alicerçam a pesquisa. Isso não está sendo negado, inclusive é o que também fazemos ao longo desta pesquisa. No entanto, há momentos em que é preciso nos perceber na escrita e, para que isso aconteça, não há nada mais lógico do que sustentarmos nós mesmos o que estamos falando e assim abrimos um amplo leque de possibilidades de contribuição para a historiografia que, claro, também parte das relações com os pares.

⁸ Foucault (2014) explica que as disciplinas são estruturadas a partir de determinados graus de padronização que positivam, em certa medida, o seu próprio desenvolvimento. No entanto, também tem suas faces coercitivas. Entendemos que é preciso estimular a autonomia do fazer historiográfico, o que pode, em alguma situação, ser considerado algo desviante ou até mesmo não científico quando se está dentro de um quadro pré-estabelecido de regras.

Francisco Sales Neto propôs a discussão do capítulo “A operação historiográfica”, de Certeau⁹ (1982), e pudemos dialogar mais especificamente sobre o “lugar social” do historiador que interfere, a partir das suas experiências de vida, na escolha dos direcionamentos da pesquisa, me dei conta de que os “procedimentos” da pesquisa não eram exclusivamente técnicos. Então, o lado mais subjetivo foi tomando espaço e adquirindo certa estabilidade.

Olhar a História por esse ângulo me proporcionou ativar uma voz intuitiva que eu não sabia que existia ou que não dava ouvidos. Neste sentido, comecei a me direcionar para uma escrita do sensível. Recorri à professora Rosemere, atual orientadora desta pesquisa, para que ela pudesse responder minhas inquietações acerca dessa perspectiva.

Dessa forma, finalmente começamos a pensar sobre as possibilidades de se desenvolver uma história da loucura em uma perspectiva do sensível na cidade de Cajazeiras-PB, localizada no sertão paraibano. Mas, com um recorte temporal do “tempo presente”, tendo o ano de 2001 como norteador. Aos poucos, fomos percebendo como isso poderia ser desenvolvido.

Em nossa busca por referências, identificamos até este momento que não há pesquisas publicadas¹⁰ sobre loucura e/ou saúde mental que partam diretamente de uma perspectiva historiográfica na cidade, o que nos instigou a querer seguir com essa ideia. Com o tempo, fomos amarrando sua estrutura. Até que ela ganhasse a conformidade que apresentamos neste trabalho.

Sendo assim, a nossa proposta de discussão abrange desde fins dos anos 1970 até os dias atuais, buscando analisar as transformações promovidas pelo Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e pela Reforma Psiquiátrica (RP), ocorridos na virada do século XX para o XXI, com os surgimentos dos CAPS e que se desenrola até os dias atuais. Destaco que optamos por usar também a expressão “história da saúde mental” ou “história da loucura e saúde mental”, pois acreditamos que condiz com as mudanças práticas e discursivas reivindicadas pelo MNLA e pela RP.¹¹

As características esdrúxulas, como enclausuramento e tortura física, no século XIX e, inclusive, fins do século XX, como apontam estudos realizados no Hospital Colônia de

⁹ “Toda pesquisa historiográfica se articula com um lugar de produção sócioeconômico, político e cultural.” (CERTEAU, 1982, p. 66). Cf: CERTEAU, Michel de. A operação historiográfica. **A escrita da história**, v. 2, p. 65-109, 1982.

¹⁰ Existe ainda a dissertação intitulada “Retirando o Sujeito do Parêntese: um estudo sobre o CAPS de Cajazeiras” (2006) e a tese de doutorado “As Oito Flores do Alto do Céu no Jardim da Desinstitucionalização” (2010) de Thalyta de Paula Pereira Lima, ambos na área da Sociologia e, no entanto, não conseguimos ter acesso.

¹¹ A carga comumente pejorativa que a palavra loucura carrega é um ponto importante para o desestímulo aos estigmas sobre os sujeitos em sofrimento psíquico. Falaremos mais disso adiante.

Barbacena, em Minas Gerais¹² e no Hospital Psiquiátrico do Juquery, em São Paulo, começam a ser atacadas pela Reforma Psiquiátrica que se inicia na Itália na década de 1960 com Franco Basaglia e tem seu ápice no Brasil justamente a partir das décadas seguintes, 1970-1980, que abordaremos.

É importante salientarmos que, a cientificidade do saber-poder médico no século XIX traz, sobretudo, uma configuração linguística nova em que o poder de quem fala conduz a relação com o objeto de que se fala. Essa postura remodelada é algo que se apodera da relação médico-paciente. Para Michel Foucault em “O Nascimento da Clínica” (1987) há mais uma concretude “conceitual” do que qualquer ideia de “desenvolvimento”, de fato, estabelecido entre a Medicina clássica e a científica.

É primordial, sobretudo, pensarmos em um século XIX como um período de reflexões epistemológicas e teóricas acerca da elaboração dos conhecimentos científicos. A própria historiografia passa por esse processo. A partir disso, no século XX o relativismo entra em cena, com a teoria de mesmo nome do físico Albert Einstein, que é um marco para o tempo contemporâneo. Para Foucault (2014b, p. 15), “[...] as grandes mutações científicas podem talvez ser lidas, às vezes, como consequências de uma descoberta, mas podem também ser lidas como a aparição de novas formas na vontade de verdade.”¹³

Assim, é iniciada uma marcha na qual é necessário quebrar estruturas ligadas às verdades absolutas e pensar nos meios de racionalidades diversas. Essa mobilização dos saberes é uma marca destes dois últimos séculos. A realidade histórica, portanto, é vista como uma construção. Sendo assim, a essência do relativismo é compreender que não existe um campo de saber imutável. Para Michel Foucault (1987) há uma mudança de discurso em relação à loucura. Porém, esse novo posicionamento não implica, necessariamente, em progresso. As doenças mentais já institucionalizadas dentro da especialização psiquiátrica e através dos hospitais exclusivos para essa finalidade foram tomando maiores proporções do fim do século XIX e, principalmente, no início do século XX aqui no Brasil.

No entanto, tendo em vista que a maioria das pesquisas sobre loucura foram produzidas no século XIX e vão até metade do XX, e que já existe material significativo

¹² ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Editora Geração, 2013.

¹³ Segundo Foucault em *A Ordem do Discurso* (2014), a vontade de verdade está revestida pelo exercício de poder que tende a se configurar em “discurso de verdade”. Mas, quando se percebe que essa vontade de verdade se articula aos mecanismos de coerção, ou vice-versa, é necessário despertar em busca de modos de resistência que problematizam essas instâncias do desejo. A vontade de verdade apresenta-se de forma mascarada pela própria verdade que se alinha com o desejo e o poder. Isso acaba por dificultar nossa capacidade de visibilizar os modos de exclusão, tendo em vista que é a verdade que se sobressai e que ela mesma dá legitimidade e “[...] assume a tarefa de justificar a interdição e definir a loucura.” (FOUCAULT, 2014, p. 20).

sobre isso, reafirmamos que nossa pesquisa começa a ser pensada a partir do Movimento de Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. As fontes utilizadas são prontuários médicos de quatro usuários que frequentam a instituição ativamente desde 2001. Nosso objetivo é pensar nas relações de poder delineadas para o estabelecimento dessas mudanças, apresentando o CAPS, sua inauguração, os seus espaços e os modos de funcionamento, bem como também apresentar os sujeitos que fazem uso desse serviço de atenção a partir da perspectiva das sensibilidades, como já evidenciamos.

A nossa metodologia consiste numa perspectiva foucaultiana de análise do discurso, dessa forma, leva-se em consideração os princípios de *inversão*, *descontinuidades*, *especificidades e exterioridade*. O primeiro é posto em prática a partir do que Foucault (2014b, p. 57) chama de conjunto “crítico”, ao:

[...] procurar cercar as formas da exclusão, da limitação, da apropriação de que falava há pouco; mostrar como se formaram, para responder a que necessidades, como se modificaram e se deslocaram, que força exerceram efetivamente, em que medida foram contornadas.

Já para colocar em prática os outros três, é necessário ter como base o que ele compreende como conjunto “genealógico”: “[...] como se formaram, através, apesar, ou como o apoio desses sistemas de coerção, séries de discursos; qual foi a norma específica de cada uma e quais foram suas condições de aparição, de crescimento de variação.”

A partir disso, operacionalizaremos o princípio da *inversão* levando em consideração as funções de exclusão entre loucura e razão. Essa dicotomia acaba sendo recorrente e, basicamente, é ela que legitima essa exclusão que não necessariamente apresenta-se de forma evidente, pois os discursos vão sendo reelaborados. Como nos aponta Foucault (2014b, p. 12): “[...] 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.”

Quando escolhemos começar esta pesquisa discutindo acerca do Movimento de Luta Antimanicomial e do processo de Reforma Psiquiátrica, estamos marcando uma busca por romper e/ou deslocar-se das formas de exclusão enraizadas a partir do que se compreende por cultura manicomial.

Ao analisar as reivindicações e as transformações que ocorrem em 2001, na cidade de Cajazeiras, refletimos sobre o que se pretende contornar, aplicar e também acerca do que é elaborado, tendo em vista as formas, condições, variações, diferenças e regularidades. Assim, nossa proposta também é pensar no conjunto “genealógico”, com base nas *descontinuidades*, *especificidades e exterioridade*. Em certa medida,

compreendem-se as motivações que estimulam a chegada do CAPS no município. Mas, ao mesmo tempo, também sentimos as tensões, os conflitos e as estratégias que foram sendo arquitetadas nesse desenrolar.

Apesar da construção positiva do discurso do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), enquanto modelo humanizado e inverso ao manicomial, existiam grupos com interesses e forças divergentes. Desta forma, o acontecimento da “inauguração” do CAPS mostra-se como *descontinuidade*, que conversa com a regularidade de uma luta que já vinha sendo travada desde fins dos anos 1970 e, mais significativamente, a partir da década de 1980. Esse momento destaca-se como materialização dos discursos empreendidos pelos modos de resistências que buscavam justamente “contornar” o contexto histórico de exclusão.

Além disso, também optamos pela discussão do conceito de território, que é trabalhado por Deleuze e Guattari (apud GUATTARI; ROLNIK, 1996). Para os autores a noção de território tem um sentido muito amplo e relativo, pois pode referir-se a um espaço vivido, como também a um sistema percebido, de subjetivação, que pode abarcar uma série de representações que acionam uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos.

A noção de território deve ser entendida num sentido muito amplo, que ultrapassa o uso que fazem dele a etologia e a etnologia. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio da qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 323)

Essa discussão foi fundamental para pensarmos como a experiência da loucura e do sofrimento psíquico é marcada pela exclusão e pela experiência da desterritorialização, ou seja, o sentimento de deixar algo conhecido e familiar. O movimento de desterritorializar-se é importante, pois proporciona a criação de novos mundos, em busca de uma reterritorialização que, embora não seja um retorno ao território de origem, também aciona as vivências e experiências anteriores. A questão é: quais movimentos estão sendo acionados e que linhas de fugas estão sendo traçadas quando se fala da problemática da loucura?

Entendemos nessa pesquisa a importância de perceber que a construção subjetiva desses sujeitos ultrapassa a ideia de um território conhecido e normatizado, dando lugar a uma busca por novos caminhos em que os mesmos possam operar relações com outras

vidas, outras formas de estar no mundo, que também não sejam fixas e que sempre deixem a possibilidade de desterritorializar-se novamente.

No primeiro capítulo, buscamos dialogar com determinadas pautas do Movimento de Luta Antimanicomial, a partir de dois Relatórios dos Encontros do Movimento: o 3º e o 5º. Identificamos os embates que foram gestados na articulação do Movimento com as forças sociais que ainda requeriam a continuidade do tratamento clássico e, sobretudo, privado. Em seguida, abordamos acerca da Reforma Psiquiátrica e o seu diálogo constante e imprescindível com o Movimento Antimanicomial, tendo em vista a importância do pensamento de Franco Basaglia nessa construção.

Ainda nesse capítulo, falamos sobre a Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001), como uma consequência do processo de Luta ao longo de doze anos, comportando-se como sinalizador da Reforma. Essa discussão é imprescindível para que possamos compreender o contexto em que os Centros de Atenção Psicossocial tornaram-se importantes, fazendo com que determinados sujeitos se mobilizassem em prol da “implantação e implementação” de um CAPS em Cajazeiras, que acabou sendo inaugurado no ano de 2001.

No segundo capítulo, elaboramos uma discussão voltada para as relações de poder que foram sendo delineadas durante o processo que antecede a inauguração do CAPS e nos seus anos iniciais. Para que conseguíssemos colocar em prática essa proposta, utilizamos materiais produzidos na época, como o próprio projeto que solicitava a inauguração do CAPS, além de relatórios e artigos que nos foram disponibilizados pelas professoras: Dra. Maria Lucinete Fortunato e Dra. Francisca Bezerra. Ainda realizamos três entrevistas orais, com sujeitos que participaram ativamente desse momento. Com essas informações, apresentamos, além da chegada do CAPS, os seus espaços e o seu funcionamento, para entender como essa instituição, enquanto parte da Reforma Psiquiátrica Brasileira, estava comportando-se a nível local, em Cajazeiras, no sertão Paraibano.

O terceiro capítulo foi o momento de análise dos documentos primários: os prontuários. Antes disso, compartilhamos nossa experiência na lida com esse tipo de fonte, deixando transparecer como essa relação foi se estabelecendo. Em seguida, tentamos apresentar quatro usuários que são ativos no CAPS desde o seu ano inaugural, tendo como base o que encontramos nos prontuários e buscando considerar o interdito e o não dito. A partir do nosso recorte temporal (2001), que se passa na contemporaneidade, pensamos também, com base no diálogo com a psicanálise, em como nossa relação com o tempo foi sendo modificada, contribuindo para o adoecimento dos sujeitos.

No mais, o encantamento e o sentimento de pertença desde o início de 2015 perduraram e é isso que me impulsionou a dar continuidade à esta pesquisa. Talvez, o ponto principal seja: não quero ser estranha à loucura. Não quero silenciá-la historiográfica, cultural e socialmente. Espero que o leitor(a) possa desconstruir estigmas que culturalmente ainda são carregados na contemporaneidade. Não posso deixar de lembrar que, apesar da escrita “encerrar” um processo de pesquisa, este trabalho não é um epílogo, mas uma abertura de diálogo através da qual esperamos que o leitor obtenha novas dimensões que tampouco foram arquitetadas. Desejamos também que este trabalho possa contribuir com mais abordagens da história da saúde mental e seu desenrolar, ou seja, no tempo presente e, além disso, nas regiões do interior das federações, como os sertões que ainda não tem uma produção consolidada.

Convido o leitor para caminhar conosco em busca de perceber as lutas e resistências de usuários, trabalhadores em saúde mental, famílias e membros da sociedade, tendo em vista que elas se estabelecem de diversas formas. Sugerimos que essa caminhada seja feita por um território desviante, desconfiado, sinuoso, mas também incrivelmente pulsante e novo. Que os territórios conhecidos para romper com uma ideia de loucura permaneçam através das lutas e resistências nas ruas, na câmara dos deputados, no senado ou nos Encontros dos Trabalhadores em Saúde Mental. Mas, que, sobretudo, desterritorializações aconteçam, pois elas podem, a princípio, nos desestabilizar, nos deixar perdidos ou confusos, mas são os caminhos de resistência que podem nos conduzir para algo novo e inusitado, fugindo do homogêneo e do já instituído, produzindo a diferença e maneiras singulares de existência.

Todavia, para isso é necessário investir no autocuidado, que consideramos uma forma política que se exerce de maneira desviante, em um panorama social que pende para o adoecimento dos indivíduos. Autocuidado significa também sair em busca de novas maneiras de estar no mundo, a loucura ao invés de nos intimidar, de nos amedrontar, também pode nos fazer perceber que é possível “[...] reconstruir uma relação particular com o cosmos e com a vida, na composição de uma singularidade individual e coletiva.” (LIMA, YASUI, 2014, p. 8). Esperamos que aceitem o convite.

2 ENTRE LINHAS E ENTRELINHAS DA LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL

Ainda estagiária de psicologia no Hospital da Marinha, tive o primeiro contato com pessoas enclausuradas em enfermaria. Às psiquiátricas ficavam bem no fundo do hospital. Tinham uma disposição arquitetônica estranha e havia muito pouca luz. Naquela penumbra perambulavam, sem rumo, marinheiros loucos. Ali dormiam, comiam, falavam sozinhos. Evidentemente nada se esperava deles. Dos técnicos, esperava-se apenas que o medicassem o bastante para que não incomodassem. (CORBISIER, 2000, p. 279).

O relato de Cláudia Corbisier, contando sua experiência, no início do texto “A Reforma Psiquiátrica: Avanços e Limites de uma Experiência”, publicado em *Ensaio, subjetividade, saúde mental e sociedade*, organizado por Paulo Amarante (2000), nos apresenta expressões sombrias da História da psiquiatria e da loucura de fins dos anos 1970 no Brasil.

Na década de 1980, em meio ao regime ditatorial, vários movimentos sociais começaram a ascender, o que impulsionou ainda mais as ações contestatórias na sociedade, levando ao processo de redemocratização. Não foi diferente com o Movimento de Luta Antimanicomial, que começou a ser delineado justamente no fim da década de 1970 e, mais especificamente, em 1987, a partir, sobretudo, do engajamento dos trabalhadores em saúde mental. É importante atentar para o fato de que muitos desses profissionais estavam em cargos de chefia e conseguiram dar sustentação a determinadas diretrizes propostas pelo Movimento justamente porque contavam com essas posições.

Neste sentido, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) estava em diálogo com o contexto social, assim como os outros movimentos que estavam ganhando força. O MTSM tomou grandes proporções e os seus desdobramentos resultaram na criação do Movimento de Luta Antimanicomial. O delineamento de seus posicionamentos norteadores culminou nos Encontros Estaduais que aconteceram, em suma, na região sul/sudeste, e foram significativos do ponto de vista da articulação regional, tornando-se, posteriormente, nacional através da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987.

Depois disso, vieram os Encontros Nacionais do Movimento Antimanicomial, aos quais dar-se-á mais destaque, sobretudo, a dois em específico. Preliminarmente rememora-se o “Manifesto de Bauru”, que é tido como crucial para que o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental se transformasse no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Abaixo seguem trechos do Manifesto:

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. Nossa atitude marca uma ruptura. [...] O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. [...] Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! Por uma sociedade sem manicômios! (CONGRESSO, 1987).

Este momento foi vital para que o Movimento ganhasse um novo ímpeto, no sentido de abarcar não só causas voltadas aos trabalhadores em saúde mental, mas, sobretudo, para trilhar um caminho rumo à desinstitucionalização. Além dos próprios trabalhadores, o Movimento buscou contar com a participação dos que procuravam e faziam uso do atendimento à saúde mental e também dos seus familiares. Sujeitos ligados a outros setores da sociedade, como políticos, por exemplo, também estiveram envolvidos.

Para que houvesse uma articulação realmente significativa entre os membros do Movimento, criaram-se os Encontros Nacionais do Movimento de Luta Antimanicomial. Dessa forma, a Luta foi ganhando dimensões significativas no cenário nacional.

Antes de pensar acerca desses discursos, faz-se imprescindível perceber essa temática enquanto transdisciplinar, deixando de fazer parte somente do escopo da medicina e psiquiatria, e passando a incorporar as diversas áreas do saber, o que possibilita, por exemplo, o próprio diálogo com a História, além da Antropologia, da Sociologia, da Psicanálise, entre outras. Dessa forma, tem-se que “[...] a Reforma Psiquiátrica pode ser vista como um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico e é obra de atores muito diferentes entre si.” (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006, p. 209).

2.1 O Movimento da Luta Antimanicomial

Pretendemos fazer uma discussão-síntese do 3º e 5º relatórios elaborados nos Encontros Nacionais do Movimento Antimanicomial, com o intuito de inteirar-se do desenrolar dessa Luta e do conseqüente processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, para então ser desenvolvida uma genealogia e arqueologia da Loucura, buscando perceber os

discursos e práticas que foram se estabelecendo ou dissipando-se com a dinâmica espiralada do tempo¹⁴.

Ao todo, são cinco Encontros e Relatórios que vão de 1993 a 2001. Dentre os dois relatórios escolhidos (III e V), conseguiu-se acessar apenas o V Relatório na íntegra e de forma original no site do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS), sobre o qual realizaram-se leituras e referências diretas.

Dessa forma, como não foi possível acessar diretamente o III Relatório, optou-se por utilizar o intermédio da pesquisa de uma psicóloga, assim tem-se como base para essa composição a dissertação de Daniela Angeli (2006), na qual ela apresenta esses Relatórios Finais, dispondo seus temas centrais, os sub-temas e os eixos de luta, possibilitando assim a construção de um diálogo com o III Relatório.

Além disso, esses discursos foram contextualizados com outras referências e documentos. Muitos temas e eixos de luta repetem-se ao longo dos Encontros, apesar disso nota-se que eles vão sendo ressignificados, somados à novas questões. Desta maneira, serão pontuados apenas os mais pertinentes para este momento da pesquisa.

Optamos por esmiuçar mais pontualmente o 3º Encontro, que ocorreu em Porto Alegre-RS, em 1997, pois nessa conjuntura o Movimento já tinha certo perfil estabelecido, comemorando dez anos de atuação, contados a partir do II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (1987), na cidade de Bauru. Além disso, a participação dos familiares e usuários tinha tornado-se bastante significativa, representando pouco mais da metade do público total neste Encontro.

No que se refere ao 5º Encontro, o mesmo ocorreu em Miguel Pereira-RJ, entre os dias 17 e 21 de outubro de 2001. Ainda houve duas plenárias posteriores a essa data, entre os dias 09 de março e 12 de outubro de 2002, em São Paulo, o que aponta certa fragilidade interna do Movimento, que não estava completamente alinhado e homogêneo, apresentando divergências entre os membros, como verificou-se no V Relatório. Ademais, esse Encontro ocorreu no mesmo ano da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216, de 6 de abril de 2001) e da implantação do Centro de Atenção Psicossocial em Cajazeiras-PB.

No Relatório III, de 1997, um dos eixos de luta do movimento com o subtema “O movimento nos meios de comunicação”, tinha como enunciado: “- Divulgar trabalhos que mudem a imagem estereotipada da loucura, através dos meios de comunicação”. (RELATÓRIO III, 1997, p. 11 apud ANGELI, 2006, p. 105). Ou seja, fica clara a necessidade

¹⁴ Este conceito será melhor abordado no último capítulo, de acordo com os moldes utilizados no seguinte trabalho: “Paraíba, mulher-macho: Tessituras de Gênero, (desa)fiões da história (Paraíba, Século XX)” (SILVA, 2008).

de expandir as pautas do Movimento, espalhando entre os diversos espaços novos “dispositivos” que se comportem como uma espécie de contracultura, em busca da legitimação da sociedade que se (des)constrói. E, dessa forma, o excluído começaria a ser incluído.

É interessante enfatizar que, a partir do momento que se encontram os propulsores de quadros de doença mental, pode-se então pensar em aplicar e conduzir alternativas que minimizem esses sintomas, tendo como perspectiva o tratamento e não a erradicação/cura do que se considera “doença mental”. Dessa forma, traz-se qualidade de vida aos sujeitos que sofrem de transtornos psíquicos, buscando incluí-los na sociedade, à sua maneira, ao invés de normatizá-los em padronizações dos sujeitos. Porém, às vezes, a forma pela qual esses fatores são externados, por exemplo, pela TV, pelo cinema, pelas rádios e/ou jornais, contribui com o estigma desses sujeitos, prestando um desserviço à sociedade.

Nesse cenário, um filme lançado recentemente pela plataforma de *streaming* Netflix, de alta produção, chamado “Bird Box”, insere uma imagem um tanto problemática de pacientes de um Hospital Psiquiátrico. A narrativa apresenta, como vilãs, criaturas que, quando vistas, levam as pessoas ao suicídio. Um dos pontos centrais do filme é que indivíduos com algum problema psiquiátrico não são afetados pelas criaturas, logo eles podem transitar sem usar vendas. Os pacientes de um Hospital psiquiátrico são retratados como loucos, por invadirem casas. Essa atitude, colocada como incontrolável, endossa uma representação de periculosidade sobre esses sujeitos que já vem sendo reproduzida na sociedade. Além disso, algumas cenas do filme fazem relação direta entre os pacientes desse Hospício e o contexto de perturbação que os protagonistas estão vivendo, como se os sujeitos em tratamento psiquiátrico representassem uma parte ativa na conjuntura de perigo.

A mídia deve comportar-se como uma propulsora e intermediadora, que aprende e informa a sociedade acerca da saúde mental e dos seus novos mecanismos que estão sendo delineados na marcha da Reforma. Assim, faz-se necessário incomodar e contribuir pontualmente com as formas de perceber o “dito louco”, na pluralidade de suas nuances, não os limitando em suas subjetividades, mas problematizando os enunciados ou sua ausência. Ainda no Relatório III, agora com o Tema central II: “Cultura: a construção do sujeito ético-estético” e com o sub-tema: “Referenciais da cultura antimanicomial”, há os seguintes eixos de luta: “- Respeitar a indumentária e estética do usuário; - Utilizar a arte como instrumento produtor de saúde e comunicação, na luta antimanicomial;” (Relatório III, 1997, p. 9, apud ANGELI, 2006, p. 104).

A nível de ilustração, pode-se lembrar a vida e o trabalho de Arthur Bispo do Rosário, que aplicou sua criatividade artística utilizando objetos que estavam dispostos ao

seu redor no seu espaço de vivência: o hospício. Ao mesmo tempo em que produzia essas obras, ele enredava o exercício do autocuidado: mais do que escutar vozes, ele dava ouvidos ao seu eu interior e transmitia uma forma singular de comunicar-se com o outro e com Deus, que tanto o inspirava.

Outra questão interessante a ser discutida no sub-tema dois: “A construção de valor e as concepções”, é a que aparece no seguinte trecho: “- Tratar as palavras “manicômio”, “hospício” e “hospital psiquiátrico” como sinônimos, não as admitindo com designação de lugar de tratamento especializado.” (Relatório III, 1997, p. 9, apud ANGELI, 2006, p. 104). Esses conceitos passam então a ser percebidos com a mesma significância. A cultura antimanicomial que se busca delinear é a da desinstitucionalização, sendo assim os três termos citados acima assemelham-se em suas práticas e discursos e devem ser usados enquanto sinônimos.

Neste sentido desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos. (AMARANTE, 1998, p. 49).

Neste sentido, a relação da busca pela incorporação da Universidade, dos Centros de Formação de Professores, das Escolas, dos estudantes, ou seja, da área da educação no geral, às propostas do Movimento, era pauta constante nos Relatórios dos Encontros Nacionais, segundo Angeli (2006). A divulgação da cultura antimanicomial era imprescindível para o sucesso do projeto de inclusão social, cultural, política e econômica dos sujeitos com sofrimento psíquico. Fazia-se necessário reajustar o saber a partir da transversalidade, de rodas de conversa, de palestras, de ir às ruas, de dar suporte às famílias, por exemplo, tornando-o disponível a todos, para que uma nova maneira de enxergar a questão da saúde mental se enraizasse.

Dessa forma, as relações seriam construídas a partir de uma não hierarquização. Se o saber não está concentrado, se ele é compartilhado, então o nível de acessibilidade e de igualdade perante o conhecimento acaba elevando-se. Nesse ínterim, a intersectorialidade vai ganhando tónus. Assim, trabalhos com viés sociohistórico, como esse, por exemplo, passam a receber legitimidade. A educação, a cultura, a assistência social, arte e esporte, vão ganhando cada vez mais espaço.

No Tema Central VI: “Atenção ao adulto: desconstruindo manicômios, instituindo uma rede de serviços substitutivo”, com sub-tema “Reafirmando princípios”, lê-se:

- Lutar para que sejam proibidas as formas de tortura e violência pretensamente terapêuticas de acordo com os princípios contidos na Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares. [...]
- Desmistificar a cultura da internação como resposta prioritária e única. (Relatório III, 1997, p. 19 apud ANGELI, 2006, p. 111).

Um exemplo da importância destas diretrizes é um fato que ocorreu no auge das discussões em relação ao processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, em outubro de 1999, e pouco antes da Lei da Reforma Psiquiátrica ser promulgada. Damião Ximenes, paciente da Casa de Repouso Guararapes em Sobral – Ceará (única clínica credenciada junto ao SUS no município) foi morto após ser violentado brutalmente neste espaço asilar. O caso de Damião teve repercussão internacional. Rememora-se aqui trechos de uma canção chamada “Damião”, de Juçara Marçal, que compõe o seu álbum solo intitulado “Encarnado” (2014):

Dá neles, Damião!
Dá sem dó nem piedade
E agradece a bondade e o cuidado
De quem te matou

Dá neles, Damião!
E devolve o hematoma.
Bate mesmo, até o coma
Que essa raiva, passa nunca, não

Sangue e suor pelo vão.
Sentir mais a dor, vingar
Ver respingar o pavor
Quem bateu, levar.

A partir das limitações identificadas nas políticas públicas de saúde mental, torna-se imprescindível pensar e aplicar maneiras atualizadas de resistência. O Estado só foi responsabilizado pela morte de Damião em 2006, reconhecendo o erro e indenizando a família. Inclusive essa questão também foi reivindicação do Movimento Antimanicomial, quando diz: “– Propor a indenização dos usuários, nos erros cometidos pela União no tratamento das pessoas portadoras de sofrimento psíquico.” (Relatório III, 1997, p. 12 apud ANGELI, 2006, p. 107).

O uso dos recursos financeiros da União também é reivindicado para o novo modelo que está sendo requerido pelo Movimento, como, por exemplo, a criação de residências terapêuticas, bem como para o seu investimento continuado. Ou seja, o investimento deveria ir para os serviços substitutivos. Inclusive, neste ano de 2019, o Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro Júnior,

assinou um decreto, a Nota técnica nº 11/2019 (CGMAD/DAPES/SAS/MS), em que utiliza o termo “alternativo” ao invés de “substitutivo” ao se manifestar sobre serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa semântica não corresponde ao que foi proposto pela Luta Antimanicomial. Além disso, afirma que:

Quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11711. Desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas. (BRASIL, 2019, on-line).

Esse ponto também está presente no Relatório V do 5º Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial, no início do século XX, quando diz: “A eletroconvulsoterapia (eletrochoque) é crime de tortura, pretensamente dito terapêutico, devendo ser abolida;” (ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 2011, p. 13).

No Relatório V, a preocupação com a geração de emprego e renda também está presente. Logo, o esforço de “[...] criar rede de economia solidária em todos os setores sociais;” (ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 2001, p. 24) é uma alternativa para dar suporte aos sujeitos que precisam de recursos financeiros ou até mesmo para contribuir com a formação de elos com a sociedade e com o próprio mercado. Identificamos, em Cajazeiras, estado da Paraíba, a partir da relação entre Universidade Federal e CAPS II, a busca pela construção de oficinas nas quais os usuários aprendiam a elaborar produtos com o intuito de vender e obter renda. Retomaremos essa questão no segundo capítulo.

Nesse ínterim, é imprescindível que a sociedade esteja a par da questão da saúde mental para contribuir com a própria rede substitutiva, formada pelos CAPS e RAPS, por exemplo. Dessa forma é basilar:

Inserir nos currículos dos profissionais de saúde em geral a disciplina de Saúde Mental, que aborde a Reforma Psiquiátrica com base na ética e na cidadania, trazendo tal discussão para os conselhos de classe, universidades, escolas técnicas, conselhos de saúde e para a sociedade como um todo (ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 2001, p. 17).

O aspecto marcante desse Encontro deu-se a partir das diferenças de proposições por parte dos membros do Movimento Antimanicomial. O que se pretendia nesse momento,

sobretudo, era saber qual o perfil do Movimento, tendo em vista seu lema: “Como estamos? Para onde vamos? O que queremos?”.

Ao analisar o sumário do Relatório V, percebemos que no 5º Encontro Nacional apenas o estado da Bahia tinha enviado tese para discussão de encaminhamentos. Ou seja, a Paraíba participou mais precisamente enquanto convidada – deixando claro que isso não exclui as possíveis participações diretas do estado no momento em que estava presente. Na I e na II Plenária, em 2002, não há representação deste estado.

Verificamos ao longo de todo o Relatório, propostas de atuação para o Movimento. Consta também um “Relatório da Reunião de Usuários e Familiares” que enfatiza a preocupação do Movimento em ser transversal, buscando ampliar a participação dos usuários e familiares: “- É preciso que 50% dos participantes na Conferências sejam usuários e familiares;” (ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 2011, p. 26).

Na Pauta 1, onde constam os aspectos discutidos na I Plenária, realizada em 2002, há o título: “Crise” do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). Seguem alguns pontos que se destacaram durante a observação:

Entender a crise como uma crise de crescimento, principalmente e mais fortemente, entre os usuários e familiares; [...] Entender a crise do Movimento Antimanicomial dentro de uma conjuntura mais ampla que é da crise dos movimentos sociais. Definir os objetivos e os princípios do Movimento Antimanicomial, suas bandeiras de luta, gerais e específicas. (ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 2011, p. 121).

O Movimento de Luta Antimanicomial foi, e é, essencial para o processo de Reforma Psiquiátrica. Consideramos que este Movimento, baseado nos engajamentos dos Trabalhadores em Saúde Mental, comportou-se como agente ativo na produção de novas perspectivas para se pensar a temática no país.

No entanto, esse Movimento, assim como outros modos de resistência, foi sendo questionado por opositores, na tentativa de deslegitimar esse grupo, já expressivo na época, e que ainda vive sob tensão das relações de interesses.

Embora o movimento dos trabalhadores de saúde mental tenha desenvolvido uma abrangência crescente, em seu processo sempre contou com adversários poderosos, entre os quais se destacaram os proprietários dos hospitais psiquiátricos privados que, a todo custo, pretendiam continuar auferindo vultosos lucros, bem como entidades médicas conservadoras. Culturalmente, as famílias haviam sido preparadas para entender que o tratamento do doente mental só era possível e aceitável no interior dos hospitais psiquiátricos. Além do mais, os trabalhadores de saúde mental, sem exceção, haviam sido treinados para desenvolver suas atividades

profissionais na área, no interior de asilos ou de hospitais psiquiátricos, havendo todo tipo de dificuldade de se lançar a desenvolver práticas terapêuticas, acolhedoras e cidadãs. (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006, p. 208).

Sendo assim, compreendemos que ainda é preciso continuar lutando para que o nível desses conflitos não atinja os sujeitos que utilizam os Centros de Atenção Psicossocial. É necessário estar atento para essas relações que buscam retroceder quanto aos avanços já conquistados em prol de benefícios, sobretudo, particulares.

2.2 Reforma Psiquiátrica

A Psiquiatria Democrática ou Social¹⁵ alinha-se com o que está em processo em relação à Luta Antimanicomial e o consequente andamento da Reforma Psiquiátrica que está sendo pautada no Brasil. A criação dos Centros de Atenção Psicossocial é um exemplo disso – essa questão será abordada mais pontualmente no segundo capítulo. A fim de compreender os caminhos percorridos pelo CAPS, será atentado, neste momento, para o que está alicerçando essa estrutura e que se aflora como descontinuidade no atendimento em saúde mental.

O psiquiatra Franco Basaglia, protagonista do Movimento de Reforma Psiquiátrica Italiano, empreendeu transformações práticas a partir da “experiência de Gorizia”¹⁶, tendo o conceito de “desinstitucionalização”¹⁷ como ponto chave para revolucionar o atendimento em saúde mental, indo além do âmbito reformista. “O projeto de transformação institucional de Basaglia é essencialmente um projeto de desconstrução/invenção no campo do

¹⁵ Nas palavras de Paulo Amarante (1998, p. 50): “O movimento Psiquiatria Democrática que, muitas vezes, é confundido com a própria tradição teórica de Franco Basaglia é, na verdade, um movimento político constituído, a partir de 1973, com o objetivo de construir bases sociais cada vez mais amplas para a viabilização da reforma psiquiátrica na tradição basagliana, em todo o território italiano”.

¹⁶ “É em Gorizia que [Basaglia] conhece a realidade dos hospitais psiquiátricos e da psiquiatria italiana, realidade que não contaminava os assépticos gabinetes universitários. Influenciado pela repercussão das experiências de Maxwell Jones com a Comunidade Terapêutica (CT), assim como pela experiência dos franceses com a psicoterapia institucional, Basaglia passa a desenvolver trabalhos semelhantes, com a abertura das portas, a supressão das grades, das camisas-de-força, enfim, de todas as formas violentas e desumanas, inspirado em três grandes linhas de intervenção para, por intermédio delas, problematizar o contexto institucional a partir da origem e do pertencimento de classe dos internos do hospital; da pretensão de neutralidade e de produção da verdade das ciências, no que está incluída a discussão sobre a função social de tutela e controle social da psiquiatria e seu manicômio; e do papel e da função do técnico na constituição da hegemonia” (AMARANTE, 1994, p. 65).

¹⁷ Segundo Basaglia: “A ‘institucionalização’ é o ‘complexo’ de ‘danos’ derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando o instituto se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão, e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional.” (1981, p. 259 apud AMARANTE 1994, p. 67). Segundo Amarante (1994, p. 67): “na experiência de Gorizia surge a hipótese e a constatação de que um processo de institucionalização homogeniza, serializa (usando a expressão de Sartre), e objetiva todos aqueles que adentram a instituição.”

conhecimento, das tecnociências, das ideologias e das funções dos técnicos e intelectuais.” (AMARANTE, 1994, p. 61).

O pensamento basagliano inspirou o MTSM, influenciando nas pautas elaboradas nos Encontros do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA)¹⁸. Sendo assim, segundo Angeli (2006, p. 36-37), compreende-se que:

O trabalho do Movimento Antimanicomial no Brasil em muito se aproxima das práticas de Basaglia. O Foco de atuação de Basaglia era para o fim da instituição psiquiátrica e a reinserção do louco na sociedade, onde este pudesse viver, trabalhar e construir uma vida digna social e economicamente. [...] A partir desses discursos pode-se reconhecer que Basaglia se fundamenta numa visão materialista-histórico-dialética de homem e de mundo. Suas práticas são coerentes com esta matriz, rompendo com uma posição naturalista e biologicista do fenômeno da loucura, colocando este como uma produção social a partir de um sistema liberal que exclui.

Para Franco Basaglia, citado por Angeli (2006), os sujeitos que utilizam os serviços de saúde mental devem articular-se do ponto de vista político, em busca de novas configurações dos códigos de conduta psiquiátricos que estão intrinsecamente conectados com o social e o econômico.

A tradição basagliana vem matizada com cores múltiplas, traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como ela relaciona-se com o sofrimento e a diferença. É, antes de tudo, um movimento “político”: traz a pólis e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais completos, no confronto com o cenário institucional que, simplesmente, perpetuam/consomem ou questionam/reinventam. (AMARANTE, 1998, p. 47).

Dessa forma, outro ponto chave nesse contexto é a questão entre saúde mental pública e privada. Para Basaglia, o distanciamento entre os sujeitos dava-se a partir da diferenciação do atendimento, gerando uma tendência à marginalização dos pobres que, em sua maioria, utilizam a assistência pública, sofrendo com a segregação social, além do estigma ligado à saúde mental. Nesse sentido:

Considera-se que o internamento particular **nem sempre** produziu rupturas na vida do paciente, já que esse tipo de intervenção possibilitava ao mesmo seguir sua trajetória sem interromper suas atividades sociais. No caso do internamento público, ao contrário, os resultados poderiam provocar inúmeros prejuízos na vida destes sujeitos. As atividades cotidianas de tais pacientes geralmente ficavam comprometidas devido aos estigmas que

¹⁸ Tendo em vista que o MTSM ganhou novas dimensões, transformando-se no MNLA.

eram produzidos pelo internamento, sendo considerados incapazes de participar de determinadas dinâmicas sociais próprias das pessoas “normais”. (ANGELI, 2006, p. 10, grifo nosso).

Por outro lado, compreende-se também determinadas especificidades, tendo como base dois exemplos da Literatura estadunidense em que duas mulheres de classe média sofriam exclusão por estar em sofrimento psíquico. Muitas vezes, eram enclausuradas dentro de casa, para que a sociedade não tivesse entendimento do que estava acontecendo. Elas poderiam até não sofrer com os olhares alheios, mas eram atingidas pelo próprio seio familiar.

Essa questão foi apresentada claramente no conto autobiográfico “O Papel de Parede Amarelo”, de Charlotte Perkins Gilman (2015), produzido no fim do século XIX, o qual se enreda durante o período em que ela esteve em uma “casa de verão”. O ambiente que o marido havia escolhido para ela “repousar” parecia tranquilo, mas ela relata que se sentia aprisionada. Charlotte dizia estar doente, mas o seu marido, que era médico, dizia a todos que não havia nada de alarmante com o seu estado de saúde. Incrivelmente, o irmão de Charlotte, que também era médico, concordava com o cunhado. Nesse trecho do conto percebemos o quanto isso a incomodava:

O John é médico e talvez (não o diria a ninguém, é claro, mas isto é papel morto e um grande alívio para o meu estado de espírito) — talvez seja essa uma razão para que eu não melhore mais rapidamente. [...] Se um médico de grande reputação, para mais um marido, convence amigos e familiares que nada de grave se passa realmente conosco senão uma temporária depressão nervosa — uma ligeira tendência histérica — que poderá uma pessoa fazer? (GILMAN, 2015, p. 5).

É possível perceber uma relação vertical entre médico-marido e paciente-esposa. Charlotte não foi internada propriamente, mas estava em uma espécie de “tratamento não dito”, em um local distante da cidade, negada de realizar suas tarefas como escritora. Nesse sentido, percebemos que as internações de mulheres eram muito ligadas ao sistema patriarcal no qual existia uma censura intelectual. Segundo Magali Gouveia Engel (2001, p. 331), o respaldo estava em: “[...] parâmetros burgueses definidores da ordem, do progresso, da modernidade e da civilização.”

Outro exemplo está na obra “A Redoma de Vidro” (1999) que foi publicado pela primeira vez em 1963, por Sylvia Plath. É um romance semiautobiográfico, assinado na época sob o pseudônimo de “Victória Lucas”. Ao longo da escrita, fica nítido o teor “autobiográfico” da narrativa quando a escritora diz que inventou um nome para sua heroína. Esther, a personagem, confunde-se com Sylvia, a escritora, e vice-versa. A autora foi diagnosticada com depressão. Ao contrário de Charlotte, do conto anterior, a personagem

Esther não era casada – mas, Sylvia sim. Ainda assim, sua vida foi cheia de interações, tentativas de suicídio, eletrochoques e silêncios torturantes. A vontade de Esther, todavia, era de viver. A escrita para Sylvia, provavelmente era uma forma de resistência ao sofrimento, assim como para Charlotte.

Dessa forma, percebe-se que Sylvia teve uma vida cheia de atropelos e interrupções por conta das interações e medicamentos que a impediam de produzir como o mercado ansiava. Apesar de que as obras femininas não tinham a mesma legitimidade que as masculinas. Inclusive a Psiquiatria Preventiva estava nascendo nos Estados Unidos, na década de 1960, e as consequências dela, sem dúvidas, atingiram Sylvia: “O preventivismo significa um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais”. (AMARANTE, 1998, p. 41).

É importante destacar que o Brasil está em processo de Reforma Psiquiátrica e que, apesar dos avanços, é preciso estar atento aos possíveis retrocessos. As transformações dentro desse setor específico da saúde foram fruto de lutas e embates dentro das relações sócio-políticas. Mas, com mudanças de governo, por exemplo, o que foi posto como legítimo anteriormente, pode ser desmontado.

Existem ainda determinados grupos que discordam do desestímulo financeiro, por parte do governo, às clínicas e hospitais psiquiátricos privados. Esses setores fazem parte, sobretudo, dos chamados “empresários da loucura”, como passaram a ser comumente reconhecidos. São grupos mais conservadores da sociedade que lucram com um modelo de assistência manicomial atrelado ao tratamento biologizante, organicista, pautado nas ciências naturais do século XIX. Mesmo quando assumem um caráter “reformista”, ainda acabam endossando o estigma e dando continuidade à marginalização dos que passam por algum tipo de sofrimento mental. Inclusive, essa mesma linha contribui com o aumento do que é considerada “doença mental” para a psiquiatria. Isso, conseqüentemente, também está atrelado ao consumo indiscriminado de psicofármacos. Essas duas questões serão discutidas no terceiro capítulo, a partir da obra “O Tempo e o cão”, da Maria Rita Kehl (2015). Esse desenvolvimento faz-se imprescindível dentro de uma discussão da loucura na contemporaneidade.

Consideramos que o Movimento de Reforma Psiquiátrica, tendo como princípio a Psiquiatria Democrática, fundamentada no pensamento de Franco Basaglia, buscou andar em concordância ao Movimento de Luta Antimanicomial, percebendo-o enquanto referência, mas muitas vezes não encontrando abertura por parte dos poderes públicos e da própria sociedade que transcorre entre continuidades e desvios de uma cultura manicomial. Neste

cenário, a Reforma Psiquiátrica Brasileira seria a construção objetiva e prática das possibilidades de aplicação da Luta Antimanicomial em nosso contexto.

2.3 O Projeto de Lei

O projeto de Lei nº 3.657 de 1989, lançado há 30 anos, foi arquitetado pelo deputado Paulo Delgado (PT – MG), em meio às emergências do Movimento de Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, composto, sobretudo, por trabalhadores em saúde mental, além dos usuários de saúde mental, juntamente com os seus familiares que foram desenvolvendo uma participação cada vez mais significativa.

Sobre suas disposições tem-se que: “Com três artigos estruturantes, o projeto regulamentava a extinção gradual dos manicômios, os direitos do doente mental e a criação de recursos substitutivos ao tratamento manicomial.” (SANTO; ARAUJO; AMARANTE, 2016, p. 3).

O projeto de Lei tinha “[...] o propósito de formalizar a Reforma Psiquiátrica como lei nacional.” (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006, p. 209). As autoras destacam ainda que o “[...] texto final [da Lei] incorporou outras proposições, perdeu algo do texto original, mas pode ser considerado que, atribui ainda assim, à lei um caráter progressista.” (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006, p. 209).

Existia muita resistência por parte de setores mais conservadores da sociedade, como os psiquiatras donos de clínicas privadas ou de hospitais conveniados ao SUS – ou seja, aqueles que recebiam recursos do governo para se manter parcialmente.

A tendência de exclusão cristalizou-se, mais ainda, quando durante o regime militar, iniciado em 1964 e que durou mais de vinte anos, a assistência psiquiátrica foi incorporada à previdência social. Leitos privados eram contratados pela previdência social e com isso foram criados muitos hospitais psiquiátricos privados. Mas essa tendência esbarrou em alguns obstáculos, entre os quais, um dos mais fortes, a não resolutividade dos hospitais psiquiátricos, o que fez crescer a denúncia de que havia uma verdadeira “indústria da loucura”. (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006, p. 208).

Dessa forma, o Estado comprava os serviços psiquiátricos de clínicas privadas, sustentando esse aparato. A clínica Santa Helena, em Cajazeiras-PB, por exemplo, que falaremos no segundo capítulo, recebia o repasse de verbas inicialmente através do governo federal e depois, após a municipalização da saúde mental, a prefeitura passou a ser responsável pelo repasse de verbas para a instituição. O intuito era regionalizar e conduzir melhorias conforme os setores. Em algumas notícias mais atuais que circulam no

próprio município, percebemos que isso se comportou como um gerador de desestímulo ao modelo hospitalocêntrico. Neste sentido, a clínica acabou sendo fechada em 2014, mas somente após 13 anos da abertura do CAPS.

Era exatamente essa a conduta desejada para o processo de Reforma Psiquiátrica previsto na Lei nº 10.216, sancionada em 06 de abril de 2001, embora essa Lei tendo sido um substitutivo ao referido projeto de Lei que se distanciou do texto original quando foi proposto em 1989.

A questão nesse contexto é que o CAPS II, da cidade de Cajazeiras-PB, comporta-se como modelo substitutivo ao hospitalocêntrico, tendo serviços totalmente gratuitos. Sendo assim, o repasse de verbas tem que circular dentro do contexto público. No entanto, não se deve esquecer ou deixar de lado as centenas de pessoas que necessitaram de assistência psiquiátrica no sertão paraibano e só encontraram assistência na Clínica Santa Helena, do fim da década de 1970 até a inauguração do CAPS em 2001.

Esse discurso, sustentado pelo social, na dinâmica democrática de discutir e conduzir diretivas que buscam configurar-se na legislação e assim ganhar um caráter sistemático e palpável, acabou tornando-se um instrumento de diálogo entre as camadas de poder. O projeto comportava-se como propagador das reivindicações do grupo, que foram sendo, por sua vez, ressignificadas a partir do entrelaçar das relações de forças. A Lei, quando promulgada em 2001, consiste na expressão de uma série de articulações, demandas e negociações entre essas redes de poder.

Nesse sentido, para que fossem estabelecidas transformações de nível “macro” foi fundamental a existência de “[...] atores sociais competentes, com capacidade para a aprendizagem social.” (MAIA; FERNANDES, 2002, p. 158). Isso legitima, portanto, que demandas da sociedade civil, postas em discussões coletivas, podem conduzir ações nas instâncias mais formais do sistema político.

O que estava sendo posto enquanto projeto de Lei era apoiado pelo Movimento Antimanicomial, conforme exposto no 3º Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial no Brasil, em 1997, onde consta no Tema Central III “Trabalho: a construção da autogestão”: “- Procurar interlocução com os Conselhos de Assistência Social, Secretarias de Assistência Social no sentido de estabelecer ações conjuntas para a aprovação do Projeto das Cooperativas Sociais do deputado Paulo Delgado;” (Relatório III, p. 12, apud ANGELI, 2006, p. 106).

De acordo com Angeli (2006), tratando-se de Legislação, o Movimento Antimanicomial em 1997 ainda não tinha feito grandes avanços. Os termos “loucos de todo gênero” e “periculosidade latente” ainda constavam no Código Civil. Além disso, a questão da inimputabilidade precisava ser discutida, pois ela está relacionada ao que se entende por

cidadania. Mas a redemocratização, após o longo período ditatorial, fez com que as questões dos direitos humanos e da cidadania ganhassem força, somando às reivindicações da Luta Antimanicomial, como já citamos anteriormente.

A violência asilar e o uso direto da psiquiatria em práticas repressivas de governos totalitários – como atestam a psiquiatrização das dissidências no Leste europeu ou a presença de psiquiatras como assistentes “médicos” em sessões de tortura das ditaduras militares no Brasil, como em todo o Cone Sul – tem acendido o debate e fundamentado a posição dos críticos da psiquiatria e do asilo. (CUNHA, 1986, p. 15).

Um exemplo disso ocorreu na Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro (SBPRJ) com o “caso Amílcar Lobo”¹⁹, no qual o sujeito foi acusado de fazer parte ativamente dos processos de violência nesse período, usando dos seus saberes de médico e psicanalista de forma contrária ao que lhe era incumbido. Nesse contexto, destacamos a denúncia de Inês Etienne Romeu:

No dia 5 de fevereiro de 1981, a militante e presa política Inês Etienne Romeu, única sobrevivente da “Casa da Morte”, centro clandestino de tortura e assassinatos em Petrópolis, reconheceu seu torturador em seu próprio consultório: Amílcar Lobo que, sinistra ironia, adotava o codinome de “Dr. Carneiro” junto à equipe de tortura. Acrescido da expulsão de Pellegrino e Mascarenhas e da crise na SPRJ, esse fato ganhou a capa da edição da revista Veja de 11 de fevereiro de 1981. (MOREIRA; BULAMAH; KUPERMANN, 2014, p. 179-180).

Segundo Daniela Angeli (2006) a relação entre o pensamento de Franco Basaglia e a psicanálise é tênue, pois para ele é uma relação de “horizontalidade” que se pauta no dinheiro (pagar e receber), ficando a serviço da burguesia. Dessa forma, Paulo Amarante (1998), por exemplo, utiliza o termo “transversalidade”, proposto inicialmente por Guattari (1976), de forma a ampliar o leque de possibilidades para uma cultura antimanicomial e para a relação médico-paciente.

Tendo em vista que a abordagem principal do presente trabalho é dar voz²⁰ aos sujeitos que passam por sofrimentos psíquicos, entendemos que, para que isso ganhe forma, é necessário discutir a partir dos caminhos da psicanálise com o intuito de compreender-se essas pluralidades. Consideramos ainda o que Basaglia emprega acerca da relação analista-analisado que perpassa pelo “dinheiro”, suscitando assim à desigualdade social no tratamento. No entanto, também serão pensadas questões da

¹⁹ Para saber mais: “Entre barões e porões: Amílcar Lobo e a psicanálise no Rio de Janeiro durante a ditadura militar.” (MOREIRA; BULAMAH; KUPERMANN, 2014).

²⁰ Entendemos o termo “dar voz” no sentido de querer evidenciar e apresentar esses homens e mulheres e suas histórias de vida, tendo em vista suas singularidades. Dessa forma, nosso intuito não é de “falar por eles” ou de buscar legitimar certo lugar de “fala sobre eles”.

produtividade, do mercado de trabalho e do aceleração do tempo, que estão intrinsecamente conectados aos mecanismos de exclusão social por parte da psiquiatria, sobretudo do setor privado, e da própria psicanálise. Todavia, no esforço de conferir atenção às subjetividades, utilizaremos esse diálogo com a perspectiva psicanalítica, bem como a psicologia, a fim de perceber o seu potencial singular de acessar as diversas formas de subjetividades dos sujeitos.

Ao longo da tramitação de 12 anos no Congresso e no Senado e a partir das relações de forças e interesses, a Lei da Reforma Psiquiátrica, da Saúde Mental ou Lei Paulo Delgado, quando sancionada, afastou-se em determinados pontos do Projeto de Lei de 1989. No Relatório do 3º Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial no Brasil, em 1997, consta no Tema Central I, “Legislação e Cidadania: a construção do sujeito de direito”, o seguinte trecho: “- Pressionar os Senadores na aprovação da Lei Paulo Delgado;” (Relatório III, 1997, p. 03 apud ANGELI, 2006, p. 99). Desta maneira, fica claro o exercício de resistência do Movimento Antimanicomial em busca de que a Lei fosse acolhida. Nesse cenário, o CAPS já tinha sido regulamentado, através da Portaria n.º 189 de 1991, antes mesmo da Lei de 10.216 entrar em vigor. Ou seja, na última década do século XX já existiam proposições substitutivas sendo aplicadas. Com a Lei de 2001, esse processo é intensificado e espalha-se para o interior, como aconteceu em Cajazeiras-PB ao receber o CAPS II neste mesmo ano.

3 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM CAJAZEIRAS-PB (CAPS II)

No Brasil, na década de 1990, o Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira - São Paulo, inaugurou o modelo substitutivo de atendimento em saúde mental, tendo como embasamento os princípios da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica e acabou servindo como apoio para a criação de outros CAPS no país. Aqui no Nordeste, mais especificamente no interior, inaugurou-se, em 1991, o CAPS na cidade de Iguatu-CE²¹. No estado da Paraíba, o primeiro CAPS chegou em 1995, na capital João Pessoa.

O Centro de Atenção Psicossocial de Cajazeiras foi o primeiro do chamado “Alto Sertão Paraibano” a ser inaugurado. Mas isso ocorreu apenas da virada do século XX para o XXI. Depois da sua chegada à região, foram sendo inaugurados outros CAPS para atender à demanda da sociedade. Essas conquistas acabaram amenizando o quadro de cidades que ficavam sob responsabilidade do CAPS de Cajazeiras, gerando também, nesse aspecto, certa comodidade para os usuários que receberam o serviço em suas cidades, evitando o seu deslocamento, como, por exemplo, na cidade de Sousa-PB. Porém, atentamos para o fato de que essa ainda é uma questão a ser discutida quando voltamos o olhar para os usuários que residem nas zonas rurais, retomaremos isso mais adiante, no terceiro e último tópico do capítulo.

A inauguração do CAPS em Cajazeiras-PB, no dia 04 de outubro de 2001, no encerramento da “I Conferência Intermunicipal de Saúde Mental”, foi um acontecimento representativo, pois sinalizou o processo da reforma psiquiátrica no Brasil, na Paraíba e, sobretudo, no sertão, sendo, portanto, um marco na história da saúde mental. No entanto, somente no dia 08 de outubro de 2001 que o CAPS abriu, de fato, suas portas, dando início às atividades. Essa chegada do CAPS na cidade deu-se alguns meses após a promulgação da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001.

A I Conferência Intermunicipal de Saúde Mental foi realizada nos dias 03 e 04 de outubro de 2001, no CEFET Cajazeiras, sob o tema “Saúde Mental, Ética e Cidadania”. A referida conferência foi organizada pela equipe do projeto e pela Secretaria de Saúde do Município de Cajazeiras. Contou com participantes diversificados (médicos, psiquiatra, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, historiadores, técnicos de enfermagem, agentes de saúde, diversas entidades, lideranças do “Alto Sertão”, pessoas da sociedade, políticos da região e da capital paraibana, entre outros). O CAPS Cajazeiras – PB foi inaugurado em 04 de outubro de 2001, como atividade de encerramento da referida Conferência. (OLIVEIRA; FORTUNATO; ROCHA, 2006, p. 7).

²¹ NUNES, Jeanine Maria Sobral; GUIMARAES, José Maria Ximenes; SAMPAIO, José Jackson Coelho. **A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial.** *Physis* [online], 2016, v. 26, n. 4, p. 1213-1232.

Para que fosse possível discutirmos acerca desse momento de inauguração de forma mais contundente, buscando apreender as singularidades dos enunciados presentes quando se trata da História do CAPS em Cajazeiras, foi necessário pensarmos em questões específicas, tais como: - Já existia atendimento em saúde mental na cidade?; - Existiu um Movimento de Luta Antimanicomial local?; - Como surge essa ideia de instaurar um Centro de Atenção Psicossocial na cidade?; - Quem eram os sujeitos que estavam interessados e envolvidos nessa questão?

Recorremos às entrevistas orais, gravadas e transcritas, que nos possibilitaram entrecruzar os discursos, compondo e articulando novos e velhos enunciados. Nesse sentido, convidamos três atores sociais. Neste momento, apenas 1 dos entrevistados está totalmente envolvido com a área, pois os outros já não são tão ativos com a temática. Tendo em vista o compromisso ético, não apresentamos o lugar de fala desses sujeitos entrevistados, com o intuito de preservar suas identidades. Assim, eles serão identificados como entrevistado 1 (E1), entrevistado 2 (E2) e entrevistado 3 (E3). Acreditamos que para nossa proposta de pesquisa qualitativa, as três entrevistas realizadas foram suficientes para que pudéssemos pensar na chegada do CAPS, nos seus espaços e no seu funcionamento.

No entanto, esse capítulo não foi constituído somente a partir das entrevistas. Os próprios prontuários, que serão analisados no capítulo III, serviram para nortear a produção semiestruturada das entrevistas e para compreendermos também como se dá o funcionamento do CAPS. Bem como, conversamos de maneira informal com sujeitos que participaram e que ainda participam dessa trajetória do CAPS de Cajazeiras. Além disso, tivemos acesso a alguns trabalhos publicados que abordam o CAPS – CZ, o próprio projeto de “implantação e implementação”, e ainda o Relatório Final do I Fórum de Saúde Mental do Alto Sertão Paraibano, que nos foi disponibilizado, sobre o qual discutiremos adiante.

Com o processo de maturação das entrevistas, tanto na elaboração das perguntas quanto na realização prática, fomos percebendo diversos pontos a serem trabalhados, dentro dos três tópicos que dividem o capítulo. Ou seja, a cada etapa, a pesquisa foi ganhando novos horizontes.

3.1 Inauguração

Começa a ser desenvolvido, no mês de abril de 2001, na UFCG – que na época ainda era UFPB²², o projeto de “Implantação e Implementação do Centro de Atenção

²² “No início de 2002, a UFPB passou pelo desmembramento de quatro, dos seus sete *campi*. A Lei nº. 10.419 de 9 de abril de 2002 criou, por desmembramento da UFPB, a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), com sede em Campina Grande. A partir de então, a UFPB ficou composta legalmente pelos *campi* de

Psicossocial de Cajazeiras numa perspectiva interdisciplinar”, tendo como coordenadora a Profa. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira e como orientadora a Profa. Dra. Maria Lucinete Fortunato. O Projeto recebeu o Prêmio Elo Cidadão da UFPB, ainda em 2001.

Além da proposta de enraizar e nutrir a concepção do CAPS para Cajazeiras e buscar uma atenção à saúde mental tendo como base os parâmetros da Reforma Psiquiátrica Brasileira, outras propostas também foram sendo desenvolvidos pela equipe extensionista do PROBEX. Dessa forma, os pesquisadores tiveram como finalidade, além dos estudos acerca de saúde mental, o envolvimento com o próprio CAPS, pautados na noção de “pesquisa-ação”.

É importante destacar que a Profa. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira teve uma trajetória acadêmica voltada para os estudos em saúde mental, com especialização e mestrado em enfermagem psiquiátrica, em cuja dissertação teve o seguinte título: “Grupo operativo no hospital-dia: uma alternativa de atendimento em saúde mental” (1991); bem como doutorado em enfermagem, com tese intitulada “Construção dos Centros de Atenção Psicossocial do Ceará e invenção das práticas: ética e complexidade” (1999).

Dessa forma, quando a professora Francisca retornou do doutorado para Cajazeiras-PB e iniciou sua atuação no curso Técnico de Enfermagem Maria Leticia Botelho²³, começou a pensar na instauração de um Centro de Atenção Psicossocial na cidade. Para tanto, buscou formar uma parceria com a professora e historiadora Dra. Maria Lucinete Fortunato, com o intuito de atender ao caráter interdisciplinar demandado pelo que se pretendia enquanto Reforma Psiquiátrica. Além das duas professoras, existiram outros profissionais que contribuíram e compuseram o quadro dos que estavam comprometidos com essa implantação, inclusive os próprios alunos-bolsistas que fizeram parte do projeto.

Ao lermos o projeto de Implantação e Implementação do CAPS - Cajazeiras, já citado, percebemos que sua estrutura consiste em: título do projeto, justificativa, fundamentação teórica (tópico com subdivisões), objetivos (geral e específicos), metas, metodologia, clientela, número de bolsistas PROBEX necessários à viabilização do projeto, resultados esperados, equipe responsável, parcerias, custos, cronograma, referências bibliográficas e, por fim, anexos. Já o formulário preenchido pela Prefeitura Municipal de Cajazeiras e enviado para o Ministério da Saúde foi uma espécie de síntese do projeto de extensão.

Antes de mais nada, explicitamos que os sujeitos destacados na capa principal do projeto enquanto setores responsáveis foram: Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras;

João Pessoa (capital), Areia e Bananeiras, passando os demais *campi* (Campina Grande, Cajazeiras, Patos e Sousa) a serem incorporados pela UFCG.” Disponível em: <http://www.ufpb.br/antigo/content/ufpb-completa-56-anos-e-confirma-tradi%C3%A7%C3%A3o-para-desenvolvimento>. Acesso em: 30 mar. 2019.

²³ No ano de 2001, o curso de Enfermagem ainda não existia na UFPB/CFP, somente o técnico.

Universidade Federal da Paraíba (UFPB/CFP); e Escola Técnica de Enfermagem Maria Letícia Botelho (ETEMLEB/UFPB). Enquanto coordenadores: Dra. Francisca Bezerra de Oliveira, Dra. Maria Lucinete Fortunato e Esp. Jamilton Alves Farias. Compreende-se que a elaboração do projeto ficou a cargo da equipe extensionista, enquanto que a Secretaria buscou contribuir no âmbito da realização dos trâmites burocráticos, próprios do poder municipal.

Com isso, os grupos foram procurando estabelecer articulações entre si. A Universidade junto a Prefeitura Municipal, bem como a Secretaria de Saúde, buscaram dialogar com o Ministério da Saúde. Nesse momento, o prefeito da cidade era Carlos Antônio Araújo de Oliveira e a secretária de saúde era Flávia Serra Galdino, ambos médicos. Essa colaboração é afirmada no seguinte trecho do projeto:

Como processo cultural, educativo e científico, a prática extensionista, para levar à atuações e transformações sociais, é indissociável das atividades da pesquisa e do ensino. Daí, a importância desta parceria entre a Prefeitura Municipal de Cajazeiras, o Centro de Formação de Professores e a Escola Técnica de Enfermagem Maria Letícia Botelho – UFPB, no sentido de viabilizar o projeto de implantação e implementação do CAPS, que ora propomos realizar como atividade de extensão junto ao PROBEX/UPFB. (OLIVEIRA, FORTUNATO, FARIAS, 2001, p. 3).

No entanto, a partir das memórias compartilhadas pelo entrevistado 2, tornaram-se perceptíveis as relações de forças que foram sendo delineadas durante o dia 04, na solenidade de abertura do CAPS, no evento já citado, e também nos momentos que antecederam o evento. O Relatório Final da bolsista Adriana Feitosa (2002), que fazia parte da equipe extensionista do projeto de “Implantação e Implementação”, corroborou com a percepção desses embates entre a Secretaria de Saúde e a Universidade.

Seguindo essa perspectiva, enquanto o processo de construção do CAPS estava sendo arquitetado, as relações de poder entre determinados grupos da sociedade apresentaram-se e ganharam conformidade. Dessa forma, a inauguração foi notável por marcar a chegada do CAPS na cidade, mas teve como pano de fundo uma questão de relações de interesses. Segundo o E2, não houve, por parte da prefeitura municipal, o devido reconhecimento do protagonismo da Universidade na inauguração do CAPS. A partir dessa fala, compreendemos, de uma maneira geral, que havia a sobreposição de um grupo, o político, em detrimento de outro.

Como nos aponta Foucault (2014b, p. 10):

Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder. Nisto não há nada de espantoso, visto que o discurso

– como a psicanálise nos mostrou – não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo: é, também, aquilo que é o objeto do desejo; e visto que – isto a história não cessa de nos ensinar – o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar.

Não há como mensurar com exatidão até que ponto isso foi cristalizado, mas ao conversarmos com alguns sujeitos da sociedade, dentro e fora da Universidade, percebemos que a maioria não sabia acerca da contribuição da academia na implantação e implementação do CAPS.

Já para o entrevistado 3, durante o evento, esse reconhecimento existiu. Isso teria ficado claro através da participação da própria professora Dra. Francisca Bezerra, coordenadora do projeto, enquanto conferencista do evento.

Para o entrevistado 1, a Universidade foi extremamente importante para que o CAPS chegasse em Cajazeiras, contribuindo também para o seu funcionamento, sobretudo durante os anos iniciais em que essa parceria era mais pontual. Ele contou também que quando a Universidade estava mais próxima do CAPS existia uma significativa dinamicidade no cotidiano da instituição, por conta dos projetos de extensão que eram realizados lá.

Dessa forma, compreendemos que segundo Foucault (2014b, p. 50), “[...] os discursos devem ser tratados como práticas descontínuas, que se cruzam por vezes, mas também se ignoram ou se excluem.”

Nos anos posteriores, a participação da professora Francisca Bezerra deu-se também no projeto de implantação do CAPS AD (álcool e drogas) (2005), da Residência Terapêutica (2007) e do CAPS i (infantil) (2007), além do protagonismo na elaboração de eventos, atestando suas contribuições ao longo História da Saúde Mental na cidade. Sendo assim, ficavam a cargo da equipe extensionista os saberes que precisavam ser articulados acerca da Reforma Psiquiátrica e do Centro de Atenção Psicossocial. Dessa forma, a partir desta análise, entendemos que a Prefeitura e a Secretaria de Saúde conduziam apenas as demandas mais burocráticas.

Além desses dois grupos, que recebem mais destaque, havia também outros sujeitos que tiveram suas interferências nesse processo, tais como os trabalhadores em saúde mental, que estavam dispostos a integrar a equipe de funcionários do CAPS; já em divergência mais clara ao modelo substitutivo havia o psiquiatra Dr. Pessoa²⁴, dono da Clínica Santa Helena, que se sentiu prejudicado conforme foi sendo consolidado o desestímulo ao modelo hospitalocêntrico no país e, conseqüentemente, no município, sobretudo, ao longo dessa primeira década do século XXI.

²⁴ Disponível em: <https://www.diariodosertao.com.br/noticias/cidades/55735/apos-38-anos-clinica-de-cajazeiras-e-fechada-e-proprietario-diz-pacientes-estao-nas-ruas.html>. Acesso em: 30 mar. 2019.

Logo, esses discursos nos fazem compreender que não houve Movimento de Luta Antimanicomial em Cajazeiras, mas sim o protagonismo de determinados sujeitos que, passando por enfrentamentos dos jogos de poder, foram em busca de trazer o CAPS para o município. Dessa forma, percebemos que o CAPS, quando inaugurado, não necessariamente foi recebido de braços abertos pela sociedade. Até mesmo o corpo de funcionários precisava ainda experienciar esse novo modelo de atenção em saúde mental, conhecer os usuários e suas especificidades, bem como integrar-se enquanto equipe.

Inclusive, essa questão foi analisada no artigo “Retirando o Sujeito do Parêntese: Um Estudo Sobre o CAPS de Cajazeiras-PB”, no qual foram realizadas entrevistas com os funcionários do CAPS, através das quais foi concluído que: “Assim, pelas opiniões emitidas, não qualificamos a equipe do CAPS como uma equipe plenamente integrada, uma vez que a integração não atinge a equipe como um todo”. (LIMA, 2007, p. 9).

Neste mesmo trabalho, foi relatado que o CAPS nos anos iniciais “[...] era ainda apoiado apenas pela prefeitura.” (LIMA, 2007, p. 9). Ou seja, a partir disso entendemos que o Ministério da Saúde não tinha consolidado o seu apoio. Então, percebemos que essas parcerias não se deram com tanta harmonia como, às vezes, pode ser compreendido. Existiram conflitos entre todas as partes envolvidas, mesmo que sutilmente, como em um silenciamento, ou de forma mais aberta, a partir da busca por um pioneirismo.

Mas, em se tratando desses indivíduos/grupos, a predominância da posituação do CAPS enquanto modelo substitutivo legítimo fez com que o serviço fosse implantado e implementado na cidade, apesar das forças conflitantes. Esse discurso de otimismo vinha da busca por melhorias, da necessidade de um tratamento direcionado aos sujeitos e não à doença mental. Conseqüentemente, isso também daria visibilidade para a gestão, no sentido de legitimar seu trabalho, ainda que o CAPS tivesse que conquistar a população, não recebendo de imediato o reconhecimento social. Sendo isso, na realidade, algo agenciado gradualmente.

Abordaremos a seguir alguns pontos específicos que servirão para exemplificar a questão da relação entre o CAPS e o externo, a fim de explorar conexões que perpassam o espaço de atenção e o contexto dos usuários, como a família, bem como referentes ao seu contato com o meio social, como as relações de trabalho. Para então avaliar como a sociedade acaba realizando segregações a partir de pontos significativos do cotidiano dessas pessoas.

Apesar de não ter existido o Movimento da Luta Antimanicomial efetivamente na região de Cajazeiras-PB para realização da inauguração, como evidenciamos, houve uma participação significativa não só do município, mas também das cidades circunvizinhas no segundo e último dia da I Conferência Intermunicipal de Saúde Mental (momento de

solenidade em que foi oficializada a abertura do Centro de Atenção Psicossocial de Cajazeiras), segundo os três entrevistados. Reafirmando o que foi dito no artigo “Centro de Atenção Psicossocial de Cajazeiras: uma nova forma de atenção em saúde mental”, já referenciado anteriormente.

No entanto, não conseguimos estabelecer até que ponto a participação dos familiares e dos usuários foi realmente expressiva. Pensamos que, a partir da complicada relação entre CAPS e família²⁵, é quase sintomático que não houve uma acentuada atuação dessa categoria. Acreditamos, portanto, que essa participação se deu de forma pontual na Conferência, pautando-se em sujeitos específicos.

Naquele momento de inauguração, o modelo substitutivo precisava ganhar a confiança da população, das famílias e dos próprios usuários. Tal processo consiste numa constante, visto que alcançar esta confiança continua sendo um desafio, buscado a partir das tentativas de articulação entre sociedade, família e instituição.

Como já apresentamos antes, o atendimento aos sujeitos com transtornos mentais em Cajazeiras era baseado no modelo asilar. A Clínica Psiquiátrica Santa Helena inaugurada no fim da década de 1970 era a única do interior que oferecia essa assistência. Verificamos, nos prontuários inaugurais do CAPS, entre 2001 e 2002, pacientes que já vinham sendo atendidos na Clínica e que estavam em processo de “transferência” do tratamento.

Na Paraíba, ainda existia o atendimento no Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira (Complexo Juliano Moreira), localizado na capital João Pessoa, e o Hospital Psiquiátrico João Ribeiro, em Campina Grande. Em cidades relativamente próximas, mas de outros estados, ainda haviam os atendimentos na Casa de Saúde Santa Teresa, no Crato – CE, e o Hospital Psiquiátrico São Vicente, em Serra Talhada – PE.

No entanto, era imprescindível a chegada de outra forma de assistência, em acordo com a Reforma Psiquiátrica, que atendesse às demandas da população. Segue trecho do projeto que está inserido no tópico Justificativa, onde é explicitada essa necessidade de implantação do Centro:

No tocante ao atendimento em saúde mental, o município de Cajazeiras, hoje com uma população de 51.396, com grande demanda de pessoas com transtornos mentais, dispõe apenas de uma Clínica Psiquiátrica que se limita a 20 leitos psiquiátricos financiados pelo SUS, com uma clientela restrita à migração de crises, sem ambulatórios para a continuidade

²⁵ Atestamos isso também por meio das nossas vivências no CAPS ao longo da pesquisa. A partir do diálogo com funcionários, da verificação da ausência de familiares no cotidiano e da falta de participação nas reuniões solicitadas pela assistente social; compreendemos que essa ausência ainda se perpetua na instituição. Porém, não acreditamos em uma linearidade em se tratando dessa relação, mas sim em desvios e continuidades ao longo da primeira década do século XXI.

terapêutica, sem apoios psicossociais. (OLIVEIRA, FORTUNATO, FARIAS, 2001, p. 3)

A partir de uma perspectiva foucaultiana, o projeto de “Implantação e Implementação do Centro de Atenção Psicossocial de Cajazeiras numa perspectiva interdisciplinar” nos diz no tópico fundamentação teórica que:

É necessário fecundar a idéia de que as teorias são importantes e devem dialogar entre si, mas em saúde mental o problema mais importante é a “pessoa que sofre”. Quando se tem essa compreensão, pode-se, então, usar várias linguagens, inventar novos vocabulários, criar novas práticas subjetivas e compreender o paciente num sentido multidimensional como sujeito plural, histórico, social e dotado de linguagem. Deve-se, portanto, pensar em sua singularidade, seu desejo, sua verdade, numa perspectiva ética de construção da cidade. (OLIVEIRA, FORTUNATO, FARIAS, 2001, p. 11).

Ou seja, pretendia-se inaugurar um serviço que pensava nos usuários e suas especificidades, enquanto sujeitos, buscando recuperar sua cidadania, colocando-os em foco no tratamento, acolhendo as suas subjetividades e os seus (de)lirios. No entanto, mesmo apresentando bases que se arquetam no tratamento humanizado, o CAPS não deixou de ser uma forma de governar os corpos, adentrando no que Foucault (2014b, p. 34) chama de “poder disciplinar”, gerado pela “institucionalização”: “A disciplina é um princípio de controle da produção do discurso [...] e é provável que não se possa explicar seu papel positivo e multiplicador, se não se levar em consideração sua função restritiva e coercitiva.”

Verificamos no ano de 2001 uma série de enunciados que positivaram o serviço dos Centros de Atenção Psicossocial enquanto modelo substitutivo ao hospitalocêntrico. Isso ocorreu como consequência do Movimento de Luta Antimanicomial Nacional, que já vinha sendo delineado, mais precisamente, desde a década de 1980, como discutimos no primeiro capítulo. Com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica em abril de 2001, diversos municípios, como Cajazeiras, acabaram acolhendo essa nova forma de perceber o tratamento em saúde mental.

Logo, o CAPS, enquanto sinalizador do processo de Reforma Psiquiátrica, surge como algo inovador e que pretendeu substituir o “jeito clássico” de lidar com a saúde mental e os sujeitos em sofrimento psíquico. Para o município na época, isso poderia dar visibilidade ao seu pioneirismo, que no fim das contas existiu e serviu para impulsionar a abertura de outros CAPS na região.

No entanto, o que pretendemos aqui é explicitar que essa transição para o modelo substitutivo não se deu de forma simples. Existiram relações de forças que, por mais que

estivessem em busca da mesma causa, estavam em lugares sociais diferentes e tinham que atender a demandas também distintas.

Sendo assim, os grupos que estiveram à frente em busca da implantação e implementação do serviço legitimavam, cada um ao seu modo, a inauguração do Centro. Além do mais, isso era necessário porque a sociedade precisava compreender esse espaço enquanto apto para o atendimento, pois a população oferecia certa(s) resistência(s). Os funcionários do CAPS procuraram fazer encontros justamente para informar a população. Nada incomum, quando consideramos que se tratava de um trabalho sobre o qual a maioria não tinha conhecimento acerca de como seria conduzido.

3.2 Espaços

A cidade de Cajazeiras está localizada no sertão da Paraíba, 468 km distante da capital²⁶. Essa informação serve para pensarmos em algumas problemáticas acerca do município enquanto espaço social e simbólico. A cidade de Cajazeiras não é nem uma metrópole, nem uma cidade muito pequena. Ela estaria no que se considera como “zona intermediária”, não necessariamente pelo tamanho do seu espaço físico ou pelo número de habitantes, mas porque identificamos traços da vida rural no meio urbano, algo comum em cidades desse porte, mas o que mais se acentua são os aspectos urbanos e, além disso, atentamos para o fato de que a cidade busca o status de moderna. Isso inclusive é alvo de contestação por quem a considera ainda colonial²⁷, posto que ela manteria os aspectos mais conservadores que essa relação de poder reúne.

Os cajazeirenses e “cajazeirados”²⁸ lidam com uma noção de tempo, que apesar de não ser tão acelerada, como na capital, é diferente da zona rural. O ritmo estabelecido pelo relógio, ou seja, pelo sistema econômico capitalista, que veio sendo cristalizado desde a primeira fase da Revolução Industrial, predomina, sobretudo no comércio e nas faculdades. No entanto, ainda encontramos crianças brincando na rua, pessoas conversando nas calçadas e bebendo nos bares em dias de semana.

²⁶ Ver mais: <https://cajazeiras.pb.gov.br/o-municipio/historia/>. Acesso em: 18 abr. 2019.

²⁷ Neste sentido, colonial agregaria os aspectos políticos, sociais e culturais, sendo empregado para uma região que depende de grupos sociais específicos, que são ressignificados hoje na figura dos empresários, dos políticos e da mídia. Sendo assim, para os que a intitulam de colonial, Cajazeiras seria considerada uma sociedade conservadora, racista e patriarcal. Isso seria nada mais que algo macro, enraizado no país, sendo percebido de forma micro. Não atualizar a palavra colonial para diversas outras que surgiram ao longo do século XX, para enfatizar que os maus costumes permanecem. Isso se estabelece como uma forma de resistência de grupos culturalmente mais ativos na cidade, que buscam atuar como algo novo sob o sol do sertão.

²⁸ Esse termo é utilizado pelos cajazeirenses para designar os seus habitantes que não nasceram em Cajazeiras, mas que por morarem na cidade e fazerem parte da sua sociabilidade tornam-se “cajazeirados”, tendo em vista que o município tem um grande fluxo de chegada e saída de pessoas.

Apesar de Cajazeiras culturalmente não ser tão atrativa em comparação a cidades maiores como Campina Grande, existem sujeitos ligados ao meio cultural que resistem no sertão paraibano, buscando promover, por exemplo, o cinema, a música e o teatro, com o intuito de que todas e todos tenham acesso à atividades culturais como essas, que acabam sendo mais disponibilizadas nas metrópoles.

Esta explanação sobre a cidade tem o intuito de contextualizar o ambiente de vivências dos usuários do CAPS II. Em suma, eles residem na cidade e tem suas experiências nesse contexto urbano, que seria mais acelerado em comparação ao meio rural. O tempo é um conceito chave para a discussão do terceiro capítulo e assim acentuaremos nossa proposta de pensar a saúde mental na contemporaneidade, tendo como referência o ano de 2001 e fundamentando-se no fato de que a discussão também busca refletir sobre o tempo em nível local. Preliminarmente, para que isso seja costurado, é preciso discutir ainda sobre o Serviço de Atenção em Saúde Mental às avessas, fora dos seus muros ou entre eles.

Dessa forma, retomando a discussão sobre o CAPS em si, verificamos que o mesmo já funcionou em cinco localizações diferentes. Do bairro Jardim Oásis passou para um prédio perto da 9ª Regional de Educação. Funcionou, em seguida, bem próximo ao Leblon. Este mesmo espaço passou a funcionar como a “Casa da Cultura”, após restauração. Essa casa era antiga – um patrimônio histórico da cidade – e precisava de reformas, sobretudo no telhado que estava desabando. Dessa forma, foi necessário fazer uma mudança de urgência para outra instalação, na Rua Barão do Rio Branco, perto do bar conhecido como Pirulito, lugar do qual ele também foi mudado. Até o momento atual, março de 2019, o CAPS II de Cajazeiras-PB localiza-se por trás do Banco do Brasil, ficando em um ponto central para atender às quatro zonas da cidade.

Na mesma rua em que funciona o CAPS II, também está localizado o CAPS I. É interessante atentarmos para o fato de que Dr. Pessoa, dono e psiquiatra da Clínica Santa Helena, fechada para internação desde 31 de dezembro de 2014, encontra-se atuando no CAPS I. Além disso, o psiquiatra continua atendendo na sua Clínica, mas agora apenas para consultas. Isso demonstra que, apesar dos desvios e das ressignificações, ainda existem continuidades que podem ser consideradas paradoxos para quem defende o CAPS enquanto modelo substitutivo, como é pontuado pelo Movimento de Luta Antimanicomial. Mas, tendo em vista que o agendamento de consultas no CAPS pode demorar mais do que o que o usuário pode aguardar, por conta da demanda, também não podemos deixar de perceber que uma parte significativa da cidade recorre ao atendimento privado por considerar mais rápido e individualizado.

As localizações mencionadas, exceto a última e mais atual que pode ser vista na Figura 1, a seguir, têm em comum o fato de serem casas antigas e com estruturas que precisavam de reformas antes do funcionamento, o que no geral não ocorria satisfatoriamente, favorecendo essas mudanças de instalações de urgência.

O registro da foto abaixo foi feito no dia 21 de março de 2019, horário de almoço, poucas horas após a primeira placa ser inserida com o nome da instituição. O logotipo do CAPS II destaca-se pela autenticidade, tendo sido produzido pelo usuário Francisco Albuquerque.

Figura 2: Centro de Atenção Psicossocial Deputado Acácio Braga Rolim – CAPS II



Fonte: Autoria própria, 21 mar. 2019.

Ao longo da nossa pesquisa no CAPS, nos foi informado que muitos documentos foram perdidos, sobretudo nas mudanças, ou até mesmo em períodos de chuva, pois as instalações sofriam com gotejamento e com uma série de outros problemas que poderiam ter sido evitados se essa questão do espaço fosse devidamente considerada. Essas diversas mudanças deram-se devido ao fato de que não há um espaço próprio para a instituição na cidade, de forma que esta sempre conta com contratos feitos pela prefeitura municipal.

Contudo, as dependências atuais parecem abarcar a demanda básica. O espaço de entrada é bem amplo e tem uma mesa para fazer as refeições e atividades diversas. A sala principal funciona como recepção e triagem do público. Dispõe de cozinha, dormitório

masculino e feminino para os usuários que sentirem necessidade de descansar durante o dia, recepção, sala do psicólogo, sala do psiquiatra, sala onde os usuários recebem a medicação e um quintal.

Em uma das antigas instalações do CAPS II, existia uma espécie de quarto com uma porta e uma janela gradeada, perto da entrada da instituição, onde eram colocados os usuários em estado grave de crise. Esse recorte de cenário que fazia parte do CAPS não destoava, no entanto, do manicômio. O espaço era utilizado quando se acreditava necessitar de uma separação entre os usuários. De todo modo, não era a forma adequada, pois assim de nada diferia da “internação” como tratamento do modelo clássico.

Segundo Daniela Angeli (2006, p. 58), tendo como base o pensamento de Basaglia (1985): “O termo ‘internação’ é substituído pelo conceito de ‘atenção psíquica intensiva’, sugerindo o atendimento nos momentos de crise sem levar necessariamente à hospitalização.” Ou seja, além de mudar os conceitos, é imprescindível atrelar isso às práticas cotidianas de cuidado e atenção ao outro. Pensando nisso, acreditamos que isolar não é a solução para manter a segurança do usuário ou até dos demais, pois enfatizamos que é necessário sempre zelar pelo sujeito na sua cidadania, algo que já vem sendo requerido pelo Movimento de Luta Antimanicomial e pelo processo de Reforma Psiquiátrica desde os seus primórdios.

3.3 Funcionamento

A proposta do Centro de Atenção Psicossocial, enquanto modelo substitutivo ao hospitalocêntrico, o direciona para uma configuração de tratamento que se desdobra cotidianamente. À vista disso, o serviço busca desenvolver novas configurações, como, por exemplo, a partir da realização de atividades artístico-culturais, com geração de renda, para que o usuário tenha possibilidades de exercer sua cidadania. Assim, os sujeitos em sofrimento psíquico também podem estar em tratamento ao mesmo tempo em que dão continuidades às suas vivências, pois as duas coisas procuram estar imbricadas.

No entanto, é necessário que haja respeito ao tempo do usuário. Em momentos de crise, por exemplo, geralmente perde-se o encanto pelas coisas, bem como o seu sentido. Logo, fazer determinadas atividades torna-se muito mais forçoso. O ato de levantar da cama e ir até a instituição pode ser impossível. Trazemos isso neste momento porque, para nós, o sujeito é sempre o ponto de partida. As relações de poder que nos referimos ao longo deste trabalho partem de homens e mulheres e são vividas por eles e elas, então estamos falando desses sujeitos. Mas, aqui, pretendemos elencar como se dá o funcionamento do CAPS, tendo em vista seu cotidiano e como isso vem se comportando no decorrer dos anos.

Inicialmente, o corpo de funcionários era composto por: 01 psiquiatra, 02 psicólogas, 01 assistente social, 01 terapeuta ocupacional, 01 terapeuta corporal, 01 técnica em enfermagem, 01 enfermeira, 01 recepcionista, 02 monitores, 02 auxiliares de serviços gerais e 01 cozinheira.

Segundo o Relatório Final do projeto de extensão: “Implantação e Implementação do Centro de Atenção Psicossocial de Cajazeiras-PB”, elaborado pela bolsista Adriana Feitosa (2002, p. 9-10), a capacitação dos funcionários ocorreu da seguinte forma:

- “O CAPS e seu modelo antimanicomial”, foi um curso de capacitação realizado na Secretaria Municipal de Saúde da cidade, nos dias 14 e 15 de setembro, pelo psicólogo e coordenador do CAPS do Icó-CE, Dr. Carlos Padro.
- “Sucesso e História de vida”, se tratou de uma palestra no dia 19 de setembro que teve como orador o teólogo Julio César Correa de Mello. Instigou os funcionários a desenvolver suas ações voltadas para o cuidado em saúde mental.
- “Visita ao CAPS de Icó – CE”, no dia 28 de setembro para conhecer a dinâmica do serviço, bem como suas atividades terapêuticas.
- “I Conferência Intermunicipal de Saúde Mental”, abertura no dia 03 de outubro. No dia 04, foram realizadas as conferências intituladas “Reforma Psiquiátrica e Financiamento”, pela Secretária de Saúde Dra. Flávia Serra Galdino e “CAPS – Cajazeiras – PB: Novas formas de cuidar em saúde mental”, conduzida pelas Profas. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira e Dra. Maria Lucinete Fortunato. À noite, neste mesmo dia, realiza-se a solenidade de inauguração do CAPS, encerrando a Conferência.

Dessa forma, compreendemos que essas capacitações se estabeleceram de formas bem pontuais, ou seja, em momentos específicos, não sendo aprofundadas. Essa questão ganha legitimidade no trecho abaixo:

A necessidade de funcionários qualificados foi constada através dos depoimentos sobre os seus primeiros dias de trabalho. A grande maioria dos funcionários nos informou que contato inicial com os pacientes foi feito através de uma relação de medo e insegurança. Os enfermeiros da unidade, por exemplo, chegaram a confessar que devido ao seu preconceito em relação aos doentes mentais sentiram muito medo, porém sua concepção foi se modificando à medida que perceberam que os usuários não ofereciam perigo quando se sabia fazer uma aproximação. (LIMA, 2007, p. 10).

Além disso, houve certa alternância no quadro de profissionais que colocamos anteriormente. Nos últimos anos, os recursos parecem estar sendo racionados e o número dos trabalhadores em atividade é básico, o que interfere na dinamicidade do serviço.

No começo, segundo o E1, o CAPS atendia aos 15 municípios que pertencem à 9ª Regional de Saúde, além de abarcar a demanda do que seria, posteriormente, o CAPS Ad e do Infantil. Atualmente, atende apenas municípios de Cajazeiras, Bom Jesus e Cachoeira

dos Índios, pois outras cidades vizinhas também conseguiram inaugurar Centros de Atenção Psicossocial.

As atividades realizadas com os usuários concentram-se, sobretudo, pelas manhãs. Na parte da tarde o serviço continua aberto, mas percebemos que os usuários não costumam ficar nesse turno. Nesse horário, há os dias alternados de atendimento psiquiátrico e psicológico. A recepção também fica aberta, fazendo cadastro de usuários para futuras triagens, marcando consultas, entre outros. A sala em que os usuários recebem medicação ou são medicados também fica disponível.

Assim, o CAPS funciona apenas nos turnos da manhã e da tarde, não tendo atendimento à noite, o que preocupa os familiares dos usuários, os trabalhadores e os próprios usuários, pois se os mesmos tiverem uma crise à noite não terão assistência adequada já que o Hospital Geral não conta com leitos psiquiátricos.

As atividades desenvolvidas na instituição deveriam ser feitas em equipe, mas na rotina o que acontece é que cada profissional fica responsável por exercer suas determinadas ações durante a semana. Como há a dificuldade de encaixe de horário de todos os profissionais, essa realidade é a que acaba ocorrendo, reafirmando o que citamos a partir do trabalho de Lima (2007, p. 9), no primeiro tópico, que “[...] a equipe não é plenamente integrada [...]”.

A parceria entre Universidade e CAPS teve continuidade. Após a inauguração do Centro, novos projetos de extensão envolvendo as duas instituições surgiram, tais como: “Expressão corporal: uma proposta de reabilitação psicossocial” (2003-2004); “Leituras de Textos: Leituras de Vida” (2004-2005); e “Capacitação de Pacientes e Usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Cajazeiras (CAPS) – PB, para a utilização de resíduos sólidos na produção de artesanato” (2009-2010).

Tendo em vista que os modos de sentir estão relacionados aos modos de agir/ver/pensar quanto ao que é exterior, faz-se necessário buscar condições no próprio tratamento para que haja a chamada “inclusão social”, e foi com esse objetivo que as atividades dos projetos de extensão mencionados foram elaboradas.

O projeto intitulado “Expressão corporal: uma proposta de reabilitação psicossocial” ocorreu entre 01 de maio de 2003 a 31 janeiro de 2004. Suas atividades eram realizadas às quintas-feiras, às 09hrs, com participação de 15 usuários em cada sessão. Ainda, segundo o Relatório Final destinado ao PROBEX o objetivo era:

Desenvolver a consciência e a expressão corporal dos participantes do projeto – usuários do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de Cajazeiras e alunos do Curso Técnico em Enfermagem - melhorando a organização estrutural do corpo, a postura, a autopercepção, a auto-estima e

contribuindo para o processo de ressocialização e reabilitação psicossocial. (OLIVEIRA, *et al.*, 2004, p. 6).

Durante as atividades de expressão corporal:

Os exercícios eram sugeridos pela terapeuta e iniciados sempre com a proposta de correção de postura, respiração e alongamento. Eram considerados, ainda, fatores como: ritmo, continuidade, equilíbrio e concentração. Os exercícios se configuravam como prática de consciência corporal, estímulo ao ato de escutar e sensibilização. Em seguida, era feito o relaxamento induzido, atrelado a “viagens de fantasias” com o uso de música apropriada. (OLIVEIRA, *et al.*, 2004, p. 7-8).

No tópico 7 do Relatório, acerca de outras atividades desenvolvidas pela bolsista do projeto, há um dado interessante que mostra sua participação na campanha de comemoração ao dia mundial de Saúde Mental que aconteceu no dia 10 de outubro de 2003. Esse momento se deu a partir de uma caminhada pelas ruas principais de Cajazeiras, na qual os “[...] usuários distribuíram cartões, flores e borboletas artesanais, feitos por eles e carregaram faixas com o nome da Instituição e da campanha.” (OLIVEIRA, *et al.*, 2004, p. 18).

Ao ler sobre esse momento, lembrei de uma tarde muito especial que vivenciei durante a pesquisa no CAPS, na qual a assistente social Sandra, atuante desde 2001, durante uma conversa nostálgica sobre os anos iniciais do CAPS, compartilhou comigo diversas fotografias antigas que retratavam momentos festivos da instituição, como São João e Natal, além de outras datas comemorativas e, inclusive, retratos do próprio cotidiano, de algumas das atividades de expressão corporal com Norma Viana²⁹, e também de novo visual em que, nessa oficina, eles estavam arrumando as unhas. Nessas ocasiões de celebração há fotos dos usuários dançando, comendo, vestidos a caráter, ou seja, curtindo.

Uma das fotografias mais marcantes foi justamente a que mostrava os usuários carregando uma faixa onde lê-se: “Por uma sociedade sem manicômios”; pelas ruas de Cajazeiras-PB. Na foto, ainda conseguimos identificar trabalhadores em saúde mental e provavelmente familiares dos usuários e/ou outros cidadãos da cidade.

Já o projeto “Leituras de Textos: Leituras de Vida” teve vigência entre dezembro de 2004 e maio de 2005. O projeto nasceu a partir da compreensão de que os sujeitos em sofrimento mental, sobretudo usuários dos CAPS, estão historicamente excluídos do espaço escolar das mais variadas maneiras. Na introdução do projeto consta que:

²⁹ Norma Viana foi coordenadora do CAPS II entre 2003 a 2007 e depois entre 2013 a 2016 e também atuou como terapeuta corporal, realizando essas atividades de expressão corporal com os usuários. Além disso, fez parte do projeto de “Implantação e Implementação” do CAPSi, com a prof. Dra. Francisca Bezerra e com o professor e psicólogo Victor Hugo Farias da Silva. Sendo personagem atuante no desenrolar da Reforma Psiquiátrica na cidade.

A nossa proposta buscou trazer o universo textual para o CAPS, despertando nos usuários em saúde mental o prazer de ler, proporcionando o conhecimento e o enriquecimento do universo cultural, visto que os textos enquanto unidades comunicativas manifestam diferentes intenções: convencer, seduzir, entreter, emocionar, apreciar, arrepiar etc. (OLIVEIRA, *et al.*, 2005, p. 1-2).

Ao todo, foram realizadas 17 oficinas com usuários intensivos e semi-intensivos, dessa forma foram lidos e debatidos, em coletivo, textos de diversos gêneros. Por fim, cada usuário deveria expressar sua opinião da forma que preferisse, podendo ser a partir da própria escrita, de desenhos, colagens etc.

Outro projeto de extensão, ainda coordenado pela professora Francisca Bezerra de Oliveira em parceria com a professora Maria Lucinete Fortunato e equipe, foi denominado: “Capacitação de Pacientes e Usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Cajazeiras (CAPS) – PB, para a utilização de resíduos sólidos na produção de artesanato”, e teve vigência entre maio de 2009 até janeiro de 2010. O projeto foi pensado para a questão do trabalho enquanto forma de inserção social e econômica e na geração de renda para os usuários.

A busca pela inclusão dos usuários se deu por meio de sensibilização e capacitação dos mesmos para que desenvolvessem habilidades, na produção de cartões artesanais e marcadores de livro de papel reciclado, bolsas artesanais de tecidos e materiais recicláveis, e cadernos artesanais que visassem à geração de renda e trabalho, a autonomia e a melhoria da qualidade de vida. (PEDROZA; OLIVEIRA; FORTUNATO; SOARES, 2012, p. 457).

Mesmo existindo políticas públicas que buscam estimular essa relação, há resistência por parte das empresas, dos órgãos públicos e da sociedade, em perceber a necessidade e importância de ações como essa, sem falar no potencial que esses sujeitos têm e que permanece sendo desperdiçado.

Apesar da realização dessas trocas entre Universidade e CAPS, sobretudo durante os primeiros anos após a inauguração da instituição, percebemos que o vínculo foi sendo perdido, no sentido que fomos elencando ao longo dessa discussão. A partir da conversa com um dos funcionários do CAPS, nos foi compartilhado que essa ausência foi sentida por eles e pelos usuários, pois as propostas da Universidade contribuíam para a dinâmica das atividades.

Ao longo da pesquisa e da lida com os prontuários, percebemos algumas atividades que foram sendo sempre desenvolvidas e repetidas ao longo dos anos, como: transmissão e

discussão de filme, o uso da música como forma de terapia e rodas de conversa com temas norteadores.

A relação entre família e usuário, ou família e CAPS, perpassa por uma série de questões que se entrecruzam. A partir da monografia de Joana Celine Costa e Silva, intitulada: “O Trabalho de Enfermagem em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família” (2009), tendo como recorte espacial a cidade de Cajazeiras-PB.

Percebe-se a necessidade de uma rede de atenção que ofereça suporte à família, que não esteja restrita a visitas domiciliares. As ações de cuidar devem oferecer acolhimento e criar vínculos no intuito de engajar a família no processo de tratamento, na sensibilização quanto ao sofrimento mental no contexto da existência do sujeito, por meio de: aconselhamentos, diálogos, escuta, desenvolvimento de trabalhos grupais, não somente para prevenir doenças e promover saúde, como também para (re)inventar a prática de atenção em saúde. (SILVA, 2009, p. 61).

Nesse sentido, a autora nos aponta que é necessário existir um canal de comunicação mais amplo em se tratando da Saúde Mental. Dessa forma, ela nos apresenta como possibilidade, por exemplo, o estreitamento dos laços entre Centro de Atenção Psicossocial e a Rede de Atenção Básica de Saúde. Pois, assim, a família receberia o devido acolhimento.

Neste íterim, no que se refere à questão dos usuários da zona rural, segundo a dissertação de mestrado do psicólogo Victor Hugo Farias da Silva (2013, p. 173) intitulada como “Estratégias de cuidados por familiares de portadores de transtornos mentais severos residentes na zona rural do alto sertão paraibano”³⁰, identifica-se que:

Considerando a realidade local e corroborando as diretrizes postas pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) faz-se urgente a implantação do CAPS III ou dos CAPS flutuante: serviço extra-manicomiais que compõem a rede de atenção psicossocial e que operam suporte e apoio destinados a desinstitucionalização, produção de liberdade, autonomia e exercício da vida em sociedade dirigidos (as) as pessoas que possuem necessidades de cuidados específicos, em localidades específicas.

Logo, apresenta-se aqui a necessidade de que a rede de atenção psicossocial tenha maior dinamicidade, oferecendo assistência 24hrs, tendo capacidade de deslocamento ou de atuação que perpassa o espaço fixo/concreto da instituição. Com isso, tanto os usuários da zona rural tanto os da zona urbana seriam beneficiados. Mas, para que o serviço possa acontecer dessa maneira, é imprescindível que haja investimento econômico.

³⁰ Esse trabalho foi realizado no Alto Sertão, a cidade de análise dos prontuários não é definida. No entanto, tendo em vista que a maioria dos usuários entrevistados é da cidade de Cajazeiras-PB, como consta em anexo, compreendemos que, de forma geral, eles estão ligados a este mesmo CAPS que nos propomos a discutir.

Ademais, percebemos que o CAPS II está sofrendo com falta de medicação e o quadro de funcionários aparentemente não é suficiente para o que a ideia de CAPS demandaria. O número de contratados é muito maior que o de efetivos, o que nos levou a perceber como o quadro vai sendo modificado conforme a gestão, tendo em vista as relações de poder que perpassam as épocas de campanha eleitoral, sobretudo em cidades de pequeno e médio porte, onde ocorre a oferta de emprego em troca de apoio eleitoral.

Sendo assim, a política local acaba interferindo em direcionamentos do CAPS em se tratando de espaço de funcionamento e até mesmo da qualidade do atendimento, já que não oferece o número adequado de profissionais para abarcar o que é proposto pelo serviço. Retomando a análise da relação entre Universidade e CAPS, verificamos que depois de 15 anos da implantação do primeiro CAPS na Paraíba, realizou-se o I Encontro Estadual de CAPS e a III Jornada Municipal de Saúde Mental em Cajazeiras-PB. Tivemos acesso à programação do evento que ocorreu entre os dias 26 e 29 de maio de 2010. A Conferência de abertura foi intitulada como: “Política de Saúde Mental no Brasil, produção da rede e dos serviços substitutivos”; consta que o conferencista foi um representante do Ministério da Saúde, mas não há indicação do nome em específico.

O evento contou com as seguintes mesas redondas: “O cuidado cotidiano nos CAPS: a clínica (re)inventada”; “Desafios do Cuidado em Álcool e Drogas - crack”; “Financiamento em Saúde Mental”; “Saúde Mental, Cidadania e Justiça”; “15 anos de CAPS na Paraíba: um processo de construção e (re)invenção”; e “Saúde Mental no ‘Alto Sertão da Paraíba’: a Rede que temos e a Rede que queremos”. Além disso, ocorreram treze minicursos, com os mais variados enfoques. O que nos chama a atenção é que o evento pioneiro, a nível estadual, teve como comissão organizadora professores da UFCG, bem como as atividades ainda ocorreram na própria Universidade.

No ano seguinte, nos dias 10 e 11 de outubro de 2011, ocorreu o “I Fórum de Saúde Mental do Alto Sertão Paraibano”, contando com 330 participantes. Através do acesso ao Relatório Final deste evento, identificamos que houve quatro grupos temáticos (GT’s), sendo eles: G1 - Atenção Básica à Saúde e Matriciamento, G2 Atenção à Crise, G3 Residências Terapêuticas e outros dispositivos de Atenção em Saúde Mental, e G4 Álcool e Outras Drogas.

Os GT’s tiveram como resultado, cada um, quadros contendo diagnósticos e propostas. Iremos destacar e sistematizar somente alguns desses pontos que dialogam e servem para reafirmar o que já discutimos. Destacamos que este quadro não é uma reprodução do que consta no Relatório Final, mas sim recortes pontuais.

Tabela 1: Quadro de diagnósticos e propostas dos GT's do "I Fórum de Saúde Mental do Alto Sertão Paraibano"

	Diagnóstico	Propostas
G1	Cárcere dentro do CAPS I de Cajazeiras - PB; Falta de qualificação dos profissionais no tocante a teoria e a prática em saúde mental.	Qualificação dos profissionais em serviços que estão sendo ofertados na rede de saúde mental; Garantir o acesso a medicação (Psicotrópico) a todos os usuários que fazem uso; · Incremento das parcerias e políticas.
G2	Não existem serviços na rede preparados para cuidar do usuário em crise, ora as famílias procuram o Hospital Regional, ora buscam o Hospital Psiquiátrico; Os CAPS apresentam capacidade limitada de atendimento ao usuário em decorrência do horário de funcionamento, como também por encontrarem-se fechados nos fins de semana.	Ativar os leitos de atenção integral em saúde mental no Hospital Regional; · Capacitar os profissionais do Hospital Regional que trabalham na urgência e emergência para atenderem o paciente em crise; Implantação do CAPS III.
G3	Diferença da Clínica Psiquiátrica e psicológica Santa Helena e serviços substitutivos em saúde mental como os CAPS; Família tem dificuldade de lidar com o usuário; Necessidade de interlocução, de um trabalho integrado Saúde Mental e Atenção Básica; Isolamento dos CAPS dos demais serviços; Falta de capacitação dos profissionais em saúde mental.	Qualificação dos profissionais da rede intersetorial em saúde mental · Efetivação da rede intersetorial incluindo atores como segurança pública educação e outros serviços; Implementação dos leitos de atenção integral em saúde mental no Hospital Regional de Cajazeiras, de acordo com as normas do Ministério da Saúde.
G4	Desinformação da população com relação aos serviços da rede em saúde mental; Necessidade de serviços noturnos; Dificuldade na relação família/usuário. Fragilidade na articulação da rede de saúde.	Estimular meios de procura pelos serviços por meio de rádio, visitas comunitárias, divulgação em grupos de jovens na comunidade; Criação de serviços em saúde mental que funcionem 24 horas.

Fonte: Relatório Final do "I Fórum de Saúde Mental do Alto Sertão Paraibano", 2011, p. 12-16.

Aqui, percebemos repetições de diagnósticos e, conseqüentemente, de propostas, mesmo os grupos temáticos sendo diferentes. Logo, identificamos alguns pontos, como a falta de flexibilidade em se tratando dos horários, sendo que a proposta lançada para esse problema foi o atendimento noturno, com a inauguração de um CAPS III. Outro ponto foi a necessidade de buscar melhor capacitação para os profissionais, pois, à medida que esses trabalhadores vão fazendo parte da instituição, eles deveriam integrar-se e/ou serem integrados acerca das diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Além desses dois pontos,

percebemos o fato do CAPS e da Unidade Básica de Saúde não dialogarem, quebrando a ideia de uma Rede de Saúde integrada.

O diagnóstico do G1, que fala sobre cárcere, encontra-se com o primeiro do G3, que é sobre as diferenças entre o modelo substitutivo e a Clínica Santa Helena, nos fazendo pensar que às vezes existe uma linha tênue entre continuidades e desvios. Isso nos remeteu, imediatamente, ao dia em que me deparei com uma usuária do CAPS, em momento de crise, presa em um cômodo que tinha uma janela gradeada na porta. Por último, se existisse uma interação de qualidade entre os meios de comunicação local, isso poderia contribuir para uma minimização do estigma acerca do CAPS enquanto instituição e dos próprios usuários.

Além disso, consta nesse Relatório Final uma “Carta Documento”³¹ que busca consolidar, na forma de uma síntese, o que foi discutido no evento.

O Brasil vive um momento único em que experiências exitosas no SUS em todo o país mostram que garantir a universalidade e a equidade no acesso à saúde é possível. Com o avanço da Reforma Psiquiátrica visando à superação da lógica manicomial, já é possível sonhar com uma “Sociedade sem Manicômios”. Neste contexto, a Paraíba encontra-se em posição privilegiada, sendo o Estado brasileiro com maior concentração de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por habitantes no país. Porém, apenas a implantação destes dispositivos de atenção não é suficiente para realizar a reorientação da assistência à saúde mental. Vive-se hoje o desafio de diversificar os serviços oferecidos aos usuários com sofrimento psíquico, reestruturar os existentes e garantir a qualidade dessa assistência. (OLIVEIRA, 2011, p. 21).

A partir da identificação de diagnósticos e da elaboração de propostas, esses momentos de encontro e discussão serviram para buscar novas configurações, tendo em vista os caminhos já percorridos. Para que haja essa mobilização é preciso que existam mais oportunidades como essa.

Por fim, percebemos que ao longo da década, entre 2001 e 2010, os avanços em relação ao atendimento em saúde mental estiveram sempre presentes, mas acompanhados também por retrocessos, por disputas de poder, por tentativas de estabelecimento de Leis que diminuem a força da Reforma Psiquiátrica. Como já abordamos, a própria Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 distanciou-se do seu projeto inicial que buscava maiores rupturas com o modelo hospitalocêntrico. No entanto, não deixou de ser uma conquista desse processo de lutas e resistências de tantas décadas. Dessa forma, não é mais possível aceitar a perda desses direitos e da cidadania já conquistada, fazendo-se necessário voltar

³¹ Documento elaborado em 11 de outubro de 2011, encontrado no Apêndice A do Relatório Final do “I Fórum de Saúde Mental do Alto Sertão Paraibano”.

nossa atenção para o que está se desenrolando agora, no tempo presente, em prol de garantir mais conquistas e frear os possíveis declínios.

4 PERPASSANDO PELAS VOZES DO SENSÍVEL

4.1 A Lida com os Prontuários Médicos: Uma Experiência

Ao longo da elaboração desta pesquisa, ao nos depararmos vez ou outra com a dúvida dos colegas/pares acerca de como o prontuário médico estruturava-se e sobre como ele poderia viabilizar uma escrita da história acerca da loucura e da saúde mental. Questionavam os procedimentos metodológicos e técnicos dessa elaboração, no intuito de tentar dar corpo a algo que aparentemente é tão abstrato como a loucura. E, ao percebemos que na historiografia o prontuário médico não recebe a mesma atenção que outras fontes, eis que decidimos utilizar esse espaço para desenvolver, de forma mais pontual, como isso foi sendo gestado e como são dispostas as informações nesse tipo de documento.

As discussões empregadas na historiografia, tendo como base essas fontes, se dão, em suma, em um recorte do século XIX e XX, e geralmente partem do ponto de vista do saber-poder médico. É preciso destacar que o prontuário é um documento escrito que tem interferências diretas advindas da fala do usuário, da família e desse saber considerado especializado e legítimo que é o da psiquiatria. No entanto, é possível formular novos potenciais para essa documentação.

Sendo assim, o nosso desejo, desde o início, era que os usuários não fossem deixados de lado. Buscamos ouvir suas narrativas do sensível, seja nos entremeios da fala do familiar e do médico ou até mesmo no silenciamento dos próprios usuários, analisando assim os interditos da escrita psiquiátrica. Dessa forma, este tópico será para pensar os prontuários enquanto fontes possíveis para uma escrita da história que se concentra no campo da saúde mental,³² ancorada em uma perspectiva do sensível.

Ao mesmo tempo em que procuramos encontrar essa História das Sensibilidades, voltando o olhar para as emoções, as dores, as experiências cotidianas e os seus detalhes, tendo como embasamento documental os prontuários, nos aproximamos, nos capítulos anteriores, das relações de poder que estiveram presentes no desenrolar do Movimento de Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica. Buscamos perceber como se deram esses caminhos na cidade de Cajazeiras a partir da inauguração do Centro de Atenção Psicossocial, problematizando como isso foi sendo instituído, sobretudo no ano de 2001 e, em certa medida, ao longo da primeira década do século XX. Nossa proposta neste momento é de pensar o diálogo mais direto com os prontuários e em como eles podem nos oportunizar dar voz aos usuários do CAPS.

³² Utilizo campo da saúde mental pela diversidade atual das áreas que pesquisam esse mesmo assunto, se transformando configurando enquanto “campo”.

Mas, antes de chegarmos ao prontuário propriamente dito, achamos imprescindível compartilhar com o leitor que esse tipo de fonte não é de fácil acessibilidade. Nas pesquisas que conseguimos ler até esse momento, não encontramos relatos acerca do momento que antecede a problematização e também sobre o diálogo com as fontes. Ou seja, não havia muitos parâmetros que apontassem, de forma objetiva, como lidar com esse tipo de documento e até mesmo quais etapas de processos burocráticos seriam necessárias.

Nossa primeira ação foi saber se essa documentação nos seria viável. Então, fomos atrás desses documentos no CAPS, na época a instituição funcionava próximo ao Leblon. Solicitamos o consentimento da Secretaria de Saúde, bem como da coordenação do CAPS, para termos acesso aos prontuários. Em diálogo com a professora Rosilene Alves de Melo, orientadora desta pesquisa na época, que se encontrava ainda em seu formato mais inicial, percebemos o potencial da fonte, apesar de suas limitações. Quando finalizado o projeto, submetemos ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que aprovou o desenvolvimento da pesquisa. No entanto, até o parecer de confirmação, foram muitas idas e vindas.

Tratando-se do ponto de vista teórico e metodológico, destacamos novamente que a nossa preocupação foi sempre em não acabar colocando o saber-poder médico no plano central da discussão, pois, em certa medida, isso acabaria levando a crer que apenas esse discurso – apesar da sua importância, inclusive para dar respaldo aos estudos do tempo presente – dominaria o tema da saúde mental. Compreendemos que a história da loucura e da saúde mental no tempo presente ainda está buscando seus espaços e que é preciso investir nisso. É evidente que pensar a História e essas fontes a partir do sensível é também outra perspectiva marginalizada, deixada de lado nos currículos acadêmicos dos cursos de História e, conseqüentemente, nas escolas.

A partir de agora, queremos fazer um relato mais descritivo do prontuário, pensando em como ele se arquiteta. A sua estrutura apresenta-se da seguinte forma: nome, endereço, idade, sexo, profissão, grau de instrução, cidade natal, data de chegada ao CAPS, informante principal e contato, história clínica e, por fim, conduta. Essa é a base do prontuário, a sua parte principal. Estão contidos os primeiros dados acerca desses sujeitos. Depois dessa folha principal, há os registros da “evolução clínica”.

Neste último, são inseridas as atividades em que o usuário participou e como ele conduziu o momento, se passou por escuta psicológica, quais medicamentos está tomando, se está frequentando ou não a instituição. Ou seja, o prontuário (a folha base que contém as informações principais) é a primeira escrita feita sobre o usuário, sendo assim contém também as primeiras impressões. Não obstante, elas vão sendo atualizadas (na evolução clínica) a partir da frequência com que eles participam ou não das atividades. Algumas

informações, sobretudo dos prontuários de 2001, são de difícil leitura. Constei com a ajuda dos profissionais do CAPS em determinados momentos.

Já a parte da “história clínica” é mais descritiva, compartilha narrativas breves, de poucas linhas, sobretudo em se tratando de boa parte dos prontuários de 2001, que foram lidos e que ganharam mais atenção de nossa parte. Ou seja, foi necessário buscar complementações na evolução clínica, que pode ser considerado como o “histórico” do tratamento. Mas, até mesmo nessa parte, as informações eram por vezes mais formais e gerais, não conversando com nossa proposta.

É preciso destacar, mais uma vez, que as informações contidas no prontuário não se tratam de uma escrita de si – o que poderia nos levar para outros caminhos – mas da perspectiva médica da psiquiatria, que nem sempre está ouvindo o próprio usuário e sim o familiar/acompanhante. Ou seja, até mesmo no atendimento clínico, a voz do usuário pode ser silenciada. Assim, deixa-se de colocar em primeiro plano a fala de quem está passando pelo processo de sofrimento. Pode ainda ocorrer o contrário, quando o psiquiatra “escuta”³³ o que o usuário tem a dizer, mas isso pode ser aproveitado de forma distorcida, podendo interferir negativamente. Sendo assim, percebemos dificuldades de deixar que esses sujeitos tenham seus discursos considerados como verdadeiros ou legítimos. Segundo Foucault (2014b, p. 13) “[...] se é necessário o silêncio da razão para curar os monstros, basta que o silêncio esteja alerta, e eis que a separação permanece.”

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

Até então, pensamos em como a loucura se apresenta no tempo presente, a partir da inauguração do CAPS em Cajazeiras e dos mecanismos que vão sendo desenvolvidos para que a sociedade compreenda esta instituição enquanto legítima no tratamento da saúde mental. Agora, neste momento, queremos direcionar o nosso olhar para outros atores.

4.2 Os Usuários do CAPS: Uma Perspectiva do Sensível

Nossa sensibilidade, nossos padrões de reação, nossas expectativas, nosso modo de gozar e de sofrer, apesar de todas as esperanças dos reducionistas biológicos, são, em uma imensa medida, engendrados diferencialmente em virtude das peculiaridades do mundo em que vivemos.

³³ Esse momento de escuta também é realizado pelo psicólogo e registrado ao longo do acompanhamento do usuário. Geralmente são nestes momentos que se consegue captar a fala dos usuários sem tantas interferências, apesar de passar pela perspectiva da psicologia.

E o mundo em que os humanos vivem é fundamentalmente um mundo intersubjetivo, um universo de significações, de cultura. (GORBISIER, 2000, p. 286).

Neste tópico, pretendemos abordar o que é registrado dessas falas, buscando perceber como se estabelecem as relações dos usuários com sua saúde mental, tendo em vista o que deixam revelar sobre si. Os sujeitos em sofrimento são, algumas vezes, deixados de lado na pesquisa e, sobretudo aqui, não queremos pensar em uma história de causas e efeitos, mas em uma história das sensibilidades, que coloca esse sujeito enquanto protagonista de uma narrativa cheia de representações, mas que busca apreender a riqueza e as minúcias da vida subjetiva.

O observador é reintegrado na observação, e o observado foge ao conceito de objeto. A sua diversidade torna-se o valor, o conflito é desejado como potencialidade inovadora e a desordem é o pressuposto do ato terapêutico. A dimensão unidirecional do paradigma psiquiátrico (simbolizado pelo espelho unidirecional da terapia familiar) é colocada em crise. A alteridade é contraposta a integração, e esta pressupõe que o observador levante-se de sua cátedra e se permita atravessar pelo olhar do observado e, ainda, pelo olhar de tantos outros – a família, a comunidade. (VENTURINI, 1998, p. 16).

Esse desejo de pensar o outro, que observamos não como mero objeto de estudo e sim como força que nos desafia e nos potencializa, não é desejo apenas de um grupo da psiquiatria. Para Alain Corbin (VIDAL, 2005, p. 19), por exemplo, a história das sensibilidades seria justamente “[...] identificar a utilização dos sentidos que permitiu construir imagens do outro, dar forma ao imaginário social.” Quando Corbin (VIDAL, 2005) fala sobre uma história da atenção, alerta para o fato de termos hoje mais sinos do que no século XIX e ainda assim não os ouvimos porque não os escutamos, visto que não temos mais necessidade de ouvi-los. Percebemos, a partir disso, que devem existir muitas outras coisas as quais não escutamos e que não prestamos atenção, como, por exemplo, a questão da saúde mental. Isto fala sobre uma lógica manicomial que ainda persiste: “A dimensão de sujeito é simplesmente ‘substituída’ pela de organismo.” (GORBISIER, 2000, p. 286).

Outra questão que nos chama atenção, nesta mesma entrevista, é quando Corbin (VIDAL, 2005, p. 29) diz que existe certa discussão sobre a temática da sexualidade, mas que, no entanto, há o esquecimento da abordagem dos “atos em si”, que seria “o encontro dos corpos”. Dessa forma, trazendo para o nosso âmbito, seria como falar sobre saúde mental e não dar visibilidade a quem está em sofrimento psíquico e aos próprios sentimentos.

Por isso, a necessidade nesse trabalho de lermos e buscarmos outras pesquisas que pudessem nos permitir uma aproximação do que esses sujeitos poderiam estar passando. Não é nosso objetivo traçar um contexto histórico da contemporaneidade, mostrando quais seriam as causas que contribuem para um adoecimento psíquico, nem muito menos descrever o que a psiquiatria ou a psicologia classificam como sofrimento psíquico. No entanto, para entendermos minimamente algumas questões que perpassam pela vida desses sujeitos, precisamos problematizar alguns pontos que se aproximam destas discussões.

Por exemplo, consideramos a ideia de tempo espiralado,³⁴ posto que apesar de que somos impelidos a percorrer caminhos de linearidade, passamos por metamorfoses que nos reelaboram cotidianamente, mas que não deixam de nos apresentar regularidades. As nossas formas de sentir não são uma constante, mas, às vezes, nos percebemos com sensações que já fizeram parte da nossa infância e que tendem a repetir-se, sendo ressignificadas em outras relações. A tomada de consciência dessas “retransmissões” faz com que tenhamos possibilidades de desenvolver mecanismos que quebram, ao menos, os gatilhos de sofrimento que são a “ponta do iceberg”.³⁵

Mas, nem sempre é possível transformar em palavras as sensibilidades que nos tomam, o que se deve em grande parte ao fato de que não somos estimulados à isso. Numa sociedade que promove a busca pela felicidade a qualquer custo, ser vulnerável é visto como algo negativo. A terapia é fundamental para dar ouvido aos nossos sentimentos, para compreender como eles se apresentam e o porquê de estarem manifestando-se. O desejo do psicólogo ou do psicanalista é contribuir para que o sujeito consiga seguir com sua vida, criando autonomia para lidar com as crises.

Somos seres incorporados; a vida mental só se distingue da vida do corpo por conta de nossas formas tradicionais de descrever o que é o homem, a mente, o organismo, o corpo, a cultura, a natureza e assim por diante. Se terapias verbais funcionam é também porque as palavras produzem efeitos biológicos. (GORBISIER, 2000, p. 289).

Ao longo das nossas idas ao CAPS foram lidos diversos prontuários, com o intuito de perceber, a partir da análise dos discursos, como se estabelece o funcionamento da

³⁴ Segundo Alberto Gualandi (2003 apud SILVA, 2008, p. 15), Deleuze “[...] sustenta a ideia de uma figura de tempo espiralada, como uma terceira natureza temporal, uma terceira síntese, que resume as outras duas mais convencionalmente aceitas – a linear e a circular. É a síntese do ritornelo, do Eterno Retorno, que (re) apropriada das elaborações de Nietzsche, Deleuze (re) atualiza para nós, intensificando não a ideia de um retorno ao mesmo, mas a um sempre transmutado, que no entanto não deixa de ser o mesmo, o ritmo eternizado de um Devir.”

³⁵ Termo comumente utilizado pela psicologia e psicanálise para demonstrar como o id, o eu e o supereu apresentam-se.

instituição, mas também como se dá a relação com os usuários e quem são esses usuários, tendo em vista os seus sentimentos e a forma como lidam com os processos de sofrimento. Segundo Foucault (2014b, p. 50): “Deve se conceber o discurso como uma violência que fazemos às coisas, como uma prática que lhes impomos em todo o caso; e é nesta prática que os acontecimentos do discurso encontram o princípio de sua regularidade.”

Seguindo essa lógica de pensar os prontuários a partir de uma análise do discurso, transcrevemos 14 prontuários e optamos por trabalhar com quatro destes, sendo dois prontuários de homens e dois de mulheres. Tendo em vista o compromisso ético desta pesquisa, utilizaremos pseudônimos ao referirmo-nos à estes sujeitos, além disso não utilizaremos datações referentes à dias e meses, somente aos anos, a fim de assegurar a proteção de suas identidades. Os quatro usuários são pacientes desde 2001, e frequentam o CAPS semanalmente, até hoje. Ou seja, eles têm participação mais ativa nas vivências do CAPS, oportunizando registros mais presentes.

A primeira usuária escolhida é A.M. Ao chegar à instituição, A.M. Tinha 31 anos, e em seu prontuário, feito há 18 anos, consta que ela é doméstica. Mas, segundo funcionários do CAPS, ela faz atividades artesanais que geram renda e que acabam contribuindo com o seu tratamento. Em relação ao seu estado civil, aparece como separada. No entanto, não sabemos como tal registro se deu, pois encontramos relatos que mostram sua relação conflitante com o marido, como sendo algo recente. Ao contrário dos outros usuários, que apresentaremos adiante, A.M. é a informante principal de seu prontuário.

O que nos chama atenção no caso de A.M. é o tempo em que a mesma é assistida pelo CAPS, bem como os outros três usuários. São 18 anos de acompanhamento, e esta quantidade de anos nos levou a pensar duas questões. A primeira seria a preocupação de A.M. em cuidar de si, afinal, mesmo que em seu prontuário conste a ausência em algumas das atividades oferecidas, percebemos que a mesma frequenta o CAPS regularmente, mesmo com a mudança de endereços da instituição. O outro ponto seria a condução de acompanhamento dada a A.M., pois, embora parte das atividades estimulasse a sua autonomia, a mesma permanece, aparentemente, de certo modo, “dependente” do CAPS.

Muitos trabalhos enfatizam essa questão, o estudo de Tavares *et al.* (2003), por exemplo, com a equipe multiprofissional de um CAPS da cidade de Niterói, Rio de Janeiro, identificou que, entre as tecnologias de cuidar desenvolvidas, as que ocorriam com maior frequência eram “[...] atividades que indicam que a prática- de cuidar ainda é influenciada pelo modelo tradicional de atendimento.” (TAVARES, *et al.*, 2003, p. 345). Pois, são priorizadas a medicalização e o atendimento individual. Isso não significa que o CAPS não ofereça atividades que estimulem uma condição mais ativa dos usuários, porém essas atividades não dão conta de promover uma existência mais autônoma.

Percebemos que o CAPS que A.M. frequenta também investe na medicalização e atendimento individual, e pouco nas atividades que priorizam a autonomia. Para Ferreira *et al.* (2017, p. 12) uma maneira de repensar essa atuação seria trabalhar com o conceito de território. Para os autores só seria possível uma experiência pautada na percepção dos usuários como cidadãos e pertencentes à comunidade, se forem consideradas as “[...] conexões relacionais que envolvem o sujeito que é cuidado e entendê-las como produtoras de vida.” (FERREIRA; *et al.*, 2017, p. 12).

Dessa forma, deveria existir um investimento na defesa por uma mudança do valor social da loucura, que permitisse aos sujeitos vivenciarem e participarem da vida comunitária. Os sujeitos, independentes de serem enfermos ou não, produzem maneiras subjetivas de estarem no mundo e de vivenciarem seus sofrimentos, alegrias, frustrações, vitórias e inseguranças. No entanto, não o fazem sozinhos, estão inseridos em uma rede. Quando a fala de A.M. aparece nos prontuários e compartilha um pouco de seus anseios, de seus problemas – problemas estes relacionados ao seu lugar social de mulher, de mãe e de esposa –, parece estar sempre sozinha. O que conhecemos de seu território? Será que A.M. frequenta alguma praça? Alguma igreja? Será que presencia cenas de violências e desigualdade social? Quais são as trocas simbólicas construídas por A.M. nas ruas de sua cidade?

Quando problematizamos o fato de A.M. estar há 18 anos frequentando o CAPS, nos perguntamos se foi dado a ela a possibilidade de ter uma vida fora ou além da que foi institucionalizada pelos serviços de saúde. Ela não deveria sentir-se bem apenas nesse espaço. Talvez isso aconteça porque nele ela não seja tratada como “louca”, e assim reconheça a possibilidade de amenizar a sua dor. Mas se a reforma psiquiátrica lutou tanto para acabar com os manicômios físicos, pois estes exterminavam a existência de sujeitos com sofrimento psíquico, entendemos que investir em um modelo que também não investe em produzir relações sociais que suportem a presença da diferença em sua potência também não consiste numa solução.

Sendo assim, mesmo correndo o risco de estarmos equivocados, acreditamos que A.M. não foi inserida em um contexto externo à instituição, ou ao menos não se sentiu fazendo parte de algo ou algum grupo que percebesse a sua forma de existência como possibilidade e potência de vida.

Sua História Clínica mostra que “[...] após a separação ela entrou em depressão.”, tomando psicotrópicos durante 1 ano. Ainda, segundo informação contida no prontuário, ela teve um agravamento da depressão por maus-tratos do esposo. No entanto, não especifica como isso ocorreu e como atingia A.M. exatamente.

Ela passou por várias consultas e, conseqüentemente, por avaliações psicológicas, que demonstraram, ao longo de duas décadas, suas oscilações de humor: alegria, insegurança, esperança, tristeza profunda, fé, medo e ansiedade. A tentativa de (re)estabelecer-se, de buscar sua fé, são recorrentes. Mas, A.M. teve que lidar com a morte da mãe e com problemas do filho com álcool, fatos que causaram, em alguns momentos, o seu afastamento da instituição. As preocupações de A.M. enquanto mãe, estavam quase sempre presentes.

Os sentimentos apresentados por A.M. são compartilhados por boa parte da sociedade na qual estamos inseridos, assim os problemas os quais ela vivencia também são comuns a muitas mulheres, principalmente as que sofrem com a desigualdade social. Porém, mais uma vez percebemos que A.M. não é percebida como um sujeito conectado a estas múltiplas relações.

Nas sessões com o(a) psicólogo(a), A.M. geralmente estava aberta ao tratamento terapêutico. Em 2015, tem-se o seguinte registro:

A usuária relata que está muito chateada com algumas pessoas que a discriminam por causa da aparência. Está com a autoestima baixa e se entristece quando lembra a pessoa que foi um dia e percebe que hoje é totalmente diferente. Se culpa pelos erros que cometeu no passado e por não ter escutado as pessoas que quiseram lhe alertar. Durante a escuta a usuária chorou e disse que se sentia desanimada, mas continuaria firme com sua fé.

Sendo assim, ela sentia-se atingida pelo olhar negativo do “Outro” em relação à sua aparência. Essa perspectiva afeta, sobretudo, as mulheres. Rememoramos aqui que, nos primeiros escritos sobre A.M., ela relatou maus-tratos por parte do esposo. Além disso, conseguimos perceber aqui como a rede de relacionamentos na qual A.M. estava envolvida de alguma forma a prejudicava. Podemos aqui nos apropriar de um conceito da prática clínica para problematizar as possibilidades de uma existência permeada por possibilidades de vidas e produção de subjetividades.

Para Lima e Yasui (2014, p. 7) o paciente não é “[...] objeto de um saber ou de uma prática, mas sujeito em construção em um processo de individuação complexo, que se dá no interstício dos encontros.” E esta complexidade deve ser levada em consideração para que os sujeitos não sejam apenas “direcionados” a vivenciarem vidas “comuns”, pautadas em um padrão classificado como normal. O sujeito que vive o sofrimento psíquico não pode ser pensado como alguém que precisa encaixar-se em um padrão almejado pela sociedade produtiva, descartando assim, a possibilidade de existências outras. Para entender melhor essa questão, a partir de Deleuze e Guattari, utilizaremos dos conceitos de território, desterritorialização e reterritorialização.

A noção de território aqui é entendida num sentido muito amplo [...]. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo, tanto a um espaço vivido quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 323).

Pensando a partir dessa discussão, a experiência da loucura, do sofrimento e da exclusão seriam marcadas pela ideia de desterritorialização, já que esse movimento é entendido como “[...] movimento por meio do qual alguém deixa um território, desfazendo tudo aquilo que uma territorialização constitui como dimensão do familiar e do próprio.” (LIMA; YAUSI, 2014, p. 8). Isso significa pensar que sujeitos como A.M. podem vivenciar o não pertencimento a uma série de lugares e espaços comuns à boa parte das pessoas. Mas, esse não pertencimento não precisa ser algo ruim, pois pode possibilitar a reterritorialização, a vivência de algo que não precisa encaixar-se no padrão, mas que também não precisa romper com ele definitivamente.

Anexado juntamente ao prontuário, com o intuito de permitir o recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC), o CAPS elabora uma “Declaração para fins de direito”, confirmando que A.M. “[...] comparece ao Serviço uma vez por semana para acompanhamento médico psiquiátrico e demais atividades terapêuticas oferecidas pelo Serviço. Tem como HD F31.3 e faz uso diário de medicação.” Dessa forma, A.M. estaria dentro do quadro de transtornos afetivos bipolares.

No entanto, no caso de A.M., só encontramos esse diagnóstico presente nessas declarações com finalidade de requerimento do auxílio-benefício. A partir dessa análise, acreditamos que o referido diagnóstico não ajuda a pensá-la enquanto sujeito. Porém, esse posicionamento não anula as representações através das quais estes sujeitos são percebidos, seja na sociedade, na família ou até mesmo na própria instituição.

[...] a problemática da loucura – e de tantas outras linhas de fuga que são traçadas em processos vitais de dissidência e/ ou deserção – é a de uma desterritorialização que muitas vezes se reterritorializa em territórios mínimos, muito fechados, para constituir uma proteção contra o caos, ou em territórios paradoxais, quando se faz da própria desterritorialização um território subjetivo. (LIMA; YASUI, 2014, p. 8).

Se os sentimentos de não pertencimento podem gerar uma reterritorialização mínima, caberia a reflexão de pensarmos nas possibilidades de novas linhas de vidas, produzindo assim algo novo, original, “[...] como busca permanente, no âmbito da vida cotidiana, da instauração de um processo contínuo de produção singular da existência.”

(LIMA; YASUI, 2014, p. 8). A.M. poderia assim perceber-se compondo esses caminhos e descaminhos, sem anular seu lugar de existência, marcado pela experiência do sofrimento psíquico e pelo desejo de cuidar de si.

Nesta pesquisa, não temos intenção de fazer uma análise entre a relação da Justiça e a Saúde Mental, mas acreditamos que pode ser um caminho possível para outros trabalhos ou até mesmo como outra vertente deste. Já existem pesquisas que problematizam o saber-poder dos juristas em se tratando da loucura, mas ainda com um enfoque mais tradicional. No entanto, precisamos pensar sobre a seguinte constatação: a partir dessas “declarações” que foram lidas, e que constavam como encaminhadas, compreendemos que para a Justiça é necessário objetivar e classificar o usuário em um quadro de doença para que haja possibilidade de validação do recebimento de auxílio.

Esse tipo de conduta, que “rotula” com diagnósticos, pode estabelecer-se como dispositivo de sustentação dos estigmas que já recaem sobre esses sujeitos que utilizam a assistência. Mas, ao mesmo tempo, destacamos que o recebimento do benefício pode ser gerador de mudanças, podendo proporcionar, por exemplo, alimentação e moradia de qualidade, trazendo certo conforto e bem-estar à vida dos sujeitos.

Agora, vamos apresentar a L.V. Na época da sua chegada ao CAPS, ela tinha 33 anos, recebia o benefício e o seu estado civil consta como solteira. No prontuário não há nada sobre o seu grau de instrução. Segundo sua História Clínica, a “[...] paciente apresentou agitação mesmo com uso do Haldol [...]” e foi considerada em “crise psicótica”.

Percebe-se, ao longo dos registros, que sua família lida com dificuldades com o seu processo de sofrimento e acaba por “guardar” L.V. em casa. Neste sentido, fazemos referência ao trabalho de Yonissa Marmitt Wadi, intitulado “Palácio para guardar doidos” (2002), no qual o manicômio é referido como sendo o lugar específico para colocarem-se os sujeitos considerados anormais, isolando-os do restante da sociedade. Dessa forma, compreendemos que a cultura manicomial ainda persiste e é mantida por uma série de fatores. No caso de L.V., o isolamento se dá no próprio espaço domiciliar: “Encarcerando o sujeito e lhe marcando, pela violência, o manicômio diz ao sujeito: não és humano, não és como nós, és um doente, não há lugar seguro para ti em nossa sociedade.” (MAIA, 2008, p. 22-23).

Na Evolução Clínica, em um relato de 2014, encontramos a seguinte anotação:

Em visita à residência da usuária, ela foi encontrada trancada no quarto. A família foi avisada que a equipe de enfermagem voltaria para administrar a medicação na mesma, ao retornarmos, já encontramos a usuária fora do quarto, havia tomado banho, porém, estava agitada e agressiva. Foi administrada a medicação prescrita e cortamos as unhas dela que estavam

grandes e muito sujas. [...] [L.V.] estava na companhia da mãe, de um irmão e de uma cunhada.

Isto repete-se em 2016, a partir de outra visita domiciliar. A equipe não consegue entrar na casa, pois ela estava novamente trancada. A equipe foi informada de que a paciente estava sob os cuidados da cunhada e que sua cuidadora estava em João Pessoa, mas que chegaria no dia seguinte.

Esse caso difere do que analisamos em A.M., pois L.V. não possui sequer o direito de ir e vir. Os relatos não deixam dúvida de que a mesma não possui um cuidado necessário pelos familiares ou cuidadores. Sua existência é reduzida ao seu diagnóstico, ela deve ser medicada e enclausurada por conta de sua provável agressividade. No entanto, não sabemos ao certo se esse isolamento se estabelece apenas em momentos de crise, quando, claro, podem haver posturas agressivas, pois isso não fica claro nas leituras que fizemos do prontuário. Mas, compreendemos que o enclausuramento vivido por L.V. faz com que ela responda com agressividade a esta situação. Assim, conjecturamos que, algo que pode ser caracterizado enquanto parte de sua personalidade, seja talvez impulsionado justamente pela falta de assistência. E, ainda que suas condutas sejam violentas, em momentos específicos, o isolamento só atenua esse comportamento.

Mais uma vez, enfatizamos que não é a nossa pretensão sugerir “tratamentos” e “soluções” para os casos analisados nessa pesquisa, nem muito menos pensar que o CAPS é responsável pelas experiências de vida marcadas pelo sofrimento ou pelo descaso familiar e social. Entendemos as inúmeras limitações que o sistema enfrenta e as implicações políticas que estão em jogo.

No entanto, ao entrar em contato com casos como esses, refletimos mais uma vez sobre o extermínio da possibilidade de uma vivência única e da permanência de uma determinada forma de cuidado. L.V. não enfrenta apenas sua condição de adoecimento, pois ela, assim como tantos outros, está inserida em um contexto social carente tanto material, quanto de informação. Dessa forma, acreditamos que há uma falha na comunicação entre a família e o CAPS, que se delinea por vários motivos.

Aqui retornamos às discussões realizadas anteriormente, quando falamos sobre o entrelaçamento do CAPS com a Rede Básica de Saúde. Isto poderia ser uma alternativa para que os usuários estivessem sendo atendidos com maior pontualidade, conforme suas demandas. Além disso, a existência de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais para os sujeitos em crise poderia dar-lhes suporte nestes momentos, quando muitas vezes os familiares não sabem como proceder. O aumento do número de profissionais no CAPS ou o atendimento 24hrs também poderiam ser aplicados como alternativas.

Muitos familiares “cuidam” de parentes com esse tipo de diagnóstico com a intenção de também serem assistidos na questão financeira, promovida pelo benefício. Tendo acesso apenas aos prontuários, não podemos promover “acusações” e não é o nosso objetivo culpar a família ou o CAPS, mas entendemos que esses sujeitos, como L.V. e tantos outros, acabam ficando à margem das possibilidades oferecidas através de políticas públicas e cuidados médicos, bem como da participação da família e da sociedade.

Retomamos a discussão realizada por Lima e Yasui (2014) ao falar da territorialização. L.V. é apresentada, às vezes, com comportamentos agressivos, apresentando algum perigo para ela e para os que a rodeiam. Logo, a medicação seria a estratégia mais rápida e talvez eficaz de contê-la. No entanto, não se parece levar em consideração que sentimentos, aflições, medos ou inseguranças, acometam L.V. Ela é colocada em uma “condição” que não só a marca fisicamente em seu corpo, como também elimina qualquer outra possibilidade de existência. L.V não possui um território para lhe proteger do caos, ela vive em um processo de desterritorialização constante.

Assim, é preciso construir um mínimo de contorno, de território existencial; enfim, uma morada que possa funcionar como ancoragem e proteção contra o caos. As marcas vão constituindo essa ancoragem. Ao mesmo tempo, essa morada é percorrida por movimentos de desterritorialização. (LIMA; YASUI, 2014, p. 10).

Os autores apontam que, embora o território não seja fixo e sua construção já acene para uma desterritorialização, é importante construir algo que possa tornar a vida possível. Talvez aqui, não conseguimos perceber o que L.V. sente para além do “suposto perigo” que ela representa, porque ainda não somos capazes de acolher a multiplicidade de formas de existência e, principalmente, estabelecer sentidos a elas para que assim novos territórios sejam construídos, bem como que outros possam ser questionados.

Porém, vale uma nova advertência, como analisa Pelbart (1993), é necessário questionar-se sobre se, ao dar sentido a essas existências, estaríamos mais uma vez tentando enquadrá-las em nossa forma “padronizada” de vida. “Ao borrarmos essa fronteira simbólica e concreta entre a sociedade e seus loucos não estaremos, sob pretexto de acolher a diferença, simplesmente abolindo-a?” (PELBART, 1993, p. 104).

O próximo ator histórico é o R.L., ele chegou ao CAPS com 37 anos, recebendo benefício e solteiro. Nasceu em 1964, mês em que se instaura a ditadura militar no Brasil. Assim como L.V., não consta o seu grau de instrução.

A partir da História Clínica de R.L., o que sobressai é que ele “[...] considera-se Deus e quando sua mãe diz que não é, revolta-se contra ela”. Imediatamente, nos lembramos de Arthur Bispo do Rosário que também tinha uma relação singular com o Divino. Mas, ao

contrário de R.L., o Bispo percebia-se enquanto um “enviado de Deus” na Terra, esperando o chamado para o Juízo Final. Lembro também de Menocchio, personagem principal da obra “O queijo e os Vermes” (GINZBURG, 1987), que tem sua própria teoria acerca de Deus e da criação do Universo. Essas falas marcaram-me bastante.

Este foi um dos primeiros prontuários que tive contato. Pensamos nas possibilidades que o usuário tinha de enxergar-se enquanto sua própria força criadora, ou talvez, em busca por potência, metamorfoseava-se simbolicamente na figura de Deus.

O usuário tem histórico de duas internações em Hospital Psiquiátrico, mas não consta em qual exatamente. Conta também que ele se recusa a tomar medicação. Consta ainda que R.L. tem problemas com insônia e pensamentos persecutórios. Há entre parênteses, o seguinte registro de fala do usuário: “(o computador vai mata-lo, matar sua mãe) (SIC)”. Mas, problematizando essa fala, em certa medida, nossa relação com computadores, celulares e câmeras, por vezes torna-se tóxica, chegando a nos controlar. Além disso, a sensação de vigilância do “Outro”, talvez fale de como R.L. sente-se estranho ao que lhe é imposto, a sensação de não poder ser quem ele é ou quem gostaria de ser. Dessa forma, ele pode acreditar que precisa anular suas subjetividades e entrar em um padrão normatizador, o que segundo Maria Rita Kehl (2015), pode gerar o adoecimento na contemporaneidade.

Assim, uma das características centrais do poder disciplinador é a sua capacidade de individualização, de controlar e modelar os corpos buscando sempre agir sobre a vontade. O poder disciplinar é, em termos mais simples, o controle e a vigilância agindo pela ritualização da vida. (MAIA, 2008, p. 19).

O último usuário é o D.S., que tinha 35 anos na época em que chega ao CAPS, era beneficiário e solteiro. O seu grau de instrução consta inicialmente como “quarta série”. No entanto, encontramos outro documento, atualizado em 2014, em que mostra que ele era analfabeto. Com isto, compreendemos que o momento de triagem e de preenchimento da ficha de cadastro realizado na recepção pode ter sido, de algum modo, constrangedor. Ou pode tratar-se somente de um erro do responsável na hora do registro, assim como nos casos anteriores, de L.V. e de R.L., nos quais não constam o quesito instrução. Nesta perspectiva, lembramos que um dos pontos do Movimento de Luta Antimanicomial é a educação como uma das alternativas para inserção desses sujeitos na sociedade.

A questão de D.S. desloca-se da história dos anteriores pelo uso intenso de álcool, que é recebido na rua, deixando-o viciado. Isto não é incomum. Em Salgueiro-PE, cidade em que nasci, tenho lembranças de Cícero, personagem conhecido na cidade como religioso, que sempre costumava beijar o altar e os santos da Igreja. Quando eu

acompanhava minha mãe nas missas, ele sempre estava lá, prestando bastante atenção à Homilia. Mas, quando lhe davam bebida, ele ficava transtornado, o que debilitava sua saúde mental. Isto é o mesmo que ocorre com D.S.: o meio social acaba interferindo de forma negativa e proposital a partir da oferta de álcool, agravando o quadro.

A irmã de D.S. o acompanhou na consulta, relatando seus problemas com a bebida. Ela acredita que o álcool só serve como agravante para o problema mental do irmão que faz tratamento desde os 17 anos com Dr. Pessoa. Ela diz que ele é andarilho, agitado e dorme na rua. Toma quatro remédios diferentes, entre eles: Haldol e Diazepam. Sua irmã solicita que seja encaminhado para internação na Clínica Santa Helena.

Em 2008, o usuário disse que faz uso de drogas e álcool. Em um relatório social mais recente, de 2015, no último parágrafo consta o seguinte:

Considerando o histórico do usuário, o relato da irmã e de acordo com os pareceres dos profissionais do CAPS ad que acompanharam o usuário na sua passagem por esta unidade em 23 de junho, dia que o mesmo estava em surto psicótico – entendemos que o mesmo é usuário com transtorno mental e deve continuar a ser tratado no CAPS II, já que ele não está fazendo uso de bebida alcóolica há quase 1 ano e não possui nenhuma outra dependência química.

Sendo assim, percebemos que, de fato, o uso de bebida alcoólica o deixa vulnerável, influenciando negativamente no tratamento do seu transtorno psíquico. Pensamos também que, para D.S., talvez a embriaguez sirva como uma válvula de escape ao seu sofrimento.

Existem alguns pontos que ligam esses pacientes: chegaram ainda em 2001, frequentam o CAPS semanalmente e estão em tratamento até o ano corrente. Afastaram-se da instituição em momentos específicos da vida, sofreram com a chegada das crises que os deixavam sem vontade de participar das atividades que aconteciam, mas tiveram forças, por exemplo, ao permitirem ser cuidados pelo outro – seja na figura do CAPS e/ou da família.

Ao longo da nossa pesquisa, encontramos prontuários (que não necessariamente estão dentro dos que foram transcritos) que apontavam as inseguranças dos familiares dos usuários, os quais demonstravam não compreender determinadas condutas, medicamentos prescritos e a falta de internação por parte do Centro. Percebe-se que há falhas de comunicação e desencontros entre família e CAPS, fazendo com que seja mais difícil o processo de tratamento, pois essa parceria faz-se imprescindível. Além disso, é importante destacar, tendo como base as individualidades, que existe a necessidade de um tempo espontâneo, em que cada um possa caminhar em busca de autonomia, ao reconhecer suas possibilidades e desafios diante da vida.

Assim, podemos aprender com a loucura como nos construímos simbolicamente durante nossa vida e como, diante de alguns percalços, essa condição pode ser desestabilizada, modificada. Pode nos ensinar, também, como viver no mundo de outras formas, utilizando outras vias de expressão, quem sabe encontrando novas maneiras de se relacionar com o outro, mais abertas, menos neurotizantes, menos violentas. A loucura traz um sentimento muito intenso, mas tem em si a semente de uma vida com mais autenticidade. E carrega a força para uma luta justa por um mundo que não seja tão opaco e opressor, sem muitas das coisas que nos limitam e nos pressionam homeopaticamente, dia após dia. (MAIA, 2008, p. 11).

Todas as histórias de vida pensadas até aqui nos encaminham, como apontou Maia (2008), a viver de uma forma mais leve, de nos relacionarmos de uma forma menos opressora. O que nos remete a repensar a maneira como lidamos com o tempo, pois esse acaba sendo um dos pontos que nos aflige. Pensando nessa questão, ao ouvir uma música, chamada: “Do avesso” começamos a pensar mais sobre o tempo. A mesma faz parte do álbum “Estação Sé” (2012) do Caê Rolfsen. Confesso que não tinha reparado, inicialmente, no seguinte trecho:

Vontade louca de se ter
O mundo em minhas mãos girar
Voltar o tempo ao meu prazer
E refazer um tempo sem lugar.

Essa parte da música me fez pensar que o tempo passa como “água nas mãos”, ou seja, não conseguimos dominá-lo. E, nesse processo de tentar lidar com o tempo, muitas vezes nos perdemos de nós mesmos e vivemos entre encontros e desencontros, em uma linha tênue, sem saber o que a sociedade fez de nós e o que fizemos com o que nos foi dado. Nessa época em que o tempo é gasto, sobretudo com responsabilidades do cotidiano, acreditamos não ter mais tempo para respirar calmamente, sentir o cheiro das coisas ou até mesmo o sabor da comida, coisas que geram prazer e que passam despercebidas em rotinas estressantes. Até que o corpo começa a falar conosco, pedindo ajuda, pois o exercício do autocuidado precisa de certa constância. O que desejamos elaborar daqui em diante é uma reflexão de como estamos nos relacionando com o tempo que se metamorfoseia na contemporaneidade.

4.3 História e Psicanálise: Pensando sobre o Tempo e o Sujeito

Na falta de condições que lhes permitam elaborar o sentido de seu abatimento, muitos depressivos se apressam em concordar com a ideia de que sofrem de algum tipo de déficit. O mundo contemporâneo demonizou a depressão, o que só faz agravar o sofrimento dos depressivos com sentimentos de dívida ou de culpa em relação aos ideais em circulação. (KEHL, 2015, p. 16).

O trecho escolhido para dar início a este terceiro momento da pesquisa, está contido na obra “O tempo e o cão” (2015) da psicanalista Maria Rita Kehl, mais especificamente na introdução intitulada “Depressão, temporalidade, sintoma social”. Antes de adentrarmos nesta perspectiva, queremos apontar que a depressão não tem uma definição rigorosamente estabelecida pela psicanálise e, além disso, nossa proposta não busca aprofundar-se nesta questão, mas sim em perceber os sintomas sociais da atualidade que contribuem para o adoecimento. No entanto, é necessária alguma compreensão acerca do que é depressão, mesmo que de forma introdutória.

Segundo Kehl (2015), para Freud, o depressivo seria o sujeito que diante do seu objeto de desejo encontra-se castrado, reprimido, silenciado. Já para o melancólico, a perda desse mesmo objeto que muitas vezes é idealizado e é considerado infiel para o sujeito, faz com que ele culpabilize-se e, conseqüentemente, posicione-se de forma centralizada, ao contrário do depressivo que, ao recuar, acaba anulando-se. No fim das contas, para Kehl (2015), em síntese, as raízes do sofrimento melancólico e depressivo manifestam-se a partir de estruturas psíquicas distintas, mas os sintomas podem ser semelhantes, o que dificulta essa conceituação. E o principal para nós, neste momento, é que, a melancolia enquanto mal-estar na civilização oferece o seu lugar à depressão enquanto sintoma social, como uma “linha de continuidade” (KEHL, 2015, p. 40). Assim, “É possível que os depressivos sejam os atuais portadores de um saber a respeito das condições contemporâneas do mal-estar.” (KEHL, 2015, p. 88).

Para a psicanalista, o sujeito e suas subjetividades são o ponto de partida e de chegada. No entanto, Maria Rita Kehl (2015) nos coloca que o trabalho do analista não se desprende de pensar em como o tempo pode afetar o sujeito (enquanto ser coletivo e individual) em suas mais variadas formas. Sendo assim, o tempo é palavra-chave para compreender os mecanismos da atualidade que nos levam ao sofrimento psíquico e, mais especificamente, às depressões. Isto é estabelecido sem se alicerçar em parâmetros que consideramos mais “gerais”, pois apesar de o tempo ser elementar e de existir regularidades na própria forma de sentir, o psicanalista não pode desprender-se das singularidades de cada sujeito, levando em conta as suas experiências, que o tornam único, fazendo com que o momento de análise seja sempre direcionado ao indivíduo e sua trajetória.

Para Kehl (2015), nossa relação com o tempo na contemporaneidade está cada vez mais acelerada. A psicanalista insere duas hipóteses para o aumento de diagnósticos de depressão desde a década de 1970:

[...] empenho da indústria farmacêutica em desenvolver e difundir técnicas de diagnóstico favoráveis ao uso (quando não ao abuso) dos antidepressivos a lançados a cada ano no mercado. Mas também pode indicar que o homem contemporâneo está particularmente sujeito a deprimir-se. (KEHL, 2015, p. 13-14).

Além disso, os sujeitos estão sendo impelidos ao autodiagnóstico:

A ênfase dos panfletos distribuídos nos consultórios de médicos e psiquiatras recai sobre os novos *critérios de diagnóstico* das depressões, de modo a incluir um número crescente de manifestações de tristeza, luto, irritabilidade e outras expressões de conflito subjetivo entre os “transtornos” indicativos de depressão a serem tratados por emprego de medicamentos. [...] Assistimos, assim, a uma patologização generalizada da vida subjetiva, cujo efeito paradoxal é a produção de um horizonte cada vez mais depressivo. (KEHL, 2015, p. 53).

Dessa forma, pretendemos pensar como a contemporaneidade pode favorecer o adoecimento dos sujeitos, a partir dos sintomas. A perspectiva central que a autora nos traz é a de que nossa relação com o tempo foi sendo modificada, passando a interferir em nossos comportamentos e formas de sentir. Tendo em vista que o nosso recorte temporal é de 2001 – ou seja, nossa proposta de discussão estabelece-se na virada de século, do XX para o XXI, em uma perspectiva que na historiografia é considerada recente, do tempo presente, que ainda está no seu desenrolar – esse diálogo contribuirá para alicerçar uma temática que ainda está em processo de desenvolvimento e que necessita ser estudada e acompanhada em seu decorrer. Além disso, desejamos perceber os elos que interligam os atores apresentados no tópico anterior com o que se compreende acerca desse tempo em que estamos vivendo.

A obra de Kehl (2015) começou a ser escrita no dia em que a autora atropelou um cachorro, dando-se conta que a velocidade com a qual nos direcionamos ante a vida já não é mais a mesma. Compreendemos assim que o “imediatismo” apresenta-se a partir da naturalização do “aceleramento” do tempo por parte da sociedade, que é impelida pelo sistema econômico capitalista em que vivemos.³⁶ Sendo assim, tendo em vista essa lógica, o sujeito contemporâneo sente que não pode esperar, sobretudo quando está em sofrimento. Logo, é tempo de medicar e assim corrigir, o mais rápido possível, para que haja o retorno ao que se compreende enquanto “normal”.³⁷

³⁶ “[...] o tempo, sob o capitalismo, não é apenas o tempo “útil” do trabalho, mas todo o tempo de existência integralmente utilizado e consumido pelas rotinas e disciplinas exigidas pela condição do trabalhador assalariado.” (CUNHA, 1986, p. 24).

³⁷ “A tristeza, os desânimos, as simples manifestações da dor de viver parecem intoleráveis em uma sociedade que aposta na euforia como valor agregado a todos os pequenos bens em oferta no mercado”. (KEHL, 2015, p. 31).

O acidente da estrada me fez refletir a respeito da relação entre as depressões e a experiência do tempo, que na contemporaneidade praticamente se resume à experiência da velocidade. Vivem em outra temporalidade os remanescentes dos antigos melancólicos, equivalentes aos depressivos de hoje. Sofrem de um sentimento do tempo estagnado, desajustado do tempo sôfrego do mundo capitalista. [...] Parafrazeando Freud, diria que o depressivo quer gozar, mas à sua maneira. Essa é uma maneira particularmente lenta. (KEHL, 2015, p. 17-18).

O tempo do Outro não abarca a demanda subjetiva do tempo do sujeito em depressão, que acaba buscando fugir desse encontro com o Outro. Quando A.M. fala que se chateia “[...] com algumas pessoas que a discriminam por causa da aparência [...]” isso fala da sociedade patriarcal enquanto esse Outro, interferindo na sua relação consigo mesma, tolhendo sua percepção e gerando sua baixa autoestima, compartilhada em escuta.

A referida autora apropria-se de Pierre Fédida e diz que: “Para ele a aceleração imposta aos atos mais corriqueiros da vida cotidiana contribui para uma ‘pauperização da vida psíquica’, na forma de uma ‘desaparição normalizada do tempo da comunicação humana’.” (FÉDIDA, 2002, p. 14 apud KEHL, 2015, p. 18).

Tendo posto isto, compreendemos que determinadas características vão sendo formadas para contribuir com a formação de sujeitos depressivos. Esses sintomas sociais enquanto inacessíveis no inconsciente do indivíduo – uma noção moderna advinda de Freud –, fazem com que o depressivo desprenda-se ou fragilize sua identidade e deixe o seu gozo, passando a acreditar que não sabe quem é e nem o que deseja. Perdem-se os sentidos. No entanto, há uma vontade de desejo que está sendo anulada no nível do inconsciente, do discurso do Outro, da época, da sociedade. Para que o sujeito consiga perceber-se dentro de suas subjetividades é necessário que o processo de análise seja a partir de um tempo também singular. Na referida obra há uma parte intitulada de “Um sujeito em desacordo com o Bem”, onde esta questão é apresentada de uma forma evidente:

A culpa de ceder de seu desejo supõe uma condição subjetiva particular, muito característica do que venho chamando de indivíduo moderno: a condição de que a verdade do sujeito esteja em desacordo com o que seu meio social estabeleceu como sendo o Bem. [...] Arrisco afirmar que, nas condições anteriores à modernidade, o Bem não seria necessariamente incompatível com a verdade de um sujeito, uma vez que esteja se reconhecendo, acima de tudo, como partícipe da mesma tradição a partir da qual esse Bem se estabeleceu. É quando as tradições perdem a força de determinar os destinos das novas gerações, quando a verdade deixa de ser entendida como revelação divina e se multiplica em versões parciais e saberes especializados, quando o Outro deixa de estar representado, imaginariamente, por uma única e incontestável figura de autoridade, que o indivíduo é obrigada a se afirmar como centro de suas referências e a se responsabilizar por estabelecer alguma concordância entre a verdade do ser e o Bem, entendido como convicção coletiva estabilizadora do laço social. (KEHL, 2015, p. 61-62).

Além disso, existem os “traumas sociais” – vivenciados em coletivo. Trazendo para o caso do Brasil, por exemplo, a ditadura militar em 1964 deixou “sintomas” na sociedade. Inclusive, esse foi o período de maior implantação de hospícios e clínicas psiquiátricas. Como já nos posicionamos anteriormente, estavam presentes nesse contexto os interesses particulares. As relações de forças pendiam para o lado da saúde privada, beneficiando determinados grupos, e não a sociedade em sua integralidade.

Há uma questão interessante nas sociedades modernas, pois segundo a autora são: “[...] caracterizadas pela mobilidade social e pela crescente liberdade nas escolhas individuais [...]” (KEHL, 2015, p. 45), que “[...] tornaram as condições da inclusão e as regras de convívio cada vez mais abstratas.” (KEHL, 2015, p. 45). Ela explica que há uma “[...] complexidade das estruturas simbólicas.” (KEHL, 2015, p. 45). Isto estaria conectado às exigências do *supereu*, e seria a partir disto que Freud (1997, apud KEHL, 2015) identificaria o avanço civilizatório. É também por isso que as instâncias psíquicas do inconsciente devem ser estimuladas, para que, por exemplo, os “traumas” das sociedades antigas sejam ressignificados no indivíduo.

No entanto, isso tem outro viés. Ao perceber-se como responsável por suas escolhas, mas, de certo modo, sendo levado a estar em conformidade com determinados padrões sociais, o sujeito é conduzido a abrir mão do seu desejo para atender ao Outro, tido como “vencedor”. Dessa forma, ele negaria suas subjetividades em prol de uma normatização, que leva ao fácil adoecimento do sujeito, que espera “passar” pela vida o mais imediatamente possível e que não consegue sentir mais o presente e o gosto das experiências.

Com essa discussão não estamos afirmando que os sujeitos analisados possuem exatamente essa relação com o tempo, mas que, de alguma forma, eles podem não se sentir representados, nem inseridos em uma sociedade, que, como aponta a autora, torna as relações cada vez mais complexas e simbólicas.

O que podemos analisar de todo esse percurso feito no decorrer da pesquisa é que temos um grande desafio pela frente no esforço de gerar um acolhimento das pessoas que passam pelo sofrimento psíquico, mas sem com isso desejar inseri-las em um padrão normatizador. A loucura tem o poder de questionar códigos, de provocar uma determinada “razão”, de promover uma reinvenção. Se ainda não sabemos viver sem um território que tem por base uma ideia de racionalidade, não significa que não tenhamos a chance de viver de uma forma diferente e intensa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa não foi fácil, acredito que grande parte do processo de produção científica se dá dessa maneira. É uma parte de nós que está sendo elaborada e oferecida, tanto à academia quanto à sociedade. Não poderíamos deixar de apontar os obstáculos que vão aparecendo ao longo dessa trajetória, assim como não podemos esquecê-los. Portas foram sendo fechadas, mas, enquanto isso, janelas também se abriam. Aqui, esperanças, medos, sonhos e expectativas foram depositados por mim durante a caminhada de pesquisa. Mas, decidi seguir com essa temática por acreditar firmemente que essa questão amarrava todas as outras, dando sentido e contentamento à minha vida. Aprendi também que, na verdade, a inconstância nos acompanha. E é esse o fluxo da vida.

A brincadeira é mesmo com Freud, que nos alertou, no magnífico texto de 1933, **que o mal-estar é inerente à condição humana**. Quando nos levamos em conta essa simples característica que nos distingue de outras espécies, somos levados a um tipo de expectativa que facilmente nos faz supor um mundo bem-sucedido, algo como um grande ambulatório, no qual todos teriam o seu técnico de referência para tratar dos males. (GORBISIER, 2000, p. 294, grifo nosso).

Consegui compreender isso melhor ao ter contato com os homens e mulheres que apresento aqui, de forma recortada e, reconheço, que até mesmo rasteira, pois nós somos complexos demais para que o outro simplesmente nos deduza. Desejo enfatizar que esses sujeitos estimularam ainda mais o meu lado empático. Eu não falei apenas deles, eles também falaram de mim. Aqui aconteceu uma troca e eu não sou mais a mesma pesquisadora que iniciou este trabalho, ainda bem.

Confesso que talvez pela imaturidade intelectual, eu não tenha alcançado o máximo do que os documentos me ofereceram, pois ao longo desta pesquisa, fui me desconstruindo e me reconstruindo comigo mesma por diversas vezes. Tive dificuldades em delimitar minha discussão pela própria amplitude de possibilidades deste campo temático. Relutei em deixar coisas de lado e inserir outras. Tive medo de reproduzir mais estigmas ao falar sobre saúde mental, pois o meu intuito foi sempre o de “acolher”³⁸ os sujeitos que passam por sofrimento psíquico, a partir da perspectiva historiográfica. Sendo assim, quis buscar enxergá-los em seu emaranhado de maneiras de ser e estar no mundo, sem levar como verdade absoluta, entendendo que são apenas ângulos de cada um, vistos a partir do meu lugar social.

³⁸ Acolher pensando nas melhorias que a Reforma possa acrescentar, na empatia em compreender a dor, as angústias e as alegrias do outro, tendo em vista que cada um deles tem histórias de vidas que devem ser respeitadas em suas singularidades.

Aprendi que é necessário “dar tempo ao tempo” e que pedir ajuda, como fazem os usuários do CAPS, é uma forma de autocuidado, de querer viver, por, na verdade, serem “loucos pela vida”. Os sujeitos que procuram ajuda no Centro de Atenção Psicossocial não estão lá somente para serem medicados ou escutados. Mas, também, estão em busca de relações sociais, de conectar-se com o outro e de pertencer – no sentido mais amplo e bonito da palavra. Confesso que lá, por muitas vezes, eu me sentia em casa, era como se eu realmente tivesse que estar ali.

As famílias e os amigos, em geral, querem que seus companheiros de vida consigam ter autonomia para se manter de forma saudável. Ambos muitas vezes são afetados, bem como os próprios profissionais do CAPS que, às vezes, ao não ver “melhoras” nos usuários, acabam repensando sua forma de atuação. O que é um exercício imprescindível para que os avanços sejam alcançados. Assim vemos que esta temática abarca diversos âmbitos e sujeitos.

Destacamos que é preciso falar sobre saúde mental em todos os espaços existentes: casa, escola, universidade e nas ruas. Precisamos desacelerar, sempre que possível, e estarmos atentos ao outro e também a nós mesmos. Desejo criar projetos que tenham como base essa mesma temática, para que este trabalho não fique arquivado e empoeirado nas prateleiras da biblioteca. Quero registrar aqui que acredito que é este o caminho para que possamos ser melhores enquanto humanos, para que as nossas maneiras de relacionar-se sejam mais empáticas.

Reconhecemos que esse tipo de História ainda é deixado de lado, conto em uma só mão os momentos em que isso foi discutido na minha graduação. No ano de 2016, na Semana Nacional de História de Cajazeiras, propus uma roda de conversa sobre saúde mental. Lá estiveram presentes os colegas da história, da enfermagem, da psicologia e, além disso, ainda tinham outras pessoas que acompanhavam a discussão mais de longe. No entanto, esperava que a participação fosse mais expressiva e numerosa, pois foi realizada uma divulgação significativa. Mas, sei que ainda é difícil falar sobre saúde mental, sobretudo em uma perspectiva historiográfica. Além disso, lembro-me da disciplina de Contemporânea III, cursada já nesta reta final da graduação com o professor Laércio, que deu um show na construção do seu plano de curso, incluindo a questão de pensar o adoecimento da sociedade na contemporaneidade ao colocar em pauta a discussão de partes da obra da Maria Rita Kehl (2015) “O tempo e o cão”, que acabou nos inspirando.

Tenho ciência de que esse momento das “considerações finais” acaba sendo conduzido, no fim das contas, apenas para realização do resumo final, dando legitimidade ao que já foi dito ao longo de todos os capítulos. Mas, desde cedo, odiava quando percebia que alguns professores, por exemplo, só davam aula com base nas informações já dadas

pelo livro. E eu pensava: mas, que chato, isso já está no livro. A aula virava apenas uma repetição. Então, não quero que essas considerações tratem apenas disso. Aqui, quero apresentar sim uma síntese do que foi feito ao longo desses capítulos, apontando seus “resultados”, mas em uma perspectiva mais sensível, que acredito ser mais condizente com nossa proposta. Sendo assim, não poderia ter deixado de lado os posicionamentos feitos acima, que apresentam o percurso até aqui.

Percebemos que os substitutivos de assistência à saúde mental nos interiores dos estados ainda não ganharam devida atenção na historiografia, sobretudo nos sertões. Essas discussões acerca da Reforma Psiquiátrica irromperam nos grandes centros, no eixo sul/sudeste, mas também se desenvolveram aqui no Nordeste, ainda que em menor grau. Dessa forma, é imprescindível a publicação de mais pesquisas que retratem como se delineou a História da Psiquiatria e da Loucura também nos sertões.

Pensar a nível local é lidar com o inesperado, com as discontinuidades e perceber que a historiografia não é homogênea. Dessa forma, pretendemos continuar buscando compreender como a psiquiatria, a loucura e a saúde mental foram se comportando e sendo percebidas ao longo da virada de século, dentro de contextos específicos, buscando fazer uma ponte com os espaços, os sujeitos e a instituição de atendimento.

Ao longo dessa escrita, compreendemos que é possível alcançar as configurações que se entrelaçam no tempo presente, quando identificamos o leque de possibilidades que a História nos oferece: seja a partir de uma leitura mais teórica, uma ida ao local de pesquisa, ao escutar uma música, ao ler um documento, em uma conversa com os pares, a família, os amigos, o vizinho, ou até mesmo naquela parada para o café que, às vezes, pode render mais do que imaginamos.

Ao trabalhar com as pautas do Movimento de Luta Antimanicomial, a partir do diálogo com os Relatórios dos Encontros Nacionais dos Trabalhadores em Saúde Mental, identificamos os embates que foram gestados na articulação dessa militância, com determinadas forças sociais que ainda requeriam a continuidade do tratamento tradicional e, sobretudo, privado. Em seguida, abordamos acerca da Reforma Psiquiátrica, buscando mostrar os elos com o Movimento, percebendo a importância do pensamento de Franco Basaglia nessa construção que culminou com a Lei Paulo Delgado, promulgada em 2001, como consequência desse processo.

Depois disso, ao tratarmos do CAPS enquanto Instituição sinalizadora desse processo de Reforma, pensamos na sua inauguração, em seus espaços e no seu funcionamento, e percebemos os confrontos que foram sendo gerados a partir dos conflitos entre membros da sociedade. As relações de poder que se delinearam em prol da inauguração do Centro ficaram nítidas no segundo capítulo, tendo em vista, em suma, a

relação da Universidade, da Prefeitura Municipal e da Secretaria de Saúde. A busca pelo pioneirismo por parte da gestão da cidade deflagra-se e ascende, em certa medida, sobretudo quando se apresenta a tentativa de diminuição do protagonismo da equipe extensionista da Universidade ao longo do processo de reivindicação da inauguração de um CAPS, em Cajazeiras, ao Ministério da Saúde e na solenidade de abertura.

Notamos a tentativa da instituição de buscar uma legitimidade no atendimento em saúde mental, sobretudo em seus anos iniciais, apontando seus enfrentamentos com a Clínica Santa Helena. Até hoje, fica claro que naquele momento o Centro estava tentando encontrar seu espaço na sociedade cajazeirense e que ainda havia fortes resquícios de preconceito.

Por último, optamos por falar sobre os prontuários médicos utilizados como fontes nesta pesquisa, justamente por conta da escassez de discussões como essas. Esse momento acabou sendo um relato de experiência de uma historiadora de primeira viagem, que vai em busca de perceber nessas fontes as relações de poder e as narrativas do sensível que dessem voz aos sujeitos que utilizam e fazem parte do CAPS. Nos deparamos com informações limitadas, mas que nos possibilitaram trazer um pouco de cada um dos quatro usuários que apresentamos. Ainda tentamos estabelecer o diálogo com a psicanálise, para pensar o tempo contemporâneo e o sujeito dessa época.

Sendo assim, buscamos permear entre o social e o sensível, pensando nas relações de poder que já vinham se estabelecendo desde a década de 1980, a nível nacional, e que se fortalecem em Cajazeiras somente a partir do processo que se desdobrou para inauguração do CAPS. Dialogamos também sobre a relação dos trabalhadores da instituição, da família e buscamos inserir a perspectiva dos usuários, mesmo que ainda intermediada pelo psiquiatra ou familiar.

Antes de finalizar este trabalho, é necessário enfatizar que esta pesquisa pretende contribuir com o desestímulo aos estigmas em relação aos sujeitos em sofrimento mental. Dessa forma, acreditamos que o uso de algumas palavras ainda carrega significados pejorativos, como o próprio termo “loucura” que consta desde o título da pesquisa e vai sendo utilizado ao longo dos capítulos. Sabemos que, desde a Luta Antimanicomial, na década de 1980, se dá preferência ao uso da expressão “saúde mental” ao invés de loucura/doença mental. No entanto, na maioria dos trabalhos, sobretudo historiográficos, como consta na pesquisa revisionista de Yonissa Marmitt: “[...] há uma clara preferência pelo uso do termo loucura nos trabalhos: aparece nos títulos de 39 dos 93 trabalhos, 32 vezes como palavra-chave e é referida 101 vezes nos resumos.” (2004, p. 128).

A palavra loucura, sendo mais ampla que as outras, foi utilizada por conta do seu alcance, que tende a abarcar diversas concepções. Considerando as metamorfoses do uso

da linguagem que foram sendo aplicadas dentro dessa temática e com o intuito de desmistificar o estigma em relação aos sujeitos em sofrimento mental, acreditamos que esse termo – fora de uma conscientização semântica e histórica – pode contribuir com esses preconceitos. Desse modo, propusemos que a palavra está imbuída de problematizações para que possamos perceber as (des)construções em cima do que se entende por loucura ao longo do tempo, pensando em sua historicidade, tendo o cuidado para não reproduzirmos os discursos preconceituosos, mesmo que sutilmente.

Para concluir, rememoro o artigo “Reforma Brasileira: muito a refletir”, que cito no primeiro capítulo, quando nele diz o seguinte:

O contexto político atual do Brasil, que se caracteriza por desmobilização geral das pessoas em torno de bandeiras de luta que não são novas e necessitam de permanente vigilância para que não ocorram retrocessos, foi um forte determinante de nossa decisão para proceder da reforma psiquiátrica. (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006, p. 211).

Assim, atentamos para o fato de que o estudo da loucura e da psiquiatria no tempo presente ainda está buscando espaço, mas que se faz urgente, tendo em vista os perigos de retrocesso que sempre rodeiam essa questão. É claro o número de teses e dissertações acerca dessa especialização que discutem a formação e estabelecimento da psiquiatria no Brasil, sobretudo entre 1890-1966 (WADI, 2014). Porém, esse realce acaba não se prolongando às discussões acerca da Reforma Psiquiátrica, por exemplo. As questões mais contemporâneas a nós ainda precisam ser desenvolvidas e consolidadas.

A História não pode ser escrita à margem do tempo presente, e a história recente da loucura, no Brasil, passa por uma viragem importante. A transformação proposta pela Reforma Psiquiátrica convoca os pesquisadores brasileiros a compreenderem a inscrição histórica da luta antimanicomial e demanda novas reflexões sobre o percurso das instituições psiquiátricas do país. (LIMA, HOLANDA, 2010, p. 587).

Não podemos nos deixar levar pelas conquistas que já foram adquiridas até então, temos que dar continuidade ao processo de luta contra uma cultura manicomial que ainda se faz presente nas instituições, na sociedade e nas representações midiáticas, revelando-se enquanto estigma sofrido pelos usuários.

Quando se substitui a pluralidade de perspectivas e ações pela uniformidade de uma única maneira de abordar a tarefa clínica, todos acabam perdendo. Apesar de todos esses anos de trabalho constante, a tensão entre essas duas atitudes persiste, e volta e meia se atualiza em confrontos no dia-a-dia da instituição. A difícil coabitação entre elas nos dá a noção exata do quanto a desconstrução do manicômio é um processo não-linear, complicado, em permanente guerra com a força da cultura

manicomial, que é pervasiva, que resiste, que é conservadora e que possui uma capacidade de regeneração impressionante. (GORBISIER, 2000, p. 285).

Espero que essa pesquisa ganhe novos sentidos, que suas lacunas sejam percebidas e talvez preenchidas, que as diversas possibilidades de se pensar a saúde mental na Paraíba e, mais especificamente, em Cajazeiras, apresentem-se sempre ao leitor, mostrando a grandiosidade desta temática, a infinidade que é a pesquisa histórica e os limites do historiador que, neste caso, é historiadora.

Saudações Antimanicomiais à todas e todos que lutam por um atendimento humanitário, aos sujeitos que passam por sofrimentos psíquicos e necessitam do atendimento em saúde mental. A vida é feita de pequenas revoluções cotidianas que fazem a diferença e fabricam as descontinuidades. A Reforma e a Luta continuam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2000.

AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio. A trajetória de Franco Basaglia. **Historia ciências saúde-manguinhos**, v. 1, p. 61-77, 1994.

ANDRIOLO, Arley. A "psicologia da arte" no olhar de Osório Cesar: leituras e escritos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 23, n. 4, p. 74-81, 2003.

ANGELI, Daniela. **Uma análise arqueológica dos discursos do movimento de luta antimanicomial no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/89382/233939.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 03 de jan. 2019.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Editora Geração, 2013

BARBOSA, V. F. B. *et al.* O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 178-189, 2016.

BRASIL, Constituição. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 20 de mar. 2019.

CERTEAU, Michel de. A operação historiográfica. *In*: CERTEAU, Michel de. **A escrita da história**, v. 2, p. 65-109, 1982.

CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, 2, Bauru, dez. 1987. **Manifesto**. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 2 de fev. 2019.

CORBIN, Alain. *et al.* Uma história quase impossível. Projeto História: **Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**, v. 19, 1999.

CORBISIER, Cláudia. A Reforma Psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. *In*: AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaio, subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**. *In*: O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo. 1986.

DAMIÃO. Intérprete e Compositor: Juçara Marçal. *In*: Encarnado. Intérprete: Juçara Marçal. Álbum LP, faixa 2, 2 min, 2014.

DE ROTERDÃ, Erasmo. **Elogio da loucura**. Nova Fronteira, 2011.

DIÁRIO do Sertão. **Após 38 anos clínica de Cajazeiras é fechada e proprietário diz: ‘Pacientes estão nas ruas’**. Disponível em: <https://www.diariodosertao.com.br/noticias/cidades/55735/apos-38-anos-clinica-de-cajazeiras-e-fechada-e-proprietario-diz-pacientes-estao-nas-ruas.html>. Acesso em: 20 de mar. 2019.

DO AVESSO. Intérprete e Compositor: Caê Rolfsen. *In*: Estação Sé. Intérprete: Caê Rolfsen. Álbum, faixa 3, 4 min, 2012.

ENCONTRO ESTADUAL DE CAPS, 1, JORNADA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL, 3, 2010. Olhares, Desafios e Perspectiva para a Saúde Mental. **[Relatório Final]** Universidade Federal de Campina Grande-CFP: Cajazeiras, 2010.

ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 5, 2001. **[Relatório Final]** Miguel Pereira, Rio de Janeiro: 2001. Disponível em: laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/9. Acesso em: 25 de fev. 2019.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)**. Editora Fiocruz, 2001.

FEITOSA, Adriana. **Relatório Final do projeto de Implantação e Implementação do Centro de Atenção Psicossocial**. PROBEX/UFCG: Cajazeiras, 2002.

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva. *et al.* Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. V. 21(61), p. 373-84, 2017.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**: na idade clássica. Perspectiva, 2014a.

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

FOUCAULT, Michel. **Ordem do discurso**. Edições Loyola, 2014b.

FRAGA, Maria de Nazaré; SOUZA, Ângela Maria; BRAGA, Violante Augusta. Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2006.

GILMAN, Charlotte Perkins. **O papel de parede amarelo**. Balão Editorial-Kroll. Tudrey & Yacubian, 2015.

GINZBURG, Carlo. O queijo e os vermes. **São Paulo: Companhia das Letras**, p. 15-34, 1987.

GUATARRI F; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografia do desejo. Petrópolis: Vozes, 1996.

KAFKA, Franz. **A metamorfose**. Companhia das Letras, 1997.

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão**: a atualidade das depressões. Boitempo Editorial, 2015.

LIMA, Andrea de Alvarenga; HOLANDA, Adriano Furtado. História da psiquiatria no Brasil: uma revisão da produção historiográfica (2004-2009). **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 10, n. 2, 2010.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; YASUI, Silvio. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Revista Saúde Debate*. Rio de Janeiro, V. 38, N. 102, p. 593-606, jul-set, 2014.

LIMA, Thalyta de Paula Pereira. **Retirando o Sujeito do Parêntese**: Um Estudo sobre o CAPS de Cajazeiras-PB. XIII Congresso Brasileiro de Sociologia, UFPE, Recife-PB. 2007.

MAIA, Rousiley CM; FERNANDES, Adélia B. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, Anpocs, v. 17, nº 48, p. 157-172, 2002.

MAIA, Thiago Henrique Sanches. **Subjetividade e loucura**: uma perspectiva antimanicomial. 2008.

MOREIRA, Luiz Eduardo; BULAMAH, Lucas Charafeddine; KUPERMANN, Daniel. Entre barões e porões: Amílcar Lobo e a psicanálise no Rio de Janeiro durante a ditadura militar. *Analytica*: **Revista de Psicanálise**, v. 3, n. 4, p. 173-200, 2014.

NUNES, Jeanine Maria Sobral; GUIMARAES, José Maria Ximenes e SAMPAIO, José Jackson Coelho. **A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial**. *Physis* [online]. 2016, vol.26, n.4, p.1213-1232.

OLIVEIRA, Cláudia Freitas de. **O asilo de alienados**: São Vicente de Paula e a institucionalização da loucura no Ceará (1871-1920). 2011. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. **Grupo operativo no hospital-dia: uma alternativa de atendimento em saúde mental**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1991.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. Construção dos Centros de Atenção Psicossocial do Ceará e invenção das práticas: ética e complexidade. Tese de doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1999.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. I Fórum de Saúde Mental do Alto Sertão Paraibano. **[Relatório Final]**. CFP/GPESC/UFCG, Cajazeiras: 2011.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de; *et al.* **Projeto de Extensão Expressão corporal: uma proposta de reabilitação psicossocial**. PROBEX/UFCG, Cajazeiras: 2004.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de; *et al.* **Projeto de Extensão Leitura de Textos: Histórias de Vida**. PROBEX/UFCG, Cajazeiras: 2005.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de; FORTUNATO, Maria Lucinete; FARIAS, Jamilton Alves Farias. **Implantação e Implementação do Centro Atenção Psicossocial de Cajazeiras numa Perspectiva Interdisciplinar**. Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras e Universidade Federal da Paraíba/UFPB/CFP/ETEMLEB. PROBEX: Cajazeiras, abr. 2001.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de; FORTUNATO, Maria Lucinete; ROCHA, Adriana Feitosa Nogueira M. Centro Atenção Psicossocial de Cajazeiras: Uma Nova Forma de Atenção em Saúde Mental. **Revista Eletrônica Extensão Cidadã**, v. 1, 2006.

PADOVAN, Maria Concepta. **As aparências enganam**: aspectos da construção da loucura feminina do Recife dos anos 1930-1945. Recife, 2012. 311 folhas Tese (doutorado) - UFPE, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em História. Recife, 2012.

PADOVAN, Maria Concepta. **As máscaras da razão**: memórias da loucura no Recife durante o período do Estado Novo (1937-1945). 2007. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

PADOVAN, Maria Concepta. **Demônios da rua e “anjos do lar”**: a mulher, o espaço urbano e a loucura no Recife das décadas de 1930-1945. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 25., 2009, Fortaleza. Anais do XXV Simpósio Nacional de História – História e Ética. Fortaleza: ANPUH, 2009.

PASSOS, Rachel Gouveia. Mulheres e Reforma Psiquiátrica: o lado esquecido da história. **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH**: São Paulo, julho 2011.

PEDROZA, Ariadne Pereira. *et al.* Articulação saúde mental e economia solidária: relato de projeto de inclusão social. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 2, 2012.

PEDROZA, Ariadne Pereira; OLIVEIRA, Francisca Bezerra de; FORTUNATO, Maria Lucinete; SOARES, Perla Figueiredo Carreiro. **Capacitação de Pacientes e Usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Cajazeiras (CAPS) – PB, para a utilização de resíduos sólidos na produção de artesanato**. 2012.

PELBART, P. P. **A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura**. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

PLATH, Sylvia. **A redoma de vidro**. Globo Livros, 1999.

PROENÇA, Emanuele Luiz. **Corpo-Santo: Pelos (Des) Caminhos Da Loucura No Brasil Do Século XIX**. 2012. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Espírito Santo.

RAGO, Margareth. **O efeito-Foucault na historiografia brasileira**. Tempo social, v. 7, n. 1/2, p. 67-82, 1995.

ROTELLI, F. A Instituição Inventada. **Revista per la Salute Mentale/ for Mental Health" 1/88 – do “Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia**. Disponível em: http://www.exclusion.net/images/pdf/47_bicoi_istitutiz.invent_po.pdf. Acesso em: 21 de fev. 2019.

SANTO, Wanda Espirito; ARAUJO, Inesita Soares de; AMARANTE, Paulo. Comunicação em saúde mental: análise discursiva de cartazes do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial do Brasil. **História, Ciências e Saúde**: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 453-471, 2016.

SANTOS, Nádía Maria Weber. **História de sensibilidades: espaços e narrativas da loucura em três tempos** (Brasil, 1905/1920/1937). Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2005.

SANTOS, Nádía Maria Weber. Loucura e sanidade psíquica, duas faces do desenvolvimento humano—alguns aspectos historiográficos (Brasil, 1808-2008). **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 1, n. 1, p. p. 61-72, 2013.

SANTOS, Nádía Maria Weber. NARRATIVAS DO SENSÍVEL: UMA BREVE HISTÓRIA DAS SENSIBILIDADES SOBRE A LOUCURA (SÉCULO XX—BRASIL). **Naveg@mérica. Revista electrónica de la Asociación Española de Americanistas**. 2010, n. 5.

SILVA, Alômia Abrantes da. **Paraíba, mulher-macho: Tessituras de Gênero, (desa)fiões da história (Paraíba, Século XX)**. 2008. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Pernambuco.

SILVA, J.C.C. e. **O trabalho de Enfermagem em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família**. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)- Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (UACV), Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2009.

SILVA, Victor Hugo Farias da. **Estratégias de cuidados por familiares de portadores de transtornos mentais severos residentes na zona rural do alto sertão paraibano**. 2013. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

TAVARES, C. M. M. *et al.* Análise de implementação de tecnologias de cuidar em saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial. *Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 342-350, dez. 2003.

VENTURINI, Ernesto. Prefácio à primeira edição. *In: AMARANTE, Paulo (org.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

VENTURINI, Ernesto. Saúde Mental e Direito: A Contenção em Psiquiatria. *In: VÊLOSO Thelma Maria Grisi; EULÁLIO, Maria do Carmo (org.). Saúde Mental: saberes e fazeres*. Editora da Universidade Estadual da Paraíba, 2006.

VIDAL, Laurent. Alain Corbin o prazer do historiador. **Revista Brasileira de História**, v. 25, n. 49, p. 11-31, 2005.

WADI, Yonissa Marmitt. Olhares sobre a loucura e a psiquiatria: um balanço da produção na área de História (Brasil, 1980-2011). **História Unisinos**, v. 18, n. 1, p. 114-135, 2014.

WADI, Yonissa Marmitt. **Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Editora da Universidade/ UFRGS, 2002.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar como voluntário (a) no estudo:

AS FACES DA LOUCURA NA CAJAZEIRAS DA PRIMEIRA DÉCADA DO SÉCULO XXI, coordenado pela professora **ROSILENE ALVES DE MELO** e vinculado à **UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES, UNIDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS (UACS)**.

Sua participação é voluntária e você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Este estudo tem por **objetivo analisar as implicações epistemológicas e socioculturais que inferem no diálogo acerca do “estado da questão” da loucura na primeira década do século XXI na cidade de Cajazeiras**. E se faz necessário **justamente para contribuir com os encaminhamentos das nossas próprias práticas a partir da análise da saúde mental em suas diversas formas de se apresentar na contemporaneidade, nos dando possibilidades de dar um retorno à sociedade**.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido (a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: **Serão elaboradas algumas perguntas que nos possibilitarão entender a questão da saúde mental em Cajazeiras pensando nas especificidades da experiência do entrevistado, seja ele paciente ou familiar, buscando perceber, em suma, o sensível**. Os riscos envolvidos com sua participação são: **Em se tratando dos riscos, pensando na subjetividade de cada entrevistado (a), existe o sentimento de constrangimento e/ou violação de aspectos que perpassam o universo privado de cada um. De todo modo, atentamos para o fato de que nosso diálogo tentará ser o mais cuidadoso possível, para que esse momento seja um construto positivo para ambos (participante e estudo científico) e caminharemos dentro dos preceitos éticos**. Os benefícios da pesquisa serão: **Esse estudo nos possibilita termos um contato mais próximo com as políticas públicas em torno da saúde mental na contemporaneidade e perceber a relação com a identidade e o sensível desses sujeitos históricos**.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de maneira que não permita a identificação de nenhum voluntário.

Se você tiver algum gasto decorrente de sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Você ficará com uma via rubricada e assinada deste termo e qualquer dúvida a respeito desta pesquisa, poderá ser requisitada a **ROSILENE ALVES DE MELO**, cujos dados para contato estão especificados abaixo.

Dados para contato com o responsável pela pesquisa

Nome: Rosilene Alves de Melo

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (CFP/CZ)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, S/n - Casas Populares, Cajazeiras – PB.

Telefone: (83) 988311410

E-mail: rosileneamelo@gmail.com

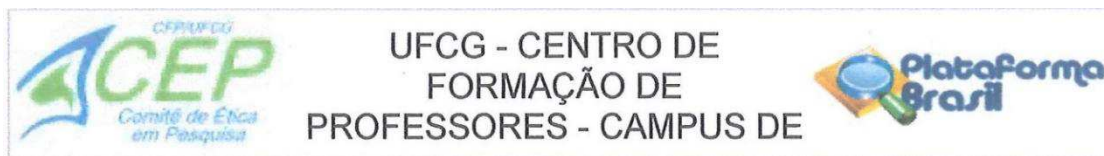
Declaro que estou ciente dos objetivos e da importância desta pesquisa, bem como a forma como esta será conduzida, incluindo os riscos e benefícios relacionados com a minha participação, e concordo em participar voluntariamente deste estudo.

LOCAL E DATA

Assinatura ou impressão datiloscópica do voluntário ou responsável legal

Nome e assinatura do responsável pelo estudo

APÊNDICE B –PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A FACE DA LOUCURA NA CAJAZEIRAS DA PRIMEIRA DÉCADA DO SÉCULO XXI.

Pesquisador: ROSILENE ALVES DE MELO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81541317.3.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.509.377

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo\pesquisa de caráter monográfico(TCC)cujo Título Público da Pesquisa é A FACE DA LOUCURA NA CAJAZEIRAS DA PRIMEIRA DÉCADA DO SÉCULO XXI

Objetivo da Pesquisa:

Este projeto tem como objetivo abrir o diálogo acerca do “estado da questão” da loucura na primeira década do século XXI na cidade de Cajazeiras.

É problematizar através da identificação dos sujeitos, dentro de suas particularidades, que foram diagnosticados dentro do quadro das doenças mentais, as mudanças que ocorreram na virada do século partindo do âmbito mundial/nacional e percebendo os reflexos disso em Cajazeiras.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em se tratando dos riscos, pensando na subjetividade de cada entrevistado (a) poderá existir o sentimento de constrangimento e/ou violação de aspectos que perpassam o universo privado de cada um. Nossa pesquisa irá permear, também, por uma história das sensibilidades que coloca em cena os sentimentos como imprescindíveis na produção historiográfica para que possamos perceber o homem em todas as suas modalidades do “ser”. Então esse será um ponto que devemos ter atenção para que não exista intimidação ou qualquer perturbação ao entrevistado.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

UF: PB

Telefone: (83)3532-2075

Município: CAJAZEIRAS

CEP: 58.900-000

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 2.509.377

De todo modo, atentamos para o fato de que nosso diálogo tentará ser o mais cuidadoso possível, para que esse momento seja um construto positivo para ambos (participante e estudo científico). Caminharemos dentro dos preceitos éticos buscando zelar pelo outro a partir das especificidades de cada entrevistado (a). Benefícios: Podemos, através desse estudo, ressignificar nossas próprias práticas enquanto seres históricos, sociais, culturais, políticos, percebendo a saúde mental em suas diversas formas de se apresentar. Contribuirá para o diálogo entre os diversos campos de saber. Pensaremos nas políticas públicas e em como elas estão se desenrolando. Essa é uma das maneiras que a pesquisa científica (pensando em seus objetivos/métodos/finalidades) possa dar um retorno a sociedade e, de fato, contribuir com o desenrolar histórico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante como contribuição a historiografia da cidade de Cajazeiras, assim como conhecimento para pensar políticas públicas de saúde mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

os termos estão devidamente apresentados, TCLE, Anuência, Termo de Responsabilidade e cronograma de intervenção ou pesquisa oral. etc.

Recomendações:

Sem Recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_797905.pdf	22/12/2017 16:06:49		Aceito
Cronograma	cronogramacep.pdf	22/12/2017 16:06:17	ROSILENE ALVES DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	tcle.pdf	19/12/2017 01:26:08	ROSILENE ALVES DE MELO	Aceito

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 2.509.377

Ausência	tcle.pdf	19/12/2017 01:26:08	ROSILENE ALVES DE MELO	Aceito
Outros	termocompromissoeresponsabilidade.pdf	19/12/2017 01:25:50	ROSILENE ALVES DE MELO	Aceito
Outros	termodeanuencia.pdf	19/12/2017 01:25:10	ROSILENE ALVES DE MELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	09/12/2017 14:17:16	ROSILENE ALVES DE MELO	Aceito
Folha de Rosto	folhapdf.pdf	08/07/2017 14:56:40	ROSILENE ALVES DE MELO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 23 de Fevereiro de 2018

Assinado por:

Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Paulo Roberto de Medeiros:
Coordenador
CEP/CFP/UFMG

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

ANEXO – DESENHO DE ALBINO BRAZ

Desenho de Albino Braz, sem título na mostra “Histórias da loucura: desenhos do Juquery”, em cartaz no MASP no ano de 2015.



Fonte: Albino Braz (MASP), 2015.