

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

JULIANA LUCENA VIEIRA DE LIMA

**PERCEPÇÃO DE MORADORES(AS) DO TERRITÓRIO DE COBERTURA DE UM
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM RELAÇÃO À LOUCURA**

**Recife
2020**

JULIANA LUCENA VIEIRA DE LIMA

PERCEPÇÃO DE MORADORES(AS) DO TERRITÓRIO DE COBERTURA DE UM
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM RELAÇÃO À LOUCURA

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção de grau de Mestre em Ciências.

Orientadora:

Prof. Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel

Coorientadora:

Prof. Dra. Camila Pimentel Lopes de Melo.

Recife

2020

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

L732r Lima, Juliana Lucena Vieira de.
Percepção de moradores(as) do território de cobertura de um Centro de Atenção Psicossocial em relação à loucura/ Juliana Lucena Vieira de Lima.— Recife: [s. n.], 2020.

107 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Idê Gomes Dantas Gurgel; coorientadora: Camila Pimentel Lopes de Melo.

1. Estado de loucura. 2. Saúde Mental. 3. Serviço de saúde mental. 4. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. I. Gurgel, Idê Gomes Dantas. II. Melo, Camila Pimentel Lopes de. III. Título.

CDU 616.89

JULIANA LUCENA VIEIRA DE LIMA

PERCEPÇÃO DE MORADORES(AS) DO TERRITÓRIO DE COBERTURA DE UM
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM RELAÇÃO À LOUCURA

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção de grau de Mestre em Ciências.

Data de aprovação: 2 de março de 2020.

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Camila Pimentel Lopes de Melo.
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Prof^o Dr^o Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Daniele Cristine Cavalcanti Rabelo
Centro Universitário Uninassau

AGRADECIMENTOS

Com uma certa dificuldade em me colocar em primeiro lugar confesso que na construção dos agradecimentos, a primeira pessoa que me passou a mente foi eu mesma. Passar por essa experiência não foi fácil e descobrir, através da vivência, o quão solitário é esse processo é de um certo desespero. O trabalho acadêmico me colocou em um lugar de reflexão constante sobre como nós devemos ser suficientes para alcançarmos aquilo que desejamos. E de compreender que, apesar dos contextos por vezes adversos, nos alimentamos dos afetos e das forças de uma rede de amigos(as) e familiares que dá a sustentabilidade necessária para seguirmos em frente. Então, gostaria, em primeiro lugar de me agradecer e reconhecer que apesar dos inúmeros desafios - nesses longos dois anos - consegui chegar até aqui.

A essa capacidade de me reconhecer nesse processo agradeço a minha terapeuta Fabiana de Barros Lima que me fez encontrar dentro de mim uma mulher capaz de tantas coisas, inclusive da conquista desse mestrado. Fabi, sem você ao meu lado nestes últimos dois anos, abrindo diversas janelas de reflexão, talvez eu não tivesse conseguido me enxergar e acreditar no meu potencial. Te agradeço pelas nossas sessões suaves e delicadas no início e um pouco mais duras ao longo do tempo (vai com calma, haha).

Mas, como diria Maria Bethânia “... não mexe comigo que eu não ando só”, preciso agradecer a tantas pessoas que direta e indiretamente estão presentes aqui nesse trabalho que, apesar de solitário é, sem dúvida, coletivo. Agradeço a minha família minha irmã, minha mãe e minha madrastra por estarem sempre ao meu lado, mas em especial, agradeço ao meu pai que desde os meus nove anos esteve ao meu lado.

Às amigas Halina, Jacke e Gi que sempre foram meus ouvidos nos momentos de desespero. Aos meus amigos de mestrado João, Joca, Diego, Jusol, Aryca e Raí por compartilhar das dúvidas e incertezas nesse processo e por avançarmos nessa construção justos e juntas. A Camila Castro pelas diversas vezes que parou para ouvir minhas dúvidas - não foram poucas - me ajudou muito, gratidão.

Agradeço à Renata, companheira que escolhi compartilhar a vida, que abdicou horas de sono e mais do que me ajudar - em todos os sentidos - viveu e partilhou das minhas angústias acadêmicas. Vivi, você me deu o amor, carinho e compreensão que precisei para fechar esse ciclo. Aproveito para agradecer a Libela Maria, a cachorrinha mais inteligente e estudiosa sobre

saúde mental em linha reta da américa latina, pelas horas estudando comigo, no meu pé ou deitada em frente ao computador, me forçando parar a escrita para coçá-la.

Agradeço a militância por ter me forjado essa mulher com uma maior compreensão sobre as crueldades do mundo capitalista, racista, patriarcal e manicomial em que vivemos, o que me faz sofrer muito mais hoje, mas continuamos na luta juntos e juntas.

Agradeço a minha banca de qualificação que foi um momento divisor de águas nesse processo de pensar a minha dissertação; me trazendo para a realidade. Portanto, agradeço ao professor Artur Perrusi e a professora Tereza Cristina, primeiro por ter aceitado participar da qualificação e segundo pelas incríveis contribuições. Agradeço ainda a Daniele Cristine por ter aceitado compor a banca de defesa, apesar dos prazos curtíssimos. Desculpa, Dani, haha.

À Karin Cristiane, gerente do CAPS David Capistrano que me recebeu e me acolheu para a realização do campo empírico desta pesquisa; e aos moradores da região. À Tiago, técnico de referência da RT do David Capistrano, que me acolheu e viabilizou parte da coleta de dados dessa pesquisa.

Por fim, agradeço ao Instituto Aggeu Magalhães e a minha orientadora Camila Pimentel por ter aturado minhas diversas mudanças no objeto de estudo e ter compreendido o prazo apertado na reta final do mestrado.

“...Eu não estou interessado
Em nenhuma teoria
Nem nessas coisas do oriente
Romances astrais
A minha alucinação
É suportar o dia-a-dia
E meu delírio
É a experiência
Com coisas reais.”

(BELCHIOR, 1976)

RESUMO

LIMA, Juliana Lucena Vieira de. **Percepção de moradores(as) do território de cobertura de um centro de atenção psicossocial em relação à loucura**. 2020. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

As sociedades do mundo ocidental relacionam-se com a loucura de acordo com as concepções dominantes da psiquiatria moderna. Entretanto, a loucura foi percebida de forma diferente ao longo da história. O que se denomina loucura hoje já foi considerado em outros tempos sinal de sabedoria, conhecimento profundo de si, capacidade de comunicação com os espíritos, pecados, aflições religiosas, entre outras. A forma totalitária que a ciência psiquiátrica assumiu sobre a loucura - negando as outras formas de conhecimento que não seguem suas regras metodológicas - reduziu as esferas leigas à categoria de crenças ou superstições, invalidando essa forma de conhecimento. Este estudo teve como temática o saber do senso comum em um país periférico acerca da loucura. Para isso, apresentou como objetivo geral analisar a percepção em relação à loucura de moradores(as) do território de cobertura de um Centro de Atenção Psicossocial e como objetivos específicos descrever os significados que os(as) moradores(as) atribuem a loucura; identificar como os(as) moradores da região compreendem o CAPS e o Hospital Psiquiátrico; investigar processos comunitários que possam influenciar na construção dos significados dos(as) moradores(as) sobre a loucura. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com utilização de métodos etnográficos, como: a entrevista e a observação. Os resultados dos significados atribuídos a loucura pelas racionalidades leigas foram divididos em três categorias. A primeira era relacionada às causas. Nela, os discursos apresentaram-se permeados tanto por um saber científico quanto por outros saberes, por exemplo, o religioso. A categoria sobre as características atribuídas à imagem da loucura evidenciou significados mais próximos do saber psiquiátrico. Por fim, a categoria relativa ao tratamento/cuidado da loucura apresentou narrativas consonantes com as ideias da Reforma Psiquiátrica brasileira. Em síntese, a pesquisa encontrou que o senso comum apresenta significados permeados por diversos universos causais que concorrem para a explicação acerca da loucura.

Palavras chave: Racionalidades Leigas. Loucura. Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

LIMA, Juliana Lucena Vieira de. **Perception of residents of the coverage territory of a psychosocial care center in relation to madness**. 2020. Dissertation (Academic Master in Public Health) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2020.

Societies in the Western world are related to madness according to the dominant conceptions of modern psychiatry. However, madness has been perceived differently throughout history. What is called madness today was once considered a sign of wisdom, deep knowledge of oneself, ability to communicate with spirits, sins, religious afflictions, among others. The totalitarian form that psychiatric science took on madness - denying other forms of knowledge that do not follow its methodological rules - reduced the lay spheres to the category of beliefs or superstitions, invalidating this form of knowledge. This study had as its theme the knowledge of common sense in a peripheral country about madness. For that, it presented as a general objective to analyze the perception in relation to the madness of residents of the territory covered by a Psychosocial Care Center and as specific objectives to describe the meanings that the residents attribute to madness; identify how the residents of the region understand the CAPS and the Psychiatric Hospital; investigate community processes that can influence the construction of the meanings of residents about madness. It is qualitative research using ethnographic methods, such as: interview and observation. The results of the meanings attributed to madness by lay rationalities were divided into three categories. The first was related to causes. In it, the speeches were permeated by both scientific knowledge and other knowledge, for example, religious. The category on the characteristics attributed to the image of madness showed meanings closer to psychiatric knowledge. Finally, the category related to the treatment / care of madness presented narratives in line with the ideas of the Brazilian Psychiatric Reform. In summary, the research found that common sense has meanings permeated by several causal universes that contribute to the explanation about madness.

Keywords: Lay Rationalities. Madness. Psychosocial Care Center.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
AIH	Autorizações de Internação Hospitalar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEMPI	Centro Especializado Médico Psicopedagógico Infantil
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CF 88	Constituição Federal de 1988
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CPTRA	Centro de Prevenção Tratamento e Reabilitação de Alcoolismo
CT	Comunidades Terapêuticas
DISAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DRU	Desvinculação das Receitas da União
DS	Distrito Sanitário
DSS	Determinantes e Condicionantes da Saúde
DVFO	De volta a Família de Origem
EAA	Equipe de Ação Avançada
EC-29	Emenda Constitucional nº29
HUP	Hospital Ulysses Pernambucano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MDB	Movimento Democráticos Brasileiro
MR	Microrregião
MRP	Movimento pela Reforma Psiquiátrica
MRS	Movimento pela Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
MTST	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPPE	Núcleo de atenção psicossocial de Pernambuco
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NIAPSA	Núcleo de Atendimento Psicossocial ao Adolescente
NOB	Norma Operacional Básica
PE	Pernambuco
PEC	Proposta de Emenda Constitucional

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSDB	Partido da Socia Democracia Brasileira
PSF	Programa de Saúde da Família
PSL	Partido Social Liberal
PSM	Política de Saúde Mental
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
RPA	Regiões Político Administrativas
RT	Residências Terapêuticas
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modalidades dos CAPS	34
Figura 2 -	Divisão dos Distritos Sanitários do Recife	48
Figura 3 -	Perfil dos bairros	53
Figura 4 -	Caracterização dos(as) moradores(as) entrevistados(as)	57

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVO GERAL	20
2.1	OBJETIVOS ESPÉCIFICOS	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1	ENTRE CONSTRUÇÕES E DESCONSTRUÇÕES: SUS, REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	21
3.1.1	Reforma Psiquiátrica brasileira: construindo a crítica ao modelo manicomial	24
3.1.2	Construindo a Rede de Atenção Psicossocial: as propostas da Reforma Psiquiátrica como Política de Saúde Mental no país	32
3.2	O ADOECIMENTO MENTAL A PARTIR DAS RACIONALIDADES LEIGAS	36
3.2.1	Compreendendo a categoria Racionalidade Leigas	36
3.2.2	O saber popular: sobre uma epistemologia válida	37
3.2.3	Perspectiva biomédica: a psiquiatrização da sociedade	40
3.2.4	Doença Mental versus Loucura: origens e características	43
3.2.5	Brasil, um dos quartos de despejo do norte colonial	45
3.3	HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO RECIFE	48
3.3.1	Cenário recifense contemporâneo	48
3.3.2	Contexto histórico da saúde mental no Recife	49
3.3.3	Região do CAPS David Capistrano	52
4	METODOLOGIA	54
4.1	LOCAL DO ESTUDO	55
4.2	SUJEITOS(AS) DO ESTUDO	56
4.3	INSTRUMENTOS DA PESQUISA	58
4.4	COLETA DOS DADOS	60
4.5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	62
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	64
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	64

5.1	EXPERIÊNCIAS PESSOAIS COM A LOUCURA: TRANSFORMANDO AS VIVÊNCIAS EM CONHECIMENTO E MUDANÇA DE COMPORTAMENTO	65
5.2	PERCEPÇÕES E REGISTROS DO CAMPO EMPÍRICO	67
5.3	AS CAUSAS DA LOUCURA	68
5.3.1	Elementos genéticos e hereditários	69
5.3.2	Elementos religiosos	70
5.3.3	Elementos sociais (trabalho, estudo, família, estresse)	70
5.3.4	Elementos pessoais	71
5.3.5	A loucura é multicausal: o senso comum em busca de significados	72
5.4	AS CARACTERÍSTICAS ATRIBUÍDAS À IMAGEM DA LOUCURA	75
5.4.1	Relacionadas ao comportamento	76
5.4.2	Relacionadas à aparência	77
5.4.3	Relacionadas à desrazão	78
5.4.4	Relacionadas à tutela	78
5.4.5	Loucura tem cara? percepção das racionalidades leigas sobre a imagem da loucura	79
5.5	TRATAMENTO/ CUIDADO DA LOUCURA	82
5.5.1	Cuidado no território: CAPS	82
5.5.2	Modelo asilar: hospital psiquiátrico	83
5.5.3	O saber leigo e as percepções sobre o tratamento da loucura	85
6	CONCLUSÃO	88
	REFERÊNCIAS	89
	APÊDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA MORADORES(AS)	199
	APÊNDICE B -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	100
	ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	102

1. INTRODUÇÃO

Uma das grandes inquietações propulsora para realização deste trabalho foi a curiosidade em descobrir como o senso comum tem percebido, na atualidade, a loucura. Neste estudo, os termos “louco(a)” e “loucura” são utilizados tanto como categorias socialmente construídas - resultantes da estigmatização, discriminação e produção ideológica que, nesse caso, dada a carga social e histórica da palavra as utilizarei entre aspas. Mas, também, faço uso estratégico de tais termos, apontando para um conceito político, cultural e social construído nos últimos quarenta anos no país através da luta antimanicomial, que possibilitou a (re)significação desses sujeitos(as) - para além de estereótipos de perigoso e irracional - para um ser social com subjetividades e desejos capaz de ser protagonista da sua história.

Esse trabalho apresenta como cenário uma sociedade que iniciou seu processo de Reforma Psiquiátrica (RP) há pouco mais de quarenta anos e continua na disputa epistemológica, jurídico política, técnico assistencial e cultural associada à loucura. O Movimento pela Reforma Psiquiátrica (MRP) faz uma crítica ao tratamento centrado no hospital psiquiátrico há décadas no país e no mundo; questiona o saber da psiquiatria moderna; tenta garantir maior visibilidade ao sofrimento mental na sociedade, desmistificando certos estereótipos inscrito na imagem da loucura; defende a construção de uma rede específica para a demanda do sofrimento psíquico; cria possibilidades de diálogo sobre o tema com a população através de movimentos sociais, arte, serviços de saúde, cultura etc. (AMARANTE; TORRE, 2010).

Após anos de atuação deste movimento, algumas foram as conquistas para o campo da saúde pública referente ao atendimento da população com transtornos mentais no país, a saber: conquista da lei federal nº 10.216 que redirecionou o modelo de atenção em saúde mental; fechamento de hospitais psiquiátricos em todo o país; desinstitucionalização de pessoas do manicômio; construção de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); implementação de um dispositivo responsável pelo acolhimento da crise no território, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); o Programa de Volta Pra Casa; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); dentre outros.

Do início do MRP até os dias atuais, resumidamente, apresento-lhes o cenário político do país. Teve-se a presença dos governos de Fernando Henrique Cardoso (PSDB), Luís Inácio Lula da Silva (PT), Dilma Rousseff (PT) e Jair Messias Bolsonaro (PSL). Da década de 1980 até o ano de 2016, expressivos avanços ocorreram no campo da saúde mental no país no sentido de construção de uma rede de saúde extra-hospitalar. Em contraposição, destaco que, a partir

do ano de 2016 com o governo de Michel Temer (PMDB), iniciou-se uma interrupção dessa mudança e deu-se passos para trás na construção tanto do SUS, bem como da saúde mental do país. Considero, portanto, que o governo de Jair Messias Bolsonaro vem dando continuidade a este desmonte (DELGADO, 2019).

Listo, grosso modo, os principais ataques que ocorreram a saúde mental de 2016 a 2019 no país. Um dos primeiros retrocessos no campo da saúde mental foi a aprovação da Emenda Constitucional (EC)¹ 95 que já vem produzindo consequências de desconstrução do SUS; teve-se também o processo de modificação da PNAB²; ampliação do financiamento dos hospitais psiquiátricos; redução do cadastramento de CAPS; restauração da centralidade do hospital psiquiátrico e ampliação do financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas, dentre outros (DELGADO, 2019).

O período de 2016 a 2019 tem sido o mais hostil para o campo da saúde mental brasileira desde a década de 80 e o cenário atual do país é, ainda, de centralidade no Hospital Psiquiátrico, porém, este convive com uma rede extra-hospitalar que tenta sobreviver aos ataques do que Mello (1981) chamou de “indústria da loucura”.

Apesar destes desafios e como resultado dessa transformação do cuidado em saúde mental alcançada pela luta do MRP, teve-se a implementação do CAPS (portaria/GM nº 336/2002) por todo território nacional. Este dispositivo atua de forma territorializada através de ações que envolvem as redes sociais, buscando inserção de seus(as) usuários(as) no território. Em Recife, em 1996, ocorreu o surgimento do primeiro CAPS e, ao longo dos anos, outros serviços foram sendo implementados, totalizando, hoje, dezessete CAPS no município. Cada dispositivo deste apresenta uma região de cobertura sob sua responsabilidade e presta o atendimento especializado em saúde mental as pessoas da região (MAIA, 2017).

A cidade do Recife divide-se em seis Regiões Político Administrativas (RPA) e oito Distritos Sanitários (DS), cada DS possui um ou mais CAPS para realizar o acolhimento a demanda do sofrimento psíquico. No DS VI existem dois destes dispositivos, um deles é o CAPS David Capistrano que apresenta uma região de cobertura composta por três bairros da cidade: o Ibura, o Ipsep e a Imbiribeira. Esta região foi o local de realização dessa pesquisa (MAIA, 2007).

¹ A EC 95 é hoje a PEC 241.

² Sobre a mudança da PNAB, sugere-se o artigo MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro de; ANDRADE, Gabriella Carrilho Lins de. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios**. Rio De Janeiro, v. 42, Número Especial 1, P. 38-51, setembro 2018

O CAPS David Capistrano localiza-se no bairro do Ipsep há mais de quinze anos e realiza ações voltadas para o cuidado das pessoas com transtornos mentais no território. Tempo este que pode ter trazido às pessoas do território reflexões acerca da loucura; já que esta constitui uma nova forma de cuidado territorializada que acontece nos cenários de vida das pessoas com transtornos mentais. Nesta perspectiva, partindo da premissa de que os significados associados à loucura são construções socioculturais (BASTIDE, 1967; FOUCAULT, 1978), pretendo descobrir, diante de tal contexto, quais os significados que as racionalidades leigas da região estudada atribuem à loucura.

A partir disso, apresento os seguintes questionamentos: quais os significados que os(as) moradores(as) do território de cobertura do CAPS David Capistrano atribuem a loucura? Os(as) moradores(as) conhecem o CAPS e o manicômio? Existe alguma característica singular nessa região na forma de perceber a loucura? É possível perceber influências de processos comunitários (CAPS, USF, movimentos sociais, lideranças comunitárias) na percepção desses(as) moradores(as) sobre a loucura? Essas são algumas das perguntas que pretendo responder com a realização desse estudo.

É inegável que o campo do sofrimento mental, no ocidente, está povoado de diferentes formas de significados, podendo estes serem compostos por um ou mais conceitos atribuídos a loucura ao longo da história. Nesse sentido, a loucura vai desde algo mágico e religioso até uma incapacidade, periculosidade, desvio moral. Estas últimas características foram criadas pela psiquiatria moderna e são as categorias pelas quais as racionalidades biomédicas caracterizam a doença mental, passando a ser incorporadas nas sociedades ocidentais no processo de modernização (ALVES, 2017; AMARANTE, 2017; OLIVEIRA, 2009).

Cada cultura tem suas peculiaridades na forma de perceber a loucura (ALVES, 2017) e aqui interessa investigar o que o senso comum de uma cidade do nordeste do Brasil, após quarenta anos de reforma psiquiátrica no país e quinze anos de cuidado realizado no território pelo CAPS, pensa sobre loucura. A justificativa para essa pesquisa está não só na necessidade em valorizar conhecimentos populares, principalmente em um contexto de sociedade periférica - categoria que aprofundo ao longo do trabalho - como também por compreender que ao darmos expressão às vozes do senso comum e entendermos as suas concepções, cria-se, com isso, espaços de diálogo e autonomia, produzindo significados de realidades concretas que podem servir como informações necessárias para a reconstrução do sistema de saúde mental.

Os conhecimentos do senso comum é objeto de interesse dos intelectuais há mais de 50 anos. No campo da psicologia, Serge Moscovici postulou a existência das representações sociais; sua pesquisa tratava de como os conceitos da Psicanálise deixam seu território original,

povoado por especialistas, e passam a integrar o pensamento comum, presente na vida cotidiana das pessoas. Nas últimas décadas, a ciência social da saúde tem estudado o senso comum associado a saúde e doença. Este campo de pesquisa reconhece a importância analítica do saber leigo para conhecer as práticas e as concepções socialmente construídas sobre saúde e doença.

Por tanto, com o objetivo de analisar os significados que o senso comum atribui à loucura, esta dissertação está dividida em três partes, são elas: a primeira diz respeito a problematização dos objetivos através do marco teórico; a segunda se refere aos caminhos metodológicos percorridos; e a terceira se restringe à apresentação dos resultados obtidos e à discussão, confrontando-a com o arcabouço teórico.

A primeira seção dessa dissertação centrou-se na análise da história do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Política de Saúde Mental (PSM) fazendo um diálogo crítico com a história da loucura e da psiquiatria moderna; tentando sempre relacionar os acontecimentos com seus contextos históricos e políticos para compreender a doença mental não enquanto um dado da natureza, mas sim como uma construção social. A partir dessa análise foi possível compreender o processo de surgimento da RP, o que significa esse movimento, a crítica feita por ele ao saber psiquiátrico e quais as conquistas dessa luta dentro do campo da saúde mental no país.

Ainda na primeira parte, porém agora da segunda seção do marco teórico, realizo uma reflexão acerca da categoria das racionalidades leigas, suas origens e significados. Em seguida, apresento o saber do senso comum como uma epistemologia válida, resgatando a valorização das pluralidades epistemológicas. Para isso, baseei-me em Foucault (1978, 2003a, 2003b) sua afirmação de que uma teoria não substitui outra pelo fato de ser superior; não existe uma sobreposição de saber, ou seja, a ciência não é algo linear e hierárquico.

Ainda nessa seção, descrevo a relação do saber leigo com a saúde mental, isto é, a forma como a população atribui significados a loucura. Mais adiante, exploro a perspectiva biomédica sobre o adoecimento mental e como no século XX o conceito sobre doença mental foi expandido a uma grande variedade de comportamentos humanos, levando a uma psiquiatrização das sociedades ocidentais (CASTEL, 1976) e medicalização da vida (ILLICH, 1975; CONRAD; SHNEIDER, 1992). Por fim, destaco os significados do Brasil ser um país periférico, compreendendo as características das sociedades periféricas e como isso interfere na autonomia econômica, política e cultural desses países (WALLERSTEIN, 2011; SENE, 2018).

Nesta terceira seção, descrevo o cenário recifense que apresenta uma população estimada, segundo IBGE (2017), de 1.633.697 pessoas, e destas 53,34% corresponde a

população feminina. O município é subdividido em 94 bairros, aglutinados em seis regiões RPAs e oito DS. Além disso, realizo um resgate sobre seu contexto histórico com relação a implementação da RAPS na cidade, desde o processo inicial - a cidade era conhecida pelo parque hospitalar que existia - até a construção paulatina desta rede; dos cenários iniciais até a sua composição na atualidade. Em seguida, descrevo um pouco a região do DS VI, local de realização do campo empírico dessa pesquisa, finalizando, assim, a primeira parte dessa dissertação.

No que tange à segunda parte, elucido os pressupostos metodológicos da pesquisa; o tipo de estudo; as pessoas que participaram e tornaram a realização dessa dissertação possível; o território de cobertura do CAPS David Capistrano que me acolheu; os instrumentos para coleta dos dados utilizados para alcançar o objetivo de analisar os significados atribuídos pelos(as) moradores(as) da região sobre a loucura; a técnica utilizada para analisar os dados; e os aspectos éticos da pesquisa

Por fim, a terceira e última parte diz respeito a apresentação dos resultados obtidos a partir de seis entrevistas em profundidade - abrangendo moradores(as) dos três bairros de cobertura do CAPS - efetuadas a partir de uma amostra diversificada de homens e mulheres; que trouxe os significados que os participantes da pesquisa associaram à loucura. A discussão vem logo em seguida, relacionando os achados deste estudo com outros, discutindo as categorias empíricas a partir de categorias teóricas. Nas considerações finais, realizei uma síntese acerca dos resultados obtidos nesse estudo, trazendo algumas reflexões possíveis sobre a temática proposta.

2. OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção em relação à loucura de moradores(as) do território de cobertura de um Centro de Atenção Psicossocial.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever os significados que os(as) moradores(as) atribuem à loucura;
- b) Identificar como os(as) moradores da região compreendem o CAPS e o Hospital Psiquiátrico;
- c) Investigar processos comunitários que possam influenciar na construção dos significados dos(as) moradores(as) sobre a loucura.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. ENTRE CONSTRUÇÕES E DESCONSTRUÇÕES: SUS, REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

O Sistema Único de Saúde brasileiro é uma grande conquista da sociedade civil, que se materializou através da Constituição Federal de 1988 (CF88), documento que marcou o processo de redemocratização no país. Alguns estudos do campo da saúde pública (PAIM, 2008; PAIVA; TEIXEIRA, 2014; MENICUCCI, 2014) trazem uma perspectiva histórica e analítica sobre a saúde no período anterior e posterior a existência do SUS. Estudos como estes auxiliam a compreender o momento histórico, sociopolítico, socioeconômico etc. que o país se encontrava e as influências de tais contextos nesse processo de luta e implantação de uma saúde pública e universal no Brasil.

Tais escritos evidenciam, percebemos que no que se refere ao período que antecede a existência do SUS - no qual a saúde não era um direito de toda a população brasileira, mas sim apenas daqueles(as) considerados(as) trabalhadores(as) formais, que tinham carteira assinada – que a (des)organização do sistema de saúde pode ser caracterizada pela duplicidade do sistema entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor realizava ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores(as) formais e acontecia, quase que exclusivamente, no meio urbano, estando sob responsabilidade dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Já a saúde pública, a cargo do Ministério da Saúde (MS), voltava suas ações - de caráter preventivo - para as zonas rurais e setores mais pobres da população (OLIVEIRA, 2012).

Desse modo, a assistência à saúde durante o regime autoritário³, que teve duração de vinte e um anos, era excludente, centralizadora e curativista. Nesse período da história brasileira, ocorreu um grande incentivo à expansão do setor privado dentro da saúde, com abertura ao capital estrangeiro, bem como a contenção de salários e proibição de greves. No campo social e político, os direitos dos opositores ao regime foram cassados e o sistema político passou por uma reformulação com a criação do bipartidarismo (Arena e MDB) e com a

³ Não se tem pretensão com este estudo em realizar o resgate clássico do surgimento das políticas de saúde no Brasil (Brasil colônia até o surgimento do SUS), porém, para mais informações ver OLIVEIRA, André Luiz de. **História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS**. Encontros Teológicos nº 61 Ano 27 / número 1 / 2012, p. 31-42.

submissão do congresso aos interesses do poder Executivo, a partir da decretação de Atos Institucionais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Frente a insatisfação de parte da sociedade brasileira diante do regime autoritário vigente, ocorreu, na segunda metade da década de 1970, um período de grande efervescência dos movimentos sociais contra a ditadura. Conhecido como o movimento pelas 'Diretas já', essa grande mobilização em defesa das eleições diretas era composta por organizações com variadas bandeiras de luta. Dentre estas, o movimento da sociedade civil organizada na luta por uma saúde pública e universal demarca o início da organização do chamado Movimento pela Reforma Sanitária brasileira (MRS). As pessoas que estavam nas ruas contra a ditadura e a favor da saúde compreendiam que só era possível conquistar um sistema de saúde público e equânime a partir da retomada da democracia no país (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A luta em defesa da saúde pública, portanto, tem o MRS como o grande protagonista, sendo este composto por diversas entidades, como exemplo o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) (PAIM, 2008). Como resultado dessa luta tem-se a aprovação do capítulo da saúde na CF88, especificado nos artigos 196 a 201. O texto base aprovado no congresso foi construído a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde⁴, espaço de participação social. Esta conquista é uma grande vitória da população brasileira que passa a ter, pelo menos no nível legislativo, direito à saúde e esta deve ser garantida pelo Estado brasileiro. Isto é,

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 63).

A base legal do SUS é constituída principalmente por três documentos a CF 88, a Lei 8.080/1990 e a Lei 8.142/1990. Através desta legislação, define-se a saúde como um pilar da seguridade social; a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo território brasileiro; além das transferências intergovernamentais de recursos financeiros e a participação social. Em decorrência da ampliação do conceito de saúde, apresentado no relatório final da 8ª Conferência de saúde, foram estabelecidos princípios e diretrizes para o SUS. Sendo seus princípios a universalidade, equidade e integralidade e suas diretrizes descentralização, regionalização e hierarquização e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Sobre o conceito de saúde entende-se:

⁴ Para um melhor entendimento, indica-se a leitura do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

A CF88 ficou conhecida como a constituição cidadã, pois, através do capítulo da seguridade social, garante direitos - nunca conquistados pelos(as) cidadãos(ãs) brasileiros - básicos e universais de cidadania, “assegurando o direito à saúde pública, definindo o campo da assistência social, regulamentando o seguro-desemprego e avançando na cobertura da previdência social” (MARQUES; MENDES, 2005, p. 20). Dessa forma, pode-se dizer que a seguridade social, composta pelo tripé da saúde, previdência e assistência - configura-se - como um pacto de solidariedade (SPOSATI, 2018) entre a sociedade brasileira.

Entretanto, após a aprovação do SUS, ocorreram mudanças profundas na economia, na política e na esfera pública do país. Com a crise econômica e o passar dos anos, o otimismo em torno da implantação do SUS, que resultaria em uma radical transformação no setor da saúde, desapareceu. As complexas adversidades que o SUS enfrentaria - e enfrenta até hoje - apresentar-se-iam como verdadeiras barreiras a essa mudança. Por exemplo, a presença de grupos altamente organizados com interesses econômicos na saúde, a dimensão continental do país e suas disparidades regionais.

Nesse cenário adverso que o SUS resiste, do seu surgimento até os dias atuais a diversos ataques ao seus recursos, resultando num subfinanciamento crônico (PAIM, 2012; SOARES, 2014; SANTOS, 2018) para um sistema que deve ser universal e que tem o grande desafio de existir em um país com as dimensões do Brasil. Em linhas gerais, pois não pretendo nessa pesquisa aprofundar a temática, o financiamento do SUS é historicamente marcado por recursos insuficientes para se garantir uma saúde pública, universal, integral e de qualidade (MENDES, 2013).

Buscando resgatar algumas das tentativas de garantia deste financiamento, é possível elencar a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1997; a Desvinculação das Receitas da União (DRU) nos anos 2000 e a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC-29); Lei 141/2012, dentre outras. Todas estas tentativas acabaram por não garantir financiamento suficiente para o SUS. Dando um grande salto histórico e chegando aos anos de 2016, temos mais um novo ataque ao SUS, a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241, quando o governo, do então presidente Michel Temer - congela os gastos com a saúde por um período de vinte anos, como justificativa para se enfrentar a crise fiscal.

Partindo do pressuposto de que os gastos com as políticas sociais são os responsáveis pelo desequilíbrio econômico, a PEC é aprovada e instala-se o novo regime fiscal no país. Estudos apontam (ROSSI; DWECK, 2016; COSTA, 2017) apontam que o dinheiro que deveria ser direcionado para a seguridade social - incluindo a saúde - vai ser utilizado, na verdade, para o pagamento dos juros da dívida externa do Brasil.

Toda essa trajetória da saúde pública está presente em alguns trabalhos do campo da saúde coletiva (CARVALHO, 2013; MACHADO; LIMA, BAPTISTA, 2017). Entretanto, para a realização desta pesquisa faz-se pertinente que, além da contextualização histórica sobre o surgimento do SUS, façam-se um resgate da história que marcou o surgimento da luta no campo da saúde mental brasileira.

3.1.1 Reforma Psiquiátrica brasileira: construindo a crítica ao modelo manicomial

No mesmo período em que surgiu o MRS, também se despertou e iniciou-se uma luta no campo da saúde mental no país. Foi, então, na década de 1970, que teve início o Movimento pela Reforma Psiquiátrica (MRP) brasileira, cujo marco inicial decisivo foi a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DISAM) - órgão responsável pelo subsetor da saúde mental no Ministério da Saúde - com seus trabalhadores(as) deflagrando greve em consequência da precarização das condições de trabalho, associado a isto, a existência de diversas denúncias de agressão e outros tipos de violências nos hospitais psiquiátricos. Após este evento, trabalhadores de saúde mental organizaram-se e deram origem ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental⁵ (MTSM) (AMARANTE, 1996).

Se o Movimento da Reforma Sanitária é o principal responsável pela luta da saúde pública, o Movimento da Reforma Psiquiátrica costuma ser identificado como o protagonista na construção da denúncia à violência ocorrida nos manicômios. Embora esse movimento seja contemporâneo ao MRS, o processo da Reforma Psiquiátrica tem sua história própria, demarcada pela superação da violência asilar (BRASIL, 2005). De acordo com Amarante e Torre (2010, p.119), esse processo de luta e mudança no campo da saúde mental pode ser dividido em dois momentos, o primeiro como sendo a fase da crítica institucional e o segundo

⁵ Apesar do nome “trabalhadores”, este movimento agrega militantes para além do campo profissional da saúde, sendo, dessa forma, composto por usuários(as) do SUS, familiares, estudantes, sindicalistas, dentre outros.

demarca a constituição paulatina da rede substitutiva ao manicômio e a luta pela inclusão das propostas da RP como política pública.

Dividirei, a partir de agora, a discussão dessa seção com base nestes dois momentos. No que se refere ao primeiro momento da RP, a militância desse campo estava na fase de realizar denúncias sobre a realidade dentro dos manicômios. Com isso, foram expostas realidades de diversos manicômios brasileiros, por exemplo, Juqueri/SP, Barbacena/MG, na tentativa de dialogar e dar visibilidade às atrocidades que ali aconteciam de forma corriqueira. A visibilidade alcançada por este movimento foi tamanha a ponto de recebermos visitas de intelectuais estrangeiros como Erving Goffman, Michel Foucault, Franco Basaglia (AMARANTE, 2017).

Esse período foi demarcado pelos inúmeros encontros, congressos, conferências, plenárias, sejam eles locais ou nacionais. Destaque para o encontro ocorrido em São Paulo/Bauru, em 1987: o II Congresso Nacional de Saúde Mental, cujo lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” norteou a luta da RP até os dias atuais (BRASIL, 2005). Os trabalhadores(as) da saúde mental reclamavam não apenas da falência da psiquiatria, mas também as questões sociais, de exclusão e de cidadania. Já na década de 1980, foca-se na questão da desinstitucionalização (explorada melhor mais adiante nesta seção) que, segundo Nicácio (2003), trouxe um esboço da crítica radical ao paradigma psiquiátrico.

A crítica feita pela RP para justificar a defesa do movimento ao fechamento do hospital psiquiátrico é baseada na herança herdada por estas instituições totais (GOFFMAN, 1974) do antigo asilo (PERRUSI, 2010), que apresentam como norte a tutela, o controle e a exclusão social dos institucionalizados, o que vai de encontro com o tipo de cuidado idealizado pela RP - cujos princípios norteadores baseiam-se no cuidado em liberdade (fora dos manicômios) e no território - enfrentando um conjunto de dificuldades e preconceitos na busca pela cidadania das pessoas em sofrimento mental.

A fim de aprofundar um pouco mais sobre a RP, realizarei uma discussão acerca dos eixos de luta deste movimento. Para isto, iniciarei esta reflexão compreendendo o motivo pela escolha do termo ‘Reforma Psiquiátrica’. Um dos grandes intelectuais da RP brasileira, o médico psiquiatra, Paulo Amarante, foi o responsável por utilizar pela primeira vez a expressão ‘Reforma Psiquiátrica’. O autor explica que é fundamental entender o motivo pelo qual escolheu utilizar tal termo para tentar evitar certas limitações e mal-entendidos, pois, historicamente, o termo reforma vem sendo utilizado para caracterizar transformações superficiais, sem profundidade (AMARANTE, 2017).

De acordo com o estudioso do tema, este termo foi utilizado pela primeira vez, em 1989, em sua pesquisa na Fiocruz, no Rio de Janeiro. O autor inicia sua reflexão fazendo uma associação a expressão Reforma Sanitária, que passou a ser utilizada amplamente no país como estratégia para garantir visibilidade política e social ao processo de luta na saúde, passando a compor a agenda política do movimento sanitário. Foi a partir dessa perspectiva que se adotou o termo reforma também no campo da saúde mental (AMARANTE, 2017).

Ainda de acordo com Amarante (2017), a expressão Reforma Psiquiátrica está longe de significar apenas uma reforma administrativa ou técnica do modelo assistencial psiquiátrico. Na verdade, ele aponta quatro dimensões fundamentais para a conceituação da RP e caracteriza o processo como algo dinâmico e amplo. De acordo com o autor, o termo reforma diz respeito a um processo e configura-se como algo em constante movimento. O autor a caracteriza como um processo social complexo, já que diz respeito a um processo em movimento, com participação de atores sociais, composto pela articulação de várias dimensões.

No que diz respeito às dimensões relacionadas à RP, Amarante (2017, p. 98) delimita a primeira como sendo no campo epistemológico, ou seja, da produção de saberes que fundamentam e autorizam o saber/fazer médico psiquiátrico. Nessa dimensão, entram as questões relacionadas acerca do conceito do que é ciência até o conhecimento produzido pela psiquiatria. A segunda dimensão é a técnico-assistencial correlaciona-se com a anterior, uma vez que diz respeito ao modelo assistencial, cuja construção está fundamentada numa teoria que considera a loucura uma incapacidade da razão e juízo. Nessa categoria, problematiza-se o manicômio como sendo esse lugar de tutela, de tratamento moral, de disciplina etc. (GOFFMAN, 1974; FOUCAULT 1978).

A terceira dimensão é a jurídico político que seria o fato de a psiquiatria ter associado à loucura com a periculosidade, irracionalidade, incapacidade e irresponsabilidade civil. A quarta e última dimensão é a sociocultural, cuja missão é a transformação do lugar da loucura – objetivo maior de todo o processo da RP. Antes de seguir adiante, considero valer a pena explorar essas dimensões fazendo referências aos processos históricos no país e no mundo para compreender o que é, de fato, esse movimento ousado e revolucionário que vem alicerçando, apesar das contradições, as mudanças ocorridas no campo da saúde mental no país.

A primeira dimensão, que seria a epistemológica, abre possibilidades para algumas reflexões, no mínimo, interessantes. Uma delas é sobre o saber/fazer médico psiquiátrico que tem grande influência sobre o imaginário coletivo acerca do adoecimento mental e sobre as práticas de assistência prestadas às pessoas em sofrimento mental nas sociedades ocidentais. Para entender como a psiquiatria apropriou-se dos “loucos” e do adoecimento mental, primeiro

faz-se necessário um breve resgate sobre a história da loucura - Michel Foucault (1978) e, em seguida, sobre o surgimento da medicina psiquiátrica que incorpora, a partir do Iluminismo, o direito do médico psiquiatra sobre o corpo, sobre a vontade e sobre o comportamento do paciente psiquiátrico com o respaldo de ser uma abordagem científica.

Inicialmente, na Antiguidade, as pessoas em sofrimento eram consideradas privilegiadas, porque podiam se comunicar com os deuses. Nesse período, a loucura não era sinônimo de doença; a essas pessoas existia a possibilidade de expressão/comunicação e suas mensagens eram vistas como divinas. Dessa forma, na idade antiga, a loucura não era controlada ou estigmatizada pela sociedade, uma vez que não era vista como doença (FOUCAULT, 1978).

Na Idade Média, a loucura apresenta estrita relação com a moral da igreja - período que pode ser caracterizado pelo início do processo de exclusão e estigmatização da loucura. Na Europa medieval, os loucos passam a ser tratados como corpos possuídos pelo “demônio” e, apesar de não serem – ainda - enclausurados em um local específico para loucos, eram colocados em navios que navegavam pelos rios europeus, distribuindo-os em algumas cidades europeias desconhecidas. Esse período era caracterizado pela expulsão dos loucos de seus territórios e do convívio social para vagarem em cidades distantes (FOUCAULT, 1978).

O período seguinte que marca a história da loucura é denominado Renascimento, que se caracteriza pela transição do feudalismo para o capitalismo delimitado entre meados do século XIV e o fim do século XVI demarcado pelo racionalismo e individualismo. A Idade Moderna categorizou os loucos como pessoas sem razão, incapacitadas de pensar e aprisionou-as no Hospital Geral (FOUCAULT, 1978), delegando, sob a influência dos ideais da Revolução Francesa, toda a responsabilidade sobre os “loucos” para a medicina, que passa a tratá-los como “objeto”⁶ de estudo. No século XVIII, ocorreu o grande passo para o progresso científico da Psiquiatria moderna⁷ com os estudos do médico Philippe Pinel - conhecido como o pai da psiquiatria - e seu tratamento moral. Pinel foi responsável por reformar o Hospital Bicêtre em Paris, desenvolvendo estratégias de isolamento no hospital geral como a organização de espaços asilares, além de construir uma relação terapêutica baseada na autoridade médica (AMARANTE, 2017).

⁶ Objeto entre aspas para lembrar que, na verdade, estamos falando de sujeitos(as).

⁷ Segundo Amarante (1996) é redundante falarmos ‘psiquiatria moderna’, uma vez que a psiquiatria nasce do projeto tecno científico da modernidade, e significa um conjunto de saberes e práticas sobre o objeto ‘doença mental’.

Nessa época na Europa, artistas, filósofos, anarquistas denunciaram o controle exercido por essa intervenção sobre o delírio. Segundo Amarante (1996), esse período pode ser retratado com uma única frase “a loucura é apropriada conceitualmente pelo discurso médico, tornando-se, a partir de agora, única e exclusivamente, doença mental” (AMARANTE, 1996, p. 37). Em outras palavras, a partir do surgimento da ciência psiquiátrica, ignoram-se todos os conceitos anteriormente construídos sobre a loucura - como algo teológico, mágico, pré-histórico – para reconhecê-la como doença. Dessa forma, a medicina objetifica os sujeitos em sofrimento, caracteriza o hospital agora como psiquiátrico, concretizando, dessa forma, a exclusão social, repressão e enclausuramento de corpos e subjetividades em grandes hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2017).

Posto assim, a história da psiquiatria é marcada pela sustentabilidade obtida através da legitimidade social e da sua atuação com base na tríade tutela, controle e exclusão para a apropriação e retificação de seu “objeto” de trabalho: o “doente mental”. Todos esses elementos sustentam a afirmação da necessidade e da existência deste campo teórico e prático (PERRUSI, 2010). Não se pode negar, com base no estudo de Oliveira (2009), sua função político-ideológica atrelada ao projeto de modernização das sociedades.

Acredito ser pertinente, nessa altura da reflexão, realizar uma pequena discussão - que será aprofundada na seção das Racionalidades Leigas - sobre a crítica que vem sendo feita à ciência eurocentrada - para tornar compreensível, em seguida, a crítica que a RP faz ao saber psiquiátrico. Neste sentido, utilizei tanto os estudos do campo progressista da saúde mental brasileira, como também os estudos pós-coloniais. Estes últimos, apresentam um vasto arcabouço teórico a respeito do processo de invalidação das formas de conhecimento que não seguem os princípios metodológicos da ciência.

O alicerce do projeto da ciência dá-se através da ideia de que o pesquisador é capaz de conhecer a verdade que lhe apresenta, desde que este distancie-se do objeto a ser estudado. Portanto, para a realização de uma pesquisa científica exige-se uma neutralidade e imparcialidade por parte do pesquisador, que assumindo tal postura chegar-se-á, assim, a uma verdade absoluta. Em outras palavras, só é possível fazer ciência a partir de um processo de objetificação dos sujeitos(as) que serão estudados e de uma falsa neutralidade e imparcialidade por parte de quem pesquisa. Tal concepção é falaciosa, pois o(a) pesquisador(a) é um sujeito(a) composto(a) por subjetividades e experiências de vida que interferem desde a escolha da pesquisa até a forma de interpretação dos dados (SANTOS; MENESES, 2009; CASTRO-GÓMEZ; CORONIL; DUSSEL, et al, 1993; MARTINS; BENZAQUEN, 2017).

Nesse sentido, a RP questiona a epistemologia psiquiátrica que “esvazia” da loucura os significados e atribui apenas um único, considerado verdadeiro, que é o do adoecimento mental (OLIVEIRA, 2009). Esta ciência associa a ideia de que uma pessoa com algum tipo de sofrimento mental é perigosa e incapaz, além de necessitar passar por um tratamento “moral” a ser efetivado num hospital isolado tanto de todos os outros serviços de saúde, como também um isolamento social e enclausuramento, nesse suposto local de tratamento. Estabelece-se o manicômio como local para todas as necessidades de saúde (AMARANTE, 2017).

Com relação à segunda dimensão apresentada por Amarante, técnico-assistencial, esta suscita à crítica ao modelo assistencial manicomial que, embasado pela psiquiatria, foi considerado, por décadas, o único possível para tratar pessoas “loucas”. Isso demonstra o poder que a psiquiatria teve e, ainda tem, em decidir qual o local, quando e quais os procedimentos deveriam ser realizados a esse grupo. Importante lembrar aqui os registros de técnicas de tortura e choques elétricos que os pacientes dos manicômios foram submetidos, porém invisibilizados dentro das estruturas dos manicômios⁸ (ARBEX, 2013).

Diante da denúncia de violação de direitos e das mortes de milhares de pessoas dentro dos manicômios no mundo, ficou evidente, portanto, a impossibilidade em manter esses verdadeiros campos de concentração como lugar de tratamento. Nesse sentido, a RP brasileira foi influenciada da Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia, na Itália. Isto é,

A reforma italiana sempre considerou central a mudança na condição legal e civil do chamando doente mental, sem o que seria inviável a efetiva desconstrução das práticas anteriores. Uma grande vitória foi obtida com a aprovação da lei 180, em 1978, que previa medidas até então inéditas na legislação internacional, tais como a desativação progressiva de todos os hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços regionais; a transformação dos antigos manicômios em hospitais gerais; a eliminação da custódia, assegurando a proteção e a administração judicial de bens e a restituição do direito constitucional de voto ao portador de enfermidade mental. Ressalte-se que, em muitos aspectos, essa legislação inspirou o projeto de lei brasileiro conhecido como Lei Paulo Delgado, aprovado em 1989 na Câmara Federal após tramitar 12 anos no Senado e sancionado apenas em 2001, com mudanças que o alteraram profundamente (YASUI, 2011, p. 587).

A esse processo de fechamento paulatino dos hospitais psiquiátricos e a retirada dessas pessoas com longos históricos de internação em tais instituições, dá-se o nome de desinstitucionalização⁹. Sobre este processo, a RP brasileira também foi influenciada pelas ideias de Basaglia, que pensa a prática da desinstitucionalização a partir de duas noções: a da

⁸ Para se aprofundar no tema sugerimos a leitura de ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1 ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013, que relata as formas de violência que os pacientes do hospital de Barbacena - MG sofriram dentro desse manicômio.

⁹ Não iremos aqui entrar na discussão sobre desospitalização x desinstitucionalização.

institucionalização e a do poder institucionalizante, cuja base está nos conceitos de neurose institucional, de Burton, e institucionalização total, de Goffman (AMARANTE, 1996).

A neurose institucional apresenta a dimensão de “vazio emocional” do enfermo como sendo o efeito da institucionalização no institucionalizado, configurando como um problema que impõe novos sofrimentos e alienação, portanto, é antiterapêutica. No que tange à institucionalização total, é embasado nos estudos de Goffman que Basaglia afirma que qualquer organização com características coletivistas violam o projeto individual. Como a psiquiatria configura a loucura como uma ausência de projeto, justifica-se, então, a submissão dos(as) pacientes das instituições totais ao processo de mortificação e de ‘carreira moral’ (AMARANTE, 1996).

Ainda segundo Basaglia, a institucionalização é uma série de danos oriundos de uma longa permanência no hospital psiquiátrico, que se baseia em princípios de autoritarismo e coerção. Estas instituições são compostas por uma série de regras as quais os doentes devem submeter-se compulsoriamente, o que vai gerando uma progressiva perda de interesse que os induz a um vazio emocional. O poder institucionalizante é entendido como o conjunto de forças, mecanismos e aparatos institucionais que os indivíduos institucionalizados são obrigados a obedecer, ocasionado um processo de redução de si (AMARANTE, 1996).

Entrando, agora, na discussão da penúltima dimensão, a jurídico política, e relacionando-a com a quarta, sociocultural¹⁰, tem-se a reflexão de que no imaginário coletivo a ideia que se tem sobre as pessoas “loucas” está, majoritariamente, atrelada à periculosidade. Ainda nos tempos atuais, permanece a associação imediata, ao ter-se contato ou pensar-se numa pessoa esquizofrênica, por exemplo, a ideia de um indivíduo violento, perigoso, agressivo, imoral.

Estas ideias que se têm, advindas das características perversas da doença mental, foram construídas e sustentadas pelos pré-conceitos científicos da psiquiatria. Percebe-se que estas concepções de periculosidade e incapacidades são reproduzidas pela sociedade e tendem a ser assimiladas como verdades inquestionáveis pelas famílias, escolas, pelas artes, culturas, ruas etc. E a relação das pessoas da sociedade com as pessoas loucas baseia-se na que a psiquiatria adota, o que torna inquestionável, por parte da sociedade, a existência de manicômios (AMARANTE, 1996).

¹⁰ É importante ressaltar que todas estas dimensões estão em constante diálogo, e entrelaçadas, porém para fins didáticos realizamos uma certa “separação”.

Hoje, não é necessário grande esforço para demonstrar o caráter agressivo do estigma da loucura na sociabilidade das pessoas com transtorno mental. O estudo clássico de Erving Goffman (1891), “Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”, subsidia esta discussão. O autor apresenta conceitos como identidade deteriorada e estigma como um atributo profundamente depreciativo e estes compõem os diversos estudos (SALLES; BARROS, 2013; NUNES; TORRENTÉ, 2009) que tem como objetivo analisar as consequências em se carregar esta marca social.

As pessoas com transtornos mentais, além de encararem todas as adversidades oriundas da própria doença mental, precisam lidar com todo o sofrimento ocasionado pelo estigma social, acarretando, pois, a perda da dignidade humana e, por consequência, culmina num processo que traz mais repercussões negativas na vida desses sujeitos do que a própria enfermidade (BUSSINGER; ARANTES, 2016).

Para entender um pouco de como a cultura manicomial¹¹ afeta cotidianamente a vida das pessoas em sofrimento, partirei da realidade concreta decorrente da natureza da doença mental e da perda de importantes laços sociais, que estão normalmente presentes em sociabilidades cotidianas, como vizinhança, colegas de trabalho, associações, igreja, escolas etc. Segundo Fontes (2010), o estigma tem a capacidade de gerar este efeito devastador sobre as sociabilidades destas pessoas.

Vale destacar a importância das redes de sociabilidade no apoio social e no enfrentamento do sofrimento psíquico. Acredita-se, nessa pesquisa, na potência que as redes sociais apresentam em proporcionar aos indivíduos a possibilidade de ter apoio das pessoas com quem se relacionam. Também parto do pressuposto que viver de forma isolada leva ao surgimento de doenças. Estudos feitos nos Estados Unidos, Escandinávia e Japão demonstram que as pessoas isoladas socialmente têm entre duas a cinco vezes maiores chances de morrer em comparação a indivíduos que mantêm laços com famílias, amigos e a comunidade (PUTNAM, 2000).

Ainda nessa perspectiva da vida desconectada da sociedade, utilizo o conceito de Goffman (1974) de morte social para exemplificar um dos efeitos mais perversos do adoecimento mental. O estudioso relata que o isolamento, a exclusão e o estigma agem retroalimentando um sistema devastador que implica num cotidiano cada vez mais desprovido de possibilidades de mudança (FONTES, 2010).

¹¹ Cultura manicomial diz respeito a reprodução do estigma, inscrito na condição de louco(a), pela sociedade para com as pessoas em sofrimento mental (FONTES, 2010).

Finalizo esta parte da discussão inferido que, como parte do mundo ocidental, o Brasil apresenta na sua história da relação entre a sociedade e a loucura influências da epistemologia psiquiátrica. Portanto, tem-se como pressuposto que o imaginário do senso comum acerca do adoecimento mental é formado por características advindas dessa ciência.

3.1.2 Construindo a Rede de Atenção Psicossocial: as propostas da Reforma Psiquiátrica como Política de Saúde Mental no país

No final da década de 1980, tem-se importantes acontecimentos que influenciaram na construção do campo da saúde mental, são eles: vários(as) trabalhadores(as) que estavam nesta luta assumiram a coordenação da política de saúde mental de diversos municípios; o surgimento do primeiro CAPS na cidade de São Paulo, em 1987. A intervenção feita pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, serviu para demonstrar a possibilidade de construção de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico; a criação do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, em 1989; apresentação do projeto de Lei do deputado Paulo Delgado; realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992. Porém, somente na década de 1990, que coincide com o início da segunda fase da RP, reivindica-se a construção de uma rede extra-hospitalar. O Movimento da Luta Antimanicomial apresenta considerável protagonismo neste momento.

Após doze anos de tramitação no congresso brasileiro da Lei Paulo Delgado, finalmente é sancionada, em 2001, a Lei nº 10.216 ou Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta lei versa sobre regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, como também redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária. Ainda que incentive a extinção progressiva dos serviços manicomiais, não institui mecanismos claros.

Apesar das incertezas que ficaram após a aprovação da lei supracitada, ela serviu para impulsionar no país o processo da Reforma Psiquiátrica. Por exemplo, ocorreu a criação de linhas específicas de financiamento pelo governo federal para os serviços extra hospitalares. Somado a isso, a partir do relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorreu em 2001, criou-se um consenso em torno das propostas da RP, conforme citação abaixo:

[...] a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência,

defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005, p. 10).

É importante pontuar que, por mais que as reformas sanitária e psiquiátrica tenham caminhos próprios, as conquistas obtidas por estas lutas, ao longo desses anos no país, estão em constante diálogo. Sendo assim, a partir do momento que se institui um sistema de saúde no país que deve garantir acesso a todos(as) os(as) brasileiros(as), de forma integral e através das redes de atenção à saúde (RAS)¹², passa-se a defender que o atendimento em saúde mental seja realizado através de uma rede de saúde.

Baseados na experiência italiana, os militantes da saúde mental no Brasil lutaram - e lutam - para que o Estado brasileiro garanta o cuidado às pessoas em sofrimento mental nos dispositivos de base territoriais. Com isso, aos poucos, vai ocorrendo o processo de fechamento de vários manicômios no país e, em contrapartida, a implantação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional. Para isso, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial instituindo assim a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Esta rede é composta por serviços de base territorial e comunitária que devem desenvolver suas ações baseadas nos princípios doutrinários do SUS de universalidade, equidade e integralidade, substituindo, portanto, o modelo hospitalocêntrico, manicomial. A proposta da RAPS não é apenas ser composta por serviços descentralizados, distribuídos pelo território, mas também de dispositivos que pudessem contemplar outras dimensões e demandas da vida, tais como moradia, trabalho, lazer, cultura, educação (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2071). Entretanto, é importante salientar que, o fato de se ter serviços externos ao manicômio, apenas isto, não lhes confere uma natureza não-manicomial e muito menos garante sua qualidade.

Posto isso, a RAPS tem como proposta garantir a livre circulação das pessoas em sofrimento pelos serviços, comunidades e cidades. É composta por dispositivos de saúde na Atenção Básica (Unidade de Saúde da Família, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua, dentre outros); Atenção de Urgência e Emergência (SAMU, UPA 24h); Atenção especializada (CAPS); Atenção Hospitalar (Enfermaria especializada); dentre outras (BRASIL, 2005).

No ano subsequente à aprovação da Lei nº 10.216 e da II Conferência nacional de Saúde Mental é aprovada a Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 que define o CAPS

¹² O Decreto 7.508/2011 estabelece que o atendimento integral à população deve acontecer através das RAS.

como o dispositivo de atendimento à crise decorrente do transtorno psíquico. A RP vem apostando neste serviço para reordenar o modelo de cuidado em saúde mental no país. O CAPS pode ser de diferentes modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS ad III e CAPS i. Abaixo apresento uma figura elucidativo sobre algumas das modalidades.

Figura 01- Modalidades dos CAPS

Modalidade	Características
CAPS II	São serviços e médio porte e dão cobertura a municípios com pelo menos 70.000 habitantes. Atende prioritariamente adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Tem a capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês. Funcionam durante os cinco dias uteis da semana.
CAPS III	São os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com pelo menos 150.000 habitantes. Atende prioritariamente adultos com transtornos mentais severos e persistentes. São serviços de grande complexidade e funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Realiza, quando necessário, acolhimento noturno. Estes serviços têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês.
CAPS ad	Especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. São equipamentos previstos para dar cobertura aos municípios com pelo menos 70.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias uteis da semana e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.
CAPS ad III	Destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Previstos para dar cobertura aos municípios com pelo menos 150.000 habitantes.

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

No Brasil, nos últimos anos, este dispositivo passou a ser o lugar de referência do cuidado às pessoas que sofrem com transtornos mentais e deve assumir o papel estratégico na

promoção da inserção dos usuários no território através de ações que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas (BRASIL, 2005). Nesse sentido, a categoria território passa a apresentar alta relevância para a RP e o cuidado em saúde mental.

O estudo de Furtado, et al. (2016) analisou cinquenta e um artigos, de 2005 a 2015, na área de saúde mental, que traziam em seus textos a categoria do território para analisar qual conceito de território referiam-se. Como resultado dessa pesquisa encontrou-se três situações distintas: na primeira estão os estudos que apresentam conceitos bastante sofisticados sobre território; em seguida os estudos que não explicitam a concepção de território utilizada, nem faziam referência a autores relevantes para o tema; a terceira e última apresentava os estudos que se referiam a essa categoria de forma alusiva ou descritiva.

É possível perceber, dessa forma, que parece não haver um consenso estabelecido neste campo sobre qual o conceito de território seria mais apropriado. Porém, o conceito de território defendido pelos idealizadores da RP está mais próximo do adotado pela geografia crítica¹³ do que da concepção positivista adotada, durante anos, na área da saúde. Esta última entendia o território apenas como uma área político-administrativa de atuação dos três entes da federação. No campo da saúde mental, Amarante (1998) aponta o território como lócus da vida comunitária e, por conseguinte, como força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e transformam-se.

Apesar do não consenso sobre tal categoria, só foi possível pensar na relação território e saúde mental a partir da RP e do processo de contraposição entre o serviço centrado no hospital psiquiátrico e os serviços comunitários. Nesse sentido, de acordo com Costa e Brasil (2014).

O CAPS busca atender aos(as) usuários(as) em várias demandas sociais que transcendem a especificidade da assistência para a garantia dos direitos sociais básicos, tais como moradia, renda, lazer, arte, trabalho, de forma intersetorial. Embora sejam serviços de urgência, as ações desenvolvidas pelos CAPS, muitas vezes, ultrapassam a estrutura física do equipamento, em busca da rede de suporte social dos usuários, considerando a singularidade, a história, a cultura e a vida cotidiana. Nesse caso, as concepções que respaldam o modelo de saúde mental se estreitam com as

¹³ No Brasil, a geografia crítica, através da produção intelectual de Milton Santos, constrói um conceito sobre espaço geográfico, considerando-o como um processo e construção social e trazendo um novo olhar e uma reorientação nos trabalhos da área da saúde. Santos considera em suas análises as peculiaridades dos territórios periféricos dentro do sistema capitalista global. Para o autor, o território é um lugar marcado por relações de poder, sociais, de luta e história (SAQUET, SILVA, 2008).

abordagens que enfatizam as potencialidades do espaço urbano, por meio da construção de redes de solidariedade (COSTA, BRASIL, 2014, p. 440).

Parece-me que a relação teórica entre saúde mental e território ainda está em construção, como também a prática relacionada ao trabalho na comunidade. O que talvez se tenha como consenso é que a prática dos profissionais do CAPS deve ser territorializada, ou seja, baseada nas redes sociais, na tentativa de garantir a inserção de seus usuários(as) no seu território de atuação. A RP pode até não apresentar consenso sobre o conceito de território a ser adotado, porém o fato de trazer essa categoria como fundamental para o campo da saúde mental, diz de uma compreensão do movimento de que é por meio das redes sociais e do território vivido que a trama da vida acontece, onde se cria o sentimento de pertencimento e pode-se, dessa forma, lutar por direitos, pela cidadania.

Uma das estratégias utilizadas pelo serviço de saúde mental, o CAPS, na tentativa de fortalecer essa relação saúde mental e território foi o apoio matricial (CAMPOS, 1999), cujo objetivo é de garantir uma retaguarda assistencial especializada e apoio técnico-pedagógico às equipes de referência das Unidades de Saúde da Família (USF) no acolhimento a essa população na região. O matriciamento diz da articulação de rede feita pelo CAPS na tentativa de abrir mais portas de entrada para um usuário(a) de saúde mental na região (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Ainda nessa perspectiva de saúde mental e território, o CAPS acompanha através dos projetos terapêuticos algumas casas conhecidas como Residências Terapêuticas (RT), que são casas nos bairros da cidade, financiadas pela prefeitura, passando a ser o lar de pessoas que permaneceram longos períodos nos Hospitais Psiquiátricos e perderam todos os vínculos sociais. Essas casas devem ter capacidade para abrigar até oito pessoas e serem assistidas pela atenção básica da região (MAIA, 2007).

Portanto, o CAPS busca um novo lugar social para o tratamento e a reabilitação das pessoas com sofrimento mental, promovendo ações orientadas ao processo de inserção dessas pessoas nas redes sociais no território.

3.2 O ADOECIMENTO MENTAL A PARTIR DAS RACIONALIDADES LEIGAS

3.2.1 Compreendendo a categoria Racionalidade Leigas

Esse estudo apresenta como pergunta condutora: “como o senso comum da região estudada compreende a loucura?”, assentada na lógica de que o saber popular, além de ser uma

forma válida de conhecimento, apresenta capacidade para intervir na realidade social, sendo, portanto, importante categoria de análise no campo da saúde mental.

É uma árdua tarefa para nós, intelectuais da saúde, compreendermos a construção de conhecimento, que não se enquadra necessariamente nas características compulsórias da ciência, e reconhecermos sua validade. Por esta razão, esse trabalho apresenta um grande desafio de apresentar o saber leigo como forma de conhecimento válida. Dito isso, iniciarei explorando um pouco do termo “racionalidades leigas”.

Em sua composição, “racionalidades” remete-se ao termo em latim *rationalitas* que diz respeito a capacidade de raciocinar e argumentar. Ou seja, são diferentes formas de organizar os conhecimentos, pensamentos por meio de um sentido lógico próprio. A raiz do termo “leigo” pode ser localizada no grego *laikós* que significa “do povo”, porém essa expressão na área da saúde pode ser compreendida como aquele que não está vinculado à expertise profissional, mas que configura um dos campos do saber humano baseado em vivências cotidianas e no senso comum compartilhado (ALVES; NICOLAU, 2017, p. 800).

É importante destacar que o campo de estudos das racionalidades leigas em Saúde Mental não pretende reforçar e estabelecer dicotomias ou polarizações com o saber biomédico. Na verdade, objetiva-se possibilitar visibilidade à complexa relação que se desenvolve nas relações sociais. Esse campo de estudos reconhece a diversidade de crenças e de representações relativas à existência, valorizando a pluralidade de conhecimentos que compõe as formas de compreender e agir (ALVES; NICOLAU, 2017).

3.2.2 O saber popular: sobre uma epistemologia válida

Os conhecimentos leigos em saúde mental (saúde e doença mental) são um campo de estudos oriundos de pesquisas sobre a saúde e a doença de forma geral. Essa produção teórica demonstra que os conceitos de saúde e de doença são construídos não apenas pela influência da medicina, mas também a partir das experiências subjetivas do dia a dia (BASTIDE, 1967; FOUCAULT, 1978; GOFFMAN, 1968).

Na França, em 1969, Herzlich estudou as representações sociais de saúde e doença a fim de conhecer quais os sentidos dados pelas pessoas a esses conceitos e a relação com a vida cotidiana. O autor demonstrou que os sentidos atribuídos à saúde e à doença não estavam relacionados apenas ao discurso profissional médico, trazendo ainda a problemática dos discursos públicos e privados na saúde. É datada do início da década de 1970, o marco do

despertar da produção sociológica sobre os saberes leigos de saúde, sendo representados pelos primeiros trabalhos de Freidson (1970, 1984). O autor supracitado deu início ao processo de visibilidade teórica à autonomia dos universos leigos de saúde (LOPES, 2007) através da formulação da noção de ‘sistema de referência leigo’ como categoria de análise. De acordo com Lopes (2007),

O propósito analítico e operativo de tal formulação foi demonstrar que a matriz de referência das concepções e percepções leigas de saúde é constituída pelas representações e experiências partilhadas nos contextos socioculturais das vivências quotidianas, e não propriamente nas experiências que decorrem do contacto com os profissionais. A importância primordial deste novo instrumento conceptual é que ele veio romper com as concepções parsonianas até então dominantes – isto é, as formulações inspiradas no modelo de Parsons (1966) sobre o papel passivo do doente – as quais circunscreviam a estrutura de referência dos universos leigos ao espaço da relação com os profissionais e à subordinação à sua autoridade técnica e social (LOPES, 2007, p.121).

Nesse estudo, o autor objetivava compreender a gestão da doença, ou seja, como as pessoas faziam ou a quem recorriam para compreender, significar e lidar com a doença. Um de seus achados foi o de que o sistema médico ignora o conhecimento popular. Foi através dessa nova categoria de análise iniciada com Freidson que começaram a desenvolver-se outros trabalhos a respeito das representações e práticas leigas em saúde no mundo. Carapinheiro (2001) em seu estudo, percebeu que o sistema de saúde resiste aos saberes populares e às estratégias sociais para lidar com a doença. De forma sucinta, o saber leigo sobre saúde e doença está relacionado com o estudo das causas que a população - senso comum - atribuem à doença e a saúde na tentativa de conferir-lhes sentidos.

Desenvolvendo esta linha da procura dos sentidos, Kleinman (1984) relata que, como respostas da organização da sociedade frente as enfermidades, têm-se as atividades relacionadas aos cuidados de saúde e podem ser agrupadas no que designou por sistema cultural de cuidados de saúde. O autor afirma, ainda, que existem três setores de conhecimento sobre saúde e doença interagindo: o profissional (da ciência ocidental), o alternativo (que inclui o tradicional e o complementar) e o leigo (popular). Cada um destes setores de conhecimento é portador de normas de conduta e legitima diferentes alternativas terapêuticas (SILVA, 2008, p. 110).

Com base no estudo de Blaxter (1983) e corroborando estudos anteriores ao dele, pode-se dizer que, a compreensão do saber leigo sobre as causas da doença com relação às formas de explicar o surgimento das doenças em contextos específicos, remete sempre ao campo social e cultural, mesmo que de forma secundária. Nunes (1997), em Portugal, na região rural do país, constatou que, na explicação de uma doença específica, várias causas foram utilizadas: o natural, o psicológico, o social, espiritual/sobrenatural. Nesse sentido, o conceito sobre doença

não atravessa a história sem passar por transformações tanto no campo científico como no senso comum.

De forma breve, resgato os conceitos sobre saúde e doença ao longo da história. A saúde, a partir da Antiguidade, era vista como resultado de um equilíbrio das partes primárias do corpo e a doença era causada por elementos sobrenaturais. Na Idade Média, tem-se conceitos associados ao caráter religioso. No Renascimento, ocorreu o surgimento da teoria miasmática. No século XIX, com o advento do microscópio, para cada doença definiu-se seu agente etiológico. Já no século XX, evidenciou-se a teoria da multicausalidade com seu agente etiológico, hospedeiro e meio ambiente etc. Diante disso, de acordo com Backes, et al. (2009), o pensamento científico na Idade Moderna tende à redução, à objetividade e à fragmentação do conhecimento, traduzindo os acontecimentos por meio de formas demonstráveis e calculáveis.

Desse mesmo modo, a loucura foi percebida de forma diferente ao longo da história, como vimos na seção anterior. O que se denomina doença mental hoje, nas sociedades ocidentais, já foi considerado em outros tempos sinal de sabedoria, conhecimento profundo de si, capacidade de comunicação com os espíritos, pecados, aflições religiosas, entre outras. Entretanto, a forma totalitária que a ciência psiquiátrica assumiu sobre a loucura negou as outras formas de conhecimento que não seguem suas regras metodológicas. Em outras palavras, instituiu-se uma hierarquia epistemológica, “epistemicídio” – à destruição de algumas formas de saberes locais, à inferiorização de outros em nome do colonialismo (SANTOS; MENESES, 2009), reduzindo, por sua vez, as esferas leigas à categoria de crenças ou superstições e invalidando essa forma de conhecimento. A ciência na busca pela “verdade absoluta” percorre o caminho da redução dos fenômenos para controlá-los e esvazia-os de significados e das inserções culturais - processo oposto ao das racionalidades leigas.

Nessa perspectiva de valorização das pluralidades epistemológicas, Foucault (1978, 2003a, 2003b) afirma que uma teoria não substitui outra pelo fato de ser superior e não existe uma sobreposição de saber. Ou seja, a ciência não é algo linear e hierárquico. Ele considera uma igualdade na validade de todos os conhecimentos e reconhece que o mundo é composto por múltiplos discursos, nenhum deles sendo absoluto, nem mais ou menos verdadeiro que os outros.

Refletindo sobre esse processo de produção do conhecimento científico configurada por um único modelo epistemológico, como se o mundo fosse uma monocultura, Santos e Menezes (2009) relatam que ocorreu uma descontextualização do conhecimento, o que impediu a emergência de outras formas de saber não redutíveis a esse paradigma. Esses autores apresentam a expressão Epistemologias do Sul como uma metáfora do silenciamento e exclusão

dos povos e culturas que, ao longo da história, foram dominados pelo capitalismo e colonialismo. Sendo esse último uma expressão da dominação política e cultural que submete o mundo à visão etnocêntrica. Nessa perspectiva, esse estudo, realizado em um país periférico¹⁴, corrobora a ideia da necessidade de uma ecologia dos saberes, de uma revalorização das racionalidades plurais (SILVA; ALVEZ, 2011).

O saber leigo sobre saúde e/ou adoecimento mental dizem respeito aos significados atribuídos à saúde e à doença mental pelas pessoas de uma sociedade. Dessa forma, compreende-se aqui que as racionalidades leigas em saúde mental se propõem a estudar os conhecimentos e as lógicas de ação, além dos significados que as pessoas atribuem à doença mental, buscando conferir sentidos e compreender suas causas.

Para a realização desta pesquisa, irei deter-me a estudar os significados (conceitos) que as pessoas conferem ao adoecimento mental. Parto do pressuposto de que os significados associados à doença mental, experienciada ou não, são construções socioculturais (FOUCAULT, 1978) em que o conhecimento da psiquiatria se entrelaça ao saber popular provenientes de vários campos o moral, o religioso, o cultural etc. na produção de sentido.

Esta pesquisa foi realizada em uma região que apresenta o CAPS, serviço substitutivo ao manicômio, por cerca de quinze anos e dez meses, o que pode ou não trazer influências sobre esse território no que se refere ao entendimento sobre a loucura menos colonizador, uma vez que o CAPS surge exatamente da quebra desse paradigma médico psiquiátrico e da necessidade de ressignificação dessas pessoas na sociedade.

3.2.3 Perspectiva biomédica: a psiquiatrização da sociedade

Além da discussão realizada na seção anterior sobre a história da loucura e da apropriação do doente mental pela psiquiatria, realizarei uma reflexão acerca da classificação das doenças e a patologização da vida. Para isso, iniciamos com Freud, no séc XIX, e seu pensamento revolucionário sobre a natureza da doença mental através da teoria psicanalítica e da psiquiatria dinâmica, resultando numa junção entre as doenças da psiquiatria do asilo e aos comportamentos neuróticos. Em 1980, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais¹⁵ (DSM) oficializa esta junção da doença da psiquiatria do asilo com a doença da

¹⁴ Esse termo será melhor explorado mais adiante nessa seção.

¹⁵ Este manual é utilizado como referência pelos psiquiatras e é editado pela Associação Americana de Psiquiatria.

psiquiatria dinâmica. Dessa forma, passa-se a ter a classificação e o diagnóstico psiquiátrico em detrimento dos estudos de caso (ALVES, 2008).

Como justificativa dessa mudança aponta-se a necessidade de reestruturação da psiquiatria para garanti-la como especialidade médica. Assim,

Os conceitos da prática dinâmica tinham de ser substituídos por outros, baseados no modelo biomédico - basicamente esta viragem centrou a explicação da doença mental nas disfunções do cérebro, em tudo semelhantes às doenças de qualquer órgão do corpo (SILVA, 2008, p. 71).

Essa valorização dos diagnósticos resulta na definição da doença mental através da presença de sintomas, independente das suas causas. Neste momento, também ocorre o surgimento da farmacologia e, conseqüentemente, das terapias medicamentosas, tornando secundária a relação terapeuta paciente. A compreensão da doença mental pela psiquiatria como algo prioritariamente orgânico, contribuiu para que ocorresse a ruptura entre esta e o modelo dinâmico, o que culminou no surgimento, por exemplo, do movimento da antipsiquiatria e, em contraposição, surgiram estudos que criticava a antipsiquiatria e seu caráter radical.

Frente aos grandes debates e contestações, em 1972, John Feighner, da Universidade de Washington, publicou critérios diagnósticos que serviram para o DSM – III (Horwitz, 2002). Nesse sentido,

[...] na prática, a inclusão das classificações que aparecem no DSM-III e se desenvolvem nas versões seguintes, não resultam do avanço da pesquisa nem dos avanços teóricos, mas da necessidade de integrar todos os profissionais (no sentido de alcançar um consenso profissional) nesta viragem da psiquiatria dinâmica para a psiquiatria diagnóstica. A cultura da psiquiatria dinâmica, isto é, o conjunto de problemas pessoais e da vida, a infelicidade em geral e todos os problemas que os clínicos encontravam nas suas práticas, foram reconceptualizados, reclassificados em categorias diagnósticas autónomas (SILVA, 2008, p. 73).

Portanto, a essa extensão das doenças mentais para um amplo espectro do comportamento humano denominou-se psiquiatrização das sociedades ocidentais (CASTEL, 1976) e como complemento, a medicalização da vida (ILLICH, 1975; CONRAD; SHNEIDER, 1992). Para Alves (2013, p. 235), “as racionalidades leigas manifestam resistência à medicalização da vida e à psiquiatrização das sociedades, reivindicando a competência de gestão dos ‘sofrimentos’ do quotidiano”.

A partir do paradigma biomédico, pode-se dizer que àqueles(as) que apresentam comportamentos problemáticos devem procurar ajuda de profissionais de psiquiatria para serem tratados. Em pleno século XXI, essa forma de atuação da psiquiatria não parou de crescer, por

exemplo, com o desenvolvimento da genética focou-se na natureza e na procura de formas universais em detrimento da variabilidade cultural do comportamento humano. Através desses fatos históricos, entende-se, então, como na contemporaneidade as doenças mentais ainda são fortemente difundidas como de causas biológicas. Entretanto,

Por um lado, a doença mental resulta de uma perturbação no funcionamento interno individual a nível dos sistemas psicológicos da cognição, memória, motivação, pensamento, emoção, percepção, linguagem etc., que não têm capacidade para desempenhar as funções que lhe estão destinadas (que são propriedades da espécie humana). Por outro lado, é impossível definir a doença mental sem recorrer a noções de ‘desadequação’, ‘irracionalidade’, ‘normalidade’ cujo significado resulta de normas e padrões de culturas particulares e não de processos naturais. Por exemplo, as alucinações são indicadores de esquizofrenia apenas em contextos e em culturas que as definam enquanto tipo de pensamento desadequado, desajustado. Ou ainda, a tristeza profunda apenas é sinal de depressão quando é considerada desproporcional à situação que a despoletou. Qualquer exemplo serve para constatar que os mecanismos de atribuição de significado (normal/anormal, adequado/desadequado etc.) não são processos naturais, mas sim julgamentos sociais (SILVA, 2008, p. 76).

A forma pela qual o paradigma médico psiquiátrico lida com o adoecimento mental – de analisá-la como uma doença física, tende a trazer para o imaginário coletivo um significado sobre a origem do adoecimento mental quase que exclusivamente de uma disfunção do corpo. Entretanto, a natureza contextual da loucura, isto é, a sociocultural, sustenta uma narrativa oposta. Mundialmente, a loucura é vista como uma disfunção psicopatológica socialmente desadequada, entretanto as características em que cada uma dessas definições se aplica é particular de cada cultura. É através dessa perspectiva de fundo que busco descobrir quais os significados que o senso comum da região aqui estudada percebe o adoecimento mental.

De acordo com Silva e Alves (2011, p. 1210), o tecido de significados de uma sociedade constitui-se pelo conhecimento do senso comum, que faz aparecer às pessoas como a forma “natural” de olhar o mundo e viver. Essa sensação da realidade como um dado adquirido, natural, estrutura-se no aqui e agora e apresenta-se como um mundo compartilhado, no qual “a realidade existe na medida que faz parte dos nossos pensamentos e ações”. Como resultado da acumulação desse conhecimento natural, vão constituindo-se o “patrimônio social do conhecimento”, transmitido de geração para geração. O desafio desse trabalho é também o de problematizar, em alguma medida, essa realidade social adquirida como natural.

Por fim, ao tomar a psiquiatria como uma epistemologia problemática, não se tem intenções de negar esse campo do conhecimento ou o reconhecer como inútil, mas sim de apontar algumas questões no seu processo de surgimento e sua função ao longo da história para, enfim, compreender sua interferência no saber da população.

3.2.4 Doença Mental *versus* Loucura: origens e característica

A conceituação da doença mental ou loucura perpassa uma linha tênue entre o saber psiquiátrico e o conhecimento do senso comum. A partir da obra de Foucault (1978), através da reflexão da desrazão na Idade Média, é possível compreender que a loucura é um conceito mais antigo e esteve atrelado à imagem dos leprosos, pestilentos etc., sendo herdado posteriormente pelos(as) “perturbados(as)”. A Idade Moderna sufocou qualquer resquício do que se denominou de loucura em doença mental, sendo a loucura agora um objeto de construção do conhecimento.

As ideias humanistas saídas da Revolução Francesa e todo o contexto subjacente em termos económicos, ideológicos e sociais vieram a produzir – Pinel (1745-1826), na França, Tuke (1732-1822), na Inglaterra, Reil (1759-1813), na Alemanha, e outros – a reclamação de um estatuto particular para os loucos: o de doentes mentais. Este momento histórico vai ligar para sempre o internamento aos loucos, silenciando-os nos asilos onde ficam sós (porque se separam dos pobres, dos vagabundos, dos desempregados...) e se tornam ‘doentes’ objecto de conhecimento. Estes loucos isolados vão ser simultaneamente objecto de observação científica e de intervenção moral, transformando-os em doentes mentais (ALVES, 2007, p. 32).

Dessa forma, não se excluiu a existência da loucura, porém a ciência não acolheu a sua diferença, mas apontou os seus perigos. Conforme Amarante (1994, 2003), o primeiro conceito médico com relação à loucura - ou do que viria a ser doença mental - foi o do psiquiatra Philippe Pinel que afirmava que o louco era uma pessoa distante da realidade objetiva, com impulsos subjetivos que definiriam sua conduta através do assédio das ilusões - por vezes agressivas e por outras irresponsáveis. Sendo assim, a alienação mental seria o rompimento com a razão, uma desrazão.

Além dessa característica da desrazão, a loucura esteve associada à criminalidade, conhecido no senso comum como ‘o louco infrator’. A Inglaterra, em 1863, foi o primeiro país a utilizar um estabelecimento especificamente destinado aos delinquentes alienados. No Brasil, em 1921, surgiu o primeiro manicômio judiciário no Rio de Janeiro, um espaço que reuniu o asilo do alienado e a prisão. Ou seja, as pessoas que cometiam crimes e tinham algum tipo de doença mental eram enviadas para essa instituição que viria ficar conhecido como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (CARRARA, 2010). Segundo Cetolin (2011), através dos saberes do direito penal e da psiquiatria, atrelou-se o rótulo da periculosidade às pessoas com doenças mentais que, segundo Mattos (2006, p. 57) “(...) cumpriria duplo papel a rotulação da periculosidade, sempre indelével: imantaria a necessidade de tratamento e também contemplaria a necessidade de neutralização penal, via exclusão”.

Assim, aos poucos, a loucura passa a ser objeto de estudo e classificação exclusiva da psiquiatria, passando a ser reconhecida como adoecimento mental e classificada nos extensos manuais de psiquiatria, que abrangem, na atualidade, um grande espectro de doenças mentais. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório sobre a saúde mental do ano de 2001, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais. Existe uma diversidade nos tipos de doenças mentais e na gravidade dos sintomas e pessoas de todos os países podem ser atingidas independente de sua classe social, sexo, idade, local de residência (campo, cidade).

A saúde mental e a saúde física, apesar de costumeiramente separar o corpo da mente, estão intimamente entrelaçadas e são elementos interdependentes. Apesar das incertezas ligadas às capacidades do cérebro humano, avanços da neurociência e da medicina comportamental mostram que assim como as doenças físicas, as doenças mentais e comportamentais originam-se de interações de fatores biológicos, psicológicos e sociais. A fim de exemplificar essa interação, a medicina do comportamento demonstrou que pessoas com depressão podem apresentar ocorrência de problemas cardíacos precocemente (OMS, 2001).

No que tange às causas sociais, as doenças mentais apresentam uma explicação social, assim como as doenças de uma forma geral (BUSS; FILHO, 2007). Estudos da área da saúde pública, como o de Buss e Filho (2007), mostram, através da matriz de Dahlgren e Whitehead, a relação dinâmica que existe entre a condição de saúde e os determinantes sociais de saúde (DSS). Essa matriz é disposta em camadas, sendo a base do modelo composta por indivíduos com suas especificidades de idade, sexo e fatores genéticos e hereditários que influenciam sobre suas condições de saúde. Na camada seguinte, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta última camada está situada no limite entre os fatores individuais e o DSS, uma vez que, apesar dos comportamentos serem apontados como de responsabilidade individual, estes estão condicionados pelos DSS, como: propaganda, falta de moradia, lazer, acesso à educação e alimentos saudáveis, desemprego etc.

A camada seguinte trata das redes sociais e comunitárias que, segundo Dahlgren e Whitehead, o maior ou menor nível de coesão está relacionado com a saúde da sociedade. No outro nível, estão os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, que abrangem situação de habitação, acesso a água e esgoto, desemprego, educação, serviços de saúde, ambiente de trabalho etc. Dessa camada entende-se que, quanto maior o grau de desvantagem das pessoas com relação a esses fatores, maior a vulnerabilidade das pessoas e, portanto, maior probabilidade de adoecimento. Por fim, na última camada enquadram-se os

macrodeterminantes, cuja relação com questões mais amplas - condições econômicas, culturais e ambientais - influenciam todas as demais camadas.

Nessa perspectiva da associação entre saúde e aspectos sociais, a OMS (2001) afirma, por exemplo, que a saúde mental está ligada aos fatores sociais como urbanização descontrolada e a pobreza, sendo essa última relatada com certa importância. Com base nesse documento, a pobreza circunscreve as pessoas em um lugar de grande vulnerabilidade social, gerando um cenário favorável para o aparecimento de perturbações, inclusive, do uso abusivo de substâncias. E, apesar das grandes lacunas da psiquiatria no conhecimento das causas de diversas doenças mentais, acredita-se numa interação complexa dos fatores hereditários, biológicos, psicológicos e ambientais por trás da etiologia das doenças mentais.

Inegavelmente, o saber não leigo dos profissionais que trabalham com o adoecimento psíquico apresenta uma compreensão especializada sobre os transtornos mentais e seus diagnósticos, diferente do saber popular. No senso comum, essa compreensão apresenta uma peculiaridade: as psicoses, neuroses, distúrbio de humor, personalidade, dentre outros, não são reconhecidos através dessas nomenclaturas. Na cultura ocidental, a psicose sempre esteve associada à loucura e, particularmente, a esquizofrenia por ser mais popularmente conhecida e atrelada à ideia da loucura (CARVALHO; COSTA; BUCHER-MALUSCHKE, 2007). As causas da esquizofrenia são ainda desconhecidas, porém teorias etiológicas demonstram que a interação de elementos culturais, psicológicos e biológicos atuam na desorganização da personalidade (SILVA, 2006). Além da esquizofrenia, há uma maior divulgação nas mídias televisivas e sociais das doenças devido ao aumento dos diagnósticos (MOREIRA; TELLES, 2008). Hoje, a depressão, a ansiedade e a bipolaridade estão mais conhecidas na sociedade.

3.2.5 Brasil, um dos quartos de despejo do norte colonial

O título dessa seção é uma alusão à metáfora que Maria Carolina de Jesus, em seu livro “Quarto de despejo”, faz ao denominar a favela do Canindé como o quarto de despejo da cidade de São Paulo, onde os “pobres são os trastes velhos”. Além disso, há de concordar-se que se têm muitos cômodos bonitos e mais interessantes para se ver do que um quarto cheio de tralhas.

Para problematizar os objetivos desse trabalho, realizarei uma breve apresentação do contexto geral do lugar da pesquisa, principalmente sobre os aspectos que ajudam a justificá-los e dizem respeito às especificidades da sociedade brasileira. A contextualização no âmbito local e regional será feita na próxima seção.

Quando me referi anteriormente ao Brasil como um país periférico, ao defender a necessidade de uma ecologia de saberes, estava localizando-o enquanto um país da periferia do sistema-mundo (WALLERSTEIN, 2011).

O conceito de economia-mundo se refere a um amplo espaço geográfico em constante transformação cujas características mais importantes são a existência inevitável de um centro dominante e a sua repartição em zonas sucessivas de influência. A primeira zona de influência seria composta pelo núcleo dominante e suas regiões adjacentes, a segunda pelas chamadas zonas intermediárias que gravitam em torno desse núcleo central e, por fim, em terceiro lugar, viriam as zonas subordinadas ou periféricas que completam o sistema (SENE, 2018, p. 8).

O advento do Estado moderno cientificista e o surgimento da psiquiatria europeia trouxeram grandes influências à história da loucura no Brasil. Entretanto, esse processo de modernização das sociedades apresenta formas mais profundas de colocar o país em lugar de subalternização/dependência com a Europa. De acordo com o pensamento econômico dominante na época da modernização da sociedade - as teorias da modernização, os países desenvolvidos serviriam de modelo para os subdesenvolvidos na formulação de políticas de caráter universal, o que levaria todos a um lugar de prosperidade econômica.

A proliferação dessa ideia pelo pensamento econômico fez com que o conceito de ‘desenvolvimento’ se tornasse o objetivo principal da maioria das políticas nacionais. Esse discurso pós-guerra sobre desenvolvimento intensificou o processo de homogeneização de culturas e tradições em defesa de um modelo de crescimento econômico e estilo de vida típicos das economias industriais avançadas.

Prebisch (2000) apresentou a primeira grande crítica a essa ordem pós-guerra ao afirmar que, o fato de a economia internacional expandir-se a partir de uma difusão assimétrica do progresso técnico, isso leva conseqüentemente ao subdesenvolvimento em determinadas partes do mundo. Em outras palavras, não se acreditava mais no *catch up* dos países periféricos com relação aos centrais, pois o grau de desenvolvimento do centro é inversamente proporcional ao dos países periféricos como Brasil. Ou seja, quanto mais desenvolvido o centro do mundo, mais subdesenvolvido são os países que servem como fornecedores de matérias-primas baratas.

Além disso, a diferença nos processos produtivos do centro e da periferia causaria uma constante deterioração dos meios de troca entre os polos, onde o centro sairia sempre beneficiado. Para Prebisch, enquanto o centro retinha integralmente os benefícios de seu progresso técnico, a periferia repassava parte de seu próprio progresso técnico para o centro (SENE, 2018).

Nas décadas de 1960 e 1970, surgiu a teoria da dependência que criticava as teorias da modernização e a premissa de que haveria uma linearidade comum ao desenvolvimento de

todos os países. Desta forma, na análise do sistema-mundo, as relações assimétricas que caracterizam a economia-mundo capitalista passaram, então, a ser entendidas a partir da incorporação dos conceitos de centro e periferia.

A Europa como centro do mundo e através do seu projeto de modernização por meio do capitalismo e colonialismo, desenvolveu-se e impôs aos países periféricos um lugar de inferiorização compulsória, estabelecendo uma relação de dominação econômica, política e cultural através da dominação epistemológica. Esta última configurou-se a partir da hierarquização dos saberes e negação da diversidade de conhecimentos.

Segundo Santos e Meneses (2009, p. 184), o capitalismo global não é apenas um modelo de produção, mas sim um regime cultural e civilizacional que se impõe a todas as instituições sociais, aos modos de vida das pessoas, aos comportamentos sociais, produzindo uma consciência coletiva que impede a afirmação de outros países. Então, quando me refiro ao Brasil como um país periférico é a partir desse lugar subalterno - economicamente, politicamente e culturalmente - que, através da metáfora incial, configura-se um dos quartos de despejo para o centro colonial, ou seja, que não se tem tanta beleza e nós, povos colonizados, somos os trapos velhos, quiçá humanos.

Pode-se utilizar para justificar a importância desse estudo com o saber leigo em um país periférico, Boaventura de Souza Santos e sua metáfora do pensamento abissal, na qual o teórico afirma que o pensamento moderno consiste num sistema de distinções visíveis e invisíveis que segrega a realidade sociomundial em dois universos ontologicamente distintos. O lado de cá da linha que se refere ao Norte colonial e o lado de lá da linha, o sul colonizado, silenciado e oprimido.

O que caracteriza o pensamento de Santos é a impossibilidade de co-presença entre esses dois lados, ou seja, o lado do sul colonizado não tem realidade ou, se a tem, é em função dos interesses do Norte - operacionalizados através da apropriação ou da violência. O autor defende a necessidade de superar esse pensamento abissal e de agir em direção a um pensamento pós abissal que, segundo ele, seria pensar do outro lado da linha a partir de epistemologias do sul, confrontando o monoculturalismo do Norte através de uma ecologia de saberes.

Considero de grande importância a compreensão desse contexto geral na qual o estudo acontecerá, uma vez que todas essas questões estão relacionadas aos objetivos. Portanto, pretendo aqui investigar o que o senso comum atribui de significado ao adoecimento mental, levando em consideração as imbricações desse processo de colonização na construção cultural sobre o(a) “louco(a)” oriundos da psiquiatria, mas também abrindo possibilidades de descobertas singulares na região estudada.

3.3 HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO RECIFE

3.3.1 Cenário recifense contemporâneo

A cidade do Recife é a capital do estado de Pernambuco e apresenta uma população estimada, segundo IBGE (2010), de 1.633.697 pessoas. O município é subdividido em 94 bairros, aglutinados em seis Regiões Político Administrativas e oito Distritos Sanitários (Figura 02). É uma cidade totalmente urbana, com uma população feminina de 53,34% do total e predominância de jovens na faixa etária de 20 a 39 anos. Segundo censo do IBGE (2010), o grau de instrução da população do Recife é de 39,6% sem instrução, ensino médio completo 29%, ensino fundamental completo 16,5% e superior completo 14,4% (RECIFE, 2018).

Figura 2 - Divisão dos Distritos Sanitários do Recife.

(continuação)

DISTRITOS SANITÁRIOS	BAIRROS DE COBERTURA
DS I (RPA 1 - centro: 11 bairros)	Recife, Cabanga, Soledade, Santo Amaro, São José, Coelhos, Boa Vista, Paissandu, Ilha Joana Bezerra, Santo Antônio, Ilha do Leite.
DS II (RPA 2 - norte: 18 bairros)	Torreão, Ponto de Parada, Rosarinho, Porto da Madeira, Fundão, Cajueiro, Encruzilhada, Beberibe, Hipódromo, Água Fria, Peixinhos, Bomba do Hemetério, Campina do Barreto, Arruda, Campo Grande, Alto Santa Terezinha, Linha do Tiro, Dois Unidos.

Fonte: Plano Municipal de Saúde do Recife, 2018 - 2021.

Figura 02 - Divisão dos Distritos Sanitários do Recife.

(conclusão)

DS III (RPA 3 - noroeste: 16 bairros)	Aflitos, Alto do Mandú, Apipucos, Casa Amarela, Casa Forte, Derby, Dois Irmãos, Espinheiro, Graças, Jaqueira, Monteiro, Parnamirim, Poço, Santana, Sítio dos Pintos, Tamarineira.
DS IV (RPA 4 - oeste: 12 bairros)	Cidade Universitária, Engenho do Meio, Madalena, Várzea, Torrões, Torre, Iputinga, Prado, Zumbi, Cordeiro, Ilha do Retiro, Caxangá.
DS V (RPA 5 - sudoeste: 16 bairros)	Caçote, Mangueira, Bongü, Mustardinha, Curado, San Martin, Jardim São Paulo, Areias, Sancho, Barro, Estância, Tejipió, Coqueiral, Jiquiá, Totó, Afogados.
DS VI (RPA 6 - sul: 5 bairros)	Boa Viagem, Brasília Teimosa, Imbiribeira, Ipsep e Pina.
DS VII (RPA 3 - 13 bairros)	Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Mangabeira, Morro da Conceição, Vasco da Gama, Brejo da Guabiraba, Brejo de Beberibe, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Nova Descoberta, Passarinho, Pau Ferro.
DS VIII (RPA 6 - 3 bairros)	Ibura, Jordão e Cohab.

Fonte: Plano Municipal de Saúde do Recife, 2018 - 2021.

3.3.2 Contexto histórico da saúde mental no Recife

Ao longo da história da saúde mental, é possível perceber que a sanção de algumas portarias federais impulsionou os estados e municípios a iniciarem seus processos de desinstitucionalização, dando-se, assim, passos iniciais no que se refere a Reforma Psiquiátrica no país. Posto isto, em 1992, foi aprovada a Portaria Ministerial nº 224, que estabeleceu as

diretrizes e normas para o funcionamento dos serviços de saúde mental, de acordo com os princípios norteadores do SUS.

No âmbito do estado de Pernambuco (PE), em 1994, foi aprovada a Lei nº 11.064, de autoria do deputado estadual Humberto Costa. Esta lei versava sobre a diminuição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, da implementação de uma rede de serviços extra-hospitalares e criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Nesse contexto, Pernambuco inaugura diversos serviços que eram considerados uma alternativa à internação psiquiátrica, são eles: o Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo (CPTRA) em 1990, o hospital-dia Espaço Azul no Hospital Ulysses Pernambucano (HUP) em 1993, o Centro Especializado Médico Psicopedagógico Infantil (CEMPI) e o Núcleo de Atendimento Psicossocial ao Adolescente (NIAPSA), dentre outros (MAIA, 2007).

Conforme a NOB/93, o município do Recife aderiu, em 1993, à municipalização da atenção básica e a gestão semiplena do sistema de saúde. Em 1996, Recife inaugura o primeiro CAPS sob gestão do município, o CAPS Galdino Loreto. Além desse serviço, ainda na década de 1990, a cidade possuía o NAPPE – Núcleo de atenção psicossocial de Pernambuco, que é um CAPS privado e conveniado ao SUS/Recife. No ano de 1996, Maia (2007) relata que ocorreu uma redução de 34,9% dos leitos psiquiátricos em relação a 1992, ou seja, de 6000 leitos para 3949 no estado de PE. Essas são as ações iniciais de desinstitucionalização visíveis no município.

Em 1998, Recife torna-se gestão plena do sistema municipal de saúde a partir da NOB/96. Naquele ano, as internações hospitalares psiquiátricas ocupavam o segundo lugar, chegando a 17.423 autorizações de internamentos hospitalares (AIHs). Destas, 40% referiam-se às internações de longa permanência (MAIA, 2007). Em 1999, o cenário da cidade era de dezenove hospitais, sendo dez conveniados com o SUS/Recife e destes, sete eram psiquiátricos, isto é, 36,8% dos hospitais. Até o ano de 2001, Recife era conhecido pelo parque hospitalar psiquiátrico que possuía e tinha sobre gestão municipal apenas um CAPS público (Galdino Loreto), um CAPS conveniado ao SUS (NAPPE) e sete hospitais psiquiátricos, totalizando 1463 leitos psiquiátricos. Esse cenário, portanto, retrata que, até o ano de 2001, o município apresentava, de forma hegemônica, o tratamento asilar como forma de assistência à pessoa com transtorno mental.

A partir de 2001, algumas pessoas ligadas aos movimentos pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica ocuparam cargos de coordenação de saúde mental na secretaria municipal de saúde. Segundo Maia (2007), no primeiro mês de atuação da gestão de saúde mental, procurou-se discutir internamente, traçar a política e redirecionar o modelo de assistência em saúde mental

com base na lei estadual nº11.064/94 e nos princípios do SUS. No mês posterior, diversos seguimentos sociais foram convocados para discutir em torno da pauta da saúde mental para a apresentação de propostas e da política. Essa gestão apresenta como característica a abertura para participação da população para pensar a política de saúde mental.

Lembrando que nesse mesmo período é aprovada a lei federal nº 10.216, impulsionando um novo gás nos municípios. Além disso, em 2001, aconteceram dois eventos importantes, são eles: a V Conferência Municipal de Saúde e a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Com relação a V Conferência na cidade do Recife, esse foi um espaço importante de diálogo para discussão de propostas para a política de saúde mental. Ocorreu na cidade de 28/09 a 01/10 de 2001 e o relatório final apresentou vinte e cinco propostas referentes à saúde mental, as quais foram inseridas no Plano Municipal de Saúde (RECIFE, 2018).

Dentre essas propostas, tem-se: implementar ações de saúde mental e criar equipes especializadas de retaguarda de saúde mental para o PSF; implementar oficinas comunitárias para os portadores de sofrimento psíquico; implementar serviços especializados (NAPS) substitutivos à internação psiquiátrica. No ano subsequente, a cidade inaugura três CAPS Públicos o CAPS Espaço Vida (DS IV), o CAPS José Carlos Souto (DS II) e o CAPS Esperança (DS III). Além desses serviços, o município inaugurou dois serviços residenciais terapêuticos, nos DS II e IV (MAIA, 2007).

Ainda em 2002, o município iniciou o projeto Reabilitar que se subdividia em duas formas de ação: Residências Terapêuticas e De volta à Família de Origem - DVFO. O primeiro diz respeito a casas na comunidade, sob responsabilidade do CAPS mais próximo, pessoas que perderam completamente o vínculo familiar ou tinham vínculos muito fragilizados. O DVFO abrange as pessoas que apresentavam capacidade para fazer o tratamento na rede extra-hospitalar e que mantinham vínculos familiares. Em ambos os casos os (as) usuários (as) recebiam auxílio-reabilitação.

Ao longo do tempo, hospitais foram sendo fechados e SRT foram sendo implementados, como também o Programa de Volta para Casa para acolher a demanda que vinha dos hospitais psiquiátricos. Em 2004, foi inaugurado o primeiro CAPS 24h da cidade, o CAPS David Capistrano, localizado no Ipsep (DS VI). Por ter sido a primeira experiência da cidade com essa modalidade de serviço, foram realizadas capacitações dos profissionais que ali atuavam. Neste ano, mais da metade das internações psiquiátricas em hospitais especializados, gestão municipal, foram de usuários que não moravam na cidade. De 2001 a 2004 é que a rede extra-hospitalar de Recife foi estruturada, impulsionada, inclusive pelo descredenciamento dos

hospitais do SUS, demandando, assim, a implementação de novos serviços para acolher as pessoas com sofrimento mental.

No ano de 2005, inaugurou-se o CAPS i Zaldo Rocha (DS II) e dois SRT (DS III e V). No decorrer dos anos, Recife vai ampliando sua RAPS e em 2007 apresenta o seguinte cenário: 06 CAPS AD, 02 CAPS i, 06 CAPS II, 02 CAPS III, 05 Hospitais Psiquiátricos, 12 Residências Terapêuticas. Segundo Melo (2017) em 2008, o Recife já apresentava uma cobertura de CAPS satisfatória, segundo parâmetros no Ministério da Saúde. Porém, apesar desse cenário, o município continuou pagando por leitos em hospitais psiquiátricos em detrimento da expansão da RAPS. Nos dois anos subsequentes, não se tem registro da expansão da RAPS, em compensação foram fechados 639 leitos psiquiátricos e abertas doze novas residências terapêuticas em 2011 (MELO, 2017).

Em 2016, os leitos psiquiátricos de responsabilidade do município foram zerados, o que configura um cuidado que não prioriza a internação psiquiátrica, mas que aposta na rede extra-hospitalar no atendimento das pessoas em sofrimento. Hoje, a Rede de Atenção Psicossocial de Recife é composta por 17 Centros de Atenção Psicossocial, sendo destes, 4 CAPS Tipo II, 4 CAPS Tipo III 24H, 4 CAPS Álcool e Drogas, 2 CAPS Álcool e Drogas Tipo III 24H e 3 CAPS Infanto-juvenil; 52 SRT, sendo 45 Tipo I e 7 Tipo II, com complexidade clínica e psiquiátrica diversificada; 3 Unidades de Acolhimento; 24 leitos de atenção integral em hospitais conveniados; 6 Equipes de Consultório de Rua e 2 Equipes de Consultório na Rua (RECIFE, 2018).

É importante ressaltar que, com base em Maia (2007) e compartilhando de tal concepção, o processo de desinstitucionalização e construção da RAPS Recife não se delimita apenas ao fechamento de hospitais psiquiátricos, mas sim pressupõe uma mudança na relação da população do Recife com as pessoas “loucas” da cidade, sendo esta mudança caracterizada por uma maior tolerância com as singularidades destas pessoas e passando a ter uma relação com o diferente não só a partir das negatividades, mas também das positivities.

3.3.3 Região do CAPS David Capistrano

O CAPS David Capistrano está localizado no DS VI. Dentre todos os DS da cidade, esse é o de maior concentração populacional, compreendendo 18,24% habitantes. Apesar de na teoria o DS VI ser composto por vários bairros, na prática de trabalho deste CAPS os bairros que estão sob sua responsabilidade no que se refere à assistência em saúde mental, são: Ipsep, Ibura e Imbiribeira. O Ibura é o bairro com maior população e o Ipsep é o que tem menos

habitantes. A população feminina é maior nos três territórios, sendo a população parda predominante no Ibura e Imbiribeira e a branca no Ipsep. Nos três bairros, a faixa etária na qual concentra a maior parte da população é entre 25 e 59 anos, ou seja, na faixa economicamente ativa. Com relação ao índice de alfabetização - capacidade de ler, 97,3% para o Ipsep e 91,6% para Ibura e Imbiribeira (Figura 03).

Figura 03 - Perfil dos bairros

IPSEP	IBURA	IMBIRIBEIRA
Pop residente: 25.029 hab	Pop residente: 50.617 hab	Pop residente: 48.512 hab
População por sexo (%): Masculina 43,98 Feminina 56,02	População por sexo (%): Masculina 47,08 Feminina 52,92	População por sexo (%): Masculina 46,04 Feminina 53,06
Pop por faixa etária (%):	Pop por faixa etária (%):	Pop por faixa etária (%):
0 – 04 anos 4,28	0 – 04 anos 7,01	0 – 04 anos 6,94
05 – 14 anos 11,56	05 – 14 anos 17,07	05 – 14 anos 15,35
15 – 17 anos 4,14	15 – 17 anos 5,42	15 – 17 anos 4,99
18 – 24 anos 11,02	18 – 24 anos 11,92	18 – 24 anos 12,65
25 – 59 anos 50,09	25 – 59 anos 49,16	25 – 59 anos 49,51
60 anos e mais 18,01	60 anos e mais 8,07	60 anos e mais 10,56
População por cor ou raça (%)	População por cor ou raça (%)	População por cor ou raça (%)
Branca 48,72	Branca 33,2	Branca 40,49
Preta 5,11	Preta 8,22	Preta 9,1
Parda 44,94	Parda 57,31	Parda 49,18
Amarela 0,9	Amarela 1,08	Amarela 1
Indígena 0,33	Indígena 0,19	Indígena 0,23
Taxa de Alfabetização ¹⁶ da População de 10 anos e mais (%): 97,3	Taxa de Alfabetização da População de 10 anos e mais (%): 91,6	Taxa de Alfabetização da População de 10 anos e mais (%): 91,6

Fonte: IBGE, 2010.

A respeito da assistência em saúde mental, ela organiza-se a partir dos níveis de atenção. A atenção básica do SUS conta com as Unidades de Saúde da Família para realizar o acolhimento dessa população no território com o suporte técnico garantido pela Equipe de Retaguarda ou Equipe de Ação Avançada (EAA). No nível secundário, compõem essa rede os

¹⁶ Dada pelo percentual das pessoas de 10 anos ou mais de idade capazes de ler ou escrever pelo menos um bilhete simples.

ambulatórios de psicologia e psiquiatria mais os CAPS e, por fim, no nível terciário estão os serviços de emergência psiquiátrica e hospital psiquiátrico. Ligado à rede, ainda existem as Residências Terapêuticas.

Para realização do acolhimento às pessoas em sofrimento na atenção básica, o DS VI apresenta o seguinte cenário: o distrito é composto por três microrregiões (MR): na MR 1 existem 10 USF; na MR 2, 06 USF e na MR 3, 12 USF. Com relação ao nível secundário, os CAPS David Capistrano e o CAPS Espaço Livremente dividem o atendimento especializado em saúde mental da região. O CAPS possui ainda cinco Residências Terapêuticas sob sua responsabilidade.

4 METODOLOGIA

Desde o princípio, a ideia de pensar o território do DS VI - tão populoso - como campo de pesquisa parecia ser o maior desafio desse trabalho. Da banca de qualificação até o momento anterior à primeira visita ao CAPS, ficava a dúvida de como delimitaria o local da coleta dos dados, como me aproximaria dos(as) moradores(as) da região, enfim, como se daria essa fase da pesquisa de uma forma geral. No primeiro encontro com Karin Cristiane Melo, gerente do CAPS, comecei a entender um pouco melhor sobre a região, principalmente, diante de tantas dúvidas com as quais cheguei com relação ao território de cobertura do David Capistrano, após a nova divisão dos Distritos Sanitários que se deu em 2013 na cidade do Recife.

Diante desse primeiro contato com o CAPS, bem como com parte do território circunvizinho, comecei a ficar mais tranquila - apesar da insegurança que pareceu acompanhar-me durante todo esse percurso - e me preparar para iniciar essa vivência que é ao mesmo tempo desafiadora e extremamente rica. Nessa primeira visita ao CAPS, pude entender o território de cobertura e delimitar as regiões que faria as entrevistas, o que descrevo melhor mais à frente.

Tinha certeza desde o começo de que esta pesquisa seria qualitativa. Marcada pela presença de um pesquisador e sua relação intersubjetiva com os grupos sociais, bem como pelo seu compromisso de cidadania com as pessoas e com os temas a serem trabalhados, a pesquisa qualitativa está relacionada às promessas democrática. Dentro de um universo de possibilidade de análises da pesquisa qualitativa, um dos objetivos centrais de todas as pesquisas é compreender o sentido que os sujeitos conferem à suas opiniões e crenças, sendo a construção de significado essencial para compreender as questões relacionada à saúde e à doença (MINAYO, 2010). A característica de um estudo qualitativo é o trabalho com significados,

motivações, crenças, valores. O material analisado são as palavras, portanto, procura-se interpretar o conteúdo das falas buscando significados ali existentes.

Para alcançar os objetivos dessa pesquisa lancei mão de métodos etnográficos. Segundo Angrosino (2009, p. 31), tal método é baseado em uma pesquisa de campo, realizada no local onde as pessoas vivem e onde a vida acontece. No que se refere a utilidade de métodos etnográficos, é preferível lançar mão deste tipo de método quando se pretende conhecer a perspectiva das próprias pessoas sobre alguma questão, ao invés de utilizar alguma enquete ou questionários construídos a partir de uma perspectiva externa do pesquisador. Ou, ainda, utilizar dados de uma pesquisa realizada em outra comunidade supostamente similar (ANGROSINO, 2009, p. 36). Neste sentido, foram utilizadas como técnicas de coleta de dados a entrevista e a observação, sendo esta última registrada no diário de campo.

4.1 LOCAL DO ESTUDO

Essa pesquisa aconteceu na cidade do Recife, na RPA VI, no DS VI, especificamente no território de cobertura do CAPS David Capistrano, correspondente aos bairros do Ipsep, Ibura e parte da Imbiribeira.

A escolha do território deu-se pelo fato de o CAPS David Capistrano ter sido o primeiro CAPS tipo III da cidade do Recife, ou seja, ser um serviço que atende prioritariamente adultos com transtornos mentais severos e persistentes com horário de funcionamento 24h, todos os dias da semana, possibilitando tanto uma maior aproximação com a realidade dos(as) usuários(as) com transtorno mental da região, como maior tempo de atuação nesse território - quase dezesseis anos. Nessa perspectiva, posso deduzir que, desde 2004, os(as) moradores(as) dessa região acolhem e convivem com esse serviço responsável pela demanda do adoecimento mental no território.

Em conversa com a coordenadora do CAPS sobre o território de cobertura, ela relatou que, na prática de trabalho, o território de cobertura do David Capistrano abrange o bairro do Ipsep, Ibura e Imbiribeira. Nessa região (RPA VI), como vimos anteriormente, existem dois CAPS responsáveis pela assistência à saúde mental da população, são eles: o David Capistrano e o CAPS Espaço Livremente. Segundo conversa com Karin, a região é dividida da seguinte forma: o David Capistrano fica responsável pelo bairro do Ipsep em sua totalidade; o Ibura, exceto UR 06 E 11; e parte da Imbiribeira, referente a área da lagoa do Araçá.

Ainda sobre o território de cobertura do CAPS David Capistrano, a gerente explicou que o Ibura é o bairro que apresenta mais usuários(as) admitidos no CAPS, provavelmente por

ser a região mais populosa. Nesse encontro, Karin sugeriu que a pesquisa abrangesse todo o território do CAPS, pois o serviço atua realizando matriciamento e é responsável por algumas Residências Terapêuticas na região. Justificou que, delimitar a coleta apenas à região do Ipsep pelo serviço localizar-se nesse bairro e por considerar que estaria mais próximo da população, seria um equívoco, já que o local de maior demanda é a região do Ibura; para ela, seria essencial realizar as entrevistas nesse local.

Dessa forma, cheguei ao consenso de que seria interessante abranger tanto os moradores(as) próximos do CAPS, bem como moradores(as) dessas regiões mais afastas fisicamente do serviço, abrangendo, então, os três bairros de atuação do CAPS. O campo empírico desta pesquisa contemplou, por fim, o território de cobertura do CAPS David Capistrano, isto é, seus três bairros de cobertura, sendo eles: o Ipsep, na região onde fica localizado o CAPS; no Ibura, na região onde está localizada a Unidade Vila do Sesi que o CAPS faz matriciamento e na Imbiribeira, na rua de uma Residência Terapêutica, que não será divulgada por compreendermos a RT não é um serviço de saúde aberto à visitação e divulgação, mas sim local de moradia de pessoas.

4.2 SUJEITOS(AS) DO ESTUDO

Em pesquisa, os sujeitos desempenham um papel importante no processo de coleta das informações e na compreensão dos achados do estudo. Assim, esses sujeitos, também conhecidos como informantes chaves, são definidos e convidados com a expectativa de que possam contribuir com a sua percepção sobre o objeto de análise. Para responder aos objetivos propostos, os sujeitos que participaram desta pesquisa foram os(as) moradores(as) (vizinhança) do território de cobertura do CAPS David Capistrano. Além destes, pela necessidade de conhecer o território e obter mais informações relevantes para a realização desta pesquisa, foi contactada a gerente operacional do respectivo serviço.

A fim de delimitar os sujeitos e sujeitas desta pesquisa, elaboramos alguns critérios de inclusão, a conhecer: moradores(as) que aceitassem o convite de participar da pesquisa e moradores(as) que sejam maiores de 18 anos. E como critério de exclusão, tivemos os(as) moradores(as) que não habitassem o território de cobertura do CAPS David Capistrano ou que tivessem conhecimento ou experiência profissional prévia na área da saúde mental. Ainda com relação a amostra, o empenho foi para garantir uma paridade de gênero e presença de gerações

diferentes (pessoas idosas, jovens), já que está tratando de um assunto que, ao longo dos anos, sofreu mudanças sobre seu entendimento.

Dessa forma, os sujeitos e sujeitas que participaram dessa pesquisa foram seis moradores(as) da região de cobertura do CAPS David Capistrano. Sendo dois moradores(as) da região ao redor do CAPS, no Ipsep; dois moradores da região circunvizinha a Unidade de Saúde Vila do Sesi, no Ibura; e dois moradores(as) da rua de uma Residência Terapêutica, na Imbiribeira.

Figura 04 - Caracterização dos(as) moradores(as) entrevistados(as).

Nome ¹⁷	Idade	Raça/Cor ¹⁸	Identidade de Gênero ¹⁹	Orientação Sexual	Ocupação	Grau de Escolaridade	Tempo de moradia no bairro
Alzira	57	Parda	Cisgênero	Heterossexual	Servidora Pública	Superior completo	36 anos (Ipsep)
Bob	42	Negra	Cisgênero	Heterossexual	Maitre	2º grau completo	40 anos (Ipsep)
Betinha	36	Parda	Cisgênero	Heterossexual	Desocupada ²⁰	3º grau completo	31 anos (Ibura)
Januário	31	Amarela	Cisgênero	Heterossexual	Desocupado	2º grau completo	30 anos (Ibura)
Risoflora	62	Branca	Cisgênero	Heterossexual	Desocupada	2º grau completo	25 anos (Imbiribeira)
Tião	73	Parda	Cisgênero	Heterossexual	Desocupado	1º grau incompleto	8 anos (Imbiribeira)

Fonte: A autora, 2020.

Devido à dinâmica da coleta dos dados, não consegui garantir uma grande diversidade nas gerações das pessoas na amostra, porém a paridade de gênero foi alcançada. Pode-se caracterizar a amostra da seguinte forma: pessoas que se autodeclararam pardas ou negras 04 (66,6%); Cisgênero 06 (100%); heterossexual 06 (100%); pessoas desocupadas 04 (66,6%); média do tempo de residência no bairro de 28,3; com relação ao grau de escolaridade 01 pessoa

¹⁷ Conforme sigilo garantido pelo TCLE dessa pesquisa, o nome dos(das) moradores(as) foram substituídos por nomes de personagens de músicas pernambucanas.

¹⁸ A Raça/cor está apresentada de acordo com a autodeclaração dos participantes.

¹⁹ Os termos identidade de gênero e orientação sexual foram explicados aos participantes e estão aqui apresentados de acordo com as escolhas próprias dos participantes.

²⁰ O termo desocupado/desocupada refere-se aquelas pessoas que no momento da entrevista não trabalhavam, ou seja, não geravam rendimento ao domicílio, incluiu-se aqui o trabalho doméstico.

apresentou nível superior (16,6%), 03 referiram ter o 2º grau completo (50%), 01 o 1º grau incompleto (16,6%) e 01 o 3º grau completo (16,6%).

4.3 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Para realização do campo empírico da pesquisa, foi utilizada para a coleta de dados a entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) e, a partir da observação, o diário de campo. A entrevista foi o procedimento adotado para coletar os dados relacionados à percepção dos moradores(as) acerca da loucura. As entrevistas aconteceram a partir de um roteiro de perguntas principais que podiam ser complementadas por outras questões evocadas na ocasião das entrevistas. A entrevista semiestruturada é um instrumento que, além de conter perguntas básicas que favorecem o alcance do objetivo do trabalho, ela também auxilia o pesquisador no processo de interação com os sujeitos participantes da pesquisa.

De acordo com Triviños (1987, p.152), a entrevista semiestruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]”. Ela também mantém a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações. Portanto, compreende-se este instrumento como mais adequado à pesquisa, uma vez que possibilita uma investigação aprofundada sobre o tema proposto, permitindo uma interação importante entre pesquisador e o participante de modo a contribuir de forma singular na construção da pesquisa. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas a fim de facilitar a análise e preservar a autenticidade dos dados (CRUZ NETO, 2002).

Ainda com relação à entrevista, embora a etnográfica clássica utilize a entrevista de natureza aberta, é possível conduzir entrevistas semiestruturadas como forma de colher informações relevantes para a pesquisa (ANGROSINO, 2009). Durante a realização das entrevistas foram tomados certos cuidados para evitar vieses por parte do(a) entrevistador(ra). Como exemplos, acenar com a cabeça tanto de forma positiva como negativa, induzir os entrevistados a darem respostas que a entrevistadora espera, interferir muito nas narrativas, dentre outras. Portanto, através destas técnicas, pretendeu-se conhecer quais as percepções dos moradores do território de cobertura do CAPS David Capistrano acerca da loucura.

Com relação ao diário de campo, este foi utilizado como instrumento de registro de percepções e detalhes do campo empírico. Além disso, foi o espaço para anotar os sentimentos, inquietações, curiosidades, dúvidas que surgiram ao longo dessa experiência no território do CAPS (MINAYO, 2010). Esses registros ocorreram a partir da observação do campo e

iniciaram-se desde o primeiro contato da pesquisadora com cenário da pesquisa, estando associado ao ato de perceber fenômenos e registrá-los com propósitos científicos. Esse processo requisitou uma absorção e registro de tudo com a maior riqueza de detalhes, evitando-se o mínimo de interpretação, o que, ao longo da pesquisa, pode-se passar a serem registradas as questões apenas tidas como importantes a realização do estudo. Nessa fase é necessário o esforço para deixar de lado os próprios preconceitos (ANGROSINO, 2009).

4.4 COLETA DOS DADOS

O primeiro passo com relação ao desenvolvimento do campo empírico dessa pesquisa foi o de cadastrar o trabalho no site susrecife.com.br na área de Projetos de Pesquisa e/ou Extensão para emissão da carta de anuência que permitiria a realização da coleta no DS VI e a entrar no CAPS para falar com a gerente do serviço. Após conseguir a anuência, o trabalho foi anexado a Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Aggeu Magalhães no dia 05/12/2019. Posterior à aprovação, entrei em contato com a gerente do CAPS para marcar a primeira visita no serviço e na região, que ocorreu no dia 03 de janeiro de 2020. Toda a coleta dos dados aconteceu no mês de janeiro, conforme planejamento do cronograma desta pesquisa. Antes de seguir adiante, é importante relatar que a partir daqui o que escrevo tem como base as percepções registradas no diário de campo, instrumento no qual pude registrar data das visitas, reflexões sobre o campo, sentimentos etc.

Vale ressaltar que os sujeitos da pesquisa são pessoas com experiências de vida social e que eu, enquanto pesquisadora, também estou inserida na sociedade e sou composta por subjetividades. Entretanto, a partir de Elias (1991) apud Alves (2007) entendo que o papel do investigador nessa etapa deve ser baseado em uma dupla estratégia, são elas: distanciamento e empenho. Ou seja, distanciamento para o(a) investigador(a) despir-se de suas concepções na tentativa de minimizar as possibilidades de influência destas na compreensão do mundo estudado. Nesse sentido, Alves (2007) aponta o contexto histórico como importante maneira de alcançar esse distanciamento, uma vez que a história aponta os sentidos e formas. E o empenho para compreender o funcionamento de pessoas e grupos humanos a partir do interior dessas experiências. Atenta a essa compreensão que entrei no campo empírico desta pesquisa.

Conforme dito anteriormente, em janeiro ocorreu o primeiro contato com o CAPS para dialogar com a gerente do serviço. Ao chegar no CAPS e estacionar o carro, a primeira percepção foi a do cadeado na grade do serviço, prendendo aquelas pessoas ali dentro e, ao mesmo tempo, deixando-me do lado de fora. Compete esclarecer que o CAPS fica separado por

uma parede de uma unidade de saúde, todavia essa última permanece de grades abertas. No local, existe um guarda que fica sentado no banco do estacionamento, atento à entrada e saída das pessoas e com a responsabilidade de permitir ou não o acesso ao CAPS. Ao deparar-me com o cadeado, apresentei-me e expliquei ao guarda o motivo da minha presença. Fui autorizada e eu entrei no CAPS a procura da gerente operacional.

Nesse primeiro encontro, compartilhei a carta de autorização de coleta dos dados da Prefeitura do Recife que me autorizava a ter acesso ao serviço e a realizar o campo empírico naquele Distrito Sanitário. Além disso, a pesquisa foi apresentada à gerente a fim de oportunizar uma construção coletiva da mesma, já que Karin demonstrou apropriação sobre o território.

Ainda na fase de construção do projeto para submissão ao CEP, decidi que gostaria de bater na casa das pessoas para realizar essas entrevistas e essa escolha evocava dúvidas se conseguiria realizar o campo empírico. Entretanto, entendendo o meu lugar de privilégio (uma mulher branca), em nenhum momento fiquei insegura ou pensando que as pessoas recusar-se-iam a participar da pesquisa ou que se negariam a me receber de modo a inviabilizar a pesquisa. De fato, não tive grandes problemas em aproximar-me dos moradores(as) e entrevistá-los(as).

Na verdade, nos bairros do Ibura e Ipsep, a dinâmica de comunidade, de relação mais próxima com os vizinhos, o sentar na rua no fim da tarde possibilitou-me uma coleta de dados mais independente (de algum profissional no CAPS) e amena. Já a experiência no bairro da Imbiribeira, apresentou uma dinâmica mais hostil e precisei solicitar ajuda do Técnico de Referência da RT, pois ele convive na região há três anos e possibilitou-me um acesso mais facilitado ao território. Na Imbiribeira, a rua da residência terapêutica é composta por muitos prédios, casas e um grande deserto; a sensação é de que existe uma relação mais protegida dos moradores desse bairro com relação à rua, e, raramente, via-se pessoas fora de suas casas, quando comparado aos outros bairros. Talvez, contribua para isso o fato de a Imbiribeira ser um bairro mais rico que os outros.

Posto isso, fui a campo três vezes na semana durante três semanas, das 13h às 16h, portando uma prancheta com os TCLEs, as entrevistas, várias folhas de papel em branco para registrar todas as percepções e sentimentos e um gravador portátil. Além disso, utilizei um crachá que me identificava enquanto estudante/pesquisadora da Fiocruz. Ao chegar no local, sempre realizava antes uma breve caminhada mapeando a região e tentando identificar presença de serviços de saúde, igrejas, associação de moradores etc.

Conforme dito anteriormente, foram selecionados três locais para a realização da coleta dos dados e a amostra deu-se por conveniência. De acordo com Angrosino (2009) o que está por trás da pesquisa qualitativa é essa seleção proporcional dos participantes e do local de

realização do estudo que devem ser o mais indicado para ajudar o(a) pesquisador(ra) entender o problema e a questão da pesquisa. Nesse sentido, enquanto caminhava na região e identificava moradores(as) sentados nas calçadas das regiões delimitadas apresentava-me, explicava do que se tratava e, caso a pessoa aceitasse, iniciava o processo de leitura e assinatura do TCLE; só depois começava as entrevistas, que foram gravadas com consentimento das pessoas. Ao final das entrevistas, explicava às pessoas entrevistadas o motivo em ter utilizado a palavra louco(a), pois “louco(a)”, “doido(a)” é a forma pela qual conhecemos as pessoas em sofrimento psíquico no senso comum e deixava claro que não as utilizavas de forma a ofender ou estigmatizar mais ainda esses indivíduos.

A categoria loucura foi abordada de forma livre. Não tive pretensões de enquadrar a loucura apenas àquelas pessoas mais desviantes e estereotipadas socialmente, influenciando, de certo modo, os possíveis significados que os(as) entrevistados(as) atribuiriam à loucura. Optei por deixar sob responsabilidade do(a) participante dar significados próprios para a loucura a fim de analisar o que apareceria nas falas a respeito dessa categoria de forma geral.

A primeira ida a campo ocorreu no dia 06 de janeiro de 2020, nas proximidades do CAPS. Teve por objetivo realizar duas entrevistas piloto a fim de mensurar se o roteiro da entrevista tinha uma linguagem acessível e compreensível pelos(as) moradores(as), ou seja, se estava adequada. Posterior a essa experiência, foram feitas alterações no roteiro da entrevista, alterando-se algumas palavras. Além disso, esse primeiro contato nessa região serviu para que me familiarizasse um pouco e percebesse questões essenciais do território para o processo de coleta dos dados no geral. Por exemplo, nas tentativas de encontrar moradores(as) disponíveis para participar das entrevistas piloto, percebi que o turno da manhã não era o melhor para encontrá-los(as) disponíveis, pois esse período parecia ser o momento que os moradores resolviam “problemas” na rua e estavam com pressa para sair, ou as moradoras ocupavam-se, fazendo o almoço da família e solicitavam que retornasse depois.

Diferentemente do turno da tarde, que em torno das 14h30 - 15h, as pessoas começavam a viver mais o território através de conversas com os(as) vizinhos(as) sentados(as) nas calçadas das ruas, abrindo seus pequenos comércios, pintando a porta de casa etc. Portanto, a partir dessa vivência, decidi ir a campo sempre nos turnos da tarde. Dei início a coleta oficial pelo bairro do Ipsep, em seguida no Ibura e, por fim, na Imbiribeira.

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Partindo da compreensão que a pesquisa qualitativa trabalha com os significados dos textos e imagens, essa etapa do trabalho apresentou como objetivo extrair os sentidos dos dados obtidos através do campo empírico, ou seja, das entrevistas. Além da busca pelos significados das entrevistas, foram analisados os registros feitos pela pesquisadora em seu diário de campo a fim de trazer essa experiência em sua totalidade. Segundo Angrosino (2009) esta etapa envolveu diversos componentes, são eles: extração do sentido dos dados; preparação dos dados para análise; condução das análises; aprofundamento nos dados; interpretação mais ampla do material.

O processamento de análise dos dados foi realizado de acordo como autor supracitado, que divide esse momento em três passos. O primeiro passo diz respeito a preparação e organização desses dados. É o momento de transcrição das entrevistas e realização da leitura flutuante - se preciso, digitar anotações ou classificar e organizar o material em diferentes tipos. Já no segundo passo, é necessário ler todos os dados para obter um sentido geral de todos os registros e dados obtidos no campo, assim como poder refletir a partir de um contexto mais global. Nessa etapa, já é possível realizar algumas considerações gerais sobre os dados. O último e terceiro passo é o da análise detalhada, que se dá a partir de um processo de codificação, ou seja, a organização do material em “grupos”, envolvendo a categorização do material, segmentação das frases/parágrafos e rotulação destas categorias com um único termo.

Nesse sentido, para o primeiro momento da análise, foram feitas - pela pesquisadora - as transcrições das seis entrevistas em sua totalidade no programa de edição de textos Word. Nesse processo, já pude perceber possíveis categorias. Porém, só a partir das leituras das entrevistas e do diário de campo, que proporcionou uma ideia geral dos dados, é que foram delimitadas as categorias, dirigindo-me para o último passo da análise, que seria o das codificações. Após exploração exhaustiva do material, foram elaborados três eixos de análise: 1) as causas da loucura; 2) as características atribuídas à imagem da loucura; 3) o tratamento/cuidado para a loucura.

Com relação às causas da loucura, foram delimitadas subcategorias, a saber: elementos genéticos e hereditários, sociais (família, trabalho, estresse), religiosos (falta de Deus), relacionados com a própria pessoa (forte/fraca). No que tange às subcategorias relacionadas com as “características atribuídas a loucura”, apresentaram-se as seguintes: comportamento (agressivo, imprevisível), aparência (sujo, fedido), desrazão (não fala coisa com coisa) e tutela

(alguém precisa estar responsável pela pessoa); e, por fim, as subcategorias ligadas ao “tratamento/cuidado para a loucura”: cuidado no território: CAPS e modelo asilar: hospital psiquiátrico.

As codificações foram feitas em três planilhas coloridas no editor de tabelas Excel buscando separar cada categoria por planilha e os trechos das falas dos participantes que deram origem às subcategorias. Posterior à exploração das entrevistas, à categorização e à separação dos trechos que compuseram as subcategorias, foram sublinhadas ainda questões trazidas pelos(as) participantes que não apresentavam uma ligação direta com o objetivo da pesquisa, mas que suscitaram reflexões de uma forma mais ampla. Além disso, os registros do diário de campo também foram coloridos de acordo com as planilhas para realizar uma correlação entre as entrevistas e as anotações correspondente a cada categoria.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização deste estudo, foram observados os pressupostos da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Ministério da Saúde, e por essa razão, o projeto deverá conter um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) no qual as participantes da pesquisa se declararam cientes dos aspectos concernentes ao anonimato e sigilo, à privacidade e confiabilidade das informações fornecidas, bem como do direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento.

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, aprovada e apresenta como Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) o nº 23576619.7.0000.5190.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de iniciar a apresentação dos resultados e a discussão, considero importante enfatizar que espero, com esse trabalho, trazer uma imagem específica da realidade do território estudado no momento da pesquisa. Posto isto, o objetivo desta pesquisa foi analisar as percepções do saber leigo e, para isso, busquei, através das entrevistas analisar os significados atribuídos à loucura. Essa seção dos resultados e discussão ficou organizada da seguinte maneira: inicialmente trago algumas reflexões importantes que encontrei - tanto do processo de análise das entrevistas bem como dos registros do diário de campo - com relação às experiências prévias com a loucura; na sequência apresento os resultados divididos por categorias; e, por fim, a discussão correspondente a cada categoria.

O roteiro da entrevista (APÊNDICE A) é composto por perguntas relacionadas aos motivos pelos quais uma pessoa é louca; sobre a imagem do(a) louco(a); e ao CAPS e manicômio. Dessa forma, através da análise das entrevistas surgiram três grandes categorias: 1) as causas da loucura, 2) as características atribuídas à imagem da loucura e 3) o tratamento da loucura. Portanto, foi a partir da soma da análise desses três eixos que investiguei os significados que o senso comum da região atribuiu ao fenômeno da loucura.

5.1 EXPERIÊNCIAS PESSOAIS COM A LOUCURA: TRANSFORMANDO AS VIVÊNCIAS EM CONHECIMENTO E MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

Ao pensar o roteiro da entrevista que atribuiria à loucura significados, concluí que experiências prévias com adoecimentos mentais, próprias ou de terceiros (amigos(as), familiares), poderiam influenciar na construção desses significados. Além disso, participar de associação de moradores, apresentar vínculo com a Unidade Básica de Saúde da região ou com o CAPS e frequentar instituições religiosas trariam interferências na forma com os(as) participantes conceituariam a loucura. Por isso, foi necessário investigar durante a coleta dos dados as existências dessas experiências prévias, tenham sido elas uma vivência própria ou com familiares, amigos etc.

Nesse sentido, em relação às vivências com o adoecimento mental, dos seis participantes da pesquisa, três relataram ter tido experiências próprias com a loucura, foram eles: Bob, Alzira e Risoflora. Bob relatou que através da sua experiência, ocasionada por um acidente de moto, o seu olhar para com as pessoas loucas mudou e essa mudança possibilitou com que ele passasse a perceber-se naquelas pessoas com transtornos mentais.

Muito, mudou muito. Sabe por quê? É assim... antes, eu num tava nem aí, ou seja, é... eu via as pessoas na rua, olhava com outro olhar, assim, nem aí, num tava nem aí pra nada. Hoje, eu já vejo diferente, entendeu? Sabe por quê? Porque eu me vejo nessas pessoas, por quê? Porque eu cheguei a uma fase muito complicada, ou seja, quase louco. Quase que eu era mais um. Entendeu? Aí hoje eu num consigo ver essas pessoas, olhar assim e nada. Não, eu já olho com outros olhares, tendeu? Eu olho hoje as pessoas com outros olhares. Antes eu não tava nem aí, pegava minha moto ia me bora trabalhar, chegava, largava do trabalho vinha, aí uma namorada aqui outra namorada alí, pronto... tendeu? A minha vida era muito namoro, namorada, é... restaurante, barzinho, pronto. Eu nem parava em casa pra ser sincero, eu nem parava em casa. Eu moro aqui há 41 anos e nunca fui aí (no CAPS). (Bob).

Alzira narra que, o fato de ter tido contato prévio com pessoas com transtornos mentais, fez com que ela pudesse lidar com esses indivíduos de forma mais tranquila, relatando seu

comportamento de conversar com pessoas loucas na rua, nos ônibus como exemplos dessa quebra de tabu.

Vê bem, eu não sei se é pelo fato de ter tido contato com pessoas com problemas mentais e eu vi que não era tão difícil. Tive contato, tive vontade de cuidar, então isso vai muito assim de você simpatizar, né, com o problema. Tem pessoas que não querem nem ouvir falar e acha que são pessoas perigosas, essas coisas..., mas eu pelo fato de ter tido contato, acabou com todo tabu, se fosse existir... aí acabou ali. Aí acho que hoje já é mais fácil pra mim. Tanto é que, quando eu estou na rua ou no ônibus que tem uma pessoa doente, pra mim... eu até puxo conversa... faço um... a gente se... eu me relaciono tranquilo. (Alzira).

Risoflora mesmo não conseguindo, em sua narrativa, verbalizar as palavras ‘enlouquecer’ ou ‘loucura’ associadas à sua história pessoal, utilizou os termos ‘não muito normal’ ou deixou a ideia do enlouquecer nas entrelinhas. Relatou que, não só ela, mas qualquer outra pessoa da sociedade está predisposta a enlouquecer.

Agora existem pessoas mais frágeis e existem pessoas mais fortes, tá certo? Porque, é... eu grávida meu médico dizia: “Carmem, você não existe!” porque quando eu fui ter Bruno, quando eu cheguei na maternidade, quando minha sogra chegou, era chorando dando minhas coisas, fazendo meu inventário dizendo pra quem fica isso, pra quem ficava aquilo. E chorando pedindo a minha sogra, que se eu morresse, que ela não deixasse meu filho ser criado por pai e madrasta, tendesse? Então assim, eu acho que eu não sou muito normal, é... eu chego no hospital eu vejo as coisas e começo chorar. (Risoflora).

Assim, eu tenho um histórico... se você for usar histórico eu sou uma forte candidata a... Apesar que eu acho que quase todo mundo, é aquilo que eu te disse acho que qualquer ser humano tá predisposto a... tendeu? (Risoflora).

Confrontando esses resultados com estudos que tiveram o objetivo de analisar percepções leigas, o trabalho de Alves (2007) realizado com o senso comum no norte de Portugal acerca do adoecimento psíquico, apresentou resultados opostos a estes. No estudo de Alves (2007), as pessoas que tiveram alguma experiência prévia com a loucura deixaram claro que ‘no caso delas foi diferente’, distanciando-se e negando as possibilidades de serem classificadas como doentes mentais.

Nesta pesquisa, identifico que experiências próprias e com familiares com sofrimento mental - ou até diretamente com o(a) “louco(a)” - apresentaram potencial de transformação na maneira de olhar as pessoas com sofrimentos e de se comportar na presença delas. E, por menores que talvez sejam essas mudanças, elas indicam que o convívio e o contato com pessoas loucas é um caminho para conhecer, afastar os medos e tabus e, assim, ressignificar essas pessoas.

Esse achado, no entanto, corrobora com o que a RP brasileira defende desde seus primórdios, quando adotou o lema ‘por uma sociedade sem manicômios’: a necessidade de desinstitucionalizar os(as) loucos(as), pois não é possível esperar a sociedade estar supostamente “preparada” para lidar com a loucura para liberar essas pessoas. O aprendizado deve ocorrer através da convivência com essas pessoas na prática de vida no território

(AMARANTE, 2017). Em outras palavras, o isolamento, enclausuramento e falta de convívio com os(as) loucos(as) levam ao desconhecimento, e, como consequência, ao medo. O que culmina em maior estigmatização destas pessoas (GOFFMAN, 1891, 1974; FONTES, 2010).

Além disso, quando não se tem experiências para tirar conclusões próprias, as concepções que são passadas de geração em geração e o discurso oficial da psiquiatria – nesse caso da necessidade do isolamento no manicômio – tendem a ser introjetados e reproduzidos pelas pessoas na sociedade. Estudos constatam que pessoas que são bem informadas sobre doença mental tendem a ser menos preconceituosas e mais compreensivas com o doente mental, reduzindo o estigma (HINSHAW, CICCHETTI, 2000).

5.2 PERCEPÇÕES E REGISTROS DO CAMPO EMPÍRICO

Durante a experiência no campo da pesquisa emergiram diversas dúvidas, sentimentos, percepções que foram registrados no diário de campo e que, a princípio, não havia dado muita importância. Porém, ao iniciar as análises das entrevistas e ler o que havia registrado daquele momento, percebi como as anotações, de fato, enriquecem o processo da análise. Por exemplo, desde a primeira entrevista tive a sensação de que as perguntas elaboradas não estavam boas o suficiente, porque não resultavam em muitos minutos de conversa; o máximo que alcancei em uma das entrevistas piloto foi 25 min. Levei um tempo até perceber que isso era, na verdade, um dado importante desse trabalho, que diz da dificuldade e do pouco conhecimento das pessoas sobre o tema da loucura.

Durante as duas entrevistas piloto, por mais aberta que fosse a pergunta, obtive muitas respostas curtas e objetivas, o que dificultou o prolongamento das entrevistas. Ficou perceptível, pelas longas pausas nas falas e pela própria verbalização dessa dificuldade, o desafio que foi para os(as) sujeitos(as) descreverem o fenômeno da loucura, principalmente suas causas, como veremos a seguir. A fala de Tião ilustra um pouco essa dificuldade:

Eu num sei nem “explicar”, porque até hoje eu num vi ninguém falar a respeito... sobre loucura, né? O que acontece, às vezes, é assim, o cara se joga em cima do ônibus, do trem e tudo, aí a população diz ó aí que loucura, num sei o que... Alguma coisa houve, problema de família, esposa, por aí vai, né? O que eu vejo é isso de loucura. As vezes o pessoal fala assim. (Tião).

Além de Tião, Risoflora relatou que a loucura, por ser algo tão surreal, era difícil descrevê-la.

Nem sei se eu conseguiria descrever a loucura, sabia? Pra mim é tão surreal que... acho que você perde tudo, né? Você perde sua essência, eu acho! (Risoflora).

Uma segunda percepção foi a de que o processo de reflexão sobre a loucura, de todos(as) os(as) participantes, ocorreu concomitantemente ao momento de resposta da entrevista. A sensação, através das pausas, hesitações nas falas e certas expressões faciais, era de que raramente essas pessoas tivessem parado para colocar em palavras questões relacionadas à loucura e a construção desses significados estivessem ocorrendo naquele momento. Um outro registro interessante, que me fez modificar o termo ‘adoecimento mental’ por ‘loucura’ em todas as perguntas do roteiro da entrevista após as entrevistas piloto, é que quando se trata de ‘adoecimento mental’ e não de ‘loucura’ as pessoas abordam mais as demências (Alzheimer) e as deficiências mentais (abastalhado). E mesmo quando tratamos do termo loucura, em alguns momentos, apareceram falas como,

Eu digo assim loucura em si, né? Entre aspas, né? Porque ser louco mesmo é uma pessoa que rasga dinheiro e come merda. Pra mim, né? Ai fora essa parte tem muito que é por causa de pequenas, a turma diz né...pequenos... pequenos, como é o nome, meu Deus? Fugiu da minha mente. Pequenas crises, né? Negócio de desenvolvimento psicológico que num tem aquele desenvolvimento... (Januário).

Alzira relatou o doente mental diferente do louco; ela narra que só conheceu pessoas doente mentais, que, inclusive, conseguiram se curar, mas que o louco de verdade ela achava nunca ter tido contato, ficando em dúvida se a estes existe a possibilidade de cura.

Se a gente tiver mesmo conhecimento, o louco mesmo... num é o, o doente mental depende... depende de cada, é..., porque doença mental tem várias, né? Então, a loucura mesmo eu acho que, que eu nunca conheci, eu acho que eu nunca conheci o loouco mesmo não, né? eu acho que eu tive contato só com pessoas que tem problemas mentais, pessoas que já saíram desse problema. Num sei se o loouco tem, tem cura. Eu num sei. Essa parte aí eu num... (Alzira).

Antes de iniciar o compartilhamento dos resultados das categorias e a discussão, existe uma terceira percepção sobre a coleta dos dados, especificamente sobre a composição da amostra, que considero interessante refletir. As mulheres da região estudada disponibilizaram-se mais facilmente a participar da pesquisa e a maioria dos homens diziam ou estar sem tempo, ou quando sabiam do que se tratavam riam e se recusavam. Apesar da dificuldade, o desejo em ouvir o universo masculino com relação à loucura me fez andar e aguardar um pouco mais nas ruas para garantir a paridade de gênero, já que vivemos em uma sociedade formada por homens e mulheres e ambos podem dificultar ou facilitar a socialização das pessoas “loucas”.

Por este estudo apresentar o Brasil - país periférico - como cenário, isso me possibilitou antever que existe um processo complexo com relação à percepção da loucura, pois, por exemplo, ao passo que penetram conceitos que surgiram na idade média na Europa, existem também influências de epistemologias moderna como o saber médico psiquiátrico e estes têm convivido nas últimas décadas com concepções defendidas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Dessa forma, como veremos, as pessoas aqui entrevistadas apresentaram

não apenas um universo de significado para explicar a loucura, mas sim uma pluralidade desses universos.

5.3 AS CAUSAS DA LOUCURA

As concepções por parte dos(as) entrevistados(as) sobre as causas da loucura trazem os vários universos para explicar a gênese da loucura: o religioso, o social, o genético e o individual (próprio doente). Essas causas se entrelaçam nas narrativas das pessoas, dando origem a um sistema explicativo multicausal da loucura, ou seja, os conceitos acerca da loucura surgem da articulação desses universos, seja ele conceitual, de experiências próprias ou de alguém que conhecem e relatam buscando dar significados a loucura, da mesma forma que Nunes (1997) encontrou em seu estudo sobre as concepções para a doença de forma geral.

5.3.1 Elementos genéticos e hereditários

O fator genético e hereditário foram os elementos que apareceram de forma unânime. Conforme relatei anteriormente, existiu um processo de hesitação e dificuldade - de uma forma geral dos(as) participantes - ao pensarem as causas da loucura, porém a explicação que surgiu de forma mais rápida foram aquelas ligadas às causas genéticas e hereditárias. É interessante perceber que Bob relata que um primo dele nasceu esquizofrênico porque o pai era esquizofrênico; já Risoflora comenta sobre uma cliente que era bipolar e que já tinha um irmão com a doença, sinalizando o fator genético; e Betinha é categórica ao dizer que acha que a loucura é de fato genética e está ligada à hereditariedade.

Assim, eu acho que existem várias ocasiões. É... pra que a pessoa venha enlouquecer, né?! Ou seja, família, algum problema de família... pronto, eu tenho um primo, inclusive, que é esquizofrênico. Por quê? Porque o pai dele, o meu tio que é irmão da minha mãe, ele morreu há pouco tempo, ele era esquizofrênico, aí o filho nasceu esquizofrênico. (Bob).

É... tem a causa da genética também, que eu tinha uma menina que eu quase... ela era minha cliente, linda, linda!! Ela tem já um irmão com problema mental (bipolar), tá? E linda, magrinha olho verde, aquele cabelo lindo. Nessa época eu trabalhava com moda, então assim, ela tinha um namorado, o namorado veio pra cá pra fazer medicina e ela ajudando, dando apoio financeiro, escondido da família, a família tinha condição, aquela coisa toda. Conclusão, ele quando se formou em seguida terminou o relacionamento com ela e casou com outra, aí ela enlouqueceu. (Risoflora).

Eu acho que ficam loucas na questão genética, né? Eu acho que é uma hereditariedade. (Betinha).

Além destes, Alzira, Januário e Tião demonstraram em suas narrativas acreditarem que algumas pessoas já nascem loucas. Por exemplo,

Tem pessoas que já nascem com a tendência, né? Com a... já nascem com a dificuldade, como não é tratada aí desenvolve, piora, enlouquece. (Alzira).

É, umas nascem loucas por vida, aí outras são muita droga aí acaba comendo o juízo e acaba a pessoa ficando louca também. Tem um bocado conhecido que é assim. (Januário).

Isso aí eu num sei nem “explicar”, porque depende da pessoa, eu acho que depende da pessoa, às vezes tem até problema já de nascença, quando nasce já nasce com problema. Porque a maioria do que eu vejo aqui na televisão, os médicos, tudo bate muito nisso. Você sabe muito bem disso, problema de droga, bebida aí junta uma coisa no organismo, aí aquela criança quando nasce já vai nascer com problema. Os próprios médicos diz isso, tá cansado de dizer... eu vejo aqui todo dia na televisão. (Tião).

5.3.2 Elementos religiosos

Tais elementos apareceram em dois discursos. No de Betinha, muito marcado pela tradição moral cristã e pela ideia de Deus; nessa narrativa a loucura apareceu como possessão por demônios. Durante a entrevista, Betinha relatou frequentar uma igreja batista na região e no meio do seu processo de reflexão acerca das causas da loucura, ela hesitou e me perguntou se poderia tratar do tema a partir desse olhar cristão. Ao receber a minha aprovação ela relatou:

Por eu ser cristã, é... A gente também acredita, como eu falei, a loucura como uma coisa de hereditariedade e também a questão espiritual que pode ser, é..., demônios que tem que ter oração, quebrar tudinho... a todo um conjunto. Eu cristã, na minha visão. (Betinha).

A segunda fala que emergiu elementos religiosos foi a de Risoflora, que trouxe a gênese da loucura atrelada às perturbações por entidades. A participante compartilhou que não tinha uma religião bem definida, mas que, se fosse escolher entre as religiões que existem, seria espírita.

Tem pessoas que falam também, não sei se você já ouviu falar, que tem a questão da espiritualidade. Que, às vezes, quem não acredita já descarta, mas eu não descarto a possibilidade de um ser humano ser perturbado por entidades, por conta de histórias. Eu fui pouco, não sou espírita, não sou, mas se tiver que ser algo um dia vai ser espírita. (Risoflora).

5.3.3 Elementos sociais (trabalho, estudo, família, estresse)

Os elementos sociais apareceram nos discursos do senso comum como sendo também uma das possíveis etiologias da loucura. Estão compondo essa subcategoria as narrativas que

trouxeram falas associadas aos fatores relacionais, como: trabalho, estudo, estresse, família. Podemos perceber estes elementos em duas falas, a de Tião e Risoflora:

Isso aí tem vários fatores, né? Problema de família, trabalho, estudo, às vezes, bebida e por aí vai... (Tião).

Uma das razões de eu ter largado o meu trabalho foi o estresse, você num tem noção do estresse que é você trabalhar com evento. Porque envolve muitas pessoas, tanto tem muitas pessoas trabalhando comigo, qualquer evento o menor que seja é no mínimo 12, 13 pessoas trabalhando. E, agradar uma pessoa é difícil imagina agradar 200, 300, 400? Que era o meu limite... Agora eu acho que é uma coisa que qualquer ser humano tem uma certa predisposição, eu acho. Eu acho que um fato muito grave na sua vida, pode levar a você... (Risoflora).

5.3.4 Elementos pessoais

Os discursos que deram origem a essa subcategoria são aqueles que apresentaram as causas da loucura relacionadas com questões que remetiam a ideia de força e de fraqueza do ser humano. Dessa forma, compõem essa subcategoria questões como: o vício em drogas; dificuldade de superar e resolver problemas; perda de um ente familiar, depressão. Ou seja, aqui estão as passagens que trouxeram elementos que foram tão insuportáveis para o ser humano sustentar que desencadearam a loucura.

Encontrei, em quatro narrativas, as causas da loucura relacionadas ao âmbito individual. Januário relata a depressão e a perda de um ente familiar como possíveis gatilhos para a loucura; e ele ainda atrelou a ideia de ‘fazer besteira’, o que nas entrelinhas dar a entender como o cometimento de algum crime. Risoflora relata a perda do filho por uma mãe e o desfecho da história foi o enlouquecimento dessa mãe.

Bença, essa parte aí eu acho que se não for por causa do vício eu não sei não...se for por uma... pode ser uma depressão, qualquer coisa assim, né? Vai que tem um “problema” na família que morreu, aí a pessoa não tem a cabeça muito forte mesmo pá poder aguentar aquilo ali que aconteceu e acaba fazendo besteira, né? Feito muitos aí que passa na televisão vez ou outra. Sempre pode ter um porém desse, né? (Januário).

Agora eu acho que é uma coisa que qualquer ser humano tem uma certa predisposição, eu acho. Eu acho que um fato muito grave na sua vida, pode levar a você... Eu morava em frente à praça de eventos, antes de vir morar nesse apartamento, e teve o carnaval, e tinha uma moça, era uma moça - bem acabadinha - mas a gente via que ela ainda era jovem, e ela gritava, chegava próximo da lagoa e começava “Fulano!” Chorando muito e gritando muito. E eu desci e vi comentários assim o pessoa ficando irritado e aquilo foi me dando medo, porque já era bem tarde e o povo bêbado fizesse alguma maldade com ela e eu chamei a polícia. E quando eu chamei a polícia eles disseram “A gente não pode levar ela”, digo como não? Ela de certa forma corre risco aqui, porque aqui tem um monte de gente embriagado, tem homem embriagado, tem pessoas... tá todo mundo aí reclamando, porque ela tá gritando muito. Ela tava numa crise, e tinha que levar ela, gente. Aí eles falaram que não podia levar, num sei, não lembro exatamente o argumento que ele usou pra isso, mas eu comecei a chorar. Pronto chorar, chorar, chorar. Aí eles ficaram com pena

de mim e disseram “É, a gente vai levar porquê...” gente, tem que levar. Porque você sabe que às vezes o pessoal faz maldades por bobagem, né? Aí levaram ela. Aí disseram pra mim que foi o filho dela com três anos, o filhinho dela caiu numa maré e morreu afogado, e ela enlouqueceu! (Risoflora).

Em sua narrativa Alzira explicou que, ‘encucar’ muito com um problema, pode levar ao adoecimento mental. Este fator está relacionado com a maneira de se encarar os problemas na vida. Já Betinha relatou experiência familiar: uma prima que surtou devido ao uso de drogas.

Às vezes é porque, sei lá, encuca muito com um problema. Leva o problema para um lado muito, que não sabe se vai resolver aquele problema e termina enlouquecendo. (Alzira).

Rapaz, na minha família teve uma prima minha que ela teve um surto, que ela foi até internada nesse hospital pra louco, né?! Que eu esqueci agora o nome..., mas só que aí como ela era viciada, aí ela parou de... parou o vício, né? (Betinha).

Um discurso feito por Risoflora demonstrou sua percepção sobre o grau de vulnerabilidade que as pessoas de uma sociedade estão expostas e sua consciência sobre a possibilidade de qualquer pessoa vir a adoecer. Por isso, ela mencionou pedir a Deus saúde mental por entender que isso é o básico para conseguir seguir a vida. Ao final, discorreu, ainda, existir pessoas mais frágeis e pessoas mais fortes.

Então, eu acho que a gente não é nada na verdade. Tem pessoas que se acham, sei lá, tem pessoas que acham que dinheiro é tudo, e a gente sabe que não é. A coisa mais importante da vida da gente é a saúde, depois vem um monte de coisa mais, mas o mais pra mim é o básico, é, é... é a única coisa que eu peço a Deus hoje, e sou extremamente grata a ele, porque se você parar e analisar... Agora existem pessoas mais frágeis e existem pessoas mais fortes, tá certo? (Risoflora).

5.3.5 A loucura é multicausal: o senso comum em busca de significados

Estudos que se dedicaram a compreender os discursos do senso comum sobre a doença demonstraram que os significados atribuídos pelas racionalidades leigas não eram apenas resultados de influências da medicina, mas sim de experiências de vida no cotidiano (BASTIDE, 1967; FOUCAULT, 1978; GOFFMAN, 1968). Nesse sentido, foi possível verificar, através dos resultados obtidos neste estudo, que o saber leigo engloba elementos tanto do saber científico como de outros saberes. É interessante perceber que as narrativas não aparecem permeadas apenas por discursos médicos oficiais ou de profissionais de saúde, mas também compostas por saberes advindos de experiências interpessoais (família, amigos, vizinhos) e comunitárias (igreja).

De acordo com Nunes (1997), os modelos explicativos populares da doença são: o mundo sobrenatural, o mundo social, o mundo natural e o próprio doente. Nos resultados acima, relacionados as causas da loucura, obtive modelos explicativos similares, porém com algumas

singularidades. Os achados foram: elementos genéticos e hereditários; elementos religiosos; elementos sociais; e elementos pessoais. Cada entrevistado(a) apresentou em seu discurso mais de um universo causal, os quais concorreram para a explicação da causa do adoecimento psíquico.

A doença mental apareceu ora como sinônimo de loucura, ora como forma de distinção de algo mais leve e passível de cura. Tais concepções podem ser sustentadas devido à apropriação das doenças mentais pela medicina psiquiátrica e seu processo de classificação através dos diagnósticos, pois transmitem uma ideia ao senso comum de conhecimento científico profundo sobre as causas das doenças mentais e suas curas (CETOLIN, 2011).

Uma primeira observação singular desta pesquisa foi de que, as pessoas que tiveram experiências próprias, não se distanciaram da possibilidade de enlouquecerem e, inclusive, umas das entrevistadas ampliou essa probabilidade para qualquer pessoa da sociedade. Além disso, a experiência com a loucura proporcionou um lugar de empatia por parte de um entrevistado, que relatou se ver na figura do louco, mudando sua atitude para com essas pessoas (ARAÚJO; BRITO, 2005).

No que se refere às causas surgidas para explicar a loucura no domínio dos elementos genéticos e hereditários, a loucura apresentou-se como uma doença que ou você nasce com ela, ou você herda dos seus pais, corroborando Alves (2007). O discurso leigo utilizou das classificações psicopatológicas da psiquiatria para exemplificar duas doenças como hereditárias: a esquizofrenia e o transtorno bipolar. Estas doenças foram associadas pelo saber leigo como as mais graves (fisiológicas e incuráveis) e associaram-nas ao verdadeiro rótulo da loucura, o que pode evocar um alto grau de estigmatização em nossa sociedade (GUARNIERO; BELLINGHINI; GATTAZ, 2012)

Ainda sobre o discurso das racionalidades leigas acerca da esquizofrenia, este está em consonância com o saber científico psiquiátrico, uma vez que essa epistemologia classifica a doença como um transtorno grave com forte influência da etiologia genética.

Em se tratando dos elementos religiosos, como a possessão por demônios e entidades, identifiquei tais elementos em dois discursos. Esses significados estão intimamente relacionados com a moral da igreja e mostra a influência de outros saberes, como o religioso, na concepção dos significados da loucura. Apesar desse elemento ter aparecido apenas em duas entrevistas, outros participantes relataram frequentar a igreja no momento da pesquisa ou já terem frequentado no passado. Por exemplo, Alzira e Betinha relataram frequentar igreja batista, Januário mencionou que já frequentou a assembleia de Deus e Bob também fazia parte

da igreja batista, mas que estava afastado. Isso significa que 66,6% da amostra tinham ou tiveram vínculo com igrejas evangélicas cristãs.

Com o avanço do fundamentalismo religioso no Brasil, cada vez mais a religião tem ocupado espaço dentro do Estado brasileiro. Na área da saúde mental, a religião vem prestando atendimento à população com transtornos mentais decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas através das Comunidades Terapêuticas (CT). Estas instituições atuam através da lógica do modelo asilar, isso significa dizer que a exclusão e o isolamento guiam o caráter do atendimento. O estudo de Targino (2007) realizado no Rio de Janeiro em duas CT, demonstrou que a religião é utilizada como substituição ao consumo das drogas e a realização das atividades religiosas são compulsórias. Esse tipo de dispositivo fortalece na sociedade alguns estigmas acerca da loucura, como os utilizados por Betinha para explicar as causas da loucura: a possessão por demônios e o vício em drogas.

Um outro grupo causal foi o dos elementos sociais. É interessante perceber que, estes elementos (trabalho, estudo, família) ao surgirem como possíveis causadores da loucura, colocam, de certa forma, todas as pessoas de uma sociedade passíveis de enlouquecerem, já que estão imersas nesse mundo relacional. Hoje, existem estudos brasileiros (GAVIN et al., 2015) que comprovam a relação direta entre trabalho, estresse e adoecimento mental, como depressão e ansiedade. De certa forma, esse tipo de associação entre labor-estresse-adoecimento, nos últimos anos, vem sendo bastante difundido em nossa sociedade e estão ligados a um ritmo de vida estressante e ao trabalho precarizado, vivenciados cotidianamente por grande parte da sociedade (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010). Em algumas narrativas, a família apareceu como causa do enlouquecimento, especificamente, a fragilização dos laços familiares, como a morte de um ente querido, o que antecede a discussão da próxima subcategoria dos elementos pessoais.

No que tange os aspectos pessoais, as causas estavam ligadas ao jeito de se encarar um problema; ao vício; a um evento grave na vida de uma pessoa; a cabeça fraca. Os aspectos aqui foram associados pelas racionalidades leigas à fraqueza individual, ou seja, a pessoa através da sua força interior não foi capaz de vencer aquele sofrimento e terminou enlouquecendo. Esse tipo de concepção que tem como base a culpabilização do indivíduo é bastante delicado, pois tende a deslocar o olhar do verdadeiro motivo causador do sofrimento para a consequência. Em uma passagem permeada pelo saber médico psiquiátrico (ROSA, 2010), o vício em drogas foi a causa do enlouquecimento, explicado como a incapacidade e fraqueza individual para evitar o consumo da droga, configurando esses fatos como a origem do problema.

Estudos na área da saúde coletiva, como de Buss e Filho (2017), que tratam dos determinantes sociais da saúde, demonstram que, quanto maior o grau de vulnerabilidade social (desemprego, acesso a serviços sociais de saúde, educação, habitação, entre outros), maior a probabilidade do surgimento de doenças. Corroborando com essa concepção, no campo da saúde mental, o estudo de Marangoni e Oliveira (2013) apresentou como objetivo identificar e discutir sobre fatores desencadeantes do uso de drogas em mulheres e demonstrou que fatores socioculturais, como baixa escolaridade e desemprego, estavam associados ao desencadeamento do uso abusivo de drogas pela população estudada. Portanto, essa individualização do sofrimento, pode deslocar o foco multifatorial a respeito do uso das drogas, culminando no fortalecimento de estigmas e transferência da responsabilidade do Estado para as pessoas. Essa percepção tende a retardar a implementação de políticas públicas voltada para grupos populacionais vulneráveis.

A depressão também apareceu como um elemento individual de fraqueza. No que se refere ao estigma e à depressão, o estudo de Moreira e Telles (2008) demonstrou que não há compreensão sobre a doença por parte da sociedade e as pessoas entrevistadas com depressão disseram ainda que se sentiam desprezadas, desvalorizadas e inferiorizadas; além de serem taxadas de preguiçosas e culpabilizadas, como se fosse uma decisão pessoal de estarem naquele estado.

Antes de finalizar essa seção, é interessante relatar a sensação que tive ao entrevistar as pessoas. Apesar do grande tabu por trás do tema, que pode ser visto pela dificuldade de Risoflora em pronunciar as palavras “loucura” e “enlouquecimento”, o senso comum da região estudada atribuiu diversos significados à loucura e as entrevistas não parecem ter trazido eventuais incômodos.

5.4 AS CARACTERÍSTICAS ATRIBUÍDAS À IMAGEM DA LOUCURA

As características atribuídas à loucura foram analisadas nas seis entrevistas e divididas em quatro subcategorias, são elas: relacionadas ao comportamento, à aparência, à desrazão e à tutela. Através dos registros sobre o processo de coleta dos dados, tive a sensação de que, dentre todas as perguntas que compuseram o roteiro da entrevista, aquelas ligadas a imagem/personificação da loucura, mostraram-se mais fáceis de serem respondidas. De fato, é mais difícil falar de algo abstrato como as causas da loucura e mais fácil de explicar aquilo que é perceptível aos olhos e palpável; nesse caso, as pessoas loucas. Nessa categoria, as narrativas mostraram-se, majoritariamente, compostas pelo discurso do saber psiquiátrico. Entretanto,

outras formas de reflexão emergiram e trouxeram elementos interessantes complementando a discussão.

5.4.1 Relacionadas ao comportamento

Estão presentes nessa subcategoria todas as narrativas que atribuíram significados comportamentais às pessoas com doença mental. Nesse sentido, temos: a agressividade, imprevisibilidade, hipersexualidade, diálogos solitários, maneira de andar como características atribuídas a comportamentos anormais, desviantes e imoral. Todos os seis participantes relataram algum atributo relacionado ao comportamento.

Pra mim a loucura é uma pessoa... fora de si, né? Uma pessoa que comete coisas que uma pessoa é... normal não comete, entendeu? Tipo...é... tem atitudes, assim, agressiva, tendeu? É uma pessoa agressiva, fora de si. Comete coisas que uma pessoa em sã consciência não comete, não faz. (Bob).

Só se a gente vê a pessoa pegando alguma coisa com força assim, gritando, né? Ou, na realidade, eu acho que o louco mesmo nem faz isso... acho que o louco mesmo ele é, ele é meio que centrado numa... meio calado e de repente faz a coisa. Eu acho, né? Por exemplo, quando eu vejo uma pessoa que eu tenho, porque eu aqui, de vez em quando eu vejo um rapaz que passa... ele passa correndo aí eu disse: oxe, o que será que esse rapaz tá correndo? Aí eu fui olhar... num era nada. Eu digo, oxe! Eu acho que ele é bem aí do CAPS. Pronto, aí já identifiquei ele como dali do CAPS, agora não sei que tipo de problema ele tem, né? Porque só avaliando mesmo, tendo contato, entendeu? (Alzira).

Dependendo do nível de loucura, que a gente nunca sabe se realmente são, é..., doidos assim de fato diagnosticado, assim como louco, que a gente nunca sabe... eu acho assim que tem um perigo, né? Que a gente não sabe da capacidade de uma pessoa que tem doença mental, do que ela pode causar na... no ser humano, né? No cidadão. (Betinha).

Porque qualquer coisa que ele jogar pode até inflamar...bater no olho, na cabeça e até sangra, né? Porque é difícil. Ali mesmo, as vezes eu tô sentado ali o pessoal vem, mas eu fico com medo. (Tião).

Só se ele passar feito um doidinho que tem ali na frente que fica falando sozinho. Esculhamba os "ôto", fica falando só, aí... A pessoa vai olhar assim, no meio da rua tá passando, a pessoa vai pensar logo que é doido, né? É doido, tá falando sozinho e esculhambando os "ôto". (Januário).

[...]Jenfim, então eu acho que devia... porque parece que eles tiravam roupa e tem esse prédio aí da frente, mora muita criança e eles não tem noção do que estão fazendo. E eu não sei, que num tenho..., mas segundo eu soube dizem que a sexualidade fica bem a flor da pele. Tanto que essa menina (cliente dela), que eu te falei, depois ela ficou imensa de gorda, as medicações... se você visse no que ela se transformou, ela tem vários filhos, de várias pessoas. É uma coisa assim que dói de ver, entendesse? (Risoflora).

A maneira dele de andar, às vezes apanha uma "peda" e joga...e por aí vai. (Tião).

Além dessas narrativas acima apresentadas, outras falas ligadas ao comportamento, especificamente das três mulheres que participaram da pesquisa, abarcam elementos interessantes para a análise. Começando com Alzira:

Tenho não...tenho não, eu acho que são inofensivos. Embora tenha uns que sejam esquizofrênicos, tenham um lado, mas aí dependendo de quem é... se for seu filho ou a sua mãe eu acho que dá para você, eu creio que sim. Eu tiro pelas tias do meu marido, que eu dizia para ele que se eu não trabalhasse eu ficava com uma pelo menos... não dá para ficar com duas, três, quatro...porque pra você dá atenção mesmo, dá amor tem que ser uma pessoa só. (Alzira).

A partir dessa fala, podemos dizer que Alzira atribuiu a loucura à inofensividade. Porém, ela acredita que as pessoas esquizofrênicas apresentam um lado mais agressivo, mas mesmo estas, tendo alguém na família com disponibilidade e não tendo várias pessoas com transtornos mentais, daria para conviver com elas no ambiente doméstico.

A fala de Betinha demonstrou uma percepção de imprevisibilidade à imagem da loucura, pois não é possível antever quando o(a) louco(a) ‘vai atacar, surtar’ por considerar que isto pode acontecer de forma repentina. Dessa fala, o elemento que se sobressai é o trecho abordado sobre a importância de falar e cumprimentar as pessoas doentes mentais para que se sentiam na companhia de outras pessoas, pois, na sua percepção, nada isolado é bom.

Assim, eu ficaria sempre na retaguarda. Não deixaria de cumprimentar, não deixaria de falar, até de conversar, mas sempre na retaguarda porque a gente nunca sabe o momento que aí ela pode atacar, ou fazer algum coisa... ou surtar de repente, né? Porque geralmente essas pessoas que têm esse adoecimento eles as vezes surta assim do nada, né? Às vezes tá de boa conversado, de repente aconteceu um fato, sei lá, que quer dar em você, lhe agredir. Então, eu ficaria da retaguarda, mas não deixaria de falar e de cumprimentar porque eu acho que também até bom pra essa pessoa é... se sentir também na companhia de outras pessoas, né? De sentir bem, porque acho que nada isolado é bom. (Betinha).

Risoflora surpreende ao dizer que não costuma julgar nem achar que alguém é louco(a) apenas pelo comportamento; relatou que atitudes como pular, brincar, dançar podem estimular pré-julgamentos que não condizem com a realidade. Traz ainda uma experiência própria a fim de exemplificar sua fala:

Eu não identifico esse tipo de coisa, a não ser que a pessoa esteja com comportamento muito estranho. (Risoflora).

Como? (Pesquisadora).

Fazendo algo que... mas, normalmente eu num sou de achar que as pessoas é... sei lá, tipo, vamos supor que eu esteja passando no local e tenha uma pessoa na rua tipo dançando, pode tá embriagado, pode ser uma pessoa alegre e tá brincando, eu mesmo, assim mais jovem, eu era muito brincalhona, muito serelepe, de dançar, de pular, de, de... entendeu? Às vezes as pessoas achavam que eu tinha bebido eu não tinha bebido nada porque é o meu estilo. Eu sempre fui...Porque tem pessoas que são mais calmas, mas estudiosas, menos estudiosas, né isso? (Risoflora).

5.4.2 Relacionadas à aparência

Nesse domínio tiveram duas narrativas que estavam relacionadas à aparência, como: sujo, barbudo, fedorento e com roupas que não deveriam ser utilizadas.

Mas, o louco mesmo é quando ele tá... Por exemplo, todo sujo, não quer assunto com ninguém nem com nada. Se tiver com alguma arma na mão... Pra mim o louco seria esse. Sujo, barbudo, todo fedorento porque não quer tomar um banho e com uma arma. Pra mim isso é loucura, entendeu? Mas assim, fora isso... eu acho que ainda tem jeito (risos), né? Uma pessoa com problema mental, né? (Alzira).

Acho que pode ser o aspecto físico, né? Assim, aparência. Que tem determinadas coisas em roupas que você não usaria. Tem também... pode ser algumas atitudes, né? Que você também não faria. Eu acho que isso. (Betinha).

Segundo a fala de Januário, a aparência não é suficiente para concluir se alguém é ou não louco(a).

Essa parte aí, bença.... “me pegasse mesmo pelos pés”, porque ‘pá’ pessoa conhecer assim... porque muita gente tem a fisionomia, mas não é, né? Tem muita gente que não tem e pode ter um ‘pobrema’, coisa e ôta assim, né? (Januário).

5.4.3 Relacionadas à desrazão

Bob foi o único entrevistado que relatou que o(a) louco(a) é aquela pessoa que diz coisas sem sentido, sem razão. Porém, é interessante notar através da narrativa dele que uma pessoa esquizofrênica pode, ao mesmo tempo, falar coisas sem sentido, mas também ser considerada como alguém inteligente.

Assim, porque ele conversa bem, mas tem coisas que ele fala que não faz sentido, tendeu? Coisas que ele fala que não faz sentido. (Bob).

Inclusive, essa pessoa é a pessoa que eu falei, é esquizofrênico... essa pessoa tá aí na frente, deitado aí. Ele passa o dia e a noite aí, inclusive ele dorme aí, sentado na frente da casa da vizinha aqui. É... uma pessoa que não diz coisa com coisa, ele é inteligente, tendeu? Porque ele tem um lado inteligente, que ele ler muito... ele ler muito, mas assim também tem hora que ele não fala coisa com coisa. Toma muito remédio, só vive sedado. Por quê? Porque ele é agressivo, porque esquizofrênico é agressivo, né? E infelizmente é uma coisa que é para o resto da vida. É... (Bob).

5.4.4 Relacionadas à tutela

Das seis entrevistas, duas relataram a necessidade do louco(a) ter sempre uma pessoa responsável por perto, capaz de responder por ele(a). Durante a entrevista, o tom de voz de Januário transmitiu a ideia de que estaria dizendo algo óbvio - consensuado coletivamente - que dispensava muitas explicações. De acordo com ele, o livre arbítrio garante à pessoa louca andar

na rua, contanto que tenha sempre alguém acompanhando-a, ancorada pela imprevisibilidade associado à loucura.

É uma coisa que é o livre arbítrio de qualquer pessoa, né? A pessoa pode ir e vim pra qualquer lugar né, bença? Aí só depende de ter uma pessoa que tenha o cuidado, né, daquela pessoa. Tem que tomar conta, vê como é que é a situação. Tem que sempre ter uma pessoa por perto, né?! (Januário).

Normalmente. Agora tem que ter uma pessoa responsável por ela, né? Por que vai que ela faça alguma coisa de errado? Tem que ter uma pessoa pra pelo menos responder por ela, pra poder evitar uma coisa, um 'poblema'. (Januário).

Na entrevista com Betinha, ela relatou que cabe à família privar aquela pessoa - diagnosticada como doida - de circular em lugares públicos para que não venha causar nenhum mal-estar a outrem.

Assim, dependendo porque a gente não sabe diferencia o nível, um exemplo, a gente tá passando, passa uma pessoa a gente não sabe se aquela pessoa é doida, se aquela pessoa tem algum adoecimento mental. A gente não sabe. Assim, eu acho que a família em si deveria ter essa preocupação com o próprio cidadão, com a própria pessoa de não deixar ele circular em lugares públicos. Eu acho assim. Minha opinião. Não que eu tenha medo assim de sair e de me encontrar com essas pessoas, não é isso. Eu acho que a família tem que ter essa consciência. Se eu tenho uma pessoa doida na minha família, que é diagnosticada como doida você tem que ter cuidado, pra que ela não saia e não venha causar nem um mal a determinadas pessoas, né? (Betinha).

5.4.5 Loucura tem cara? percepção das racionalidades leigas sobre a imagem da loucura

No mundo, as pessoas que carregam as marcas sociais da loucura enfrentam o efeito devastador do estigma em suas vidas. Essa categoria relacionada às características da loucura, tem grande relevância nesse trabalho por estar diretamente relacionada com questões que afetam o dia a dia da vida das pessoas. Os estudos que apresentam o estigma como objeto de análise (BUSSINGER; ARANTES, 2016; FONTES, 2010; PUTNAM, 2000; GOFFMAN, 1974, 1891) demonstram ser essa a principal barreira no processo de inserção das pessoas loucas na sociedade.

Os resultados dessa pesquisa acerca dos atributos da loucura estão em conformidade com a maioria dos estudos que buscaram compreender os estigmas associados às doenças mentais, isto é, as características clássicas atribuídas pelo discurso oficial da psiquiatria, a saber: agressividade, periculosidade, imprevisibilidade. Em um estudo realizado no Crato-CE, Oliveira (2009), o imaginário popular também atribuiu às pessoas loucas a definição de perigosas, imprevisíveis e capazes de praticarem atos violentos. A partir da compreensão da existência desses estereótipos atrelados aos indivíduos loucos, a RP defende a necessidade de mudanças profundas na cultura da sociedade brasileira no que se refere à loucura. O objetivo

maior que orienta a luta desse movimento em defesa dos direitos dos(as) loucos(as) no país é a transformação na forma de olhar e lidar com a loucura, para garantir a vida e o exercício da cidadania desse grupo no país.

Corroborando o estudo de Alves (2007), a agressividade apareceu mais atribuída a esquizofrenia. Sobre isso, Guarniero, Bellinghini e Gattaz (2012) relatam ser esta a doença mais utilizada na mídia, aparecendo rotineiramente associada aos crimes e violências. Assim, a presença do estigma estrutural contra a esquizofrenia nos meios de comunicação de massa ao redor do mundo ocorre de duas formas: 1) a atribuição do diagnóstico da esquizofrenia sem rigor médico, por parte de policiais, vizinhos e 2) a utilização do termo esquizofrenia relacionado a significados depreciativos como contraditório, insano.

Com relação ao estigma e ao transtorno bipolar, em um estudo realizado em Belo Horizonte realizado por Clemente et al. (2017), os principais elementos associados aos portadores de transtorno bipolar foram: instabilidade, imprevisibilidade, cronicidade e potencial de cometer danos a si ou ao patrimônio. Porém, segundo os autores do estudo, o estigma varia de acordo com a cultura. O estigma da incapacidade laboral no Brasil que está relacionado ao estado depressivo costuma despertar mais tolerância e empatias que as manifestações maníacas. Já na cultura norte americana, a produtividade e consumo são mais valorizados e as condições maníacas mais bem toleradas.

No que se refere à característica da periculosidade, esta tem sua gênese tanto na psiquiatria como do direito penal. E, segundo Amarante (2017), precisa ser desvinculada da imagem do(a) louco(a), pois dela surge um sentimento coletivo de insegurança na sociedade. E isto legitima a necessidade de exclusão e isolamento dos(as) loucos(as) em instituições totais (GOFFMAN, 1974). A ideia de imprevisibilidade reforça o estigma da periculosidade, uma vez que a imagem da pessoa com transtorno é associada a uma ameaça latente, que a qualquer momento pode cometer um ato criminoso (MATTOS, 2006; FOUCAULT 1978). Dessa forma, os estereótipos de agressividade, periculosidade, imprevisibilidade agem retroalimentando-se e reforçam a necessidade de isolamento a esse grupo social.

Com relação à hipersexualidade, o discurso científico aponta a existência de alterações na libido em determinados transtornos mentais. Porém, existe um grande desconhecimento sobre o tema nas racionalidades leigas e, na verdade, há um grande preconceito, principalmente por se tratar de um tabu, como a sexualidade (ORITA; MAIO, 2013). Além dessas características, o diálogo solitário também faz parte da imagem que o senso comum construiu sobre a loucura e está presente nos discursos oficiais da medicina, através do termo técnico solilóquio.

No que tange à aparência, atribuiu-se à loucura a falta de higiene pessoal, como banho, e o desinteresse na realização do autocuidado, como fazer a barba e escolher determinadas vestimentas; tais características podem estar relacionadas tanto a uma baixa autoestima (fator orgânico) como também ligadas a um cenário social de pobreza, pois, de maneira geral, os(as) loucos(as) vistos(as) nas ruas estão inseridos nessa condição social (ARAÚJO; BRITO, 2005; OMS, 2001).

A loucura foi percebida, ainda, como uma desrazão, uma falta de racionalidade. Esse tipo de característica foi atrelado à imagem da loucura (FOUCAULT, 1978) no período da renascença, momento que a sociedade moderna caracterizou o(a) louco(a) como pessoas sem razão. Esse tipo de estereótipo fortalece um segundo, que é o da tutela, à medida que uma pessoa é incapaz de raciocinar, de discernir entre o certo e o errado (aspectos morais), logo ela precisa de alguém que cumpra esse papel. Aos(às) loucos(as), não lhes sobram a possibilidade de fazer escolhas.

É através desses estereótipos que a medicina psiquiátrica é legitimada pela sociedade, detendo a tutela sobre essas pessoas e sendo autorizada a escolher o tipo do tratamento e o local para tal. Disto resulta o enquadramento dos(as) sujeitos(as) que passam a existir como objeto de intervenção, podendo anular a capacidade deles(as) de raciocinar, decidir e ter vontades.

É possível perceber em duas narrativas o reconhecimento da complexidade do adoecimento mental e as consequências em se carregar as marcas sociais da loucura na vida das pessoas:

Isso é tão complicado... eu, eu considero a pior doença que existe, porque tu perde tua identidade, então pra mim não existe uma doença pior do que loucura. (Risoflora).

É, doença mental é uma coisa muito complicada, né? Por quê? Porque quem tem suas doença mental, é uma coisa que tende a melhorar um pouco, mas você não fica bom, tendeu? É uma coisa pro resto da vida. Você não consegue se associar as pessoas, você não consegue ter um trabalho, você não consegue viver normal como qualquer outra pessoa, tendeu? Porque você tem aquele distúrbio, você tem aquele problema. E as pessoas não lhe aceitam, tendeu? O mundo não lhe aceita, é complicado por conta disso, porque o mundo não lhe aceita. É...! (Bob).

É inegável a existência de pessoas loucas que são agressivas, irracionais, imprevisíveis etc. No entanto, o objetivo dessa discussão foi de demonstrar que os estereótipos construídos e difundidos na sociedade pela psiquiatria principalmente - acerca da imagem das pessoas loucas - permeiam as discussões do senso comum. Porém, generalizações podem trazer prejuízos e limitar uma pessoa identificada como louca a uma condição estigmatizante, relegando, por vezes, a singularidade ao segundo plano. As pessoas acometidas com esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão não deveriam ser vistas apenas a partir das suas enfermidades. Embora as construções de significados do senso comum tenham como pano de fundo suas experiências

subjetivas de vida, estas também estão consideravelmente permeadas pelo discurso colonizador da psiquiatria moderna, que tem sua história de surgimento no mundo atrelada à tutela, controle e exclusão dos(as) doentes mentais.

Com relação a singularidade desta pesquisa, três narrativas trouxeram reflexões importantes, como: a que atribuiu o termo inofensivo à loucura mesmo considerando a existência de algumas pessoas mais agressivas (esquizofrênicas); a que relatou a necessidade de um estado de alerta para com a pessoa louca devido a uma imprevisibilidade também considerou o isolamento como não terapêutico; e, por fim, a fala de que pré-julgamentos, baseados em comportamentos, podem estar equivocados. Estes achados mostram discursos povoados pela ciência, porém de um campo mais progressista da saúde mental brasileira. São formas diferentes do senso comum de pensar o fenômeno, já que inofensividade não é comumente associada à essas pessoas nos estudos das representações sociais sobre a loucura, mas sim a periculosidade. Além disso, o reconhecimento da exclusão como algo negativo vem sendo construído no país há pouco tempo pela RP.

5.5 TRATAMENTO/ CUIDADO DA LOUCURA

Com relação a esse domínio, foram feitos questionamentos a fim de investigar se os entrevistados tinham conhecimento acerca da existência do manicômio e do CAPS e as percepções delas a respeito do funcionamento de cada um deles.

5.5.1 Cuidado no território: CAPS

Nesse estudo, três participantes conheciam o CAPS e outros três ou desconheciam ou apenas tinham ouvido falar. Dentre aqueles(as) que demonstraram conhecimento, dois residiam nas proximidades do CAPS (Ipsep), são eles: Alzira e Bob. Já a outra participante, Betinha, morava na rua da UBS (Ibura).

O discurso de Alzira demonstra um entendimento relativo ao funcionamento do CAPS e denota uma opinião favorável acerca forma de tratamento ofertada naquele serviço.

Conheço, sei. Ele não interna, né? É assim, você vai, leva a pessoa, o paciente e fica lá até ele terminar as atividades lá. Que além da medicação tem as atividades e tem o tratamento, né? Pronto, eu até concordo com o CAPS... Porque aí você levaria... bom seria que pudesse levar de manhã eles tivessem as atividades, medicações, tudo certinho quando fosse à tarde, como eu acho que é ainda, não sei, aí você tira e traz pra casa. Eu creio que sim. É possível sim, tratar uma pessoa assim. (Alzira).

Bob apresentou uma narrativa de familiaridade com o CAPS e considerou este dispositivo, por realizar um atendimento no bairro, mais acessível às pessoas. Narrou que os(as) usuários(as) que frequentam esse serviço são, de fato, doentes mentais.

Eu entendo um pouco porque é... a tia da minha cunhada, que mora aqui em cima, ela trabalha aí no CAPS, tendeu? (Bob).

As pessoas que frequentam lá, que vão pra lá realmente é doente mental, né? Pessoas que... não tão em sã consciência, é agressivo, é... fala coisas é... não fala nada por nada, tendeu? Cada um tem um temperamento, né? Cada um dos paciente tem um temperamento. Alguns são agressivos, outros não são agressivos, mas com certeza tem algum problema mental. (Bob).

Eu acho bom, eu acho legal. Por quê? Porque... é... é... melhora o atendimento porque é um atendimento de bairro, aí aquelas pessoas que moram no bairro vão. Porque hoje em dia para você marcar uma consulta em algum outro hospital tipo restauração... pelo amor de Deus. Inclusive, eu estou tentando marcar uma consulta com a neurologista, essa daqui. Eu ligo toda vez, ligo direto e não atende, tendeu? É complicado, eu vou ter que ir lá amanhã pra marcar essa consulta. (Bob).

É, é melhor de que no manicômio. É! (Bob).

A narrativa de Betinha possui elementos sugestivos de preferência com a terapêutica realizado pelo CAPS, já que, em sua visão, o tratamento no manicômio lança mão de recursos medicamentosos que impossibilitam o paciente de voltar a seu estado de normalidade.

Acho esse (CAPS), que ele poderia ter essa proximidade de sair entrar... porque, às vezes, a pessoa tem um surto, mas com atendimento médico, acompanhamento ela volta ao normal. E se você ficar diretamente no manicômio, tendo medicamentos fortes você, às vezes, não consegue voltar a sanidade normal, eu acho. (Betinha).

Januário, Risoflora e Tião desconheciam o serviço.

*Tu conheces o CAPS? (Pesquisadora).
CAPS? Não. (Januário).*

Já, mas não conheço, nunca fui. É... (Risoflora).

Não, nunca ouvi falar não. (Tião).

5.5.2 Modelo asilar: hospital psiquiátrico

Em relação ao manicômio, Januário verbalizou desconhecer a forma de funcionamento dele, mas sabia da existência de um na cidade. Além disso, ele não associou o lugar de tratamento do louco a uma estrutura física específica, o que pareceu ser mais importante na sua opinião foi a presença de pessoas que pudessem realizar um cuidado “correto”:

Nunca fui 'vi', bença? Sei nem como é esse negócio aí. Eu sei onde é que tem, sei que tem um em Casa Forte ali perto do... perto... depois daquele supermercado Carrefour. Aí eu sei que tem. (Januário).

Bença, eu acho que tendo as pessoas pra ter o cuidado correto com aquela pessoa... num importa se é num posto ou no hospital psiquiátrico. Tendo as pessoas certas pra ter os cuidado certo pra ela. Na minha opinião tá ótimo, pode ser em qualquer lugar. (Januário).

Alzira e Bob pontuam uma questão sobre o funcionamento do manicômio: o fato de concentrar pacientes em diversos estágios do adoecimento mental sem distingui-los. Para eles, isto poderia ocasionar piora no quadro daqueles que estivessem num nível de adoecimento mais brando.

Alzira acrescenta ainda que o Hospital Psiquiátrico poderia ser destinado a tratar os indivíduos mais agressivos.

É... talvez tenha sido pior. Porque eu acho que todo mundo junto ali, eu sempre achei pior, sabe? Esse tipo, né? De internamento. A não ser que fosse daqueles brabo mesmo que se pegar uma faca uma coisa pra cima de você, tem que manter num lugar privado, né? Tá entendendo? Mas uma pessoa que tá... teve uma desorientação, teve um distúrbio, uma coisa dá pra você, é..., levar ao médico tratar, cuidar... pelo menos aqui na minha casa já houve esse caso. (Alzira).

Assim... é porque, veja só, como você falou manicômio é um hospital que tem todo tipo de doente mental, do pior ao mais ou menos, entendeu? Aí aquele que é mais ou menos acaba, assim, é..., desenvolvendo mais problema, tendeu? Por quê? Porque tá todo mundo junto do outro. Tem um que é louco de jogar pedra e tem o outro que é mais ou menos, tendeu? Aí tende a piorar. Ééé. (Bob).

O trecho a seguir, referente à fala de Risoflora, apresenta uma opinião negativa com relação ao manicômio, mas não traz elementos significativos para análise.

Eu acho terrível e a forma que ...antigamente era terrível, terrível, terrível. Muito terrível, Ave Maria. (Risoflora).

O discurso de Betinha traz a crença cristã dela para explicar a importância do manicômio.

Eu acho assim, eu nunca fui, eu só passei já na frente. Eu acho que é ideal, né? "Pras" pessoas ser curadas. Porque assim, tem que haver uma unidade pra tratar essas pessoas. Até porque Deus ele deixou no mundo os médicos, ele não se desfez, então há casos em que a cura é na medicina. E há casos que só espiritualmente. (Betinha).

Por fim, Tião defende que o hospital seria o espaço adequado para o tratamento da loucura sob a justificativa da existência da disciplina nesse lugar.

Hospital, uma clínica, tendeu? Porque hospital tem horário certo pra medicação... (Tião).

5.5.3 O saber leigo e as percepções sobre o tratamento da loucura

No Brasil, com o surgimento do SUS e o fortalecimento do cuidado através da atenção básica ao longo dos anos, a população tem vivenciado o atendimento em saúde nos bairros,

através das UBS. Essa transformação no modelo de atenção à saúde difunde a ideia de um cuidado mais capilarizado, ou seja, dentro dos cenários de vidas da população. A RP brasileira, inspirada nessa proposta, defende a existência de um dispositivo de base territorial que possa atuar na assistência às pessoas com transtornos mentais sem ocasionar rupturas radicais nas possíveis redes de sociabilidade desses indivíduos (AMARANTE, 2017).

Para realizar esse cuidado no território, a RP vem apostando no dispositivo CAPS. Entretanto, esse dispositivo apresenta um grande desafio por lidar tanto com um grupo de pessoas estigmatizadas, como também por tentar atuar numa lógica contra hegemônica de incentivo à inclusão social de pessoas com transtornos mentais no território de origem.

Com relação ao cuidado no território na cidade do Recife, esta passou a conviver com serviços como o CAPS apenas a partir do final da década de 90. Porém, ainda nessa época, o tratamento para os(as) loucos(as) era hegemonicamente realizado pelos hospitais psiquiátricos privados e públicos. Em 2004, inaugurou-se o primeiro CAPS III do norte e nordeste, o CAPS David Capistrano. Em 2007, existiam apenas dois CAPS III na cidade, e hoje a RAPS do município disponibiliza quatro CAPS na modalidade III. No que concerne ao local da pesquisa, sabe-se que o CAPS David Capistrano fora implantado há mais de quinze anos (MAIA, 2007), tempo este que pode estar firmando-o no território como serviço de saúde mental. No entanto, ele coexiste - tanto fisicamente como simbolicamente - com a presença de instituições psiquiátricas na cidade. E isto evidenciou-se nas narrativas de alguns sujeitos(as) desta pesquisa.

Com relação aos(as) entrevistados(as) que afirmaram conhecer o CAPS, possivelmente coincidiu ou com o fato de residirem bem próximos ao serviço, ou por ter uma conhecida que trabalha nele. Já que esta pesquisa não se propôs a avaliar as ações institucionais do CAPS no território, não apresenta informações que permitam associar essa familiaridade como consequência de um investimento do dispositivo na área de cobertura. No que tange àqueles que relataram desconhecimento sobre o CAPS, as hipóteses prováveis seriam: distanciamento geográfico e desinteresse em acessar e ter informações sobre serviços de saúde.

Dentre os(as) participantes que relataram entendimento sobre a lógica do CAPS, pontuaram como fatores positivos o não internamento, o atendimento de base territorial e uso mais racional das medicações psicotrópicas. Nesse sentido, tais percepções aproximam-se de uma lógica antimanicomial do cuidado que discorda do uso indiscriminado de psicotrópicos, conhecido como medicalização da vida (ILLICH, 1975; CONRAD, SHNEIDER, 1992).

Através das análises das entrevistas, surgiram informações indiretas ao objetivo do trabalho, mas que complementam o debate acerca da forma de ver a loucura. Moradores que

residiam na região do CAPS não apresentaram desconforto pela presença do equipamento nas proximidades e nem com a circulação de pessoas com transtornos mentais acompanhadas pelo CAPS, o que pode ser percebido a partir dos seguintes registros:

Não, inclusive tem um dali do CAPS, um alto, moreno, fortzinho, que ele vem... A gente fica aqui a noite, os vizinhos fica todo mundo sentado conversando, aí ele chega aí se aproxima "opa, tudo bom?" aí começa a conversar com a gente. De vez em quando ele para aí conversa. E ele até fala algumas coisas que tem tudo a ver mesmo, tendeu? Mas você percebe que ele não é uma pessoa boa. (Bob)

*E como é para você morar aqui próximo do CAPS? (Pesquisadora).
Pra mim não tem problema não. (Alzira).*

Não... assim, olhe, tem algumas pessoas que realmente se incomodam, mas pessoas que não tem esse tipo de problema na família, tendeu? porque se tivesse não se incomodava. E tem um vizinho que se incomoda com o outro, isso é normal, o vizinho bate à porta mais forte aí o outro num gosta, um vizinho escuta o som mais alto o outro não gosta, isso é normal. Isso aí todo lugar tem problema. Todo lugar, todo morador sempre têm um que não gosta do outro... porque o outro tem uma roupa mais bonita, o outro tem um carro mais bonito, entendeu? Isso é normal (Bob).

Este último trecho demonstra que, experiências com a loucura no âmbito familiar, podem possibilitar uma maior tolerância para com as pessoas doentes mentais. Na verdade, pode-se inferir com o resultado desta pesquisa que, vivências pessoais com a loucura, proporcionaram um maior conhecimento acerca do tema e discursos menos permeados pelos estigmas, aos quais a loucura está comumente inscrita.

Com relação ao manicômio, não surgiram muitos elementos para análise, porém duas questões relevantes apareceram no discurso do senso comum a respeito do tratamento oferecido por esta instituição. A primeira diz respeito a disciplina com horários para medicações, já a segunda estava associada à coexistência dentro do manicômio de vários tipos de loucos(as), deduzindo como uma possibilidade de aqueles em condições mais brandas do adoecimento psíquico virem a agravar o quadro dele devido a tal convivência. Essa visão reafirma o que é comprovado pela ciência acerca do tratamento oferecido dentro das instituições totais, a saber: a padronização do tratamento dos(as) pacientes, colocando-os(as) no mesmo nível de adoecimento. Com isso, a percepção apreendida pela população é a de uma progressão rápida da doença. Estas características de disciplina e padronização da loucura, existentes na instituição total, estão descritas na obra de Goffman (1974):

O aspecto central das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um outro grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, a seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de

funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição (GOFFMAN, 1974, p.18).

O discurso religioso evidenciado na fala de uma entrevistada serviu de subsídio para que ela legitimasse a existência do manicômio como local de cura na sociedade, através da atuação do médico, reforçando as concepções medievais da história foucaultiana da loucura, a qual aponta o início do estigmatização e exclusão da loucura com a abordagem moralista da loucura pela igreja. Uma outra reflexão, tendo como base a fala de outro participante, trazia destaque a atuação dos profissionais como mais relevante que o espaço físico. Pois, podem coexistir um espaço manicomial e profissionais com intervenções antimanicomiais e vice-versa. Inclusive, esta é uma realidade evidenciada em estudos (SILVA; DIMENSTEIN, 2014) sobre a persistência da lógica manicomial nos serviços substitutivos.

A narrativa abaixo, ainda que apresente diversas abordagens para o tratamento da loucura, defende que ele ocorra em um lugar isolado, enquadrando o lugar de vivência da loucura em um espaço novo que é sempre o mesmo.

Eu sou a favor só que eu acho que deveria ser tipo Aldeia, e com... que eles possam fazer, possam interagir, com esporte, com talvez bicho, porque o animal faz um bem pro ser humano. Então eu acho que eles deviam ir também para esse lado, sou super a favor dessa coisa... poderia ser até maior, ter mais gente (do que na RT) agora se voltar mais pra esse lado de artes, que eu acho eu a arte também ajuda muito, então preencher o tempo pra ir, sei lá, e conseguir resgatar a pessoa daquilo que ele entrou, né? (Risoflora).

Para fins de conclusão, os discursos do senso comum acerca do tratamento da loucura perpassaram por questões relacionadas ao cuidado, território, medicalização, disciplina, religião, estrutura física, qualificação profissional. Diferente da categoria anterior, as concepções trazidas pelo senso comum sobre o tratamento aproximaram-se mais das concepções da Reforma Psiquiátrica do que do discurso da psiquiatria clássica.

6 CONCLUSÃO

As pesquisas que buscam compreender, no campo da saúde mental, os conhecimentos do senso comum acerca da loucura são capazes de retratar os significados que as racionalidades leigas atribuem ao fenômeno, evidenciando o processo de estigmatização desse grupo social. Este último configura-se como uma das principais barreiras para inserção dessas pessoas na sociedade; disso decorre a importância em estudar o estigma social e seus desdobramentos nas vidas de quem carrega essa marca social.

Pela loucura ser uma categoria socialmente construída, a realização dessa pesquisa - num cenário de país periférico - possibilitou antever resultados complexos e multifacetados na explicação da loucura a partir das racionalidades leigas. Esse fato explica-se pela coexistência de distintas concepções, como o saber psiquiátrico, o saber religioso, os preceitos baseados na Reforma Psiquiátrica e os conhecimentos interpessoais.

A categoria das causas da loucura apresentou discursos compostos por diversos elementos, tais como: genéticos/hereditários; religiosos; sociais e pessoais. Estes estavam permeados por distintos campos dos saberes. Em se tratando das características atribuídas à imagem da loucura, os discursos foram predominantemente influenciados pela psiquiatria moderna. Por fim, ao referirem-se acerca do tratamento e cuidado da loucura, as racionalidades leigas revelaram narrativas mais próximas de uma lógica antimanicomial.

É importante pontuar que um dos avanços mais expressivos da RP brasileira está relacionado à construção de uma Rede de Atenção Psicossocial. No que se refere a dimensão sociocultural da RP, considera-se que esta dimensão coloca a reforma num patamar mais desafiador, porque as concepções do senso comum se apresentam bastante permeadas por discursos manicomiais, estando atrelada à necessidade de mudanças profundas na forma de perceber/acolher a experiência da loucura.

Nesse sentido, percebeu-se através dessa pesquisa que as experiências anteriores com a loucura possibilitaram mudanças na forma de olhar e lidar com mesma. Apesar do pouco tempo de existência do MRP, várias falas contemplavam os conceitos do campo mais progressivo da saúde mental. Ao obter este dado como resultado, as mudanças na relação das pessoas com a loucura a partir de vivências pessoais ou com terceiros, sugere-se que o convívio com pessoas com transtornos mentais pode possibilitar uma transformação sociocultural na forma de lidar com a loucura - posta em prática pelo processo de desinstitucionalização.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Fátima. **Saúde, medicina e sociedade: uma visão sociológica**. Lisboa: Pactor; 2013. Lidar com a doença mental: os sistemas de cuidados e os itinerários terapêuticos. p. 219-36.
- ALVES, Fátima; NICOLAU, Karine Wlasenko. **Racionalidades leigas e governação da Saúde Mental em Portugal**. Interface (Botucatu). 2017; 21(63):799-810.
- ALVES, Maria de Fátima Pereira. **A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental - um estudo no Norte de Portugal**. Tese de doutoramento na área científica de Sociologia, especialidade de Sociologia da Saúde. 2008.
- AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. 142 p.
- AMARANTE, Paulo. (Coord). **Saúde Mental, Políticas e Instituições: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.
- AMARANTE, Paulo.; NUNES, Mônica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):2067-2074, 2018
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. **30 anos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas públicas e da sociedade brasileira**. In: FONTES, Breno Augusto Souto Maior; FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: análise de experiências das Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife. Ed. Universitária da UFPE, 2010.
- AMARANTE, Paulo. **Teoria e Crítica em Saúde Mental**. 2ed. São Paulo: Zagodoni, 2017.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Tradução: José Fonseca. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ARAÚJO, José Newton Garcia de; BRITO, Maria Mercedes Merry. **Loucos pela rua: escolha ou contingência?** Cronos, Natal-RN, v. 5/6, n. 1/2, p. 93-101, jan./dez. 2005.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1 ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BACKES, Marli Terezinha Stein; ROSA, Luciana Martins da; FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini; BECKER, Sandra Greice; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein; SANTOS, Sílvia Maria de Azevedo dos. **Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico**. Rev. enferm. 2009; 17(1):111-117.

BASTIDE, R. **Sociologia das Doenças Mentais**. S. Paulo: Ed. Nacional da Universidade de S. Paulo, 1967.

BLAXTER, M. **The Causes of Disease: Women Talking**. In Social Science and Medicine, 17, 59-69, 1983.

BRASIL. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8a Conferência Nacional de Saúde**. 17 a 21 de março de 1986

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

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

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007

BUSSINGER, Elda Coelho; ARANTES, Maristela Lugon. **O Estigma da Loucura como Fator Usurpador da Dignidade Humana: uma análise na perspectiva do direito à Saúde**. Interfaces Científicas - Direito • Aracaju • V.4 • N.2 • p. 9 - 20 • Fev. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.2

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde**. Ciênc Saúde Coletiva 1999; 4:393-404.

CARAPINHEIRO, G. **Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajectórias sociais e racionalidades formais**. In Etnográfica: revista do Centro de Estudos de Antropologia Social. V (2), 335-358, 2001.

CARRARA, Sérgio Luis. **A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil**. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [online]. 2010, vol.20, n.1

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil**. Estud. av. [online]. 2013, vol.27, n.78.

CARVALHO, Isalena Santos; COSTA, Ileno Izídio; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia S. N. F. **Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise**. Rev. Mal-Estar Subj. [online]. 2007, vol.7, n.1.

CASTEL, R. **L'Ordre Psychiatrique - l'âge d'or de l'alienisme**. Paris: Éditions. Minuit, 1976.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago; CORONIL, Fernando; DUSSEL, Enrique; ESCOBAR, Arturo; LANDER, Edgardo; SEGRERA, Francisco López; MIGNOLO, Walter D.; MORENO, Alejandro; QUIJANO, Aníbal. **La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas**. ISBN 950-9231-51-7. Buenos Aires: CLACSO, febrero de 1993 (15,5 x 22,2 cm) 248 páginas.

CETOLIN, Simone Kelly. **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA**: um estudo com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia - HCT/BA. Salvador, 2011.

CLEMENTE, Adauto Silva; SANTOS, Wagner Jorge dos; NICOLATO, Rodrigo and FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. **Stigma related to bipolar disorder in the perception of psychiatrists** from Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. Cad. Saúde Pública [online]. 2017, vol.33, n.6.

CONRAD, P. e SCHNEIDER, J. W. **Deviance and Medicalization: From Madness to Sickness**. Filadélfia: Temple University Press, 1992.

COSTA, Ana Maria. **A saúde em tempos de golpe**. Rio De Janeiro, Saúde Debate. V. 41, N. 112, P. 5-12, JAN-MAR 2017.

COSTA, Luciana Assis; BRASIL, Flávia Duque. **Cidade, territorialidade e redes na política de saúde mental**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 435-442, 2014.

CRUZ NETO, O. O Trabalho de Campo com Descoberta e Criação. In: MINAYO, M.C. S de (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Reforma Psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte**. rab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2019; 17(2):e0021241.

ELIAS, N. **La Sociéte des Individus**. Paris: Fayard, 1991.

FONTES, Breno Augusto Souto Maior. **Redes Sociais e enfrentamento do sofrimento psíquico: sobre como as pessoas reconstróem suas vidas**. In: FONTES, Breno Augusto Souto Maior; FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: análise de experiências das Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife. Ed. Universitária da UFPE, 2010.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2003a

FOUCAULT, Michael. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária 2003b.

FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça and SELIGMANN-SILVA, Edith. **As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado**. Rev. bras. saúde ocup. [online]. 2010, vol.35, n.122.

FREIDSON, E. **La Profession Médicale**. Paris: Payot, 1984.

FURTADO, Juarez Pereira; ODA, Wagner Yoshizaki; BORYSOW, Igor da Costa; KAPP, Silke. **A concepção de território na Saúde Mental**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(9):e00059116, set, 2016.

GAVIN, Rejane Salomão et al. **Associação entre depressão, estresse, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos**. SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição Em Português), v. 11, n. 1, p. 2-9, 2015.

GENTILE DE MELLO, C. **O sistema de saúde em crise**. CEBES/HUCITEC, São Paulo, 1981.

GOFFMAN, Erving. **Asiles - Études sur la condition sociale des malades mentaux**. Paris: Éditions Minit, 1968.

GOFFMAN, Erving. **Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução: Mathias Lambert, 1891.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva S.A., 1974.

GUARNIERO, Francisco Bevilacqua; BELLINGHINI, Ruth Helena and GATTAZ, Wagner Farid. **O estigma da esquizofrenia na mídia: um levantamento de notícias publicadas em veículos brasileiros de grande circulação**. Rev. psiquiatr. clín. [online]. 2012, vol.39, n.3.

HERZLICH, C. **Santé et Maladie – analyse d'une representation social**. Paris:EHSS, 1969.

HINSHAW, S., CICCETTI, D. **Stigma and mental disorder: Conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy**. Development and Psychopathology, 12(4), 555-598. doi:10.1017/S0954579400004028. 2000

HORWITZ, A. V. **Creating Mental Illness**. Chicago e Londres: The University of Chicago Press, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Resultados do universo: **características da população e domicílios**, 2010. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em fev.2020.

ILLICH, I. **Némésis Médicale - L'expropriation de la santé**. Paris: Éditions du Seuil, 1975.

KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the Context of Culture – Na exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry**. Londres: University of California Press, 1984.

LIMA, Sheila Silva; BRASIL, Sandra Assis. **Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [1]: 67-88, 2014.

LOPES, Noêmia Mendes. **Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança.** Revista Crítica de Ciências Sociais, 78, outubro 2007: 119-138.

MACHADO, Cristiane Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal.** Cad. Saúde Pública 33 (Suppl 2) 02 Out 2017.

MAIA, Ana Isi da Silva. **A política de saúde mental em Recife: caminhos da desinstitucionalização.** Dissertação (mestrado), Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social. Recife, 2007.

MARANGONI, Sônia Regina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. **Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres.** Texto contexto - enferm. [online]. 2013, vol.22, n.3.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **SUS e Seguridade Social: em busca do Elo Perdido.** Saúde e Sociedade v.14, n.2, p.39-49, maio-ago, 2005.

MARTINS, Paulo Henrique; BEZAQUEN, Júlia Figueredo. **Uma proposta de matriz metodológica para os estudos descoloniais.** Cadernos de Ciências Sociais da UFRPE, Recife, Vol. II, N. 11, Ago/Dez, 2017.

MATTOS, Virgílio de. Crime e Psiquiatria: **Uma Saída: Preliminares para a desconstrução das medidas de segurança.** Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro de; ANDRADE, Gabriella Carrilho Lins de. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 38-51, setembro 2018.

MELO, Telma Maria Albuquerque Gonçalves de. **Memórias sobre a política de saúde mental em Recife: entre passos, descompasso e controvérsias.** Tese (Doutorado), Universidade Federal de Pernambuco, CFCH, Psicologia, 2017.

MENDES, Áquilas. **A longa batalha pelo financiamento do SUS.** Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.4, p.987-993, 2013.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa.** SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 6(3):251-261, Septiembre - Diciembre, 2010.

MOREIRA, Virginia; TELLES, Thabata Castelo Branco. **Experiências do estigma na depressão: um estudo transcultural.** Psico-USF (Impr.) [online]. 2008, vol.13, n.2

NICÁCIO, MFS, **Utopia da Realidade: contribuições da desinstitucionalização para a intervenção de serviços de saúde mental**. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003, 279 p.

NUNES B. **O Saber Médico do Povo**. Lisboa: Fim de Século Edições, Lda, 1997.

NUNES, Mônica Oliveira; TORRENTÉ, Maurice de. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Rev Saúde Pública** 2009;43(Supl. 1):101-108, p. 104.

OLIVEIRA, André Luiz. **História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS**. Encontros Teológicos nº 61. Ano 27 / número 1 / 2012, p. 31-42.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Eticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental** - Vol.1 N.2 - Out/Dez de 2009 ISSN 1984-2147.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança**. Brasília, DF, 2001.

ORITA, Patrícia Tiemi Kikuti; MAIO, Eliane Rose. **A FISILOGIA E A SEXUALIDADE DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL: A HOSPITALIZAÇÃO DA LIBIDO**. III Simpósio Internacional de Educação Sexual. Corpos, Identidade de Gênero e Heteronormatividade no espaço escolar. Maringá – PR. 24 a 26 de abril de 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 [4]: 625-644, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **O futuro do SUS**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(4):612-613, abr, 2012.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PERRUSI, Artur. **A lógica asilar acabou? Uma crítica da crítica à assistência psiquiátrica**. In: FONTES, Breno Augusto Souto Maior; FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: análise de experiências das Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife. Ed. Universitária da UFPE, 2010.

PREBISCH, Raúl. “**O desenvolvimento econômico da América Latina e alguns de seus problemas principais**”. In: Cinquenta anos de pensamento na CEPAL. Rio de Janeiro: Record/CEPAL, 2000-v. 1, p. 69-136, 2000.

PUTNAM, Robert D. **Bowling alone the colapse and revival of american Community**. New York, Simon & Schuster. 2000.

RECIFE, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, **Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021** / Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Diretoria Executiva

de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação. 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2018.

ROSA, Pablo Ornelas. **Uso abusivo de drogas: da subjetividade à legitimação através do poder psiquiátrico**. Rev Pan-Amaz Saude [online]. 2010, vol.1, n.1.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. **Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação**. Cad. Saúde Pública 2016; 32(12):e00194316.

SALLES, Mariana M.; BARROS, Sônia. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. **Saúde e Sociedade**, v.22, n.4, p.1059-1071. 2013.

SANTOS, Boaventura de Souza; MENESES, Maria Paula. **Epistemologias do sul**. Revista Lusófona de Educação, 13, 2009.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo**. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1729-1736, 2018.

SAQUET, Marcos Aurelio; SILVA, Sueli Santos da. **MILTON SANTOS: concepções de geografia, espaço e território**. ISSN 1981-9021 - Geo UERJ - Ano 10, v.2, n.18, 2º semestre de 2008. P. 24-42.

SENE, Túlio Silva. **Economia política internacional e a retomada da análise do sistema-mundo e da hierarquia conceitual centro-periferia**. REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA POLÍTICA, v. 1, p. 18-40, 2018.

SILVA, L. F. Saber Prático de Saúde. **As lógicas do Saudável no Quotidiano**. Porto: Edições Afrontamento, 2008.

SILVA, Luisa Ferreira; ALVES, Fátima. Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [4]: 1207-1229, 2011.

SILVA, Maura Lima Bezerra; DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. **Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão**. Arq. bras. psicol. [online]. 2014, vol.66, n.3

SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. **ESQUIZOFRENIA: UMA REVISÃO**. Psicologia USP, 2006, 17(4), 263-285.

SOARES, Adilson. **O subfinanciamento da saúde no Brasil: uma política de Estado**. Campinas, SP, 2014.

SOARES, Jorge Marco Aurélio. **Políticas e Cuidado em Saúde Mental: Contribuições para prática profissional**. In: LEAL, Erotildes Maria; MUÑOZ, Nuria Malajovich. Estratégias de Intervenção em Saúde Mental. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014.

SPOSATI, Aldaiza. **Descaminhos da seguridade social e desproteção social no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 23(7):2315-2325, 2018.

TARGINO, Janine. **COMUNIDADES TERAPÊUTICAS RELIGIOSAS**: estudo de caso sobre uma comunidade pentecostal e uma comunidade católica carismática. Revista Café com Sociologia. V. 6, n. 2. p. 314-334, mai./jul. 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WALLERSTEIN, Immanuel. **The modern world-system II**: Mercantilism and the consolidation of the European world-economy, 1600-1750. University of California Press, 2011.

YASUI, Silvio. **Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana**. Livros & Redes, 2011.

APÊDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA MORADORES(AS)**Dados Pessoais**

Nome:

Idade:

Raça/cor:

Identidade de Gênero:

Orientação Sexual:

Ocupação:

Grau de escolaridade:

Tempo que reside no bairro:

Entrevista

- 1) Em sua opinião, o que é a loucura?
- 2) Para você, por que algumas pessoas são/ficam loucas?
- 3) você conhece alguma pessoa que é louca? Como são essas pessoas?
- 4) Você acha que essas pessoas devem ficar soltas, caminhando na comunidade?
- 5) Você tem medo dessas pessoas? Acha elas perigosas? Por quê?
- 6) Na sua opinião, essas pessoas devem frequentar a padaria, igreja, praça do bairro?
- 7) Você conhece o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)?
- 8) Como você se sente morando próximo ao CAPS?
- 9) Qual a sua opinião sobre o trabalho que é realizado por esse serviço?
- 10) De alguma forma você tem contato com as pessoas que frequentam o serviço? Se sim, como acontece esse contato?
- 11) Você conhece o Hospital Psiquiátrico? Qual sua opinião sobre ele?
- 12) Você acha que pessoas loucas devem ser cuidadas fora dos manicômios? No CAPS?
- 13) Em algum momento, você, alguém em sua família ou amigos precisaram/precisam de cuidados relacionados a saúde mental (uso de remédios para dormir, psicoterapia, acompanhamento psiquiátrico)?
- 14) Em algum momento, você ou algum familiar já precisou frequentar esse serviço ou participou de alguma ação desenvolvida pelo CAPS? Se sim, como foi a experiência?
- 15) Existe na região algum espaço que se discute sobre o adoecimento mental e que você frequenta? Associação de moradores? Atividades da USF? Igreja?

APÊNDICE B -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Elaborado de acordo com a Resolução 510/2016-CNS/CONEP)

Convidamos o(a) senhor(a) para participar da pesquisa “PERCEPÇÃO DE MORADORES(AS) DO TERRITÓRIO DE COBERTURA DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM RELAÇÃO À LOUCURA”, sob responsabilidade da pesquisadora Juliana Lucena Vieira de Lima, orientada pelas pesquisadoras Idê Gomes Dantas Gurgel e Camila Pimentel Lopes de Melo. A pesquisa tem como objetivos descrever o que os(as) moradores(as) do território de cobertura do CAPS III David Capistrano compreendem sobre a loucura; compreender o que os(as) moradores(as) da região entendem sobre o CAPS III; identificar processos comunitários que possam interferir na compreensão dos(as) moradores(as) sobre a loucura.

A participação do(a) senhor(a) se dará a partir de uma entrevista com relação ao que você pensa sobre adoecimento mental/loucura e sobre o serviço de atenção à saúde mental da comunidade. Essa entrevista será realizada pela pesquisadora responsável por esta pesquisa, e terá duração máxima de 60 minutos. Os dados da pesquisa serão gravados, posteriormente transcritos e analisados sem que você seja identificado(a). Eles serão armazenados em local seguro, pela pesquisadora, por um período de 05 anos. A confidencialidade e anonimato estão asseguradas e os dados estarão disponíveis exclusivamente para uso em pesquisas. Quanto aos riscos e desconfortos, informamos que durante a entrevista pode haver situações de desconforto e constrangimento. Caso você venha a sentir algo dentro desses padrões, comunique a pesquisadora para que sejam tomadas as devidas providências.

Com relação aos benefícios desta pesquisa, compreende-se sua contribuição para o estudo e publicações sobre o tema, além disso, analisar a percepção de moradores(as) do território de cobertura do Centro de Atenção Psicossocial tipo III David Capistrano em relação ao adoecimento mental pode oferecer subsídios para (re)pensar formas de impulsionar mudanças culturais que busquem facilitar o processo de aceitação das diferenças e possibilidades de olhar o(a) “louco(a)” de uma forma mais inclusiva na sociedade brasileira.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelas pesquisadoras. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Rubricas: Pesquisadora: _____ Participante: _____

Nos casos de dúvidas e esclarecimentos o(a) senhor(a) deve procurar a pesquisadora Juliana Lucena Vieira de Lima, na FIOCRUZ-PE, localizada na Avenida Professor Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária – Recife, telefone: 20012500.

Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa do IAM, mesmo endereço, telefone: 2101-2639.

Eu _____ após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa. Desta forma, assino este termo, juntamente com a pesquisadora, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora.

Local: _____ Data: ___/___/___

Assinatura do participante da pesquisa



Espaço para impressão dactiloscópica

Assinatura da pesquisadora

Rubricas: Pesquisadora: _____ Participante: _____

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE MORADORES(AS) DO TERRITÓRIO DE COBERTURA DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM RELAÇÃO AO ADOECIMENTO

Pesquisador: JULIANA LUCENA VIEIRA DE LIMA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23576619.7.0000.5190

Instituição Proponente: FIOCRUZ - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.745.636

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de caso cujo pressuposto é de que "O processo de cuidado, territorializado e em liberdade, realizado pelo CAPS III David Capistrano proporcionou uma transformação na percepção da comunidade sobre o adoecimento mental".

Empregará método qualitativo etnográfico e técnicas e instrumentos de coleta de dados de observação, diário de campo e entrevista semiestruturada, com foco na saúde mental e no processo de transformação na relação social entre a comunidade e os(as) usuários(as) do Caps, ou seja, nas redes existentes na comunidade a partir do acesso a direitos civis básicos como saúde, educação, lazer e moradia, proporcionando fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os sujeitos de pesquisa serão pessoas com 18 anos ou mais moradores(as) (vizinhança) do território de cobertura do Caps David Capistrano e, se avaliada a pertinência para melhor conhecer o território e obter informações relevantes, a gerente operacional do serviço e/ou equipe de profissionais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a percepção de moradores(as) do território de cobertura de um Centro de Atenção Psicossocial tipo III com relação ao adoecimento mental.

Objetivo Secundário:

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.745.636

- Descrever o que os moradores(as) do território de cobertura do CAPS III David Capistrano compreendem sobre adoecimento mental;
- Compreender o que os moradores(as) na região entendem sobre o CAPS III;
- Identificar processos comunitários que possam interferir na compreensão dos moradores(as) sobre adoecimento mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

Conforme prevê a autora, "O estudo envolve riscos relacionados a situações de desconforto e constrangimento, devido à abordagem de temática que, de certa forma, ainda é um tabu na sociedade, o que será pontuado nos informativos da pesquisa e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido."

Para minimizar tais riscos, "Os participantes poderão optar por não responderem as perguntas. Será devidamente esclarecido que a recusa em participar da pesquisa não acarretará quaisquer danos ou prejuízos às participantes da pesquisa, além da garantia de sigilo de todas as informações. Durante toda a pesquisa, os sujeitos(as) serão informados(as) quanto ao objetivo do estudo, além da garantia do sigilo sobre qualquer identificação pessoal dos(as) participantes."

BENEFÍCIOS:

Enquanto benefícios, a autora refere a formulação de conhecimento sobre o tema "... subsídios para (re)pensar formas de impulsionar mudanças culturais que busquem facilitar o processo de aceitação das diferenças e possibilidades de olhar o "louco" de uma forma mais inclusiva na sociedade brasileira."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo está inserido nos pressupostos do método qualitativo na área de saúde mental com foco no processo de transformação na relação social entre a comunidade e os(as) usuários(as) do CAPS. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa se caracteriza não só pela presença de um pesquisador e sua relação intersubjetiva com os grupos sociais, mas sim pelo seu compromisso de cidadania tanto com as pessoas, bem como os temas a serem trabalhados, estando, dessa forma, relacionada as promessas de uma sociedade democrática. Dentro de um universo de possibilidade de análises da pesquisa qualitativa, um dos objetivos centrais de todas as pesquisas é compreender o sentido que os sujeitos conferem a suas opiniões e crenças. Sendo a construção

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



INSTITUTO AGGEU
MAGALHÃES (IAM)



Continuação do Parecer: 3.745.636

designificado essencial para compreender as questões relacionada a saúde e doença.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos entregues sem pendências.

Recomendações:

Entrega de relatórios parciais e final, assim como informar qualquer alteração no protocolo no decorrer da pesquisa, como também mudança de equipe.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências de parecer anterior:

1. TÍTULO – ATENDIDA.

Adequou o título do TCLE ao título cadastrado na plataforma

2. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO Anexar cronograma com referência de data (ano) à Plataforma Brasil e corrigir apresentação no projeto – ATENDIDA.

3. TCLE Informar no TCLE qual(ais) procedimento(s) o(a) participante irá realizar, antes de informar que será gravado etc. Por exemplo, informar que a participação consiste em realizar uma entrevista sobre o que a pessoa pensa sobre saúde mental/loucura e o serviço de atenção à saúde mental na comunidade, que será realizada por um(a) pesquisador(a) capacitado(a), ou pela pesquisadora responsável pela pesquisa, e terá duração aproximada de xxx minutos. Inserir local para rubrica nas páginas que antecedem à última (onde terá local para assinatura). Rever concordância nominal no texto, inserido "o(a)" nos trechos que se fizerem necessários – ATENDIDA.

4. Apresentar DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO da equipe no projeto de pesquisa – ATENDIDA.

5. Apresentar DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO de envio de relatórios – ATENDIDA.

Conclusão: protocolo sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Vale ressaltar que, em relação ao protocolo de pesquisa, é previsto na Resolução 466/2012 no

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



INSTITUTO AGGEU
MAGALHÃES (IAM)



Continuação do Parecer: 3.745.636

item XI - DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, que o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios parciais e finais (subitem: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final). Pede-se que o pesquisador entregue os relatórios como previsto no texto da resolução. Informamos que a entrega dos relatórios parciais precisam ser feitas a cada semestre, conforme cronograma de execução da pesquisa, via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1419381.pdf	13/11/2019 17:11:03		Aceito
Outros	declaracao_de_compromisso.jpeg	13/11/2019 17:09:39	JULIANA LUCENA VIEIRA DE LIMA	Aceito
Outros	declaracao_de_participacao.jpeg	13/11/2019 17:09:08	JULIANA LUCENA VIEIRA DE LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_dissertacao_juliana_atualizado.docx	13/11/2019 17:05:29	JULIANA LUCENA VIEIRA DE LIMA	Aceito
Cronograma	cronograma_de_execucao_atualizado.docx	13/11/2019 17:04:55	JULIANA LUCENA VIEIRA DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	apendice_tcle_atualizado.docx	13/11/2019 17:04:42	JULIANA LUCENA VIEIRA DE LIMA	Aceito
Cronograma	cronograma_de_execucao.docx	11/10/2019 12:35:50	JULIANA LUCENA VIEIRA DE LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_dissertacao_juliana.docx	11/10/2019 12:35:33	JULIANA LUCENA VIEIRA DE LIMA	Aceito
Folha de Rosto	follha_de_rosto.pdf	11/10/2019 11:15:13	JULIANA LUCENA VIEIRA DE LIMA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	24/08/2019 11:41:02	JULIANA LUCENA VIEIRA DE LIMA	Aceito
Outros	carta_anuencia.jpeg	24/08/2019 11:39:20	JULIANA LUCENA VIEIRA DE LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



INSTITUTO AGGEU
MAGALHÃES (IAM)



Continuação do Parecer: 3.745.636

RECIFE, 05 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Maria Almerice Lopes da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br