

**As Implicações dos Estigmas e Preconceitos no Processo de Empoderamento do
Sujeito em Sofrimento Psíquico**

Bruno de Vasconcelos Gonçalves

Brasília, DF

Julho de 2016

**As Implicações dos Estigmas e Preconceitos no Processo de Empoderamento do
Sujeito em Sofrimento Psíquico**

Bruno de Vasconcelos Gonçalves

Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia
do Centro Universitário de Brasília – UNICEUB
como requisito parcial à conclusão do curso de
Psicologia.

Professora-orientadora: Doutora Tania Inessa
Martins de Resende

Brasília, DF

Julho de 2016

Folha de Avaliação

Autor: Bruno de Vasconcelos Gonçalves

Título: As Implicações dos Estigmas e Preconceitos no Processo de Empoderamento do Sujeito em Sofrimento Psíquico.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Tania Inessa Martins de Resende

Profa. Dra. Valéria Deusdará Mori

Prof. Msc. Frederico Guilherme Ocampo Abreu

Brasília, DF

Julho de 2016

Dedico esse trabalho a todas as pessoas que me acolheram tão carinhosamente e se dispuseram a compartilhar suas histórias de sofrimento e superação e tornaram possível a realização deste trabalho.

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus por ter chegado até aqui!

Em segundo agradeço a minha vó por ter me agraciado com todo seu amor, me educando para a vida!

Agradeço ao Onivaldo, por todo companheirismo, paciência e apoio em todos os momentos desse trabalho, sempre me motivando e ajudando a renovar minhas esperanças.

À meu tio Nilson, por todo apoio e torcida nesse percurso.

À minha professora Tania Inessa, por todos os ensinamentos, pelos exemplos de como ser um profissional dedicado e comprometido com a realidade das pessoas, fazendo sobretudo com muito amor.

Ao CAPS, agradeço por terem me recebido com tanto carinho, e pela oportunidade de aprendizado tanto profissional quanto pessoal.

Ao Gustavo, esse ótimo gerente do CAPS, que me acolheu tão bem e me apoiou em meu percurso dentro do CAPS.

Agradeço a equipe do CAPS II de Taguatinga, sempre tão solícitos e disponíveis em todo o processo de estágio e de pesquisa.

Agradeço especialmente a todos os usuários do CAPS, que sempre me receberam tão bem, e transformaram a minha forma de olhar para as pessoas em sofrimento psíquico. Hoje com certeza é um olhar de admiração por cada um deles, pela bravura com a qual lutam diariamente por uma vida mais digna.

Muito Obrigado!

Tem que ter muita paciência. Para nos atender é preciso saber ouvir. É através do ouvir que se aprende muito. A gente fala assim, fulano é surdo e mudo, mas ele entende da vida. Ele quem sabe de si, eu não sei.

(Mariana - ex- usuária do CAPS).

Sumário

Introdução	1
Capítulo 1 - Estigmas	9
1.1 - Os Estigmas	9
1.2 - Estigmas do paciente com transtorno mental	16
1.3 - A Loucura e o nascimento da psiquiatria	19
1.4 - Poder Disciplinar da Psiquiatria	23
1.5 - O Surgimento da função Psi	29
Capítulo 2 - Desistintucionalização: Um novo cuidado	40
2.1 - A reforma psiquiátrica no mundo	40
2.2 - A reforma Italiana	42
2.3 - A reforma psiquiátrica brasileira	45
Capítulo 3 - Metodologia	52
3.1 - Procedimentos de pesquisa	57
Capítulo 4 - Análise dos dados	59
4.1 - Análise sócio histórica	59
4.2 - Análise Formal	66
4.2.1 - Mariana: casa - terreno de conflitos	67
4.2.2 - Luzia: do medo ao processo de empoderamento	74
4.2.3 - Nice: a dor da exclusão	80
4.3 - Interpretação/reinterpretação	87
Considerações finais	93
Referências	96
Anexos	102
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	103
ANEXO B – Roteiro para Entrevista Narrativa	105
ANEXO C – Parecer Consubstanciado CEP	107
Resumo	viii
Lista de Abreviatura e Siglas	ix

Resumo

O estigma da doença mental, sustentado pelo saber da psiquiatria tradicional, fora durante muito tempo responsável por deixar o sujeito em sofrimento psíquico num lugar desigual e escamotear seus reais problemas de ordem existencial. A psiquiatria recebeu o mandato social de controlar e esconder as contradições existentes na sociedade, através das práticas manicomiais que submetiam as pessoas a diversos tipos de violências institucionais. A reforma psiquiátrica aparece como uma resposta ao modelo manicomial e se organiza como um movimento ético e político em defesa dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico. Inspirada na reforma italiana, a reforma brasileira, através de movimento sociais, tem como sua maior conquista a aprovação da Lei Federal de nº 10.216/01, que versa sobre os direitos da pessoa com transtorno mental. Diante do exposto é que se decidiu conhecer sob a ótica de usuários do CAPS a influência dos estigmas e preconceitos no processo de empoderamento. Assim, optamos por realizar um levantamento bibliográfico para compreender a construção dos estigmas. Para realização da pesquisa optamos por utilizar a construção de narrativas pessoais de usuários, mostrando os desafios e dificuldades enfrentados no processo de recuperação. Na análise dos dados utilizamos a Hermenêutica de profundidade, que permite a análise de fenômenos complexos através de sua contextualização sócio-histórica. Por meio das análises realizadas foi possível conhecer as dificuldades enfrentadas pelas pessoas em sofrimento psíquico relacionadas aos estigmas, bem como os recursos por elas desenvolvidos em seu processo de empoderamento, fundamental ao enfrentamento das discriminações.

Palavras chaves: Cuidado, Empoderamento, Estigma, Exclusão.

Lista de Abreviatura e Siglas

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEIO- Conselho de erradicação de favelas do Distrito Federal

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

Codeplan – Companhia de Planejamento do Distrito Federal

DF – Distrito Federal

HD- Hospital Dia

HSVP- Hospital São Vicente de Paulo

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Introdução

De acordo com Correr (2003), desde muito tempo as pessoas buscam alcançar o ideal de felicidade e para tanto buscam compreender e dominar o mundo ao qual estão inseridas. Nessa busca por conquista de felicidade, na maioria das vezes as pessoas não se questionam sobre o que estaria por trás dos bastidores desse grande palco da vida que é a sociedade: o que fundamenta estruturalmente as relações sociais?

É com vista a responder as questões que se colocam no mundo que a ciência surge com a promessa de descobrir a verdade e a realidade as quais estamos imersos. Musse (2008) afirma que o caráter instrumental da ciência, ao contrário de levá-la a uma proximidade com a verdade, a afastou, devido a sua ideologia precípua e “ingênuas” de poder acessar a verdade contida na realidade para então dominar o mundo.

Assim, Correr (2003) explicita que a conquista de um ideal de felicidade traz em seu interior uma vontade de dominação que pode assumir vários aspectos. Em alguns casos, pode sustentar indiferença, injustiça, preconceito e desigualdade no meio social. Ainda pode escamotear a organização social que se delineia de modo a deixar o indivíduo impossibilitado de realizar-se como cidadão e ser humano. Diferentemente, pode levar o sujeito a idealizar uma superação mágica da instância social, negando sua historicidade e responsabilidade na produção do sistema de dominação (Correr, 2003).

Na sociedade capitalista valoriza-se exacerbadamente a aparência que determinará o relacionamento com o outro, o que alimenta as diferenças presentes nas práxis sociais, que alimenta “práticas castradoras, desestimulantes, subjulgadoras e limitadoras dos potenciais humanos e funcionais” aos que não correspondem ao padrão comportamental exigido por ela (Bragança, 2009, p.26). Segundo Barbosa, Diniz e Santos (2010), o modelo biomédico, predominante até a década de 70, foi um dos responsáveis por disseminar na sociedade um saber voltado à lógica normalística, cujas práticas de controle objetivava a exclusão das

diferenças, através da afirmação da impossibilidade de reconhecimento social das pessoas diagnosticadas com algum tipo de deficiência. Nesse aspecto Barbosa, Diniz e Santos (2010), no debate sobre a deficiência, expõem que esta fora historicamente construída com base em práticas estigmatizantes e excludentes impregnadas inicialmente por um “saber religioso” e em sequência por um saber médico. Segundo os autores, se numa fase a deficiência era explicada e tratada como falta de sorte ou através da ótica do pecado, com o advento do saber biomédico ela passa a ser compreendida como consequência de uma desordem orgânica.

Assim o corpo agora considerado como portador de um defeito ganha o interesse da medicina cujo principal finalidade era o de normalizá-lo (Barbosa, Diniz e Santos, 2010). Nesse momento de inscrição do saber médico a visão que se tem do normal tornou-se ainda mais forte e precisa. Além disso, foi o conhecimento biomédico o responsável por oferecer caminhos dando lugar ao deficiente numa sociedade cujas diretrizes seguem a dinâmica de exclusão das diferenças (Barbosa, Diniz e Santos, 2010).

Barbosa, Diniz e Santos (2010) enfatizam que a medicina representou uma mudança na percepção que se tinha da pessoa com deficiência, o que em parte significou um alívio do sofrimento por via do julgamento moral. Porém, agora ele tem que se haver com uma ciência que vestida de verdade o insere no mundo patológico, decretando a natureza orgânica da deficiência e afirmando sua total imutabilidade.

Ocorre que ao enaltecer a natureza orgânica da deficiência, a medicina insere o sujeito na dinâmica social da desigualdade, justificando-as na própria incapacidade do corpo. Em resposta a tal posicionamento é que surge o modelo social, afirmando que as condições de desigualdade ao qual estão submetidos os indivíduos com deficiência, resultam dos próprios limites impostos pelo “saber” médico (Barbosa, Diniz e Santos, 2010).

O modelo social oferece assim uma nova perspectiva referente à deficiência, nele refuta-se a ideia de que a desgraça do sujeito poderia ser justificada pela própria limitação

corporal apresentada pelo sujeito (Barbosa, Diniz e Santos, 2010). Na visão social da deficiência, o próprio contexto apresenta-se como aversivo às possibilidades de desenvolvimento do sujeito, quando se nega a aceitar as diferenças presentes nos grupos sociais (Barbosa, Diniz e Santos, 2010).

No entanto é preciso ressaltar que a ideia do referido modelo não é a de limitar esse debate a um nível apenas social, mas antes de tudo questioná-lo acerca das estruturas que coloca a deficiência como impossibilidade, que impede o exercício da cidadania desses sujeitos, que conseqüentemente são colocados numa posição de “desvantagem e exclusão” pela coletividade (Barbosa, Diniz e Santos, 2010, p. 50).

Omete (1994) corrobora com essa ideia quando afirma que as práticas sociais destinadas as pessoas que apresentem algum tipo de impedimento corporal está impregnada de um juízo repleto de significações que levam a desvantagem e descrédito social. Nesse caso o autor defende uma linguagem relacional para analisar as diferenças existentes no meio social, ao passo que as diferenças carregam diversos significados a depender do sujeito que manifesta e da forma que as outras pessoas respondem a elas.

Barbosa, Diniz e Santos (2010) contradizem o modelo médico quando colocam a questão da deficiência no campo da justiça e afirmam categoricamente que as desigualdades que acometem os indivíduos com algum tipo de impedimento corporal não estão relacionadas à natureza do indivíduo, mas ao próprio meio que dissemina as injustiças.

Barbosa, Diniz e Santos (2010) salientam que o conceito de deficiência propagada através do discurso médico ainda hoje exerce sua influência na forma da sociedade lidar com as diferenças e justificar suas ações no campo político, econômico e social, quando se refere aos serviços destinados aos considerados sujeitos com impedimentos. Nesse sentido, os autores argumentam que as limitações apresentadas por essas pessoas não caracterizam uma deficiência tal como ela foi significada no âmbito social e acenam para sua natureza

discriminatória. Para eles, a deficiência como invalidação dos sujeitos fere os preceitos defendidos na “Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência” que versa sobre o seu direito legítimo de ser aceito e reconhecido para além das diferenças, de modo que este possa ter assim assegurado as mesmas oportunidades que os demais, e ainda pode-se manifestar autonomamente nas diversas dimensões da vida em sociedade em concordância com sua vontade (Barbosa, Diniz e Santos, 2010).

Assim como a pessoa com deficiência, o indivíduo com transtorno mental também é alvo de sanção do Estado e também tem seus direitos negligenciados (Musse, 2010). O resultado dessa discriminação é a exclusão desse sujeito dos espaços de convívio e de produção material, política, social e econômica da vida.

É nesse aspecto que a OMS (2002, citada por Musse, 2010) afirma que a pessoa com transtorno mental passa por um processo de desvalorização social, quando o sofrimento psíquico lhe impede temporariamente de realizar seu trabalho levando a afastamentos, perda de emprego, dificuldades em manter-se e adquirir os medicamentos, lhe empurrando a uma situação de pobreza.

Omote (1994) salienta que as diferenças como desvantagem pouco têm a ver com os impedimentos apresentados pelos indivíduos, mas antes faz parte de um ordenamento social, onde a normalidade e não-normalidade não seriam excludentes, mais constituintes de um mesmo “tecido” (p.69). Nesse sentido, normalidade e anormalidade nada mais seriam do que fenômenos culturais e como filhas da cultura foram por esta colocada no âmbito do social e jurídico (Ornellas, 1997).

Szasz (1977), ao discutir a legitimidade das doenças mentais, sugere que ela inexistente, e denuncia a falsa neutralidade dos diagnósticos, que para ele encontra inúmeras contradições interpretativas a depender da formação ética de cada médico. Observa-se assim que o conceito de doença mental está carregado de valores sociais e éticos, e norteiam as ações

adotadas pelas instituições sociais, como as praticadas pelas ciências Psi (psiquiatria e psicologia) cujas ferramentas por vezes podem ajudar a mascarar os elementos contextuais e conflitivos presentes nas diferentes relações humanas, criando rótulos que nada mais fazem do que eximir o Estado da sua participação na criação e manutenção dos quadros de mal-estar nos sujeitos (Szasz, 1977).

Com base no processo de exclusão do sujeito em sofrimento psíquico, é possível apreender as categorias a qual ele se viu aprisionado ao longo de sua história. Essas categorias surgiram não apenas na tentativa de explicar e controlar as manifestações comportamentais tidas como desviantes, mas para esconder as contradições e conflitos existentes na forma de ordenação social (Szasz, 1977).

Esses valores sociais definiram o destino do “louco” na sociedade que, conforme abordado por Foucault (1972), é marcada por sua passagem nos abrigos destinados a receber criminosos, mendigos, perversos, onde recebiam o mesmo tipo de tratamento. Mais tarde, a partir do final do século XVIII, a loucura será inserida no campo de saber da psiquiatria que a interpretará numa perspectiva patológica, definindo-a como doença mental (Foucault, 1972).

Basaglia (2001) enfatiza que a psiquiatria ao focar apenas os sintomas esqueceu de apreciar todo o conhecimento do sujeito em sofrimento psíquico, limitando suas investigações a conhecimentos apriorísticos que em nada correspondem ao fenômeno. Nesse caso, o autor propõe o resgate do sujeito obscurecido pela doença, devolvendo-lhe a condição de homem que é produzido, mas também é produtor de sua história.

Através do exposto é que se delineou a justificativa dessa pesquisa, que concerne em conhecer a experiência do sujeito em sofrimento psíquico que está sendo acompanhado por uma equipe de saúde mental em um CAPS, de modo a discutir a influência dos estigmas e preconceitos na manutenção do sofrimento psíquico e as implicações sobre seu processo de empoderamento. A relevância científica está no próprio tema que trata dos estigmas e

preconceitos numa perspectiva do usuário dos serviços em saúde mental. Essa pesquisa também representa para a clínica uma oportunidade de conhecer o que o sujeito em sofrimento tem a dizer a respeito das próprias experiências, de modo a provocar uma reflexão e revisão crítica a respeito da atuação no campo da saúde mental.

A ideia do tema proposto resultou da experiência do autor dessa pesquisa no campo da saúde mental. No total foram dois semestres, um atuando como extensionista e outro como estagiário. Durante esses dois semestres, foi possível o pesquisador estabelecer vínculos tanto com os profissionais quanto com os usuários do CAPS. Além disso, participou de grupos de convivência e realizou atendimento individual, onde pode desenvolver e aperfeiçoar habilidades de escuta, formação de vínculos e interação com os usuários, indispensáveis para a realização dessa pesquisa.

Através do exposto, se delineou o objetivo geral desse estudo: Discutir através da ótica de usuários do CAPS a influência dos estigmas e preconceitos no processo de empoderamento dos sujeitos em sofrimento psíquico. Nossos objetivos específicos são: estudar o processo histórico de construção da exclusão da pessoa em sofrimento psíquico da sociedade; investigar como as pessoas em sofrimento psíquico experienciam os estigmas e preconceitos no meio social; compreender as implicações do estigma na manutenção do sofrimento psíquico e o impacto decorrente no processo de empoderamento.

Para o alcance desses objetivos propusemos um levantamento bibliográfico a respeito da construção dos estigmas relacionados a doença mental e o seu impacto no processo de empoderamento das pessoas em sofrimento psíquico.

No capítulo 1, discorreremos sobre como os estigmas ligados a pessoa em sofrimento psíquico, já recebeu diversos significados na sociedade e nem sempre passou pelo crivo do juízo moral. Só quando o sofrimento psíquico é inserido no campo patológico e adquire o status de doença mental, é que o sujeito é reduzido a condição de objeto de saber da

psiquiatria, ciência encarregada por controlar os desvios sociais. Nesse sentido Zsasz (1977) defendeu que a doença mental não passaria de um mito, criado para esconder os reais problemas de ordem existencial, envolvidos na vida dos sujeitos.

No capítulo 2, abordamos de forma breve o processo de desinstitucionalização como um novo paradigma de cuidados ofertado a pessoa em sofrimento psíquico. Enfatizando a experiência italiana, impulsionada por Franco Basaglia, bem como a sua influência na reforma psiquiátrica brasileira. Esta por sua vez se originou de movimentos sociais envolvendo trabalhadores, usuários e familiares, todos unidos em defesa dos direitos da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico. A reforma psiquiátrica brasileira tem como sua maior conquista a aprovação da lei de nº 10.216 de 2001, que prevê a criação de serviços de atenção psicossocial, substitutivos à lógica manicomial.

O Capítulo 3 corresponde a metodologia escolhida para coleta de dados dessa pesquisa. A metodologia utilizada foi a do tipo qualitativa e partimos da construção de narrativas com três usuários de um dos serviços de saúde mental aqui no Distrito Federal.

O Capítulo 4 foi dedicado às análises do processo de construção das narrativas dos participantes dessa pesquisa. Para tanto, fora utilizada como ferramenta de análise a Hermenêutica de profundidade de Thompson, através de uma nova edição proposta por Demo (2001). A Hermenêutica de Profundidade permite um maior aprofundamento das informações do tipo qualitativa, como os recursos simbólicos, bem como as ideologias contidas nos discursos. Em se tratando de uma metodologia que visa o aprofundamento dos dados é necessário a assunção de procedimentos tais como: a observação participante e o levantamento do processo sócio-histórico (Demo, 2001).

Nas considerações finais, apontamos as principais contribuições advindas do processo de construção das narrativas das usuárias participantes. A partir dessa experiência em saúde mental, percebemos a importância de se combater os estigmas relacionados as pessoas em

sofrimento. É notório como os usuários são expostos cotidianamente a diversos tipos de discriminação. Muito de seu sofrimento parte da luta para não sucumbir ao processo de exclusão social. As entrevistas narrativas, utilizadas nesse trabalho, possibilitou trazer ao conhecimento da sociedade, como as pessoas vivenciam o sofrimento psíquico, e o abandono social e político que mantem essas pessoas numa posição de desigualdade. E por fim, as histórias das participantes, como percurso de superação e empoderamento por si só já é uma estratégia de combate aos estigmas, a partir do momento em que contraria o estigma da incapacidade e da periculosidade, vinculada habitualmente à pessoa em sofrimento psíquico.

Capítulo 1 - Estigmas

Neste primeiro capítulo explanaremos a respeito da construção dos estigmas no meio social e cultural com o objetivo de melhor compreender o impacto decorrente desses estigmas nas vidas dos sujeitos, mais especificamente aquele em sofrimento psíquico. Para tanto, traremos como sustentação para nossa argumentação autores como: Goffman, Basaglia, Szasz e Foucault.

1.1 - Os Estigmas

O termo estigma surgiu na Grécia advindo de representações e construções sociais cujo elemento visual adquire status de conhecimento sobre algo, nesse caso alguém, característica marcante desse povo (Goffman, 1980). Assim, os estigmas emergem como um dispositivo responsável por ressaltar características inscritas no corpo, cuja função embasava-se em julgamento moral, que tanto poderia levar o sujeito a valorização quanto a interiorização e por consequência o descrédito e deslegitimação (Goffman, 1980).

Nessa época, eram comuns as práticas envolvendo cortes e queimaduras realizadas intencionalmente para marcar o corpo dos escravos, traidores ou criminosos (Goffman, 1980). A ideia era fazer com que os homens de bem pudessem identificar as pessoas marcadas, de modo que pudessem distanciar-se a todo custo da convivência, em especial nos espaços públicos (Goffman, 1980).

A Era cristã acrescentou outros novos significados ao termo estigma. Dentre estes, havia a interpretação de cunho espiritual, onde as marcas corporais se configurariam como sinal da graça divina, manifestadas em formatos de flores em erupção sobre a pele e a leitura médica dessas marcas, que de acordo com eles teriam as suas causas em distúrbios de ordem física. Hoje embora o termo seja aplicado no mesmo sentido somou-se toda uma carga de

negatividade e desgraça, que assume novas categorias, implicando o sujeito numa trama bastante complexa (Goffman, 1980).

Nesse sentido, Neris (2014) enfatiza que as diferenças em si não são algo negativo, pois é através delas que pode-se reconhecer as diversas formas de ser dos indivíduos. O problema estaria na construção social dessas diferenças, que são impregnadas de valores morais que definem atributos responsáveis pela valorização e segregação dos indivíduos.

Demo (1995) tece uma crítica a leitura sociológica que defende que o indivíduo se comporta de maneira diferente quando está em grupo. Contrariando essa perspectiva, o autor defende a leitura do indivíduo a partir do contexto onde ocorre sua socialização, pois é através dele que o indivíduo constrói sua realidade, introjeta valores, padrões comportamentais legitimados no meio social com o intuito de se adaptar a sociedade.

A esse respeito Demo (1995) discute o papel da influência dos estilos culturais sobre os indivíduos. Segundo o autor, a cultura promove a identificação entre os grupos e condiciona a forma de estar e agir na sociedade. Os dispositivos culturais, por sua vez, podem adquirir um caráter tirânico, declarado ou não. O fato é que eles se impõem aos sujeitos, delimitando sua liberdade e potencial criativo.

Essa questão suscita uma discussão realizada por Szasz (1977) ao qual refuta a afirmativa tecida por Rousseau um importante filósofo iluminista segundo o qual o homem apesar de nascer liberto permanece aprisionado, o que é questionado veementemente pelo autor que acredita ser uma falsa liberdade pois o homem em sociedade sofre coerções que regulamentam suas ações e segundo ele o grande desafio da vida é a liberdade.

Com isso se estabelecem duas condições presentes no sujeito que se ligam diretamente as escolhas feitas por eles, sendo elas: a de ordem interna e as externa. A primeira compreende seus desejos, autocontrole, vontades, repulsões, e a segunda o espaço físico e social, abarcando leis, culturas e potencial corporal (Szasz, 1977). Esses elementos

impactam diretamente na forma de se comportar do indivíduo podendo ele com base nisso censurar ou adotar determinadas formas de agir. (Szasz, 1977).

Considerando o forte impacto dos condicionantes sociais sobre o indivíduo este pode por ventura não apresentar recursos suficientes para resistir a eles de modo que passa a ser empurrado para um processo de perda de identidade social e do seu ser, tendo assim atestada sua incapacidade em cumprir as regras previamente estabelecidas. Nesse caso, o sujeito agora tido como desviante é submetido ao poder de agências controladoras ou ele próprio é considerado culpado ficando responsável pela recuperação dos danos provocados pela infração das regras incorporadas socialmente (Goffman, 1980).

É o ambiente social quem delinea e estratifica o conjunto de características comuns a determinados indivíduos, ditando os espaços onde tais grupos serão encontrados (Goffman, 1980). Essa estereotipia é tão forte que marca a qualidade das relações estabelecidas entre as pessoas a partir do momento em que para eu me relacionar com o outro acesso primeiramente as referências que o social tem sobre ele e retiro por assim dizer toda e qualquer possibilidade do imprevisível da surpresa, que pudesse no mínimo desembocar em algum tipo de reflexão e crítica a essa pré-concepção (Goffman, 1980).

O problema maior, segundo Goffman (1980), está na normatização dessas relações embasado em ideias infundadas e que nos fazem criar expectativas com relação ao que o outro sujeito deveria ser e a forma de ele responder nos espaços da vida cotidiana. Segundo o autor, o problema da categorização feita pela sociedade é porque ela imputa aos indivíduos a pressão de estar correspondendo às expectativas de normalidade como meio de manterem-se incluídos nos espaços. Caso o sujeito não se enquadre nessas expectativas e mostre algum sinal de distintividade, ele é reenquadrado numa outra categoria que o leva a desvalorização e descrédito (Goffman, 1980).

A partir do exposto Goffman (1980), afirma que é necessário compreender os estigmas não somente no sentido de uma característica negativa que se atribui ao outro, mas antes, segundo ele é fundamental situá-lo dentro de uma dinâmica relacional. Ao ressaltar um atributo tido como desviante, estamos de certo modo delineando um campo de polaridades, onde se de um lado aponta-se para o defeito de um, de outro exalta-se e confirma a normalidade do outro.

De acordo com Goffman (1980), os espaços sociais criam mecanismos de classificação dos sujeitos, cuja especificidade segue padrões normalísticos que ditam os atributos comuns e esperados em cada tipo de ambiente. Essa representação coletiva atua e compromete diretamente a forma de se relacionar das pessoas (Goffman, 1980). É esse tipo de relação que tem permeado a sociedade, limitando as relações a uma superfície bastante rasa, impedindo a troca, o olhar atento e o pensamento reflexivo a respeito da própria forma de ser e estar com o outro.

A autora Jodelet (2001), em sua discussão a respeito do papel das representações sociais tenta desmistificar a postura passiva do indivíduo frente a sua realidade, realidade essa que é constantemente construída e reconstruída, fruto do movimento constante do indivíduo em busca de ajuste ao seu contexto. Os sujeitos agem de modo a prever como deve se comportar para cada situação, sempre buscando compreender o mundo que o cerca, investindo na resolução dos problemas que a ele se apresentam (Jodelet, 2001).

As representações sociais nesse caso surgem como uma alternativa na compreensão dos sentidos atribuídos a loucura, por ajudar a entender as diversas dimensões dos fenômenos comuns aos indivíduos que abarcam processos cognitivos e interacionais do sujeito em sofrimento psíquico. As representações envolvem diretamente a construção da relação que desenvolvemos com os objetos, assim como as decisões que tomamos e a nossa maneira singular de nos posicionarmos frente a eles (Jodelet, 2001).

As representações se manifestam através dos discursos e são introduzidas por via das mensagens e imagens que tomam a característica rígida através das atitudes com o outro (Jodelet, 2001). Dentre os elementos que compõe as representações a referida autora destaca: os de natureza “cognitiva, a informativa, ideológica, normativos, crenças, valores, atitudes” (p. 21).

As relações que desenvolvemos no ambiente social começam necessariamente pelas interpretações que fazemos dos fenômenos que estão em jogo nesses espaços, o que indubitavelmente impregnará nossas atitudes e o tipo de interação que estaremos dispostos a ter com o outro (Jodelet, 2011). Entre os aspectos da cognição que influenciam na formação das representações, pode-se falar do sentimento de pertencimento dos indivíduos, com a influência dos aspectos afetivos e normativos, que envolvem “práticas, modelos de conduta e pensamento” que a vivência social nos leva a introjetar ou através da própria informação que nos é repassada por via da comunicação (Jodelet, 2011, p.22).

Essa perspectiva refuta a visão de que o indivíduo seria passivamente atingido pelos efeitos dos processos sociais de forma que o implica na construção das relações, isso porque elas se desenham tanto no social quanto psicológico e devem ser analisadas, como produto e processo do sujeito, na apreensão dessa realidade (Jodelt, 2011). O pensamento se junta a esses processos, pois é por ele que o sujeito pode representar os fenômenos, e é ele quem evidencia a particularidade do sujeito que envolve todo seu processo de criação, constituição e independência relacionado a representação.

Sobre outro aspecto, Sawaia (1999), em seu trabalho referente a construção identitária expõe o paradoxo ideológico existente no que tange o processo de inclusão e exclusão dos sujeitos. O primeiro com respaldo numa visão crítica que permite transpor as metanarrativas reguladoras e a relativização que exclui as características particulares. A segunda está

fundamentada no discurso da liberdade do direito em defender-se do que lhe parece a atitude que caracteriza os comportamentos de exclusão do outro (Sawaia, 1999).

Diniz, Barbosa e Santos (2009), ao abordarem a exclusão legitimada por via do conceito de normalidade, afirmam que se trata meramente de um conceito “estético e moral” e só existe quando se compara um sujeito com impedimentos corporais com os que não os têm. Nesse ínterim, denuncia os autores, os sujeitos que apresentam algum desvio são vítimas de uma cultura da normalidade que busca eliminar as pessoas com impedimentos corporais do convívio social os colocando numa posição de completa desigualdade social.

Goffman (1980), em sua argumentação a respeito dos estigmas, enfatiza que as atitudes que as pessoas “normais” têm em relação aos considerados estigmatizados está repleta de desumanização do outro, isso porque acredita-se em sua inferioridade e assim embasa-se ideias e pensamentos que alimentam práticas discriminatórias e elimina as possibilidades de vida desse outro. É a essas injustiças que os movimentos sociais tentam responder, visando minimizar os danos causados pela exclusão.

Os estigmas trazem em sua formação ideológica algo que vai além das diferenças de atributos, e busca conter a ameaça que ela representa ao equilíbrio da sociedade. Com isso os estigmas poderiam esconder problemas de ordem estrutural que o social tenta dar conta, como por exemplo, as diferenças de classes (Goffman, 1980). Visando investigar o tipo de saber sobreposto nos discursos que alimenta a discriminação que Foucault (2005) buscou compreender o fascínio das teorias generalistas e totalizantes sobre os indivíduos a ponto de provocar-lhes total inibição frentes a elas.

Vale salientar que em momento algum Foucault (2005) tenta menosprezar a utilidade dessas teorias, apenas as questiona denunciando seu valor local e o aspecto utilitarista dado ao homem. Foucault coloca em discussão os saberes sujeitados e a insurreição que brota nos

indivíduos relacionados a ele, onde o que se procura é o resgate da vida não os conhecimentos de validade questionáveis que impede seu fluxo.

Para Foucault (2005) a crítica a esses saberes só é possível graças ao aparecimento dos conteúdos históricos que já se manifestavam sobre outras formas e organizações funcionais e sistemáticas que se resgata através dos saberes das pessoas, tidos como inferiores onde os discursos adquiriram o aspecto de desqualificação. Tais discursos em si particulares e locais sem legitimidade da maioria é posto ao lado do saber acadêmico e científico, como forma de resgatar um saber histórico das lutas ao qual Foucault (2005) denominou de genealogia dos saberes, que justamente compreende a desconstrução da assimetria dos discursos de inferiorização, para se poder uni-los, possibilitando o surgimento de um saber que permita desenvolver estratégias de combate ao saber em sua forma universal. Desse modo, defende o autor uma luta dos saberes locais marcados pela desqualificação, inconstância e ilegitimidade contra saberes científicos cuja verdade possuída por poucos, advém do filtro que reduz, classifica o conhecimento das pessoas. Esse enfrentamento de forma alguma é direcionado aos conteúdos, aos métodos em si, mas acima de tudo aos poderes concentrados unicamente na ciência e que são assimilados pelas instituições e discursos de cientificidade perpetuados no interior das sociedades (Foucault, 2005).

É exatamente para impugnar e resistir as consequências do poder trazido pelo discurso científico que a genealogia fora criada (Foucault, 2005). A genealogia funcionaria como a inclusão de saberes dentro do saber hierárquico da ciência de modo a libertar o saber histórico da sua situação de assujeitamento e torna-los libertos, o que significaria armá-los para lutar contra a repressão de um discurso universal, convencional e científico.

Nesse tópico vimos que desde o princípio os estigmas aparecem associados a uma marca carregada de atributos negativos que leva o outro a um processo de exclusão. A

exclusão por sua vez é legitimada pelos discursos hegemônicos construídos pela ciência que delimitaram um padrão de normalidade que são disseminados por toda a sociedade.

1.2 - Estigmas do paciente com transtorno mental

Nesse tópico, abordaremos brevemente a construção do estigma da doença mental e as implicações do saber psiquiátrico e psicológico na construção do estigma da doença mental em parte responsáveis pela exclusão do sujeito em sofrimento psíquico.

Os estigmas, segundo Goffman (1980), podem ser categorizados em três diferentes tipos: os relacionados às deformações físicas; aquelas direcionadas a tribo, raça, religião, que podem ser herdadas pelos membros de uma mesma família; e ainda os que buscam inferir negativamente o caráter do indivíduo, apontando para uma espécie de fraqueza, paixão tirânica ou não natural, crenças falsas e rígidas, desonestidade, direcionadas para questões que envolvem a homossexualidade, o suicídio, as doenças mentais, prisão, vício e alcoolismo.

É sobre os estigmas relacionados a pessoa com transtorno mental que nos deteremos, a partir de agora. Xavier, Klut, Neto, Ponte e Melo (2013) a esse respeito afirmam que uma pessoa rotulada louca é submetida a um processo social impiedoso, que arduamente descredibiliza o indivíduo, negando a sua dimensão em especial como ser humano e cidadão.

Nessa linha, Szasz (1977) exprime a responsabilidade da psiquiatria no processo de estigmatização das pessoas em sofrimento psíquico, que com base nos hiatos provenientes da comunicação entre as pessoas, desenvolveu seus conceitos e práticas que dão sustentação a ideia de doença mental. Nesse sentido, a doença mental é explicada através de uma série de sintomatologia, que busca atribuir a ela uma causa neurológica, que rechaça todos os problemas da vida concreta do sujeito, seus conflitos, suas convicções, suas intenções sociais, seus valores e, portanto, sua existência (Szasz, 1977).

Outra forma utilizada pela ciência para explicar os impasses vivenciados pelos sujeitos na sociedade moderna se baseia na existência de uma deformação na personalidade dos sujeitos como causadora dos comportamentos considerados anormais (Szasz, 1977). Os desvios comportamentais dos sujeitos são objetivados através de conceitos psicológicos que servem de norma para julgar o estado de saúde e doença mental (Szasz, 1977).

Szasz (1977) esclarece que a constatação da doença mental passa sempre pelo viés da comparação entre o conjunto de crenças, concepções e pensamentos do paciente com os da pessoa que o está analisando e ainda é submetido ao crivo das normas contidas no campo social. Observa-se então que a doença mental é cotejada segundo padrão de referência ética e psicossocial que julgam e medem os desvios dos sujeitos.

Basaglia (2001) refere que as práticas da psiquiatria tradicional se estruturaram não sob primado terapêutico, mas com o objetivo de reprimir os comportamentos considerados desviantes. Eram nos manicômios onde ocorriam essas repressões junto aos doentes, cuja missão era livrar os demais cidadãos dos indivíduos de comportamentos desvirtuados, tudo partindo da premissa médica, de que esses comportamentos se deviam a doença. Foi assim que a doença mental se vinculou ao ideário social como ameaça ao bem-estar da coletividade e do próprio sujeito doente e, através dessa justificativa, a doença mental começou a ser excluída dos espaços de convívio social (Basaglia, 2001).

Para Basaglia (2001) o hospital psiquiátrico representa um sistema de domínio, que investiu suas ações na construção da imagem cultural da loucura e que resultou na restrição dos direitos de liberdade as pessoas insanas. É na tentativa de definir e estabelecer o conjunto de comportamentos anormais que a psiquiatria submete o doente mental a um processo degradante de exclusão, onde os loucos são segregados e trancafiados em hospitais psiquiátricos, definindo assim os padrões de normalidade, e confirmando os comportamentos admissíveis (Basaglia, 2001).

Basaglia (2001) nesse sentido ressalta que o conceito de normalidade não serviu a um equilíbrio social, mas antes a um ideal científico cuja pretensão é a de controlar a tudo e a todos. A psiquiatria estabelece uma cultura de saúde e doença mental, que está assentada sob a afirmação de seu próprio exercício e do poder do médico (Basaglia, 2001).

Cabe pontuar que o diagnóstico de doente mental imputado pela psiquiatria é responsável por expor o sujeito a um processo de despersonalização e conseqüentemente ele passa a ser desacreditado socialmente, tendo suas possibilidades de vida reduzida. O fato é que o isolamento do doente mental, utiliza-se desse rótulo sob a legitimação institucional que traçam as posições dicotômicas “corpo são, corpo doente” (Carreiro, 2001, p. 91).

Esse movimento de exclusão do outro, de acordo com Basaglia (2001), repousa sobre as crenças e valores em seu aspecto institucionalizado. Isso porque eles servem a toda uma organização moral da sociedade que age reordenando parte dos discursos míticos, religiosos e fortalece todo um “sistema de dominação” (p. 256).

Jodelet (2001) alerta que a doença quando revestida de uma visão moral, como é o caso da doença mental, ela se transforma em um estigma social e pode desencadear o desprezo e a exclusão e do lado dos discriminados resignação ou revolta e desamparo. Goffman (1980) complementa que o sujeito em busca de aceitação pode impor pra si uma espécie de prisão, onde suas vontades passam a estar submetidas às expectativas dos considerados normais e o seu verdadeiro eu é encoberto e passam a se comportar conforme prescrição. Contrariamente, quem não consegue seguir os modelos impostos, é considerado um sujeito “desencaminhado” (Goffman, 1980).

Nesse tópico, tratamos sobre o aparecimento do estigma da doença mental junto a pessoa em sofrimento psíquico. Trouxemos ainda que a loucura é uma construção que serviu unicamente a uma moral que visava manter o equilíbrio social. Ainda pudemos observar o

papel da psiquiatria, que enquanto ciência, recebeu a missão de controlar os corpos por ela definidos como anormais.

1.3 - A Loucura e o nascimento da psiquiatria

A partir de agora faremos uma breve contextualização da história da loucura, passando por várias fases até desembocar no aparecimento da psiquiatria enquanto disciplina, que foi uma das responsáveis tanto pela construção do estigma da doença mental quanto pela criação dos dispositivos de correção dela.

Antes de abordarmos a história da loucura, consideramos oportuno iniciar esse tópico trazendo um conceito de loucura muito pertinente a nossa discussão, tal como defendida por Pelbart (1989). De acordo com o autor a loucura seria um elemento identificado ao campo do sem sentido e do irracional e encontra-se localizada numa dimensão cultural a qual corresponde a elementos como: “ a estranheza, a ameaça, a alteridade radical, tudo aquilo que uma civilização enxerga como o seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além” (p. 133).

Pelbart (1989), com base na visão hegeliana, expõe que a loucura é pensada como resultado da oposição entre a consciência objetiva e uma subjetividade interna, no seio de um sistema geral, e tenta explicá-la através de seus aspectos positivos, a colocando como necessária e inerente ao homem. Segundo ele, a loucura é marcada por situações repletas de significados, pelo qual o homem deverá identificar-se pois é ela a manifestação do espírito humano, onde a dimensão subjetiva reivindica com fervor a sua liberdade.

Conforme relatado por Amarante (2007), a história da loucura é permeada por momentos cruciais como a criação do hospital geral no século XVII, que surgiu com o objetivo de substituir as casas de caridades existentes na Idade Média, casas essas que funcionavam com fins assistencialistas, livre da influência da medicina e seguindo o princípio da caridade. Essas casas acolhiam os desamparados, vítimas da crise social, entre esses

desabonados encontravam-se: doentes, pobres, mendigos, miseráveis que não raramente encontravam-se também adoecidos (Amarante, 2007). Até este período, existiam diversos significados referentes a loucura, dentro das diferentes culturas, dentre os quais: sagrado e demoníaco, cômico e trágico e errado e verdadeiro. O fato é que independente da explicação dada ao fenômeno, o louco ainda podia contar com o livre trânsito na sociedade, podendo manifestar-se de diferentes formas em lugares diversos (Amarante, 2007).

O final da Idade Média e o surgimento do Renascimento marcam o início de inúmeras mudanças que impactaram diretamente no campo da produção de conhecimento e na vida das pessoas (Oliveira, 2009). De acordo com Foucault (1972), o espírito renascentista é marcado pelo enfraquecimento da visão teocêntrica, enfraquece o poder das realezas, propicia um avanço da tecnologia e a descoberta de diversos mundos. Todas essas transformações desembocaram no desenvolvimento maior das cidades, e no surgimento de uma nova classe social, a burguesia, que se organiza em torno de interesses pessoais em detrimento do coletivo (Foucault, 1972).

O hospital geral já não desempenhava apenas função filantrópica, mas a de controle social. A era clássica traz consigo a incoerência no que concerne a utilização do fenômeno da internação, explicitado tanto pela tentativa de resolver o desemprego e tamponar os estragos sociais trazidos pela guerra (Foucault, 1972).

Como resposta a ociosidade e mendicância, os sujeitos nessas condições eram expulsos ou submetidos a violências, massacres e a trabalhos forçados que longe de servir a uma justiça, se propunha a fazê-lo incorporar o trato ético da existência humana (Foucault, 1972). Nesse sentido, identificou-se a loucura com outros fenômenos considerados desvios sociais, onde a ociosidade seria uma característica comum a eles, e passa a ser vista como uma marca social indelével que leva o sujeito a ser condenado por uma ética que é legitimada e mantida pelo corpo social de trabalho (Foucault, 1972). É através do poder conferido por

essa ética que as comunidades lançam fora tudo aquilo que for considerado sem utilidade para sociedade.

Foucault (1972) afirma que a moral institucionalizada se deixa disseminar através das combinações sociais, de modo que ela se deixa manipular assim como o “comércio e a economia” (p. 86). Aos interesses da classe burguesa que refletem também os interesses da república apresenta-se ainda a preocupação em manipular as virtudes que poderiam ser asseguradas por meio de decretos, contando com o auxílio de autoridades que fizessem com que fossem cumpridos (Foucault, 1972).

Destarte, Foucault (1972) acredita que se existe na loucura algo que se manifesta e se expressa como algo vindo de outro lugar, não é porque ele pertence à outra dimensão, mas deve-se ao fato da vontade em alienar-se para além dos limites éticos impostos por uma ordenação burguesa. Com isso, o louco se torna figura central de exclusão, pois ele suscita na sociedade a “imagem do nômade” que coloca a prova toda a organização da sociedade (Castel, 1991, p. 32).

Mannoni (1981) refere que é a sociedade a responsável por atribuir ao louco uma espécie de máscara que lhes confere uma “identidade”, e é ela quem impregna o olhar do outro. Aparece assim no meio social um tipo de sensibilidade que conduz a uma escolha a fim de expulsar a loucura do convívio social.

Foucault (1972) pontua que a ausência de uma compreensão mais aprofundada relacionada à loucura fez com que a Era Clássica a capturasse de forma pouco clara, a justificando como sendo fruto de desalinhamentos familiares, desarranjo social e perigo ao Estado. No entanto, essa visão teria se reordenado através de uma consciência médica que trouxe a questão para a dimensão natural, ao fenômeno antes justificado como mal-estar social (Foucault, 1972).

Agora com o status de doença mental a loucura torna-se objeto de estudo da medicina, mais especificamente da Psiquiatria que a inserirá no campo das patologias e impactará diretamente na forma da sociedade se relacionar com a loucura (Ornellas, 1997). A partir daí a psiquiatria, articulada ao campo jurídico, ficará responsável por redefinir o lugar e o tratamento destinado ao louco na sociedade (Ornelas, 1997). Essa transição, segundo Ornellas (1997), não foi de toda ruim, pois demarca um novo tratamento ao sujeito considerado louco que não os das correções morais aos quais eram submetidos juntamente com os criminosos.

Para Milanni e Valente (2008) quando a loucura é redirecionada para o campo das doenças patológicas, inicia-se uma fase de reestruturação das práticas direcionadas aos loucos, no sentido de torna-las mais humanizadas. As novas terapêuticas possibilitaram a aproximação entre médico e paciente, a criação de atividades programadas, e um espaço de fala para o sujeito adoecido (Milanni & Valente, 2008).

Entretanto, a missão dessas instituições em nada correspondia ao ideal terapêutico demandado pelos sujeitos em sofrimento, antes se restringia a uma pedagogia moral de acordo com os interesses da burguesia com o objetivo de controlar repressivamente todos os comportamentos inadequados desses sujeitos (Milanni & Valente, 2008). É contra tal consciência moral que Lobosque (2003) argumenta que o clínico deve empreender grande esforço no sentido de combater todos os aparatos de disseminação da violência praticados em nome do controle social e afirmação de uma ciência que inibe todas as possibilidades de recuperação da sua cidadania.

Conforme observado por Ornellas (1997), o reconhecimento da loucura como doença mental pela psiquiatria passa necessariamente pela apreensão dela como um objeto de saber e de intervenção. Ainda, de acordo com esta autora, a loucura agora soma-se a incapacidade que deverá ser atestada pelo médico (Ornellas, 1997). Parecer na qual o sujeito adquire o lugar de objeto de investigação e tem sua humanidade varrida por todo um saber

supostamente objetivo que regulamenta as práticas “políticas, jurídicas e econômicas” (Ornellas, 1997, p. 94).

1.4 - Poder Disciplinar da Psiquiatria

Nesse tópico discutiremos como a psiquiatria enquanto ciência constrói seu discurso de verdade para controlar os corpos indisciplinados da sociedade. Delineia-se uma época em que as diversas contradições sociais e políticas passam a ser tratadas como doença, e são submetidas as práticas disciplinares desenvolvidas pela própria psiquiatria com aval da sociedade.

Foucault (2012), em seu livro “*O Poder Psiquiátrico*”, denuncia a existência na sociedade de um poder que se dá através de redes nascido dentro das próprias relações sociais ao qual ele definiu como poder disciplinar. Para ele o poder disciplinar seria algo discreto e incisivo, que permeia as relações, uma ferramenta que permite as autoridades políticas e demais poderes controlar os corpos das pessoas, seus comportamentos, gestos, seus costumes a ponto de fazer com que o indivíduo transforme a sua forma de se relacionar até consigo mesmo.

Foucault (2012) acredita que tal poder brotou dentro dos grupos religiosos que com o passar do tempo transformou-se em grupos laicos que se disseminaram na sociedade, entre o século XIV e XV. Esses grupos inspirados em técnicas da vida monarcal, bem como todo um repertório de exercícios religiosos voltados para uma pedagogia, definiram métodos de controle da vida em sociedade que percorreram vários séculos, evoluindo para o que o Foucault chamou de “poder político/corpo individual” (Foucault, 2012, p. 51).

Mizrahi (2010) denuncia uma contradição existente nesse biopoder presente nas sociedades do Ocidente que age em nome da preservação da vida e da coletividade, porém reduz a complexidade da existência humana quando a submete a regras e normas. Goffman

(1980), em defesa do sujeito excluído, afirma que o fracasso em seguir as normas na maioria das vezes não é consequência da má vontade do indivíduo, mas antes ele evidencia algo das normas que foge do seu controle e de maneira alguma pertence ao campo do consentido, mas inerente a sua própria condição.

Segundo Goffman (1980), muitas das normas podem ter sido criadas e instituídas associadas a demandas idealizadas, que possivelmente empurrará o sujeito em alguma fase da vida a frustração, podendo sentir-se indigno, inferior e, portanto, indesejável. Nesse sentido, o autor afirma que “ os valores de identidade gerais de uma sociedade podem não estar firmemente estabelecidos em lugar algum, e ainda assim podem projetar algo sobre os encontros que se produzem em todo lugar na vida quotidiana” (p. 109).

No que concerne à sociedade moderna, Mizrahi (2010), denuncia seu modelo capitalista, que age severamente no sentido de neutralizar as subjetividades, que por consequência tem as levando ao adoecimento. O sujeito nesse sistema está propício ao completo desamparo social, que passa a exigir sua anulação subjetiva, em nome de um equilíbrio social que exige dele que se adapte à sua realidade, de modo que fica sob sua responsabilidade a produção do que lhe falta (Mizrahi, 2010).

Sobre essa falta, Mizrahi (2010) argumenta que muitos dos problemas psíquicos enfrentados pelas pessoas que não deram conta de corresponder às expectativas externas têm como núcleo do sofrimento um esvaziamento existencial e o esfacelamento da própria interioridade. É nesse cenário que a psiquiatria do século XIX se constituirá como saber sobre a loucura, utilizando-se da aplicação da disciplina asilar, através do qual será demarcado seu poder (Foucault, 2012).

A disciplina asilar praticada nos hospitais psiquiátricos teve como percussor Philippe Pinel, considerado por muitos como pai da psiquiatria, foi ele quem desenvolveu uma terapêutica para os loucos, que consistia no isolamento, tornando-o objeto de estudo, onde

este era apartado da influência do ambiente em que adoeceu e era submetido a um tratamento moral (Amarante, 2007). Nesse momento o psiquiatra passa a orientar o tratamento do louco nos hospitais, assume o lugar de mestre e destitui o outro da direção de suas próprias vontades, sendo esse obrigado a assumir um comportamento dócil e submisso no internato, o que o deixaria completamente dependente (Foucault, 2012).

A respeito da psiquiatria Foucault (2012) afirma que “ é um poder anônimo, sem nome, sem rosto, é um poder que é repartido entre diferentes pessoas; é um poder sobretudo, que se manifesta pela implacabilidade de um regulamento que nem sequer se formula, já que no fundo nada é dito” (p. 27). Para Foucault (2012) a prática da psiquiatria está fundamenta nas relações de poder e são essas relações que sustentam o exercício institucional, regidos por discursos de verdade que ofereceram modelos para toda sociedade.

O poder disciplinar que dá base a atuação da psiquiatria, foi descrito por Foucault (2012) como uma força “hercúlea” e imaterial, quase que um espírito que tem o poder de se manifestar no corpo dos indivíduos. Desse modo, o poder exercido é um poder desconhecido, a vigilância é realizada de modo que a pessoa vigiada não perceba que está sendo olhada (Foucault, 2012).

A eclosão do poder disciplinar na sociedade por via política encontra sustentação através da fórmula de vigilância e controle social oriundo da Panopticon, experimento do filósofo e jurista Bantham no século XVIII voltado para o controle de um sistema penitenciário, mas que para além dele serviria para aplica-lo em outros espaços, como escolas, hospital, etc. (Foucault, 2012). Dessa forma Foucault (2012) acredita que para se compreender a função da psiquiatria na sociedade, não basta estudar o funcionamento interno dos asilos, mas desvelar o poder disciplinar concebido em rede nas próprias relações sociais.

Para explicar esse funcionamento Foucault (2012), parte de um poder que precedeu o disciplinar ao qual chamou de poder de soberania. Esse poder é permeado por relações

desiguais que segue um modelo “coleta-despesa” (p. 53). Na coleta o soberano arrecada todo o produto do trabalho dos indivíduos, assim como regula seu tempo, seu trabalho tomando-os para si (Foucault, 2012).

O tipo de relação baseada na soberania só é possível na existência de um direito divino cuja roupagem pode ser a de uma conquista, de um pacto de fidelidade, uma atitude do soberano que concede algum tipo de benefício e implica ainda alguém que realize todas essas operações (Foucault, 2012). O fato é que essas relações, em si com sustentação no passado ao qual se originou, são constantemente retroalimentadas por via dos ritos, expressões, condutas, regras, obediência, status e de forma mais extrema através da violência, utilizada para infligir através da força os indivíduos que dela tenta escapar (Foucault, 2012).

A relação de soberania implica numa relação na qual o sujeito não é visto como um “corpo individual”, mas a diversidade que se sobrepõe a “individualidade corporal” como os familiares, usuários ou até pedaços singulares do seu corpo (Foucault, 2012, p. 55). A esse aspecto o autor explicita a existência de um poder dinâmico que está presente em todos os espaços sociais, os quais os indivíduos circulam, disputam e também buscam amparo. A esse jogo Foucault (2012) denominou de função-sujeito, onde os corpos são marcados pelo poder soberano.

A análise de Foucault (2012) a respeito da relação de poder soberano expõe que na parte de baixo desse tipo de relação não existe uma individualização corpórea, em contrapartida ela está presente na posição de soberania o que significa dizer o que mantém a individualidade de quem se encontra no poder soberano é a não individualidade corporal dos que a esse estão submetidos. Enquanto o sujeito que ocupa o nível baixo da relação de poder tem negada a sua individualidade corporal, quem está no topo dessa relação, além de ter sua individualidade somática, precisa controlar uma variedade de corpos para assegurar seu reino. A respeito disso Foucault (2012) ressalta:

[...] a relação de soberania põe em ligação, aplica algo como um poder político no corpo, mas nunca faz a individualidade aparecer. É um poder que não tem função individualizante ou que só esboça a individualidade do lado do soberano e ainda assim à custa dessa curiosa paradoxal e mitológica, multiplicação de corpos (p. 57).

Após esclarecida a relação de poder do tipo soberano, podemos adentrar na questão da relação disciplinar que diferente do modelo anterior apresenta-se como um dispositivo dos mais potentes, ao passo que não apenas se apodera daquilo que os corpos produzem, mas do próprio corpo e existência do sujeito na sua totalidade.

O modelo disciplinar é utilizado como uma espécie de tática que age no sentido de ordenar as singularidades nos espaços tornando-as eficientes em seu nível mais alto, isso tudo para atender as expectativas das atividades produtivas (Foucault, 2012). Demarca-se a partir de agora a ascensão das táticas disciplinares no meio social, e com ela o aparecimento dos conflitos do homem com seu corpo, com o tempo, com o trabalho, dentre outros (Foucault, 2012).

Sá e Pereira (2006) sobre a disciplina afirmam que ela se refere a um discurso de modernidade que conduz o sujeito à subordinação, as leis que domina e apressa o tempo com o objetivo de padronizar as subjetividades. Com o poder disciplinar ocorre a popularização das práticas do poder, na qual qualquer um pode exercitar a vigilância, observando e controlando constantemente como o poder está sendo exercido, o que define um poder que não é de ninguém, mas de todos (Foucault, 2012). O indivíduo passa a ser exposto durante todo o tempo a um jogo simbólico, onde os olhares se voltam a vigia, sendo assim o sujeito vigia ao passo que também é vigiado (Foucault, 2012).

Nessa linha, Lobosque (2003) relata que o modelo de controle disciplinar parte da introjeção de normas sociais pelos indivíduos, fato que dispensa qualquer uso de métodos de confinamento. Nesse caso, as pessoas se submetem a participar do jogo disciplinar sem saber

claramente suas regras e objetivos reais, aceitam apenas para alimentar a vaidade do ego que a experiência de poder ingenuamente lhe proporciona (Lobosque, 2003).

Ora essa nova forma de dominação atribui à eliminação da loucura e das diferenças uma nova roupagem: a internação dos loucos em sanatórios, a patologização das impossibilidades políticas e sociais e a sujeição sutil e disfarçada que se insere no espaço social e em suas instituições (Lobosque, 2003). Nesse caso, a autora chama atenção para a existência de um tipo de tutela que é velada e constante, que invade a vida das pessoas e norteia todas as instituições e é responsável por: “transformar a dor em doença, o medo em síndrome do pânico, a diferença em anormalidade; colocar sob tutela dos psicólogos e psiquiatras as mulheres infelizes, as crianças rebeldes, os homens impotentes” (p.185).

Nesse caso, a relação estabelecida segundo Foucault (2012) é a do tipo disciplinar que se relaciona com uma “coleta de saber” em determinados espaços, cujo olhar apresenta-se como instrumento que busca afirmar a verdade sobre o outro e acima de tudo uma apreensão de saber que garante o poder. Assim, o poder e o saber atrelados, ao passo que seriam a “constituição de um saber individualizante e também um saber sobre os indivíduos” (Foucault, 2012, p. 98).

A função-Psi surgiu no interior da psiquiatria por volta do século XIX, para se dedicar ao controle dos sujeitos indisciplinados, ao lado oposto da família, mas a serviço dela (Foucault, 2012). Isso acontece porque é para a família que o sujeito indisciplinado é devolvido pela sociedade e esta não conseguindo corrigir as falhas apresentadas pelo sujeito, envia-o a outros “sistemas disciplinares” com a finalidade de recuperá-los (Foucault, 2012, p. 102).

Nessa direção Foucault (2012) afirma que o núcleo familiar agora passa a exercer a sua soberania sob influência de técnicas disciplinares que selecionam os comportamentos normais dos anormais tentando represar esses últimos. Quando esse tipo de controle fracassa,

a psiquiatria é chamada para tratar desses indivíduos e posteriormente devolvê-los a família adestrados (Foucault, 2012). A família torna-se então peça fundamental ao funcionamento do sistema disciplinar, pois, é através dela que se configuram as múltiplas relações marcadas pelos contratos e propriedades, seja individual ou coletivo, sendo ela o ponto de ligação entre o poder soberano e disciplinar, indispensável para as práticas de controle (Foucault, 2012).

A partir do século XX, a psiquiatria ocupará o lugar no discurso de todas as táticas de distinção, normatização e submissão dos sujeitos dentro dos “sistemas disciplinares” (Foucault, 2012, p.106). A psiquiatria, a pedagogia, a psicologia, psicopatologia e a psicanálise surgirão com a missão de constituir uma verdade psicológica sobre os sujeitos, em resposta ao fracasso do poder familiar (Foucault, 2012).

1.5 - O Surgimento da função Psi

Neste tópico discorreremos sobre a participação das ciências PSI no processo de objetificação dos sujeitos em sofrimento psíquico na sociedade e como elas tem contribuído para mascarar os inúmeros problemas da existência dos sujeitos.

Vale recapitular que tanto o poder disciplinar quanto a soberania familiar estão relacionadas dentro de uma funcionalidade que amarra “o discurso, a instituição e o homem psicológico” (Foucault, 2012, p.107). Desse modo, a psicologia em sua forma institucionalizada, através de seus discursos vai por um lado exercer o controle dos corpos e dos dispositivos disciplinares e por outro resgatar a soberania da família, ao colocar o seu discurso como uma verdade que servirá de subsídio para verificação e interpretação dos discursos positivos ou negativos que resultam dos sistemas disciplinares (Foucault, 2012).

Dentre as correntes psicológicas, a que mais teve seu discurso fundamentado no poder da família fora a psicanálise (Foucault, 2012). O erro, segundo exposto pelo autor, ocorre quando esse discurso adquire o status de verdade servindo de modelo de análise para as

instituições sociais (Foucault, 2012). Nesse caso, argumenta Foucault (2012), a psicanálise longe de se apresentar como uma nova opção aos modelos disciplinares vigentes, apenas oferece um discurso que revestido de verdade nada mais faria do que vincular constantemente o sujeito a essa disciplina.

Sá e Pereira (2006) ao discutir a relação entre a subjetividade objeto de conhecimento da psicologia e as organizações sociais, sob uma perspectiva foucaultiana, expõem o papel domesticador das ciências PSI que através de estratégias disciplinares exerce o seu poder, visando a padronização da subjetividade, a partir da introjeção das ordens advindas do meio social. Nesse caso, alertam Sá e Pereira (2006), o conhecimento científico, longe de sua tão ambicionada neutralidade, explicita seu caráter político, onde seu papel normatizador pode ser representado pela própria apreensão da loucura como doença mental pela psiquiatria que age como o saber responsável por instaurar dispositivos de controle das singularidades, restringindo cada vez mais as possibilidades de exteriorização das subjetividades.

Ao abordar a participação da psicologia junto ao poder disciplinar, Sá e Pereira (2006) afirmam que desde sua constituição como ciência, ela aparece como parceira desse poder, onde suas técnicas estiveram a serviço da adaptação tanto física quanto psíquica dos sujeitos os encaminhando para uma ordem social estabelecida. Por outro lado, esses autores colocam que atualmente, contrariando sua antiga e vocação primeiras, existe no interior da psicologia debates que buscam interrogar os elementos provenientes das disciplinas tais como: emancipação, servidão, independência hierarquização. A psicologia encontra-se então num entrave, nesse caso se impõe uma tomada de posicionamento: ou esta atua em direção a conformação e adaptação dos sujeitos às disciplinas e livra os sujeitos do peso dos estigmas provenientes do enquadramento psicopatológico, ou então assume o compromisso “ de mostrar ao ser humano como ele de posse dos mecanismos disciplinar, é capaz de se reconstruir” (Sá e Pereira, 2006, p. 63).

Além da psicologia a própria psiquiatria, conforme já enfatizado nesse capítulo e explanado por Foucault (2012) exerce seu poder só que no interior dos asilos, lugar onde as pessoas indisciplinadas são despejadas e submetidas as atividades produtivas que remontavam uma realidade externa visando curá-los, mas apenas beneficiavam seus pensionários. Nesse aspecto Sá e Pereira (2006) complementam que a configuração desses asilos na era moderna, encontra-se vinculado a construção de uma sabedoria médica que controla o corpo para então subordinar a individualidade do sujeito louco.

Segundo Foucault (2012) o conhecimento psiquiátrico via catalogação nosológica agia em junção com a atividade produtiva, no sentido de que sua classificação não se dava com finalidade terapêutica, mas a seleção dos indivíduos para as atividades produtivas (Foucault, 2012). O tratamento oferecido visava, sobretudo, comprovar que o centro da loucura era uma fantasia, havendo uma espécie de erro, e que diferentes dos não loucos, ele não poderia ser diminuído apenas por efeito da exposição ao indivíduo, mas mostrando-lhe que seu juízo não teria relação com “realidade”, desse modo a psiquiatria empenhou-se para buscar outras formas de reduzir esses erros (Foucault, 2012).

O psiquiatra com seus métodos de tratamentos vem retirar do sujeito louco o poder que o excluiu da realidade. Ocorre que ao invés da psiquiatria trazer a questão da verdade no desenho das relações deste com a loucura e sua cura, ela encerra essa verdade em nome de sua própria ciência (Foucault, 2012). O exercício psiquiátrico revestido de ciência dá espaço ao discurso clínico e nosológico, momento em que a loucura se veste de doença, recebendo vários tipos de classificações de distúrbios mentais cada uma apresentando seus sintomas específicos, diagnósticos, prognósticos, percurso evolutivo singular, é aí que se consolida a verdade médica (Foucault, 2012).

Através desses discursos, a psiquiatria impõe-se como ciência e revela seu poder máximo através do domínio dos critérios de verdade, não deixando espaços para

questionamentos, pois segundo ela não cabe a ninguém senão ela própria, e se achar necessário julgar seus critérios de verdade (Foucault, 2012). A psiquiatria atuará no sentido de fazer valer a realidade como um dispositivo de poder sobre a loucura, é em nome dessa realidade que ela poderá legitimar a própria supremacia dentro dos asilos (Foucault, 2012).

Foi assim que os asilos passaram a funcionar independentemente de outras instituições, muito embora tenha fundamentado suas terapêuticas no modelo da família, sob o argumento de trazer o sujeito de volta a realidade (Foucault, 2012). Acontece que essa realidade, com vestimenta de verdades, praticadas dentro do asilo impõe ao interno a vontade do outro, vontade a qual esse sujeito tem que se inclinar, afinal ela fala em nome da realidade, e portanto, está em suas mãos o poder, diante do qual sempre estará reservada ao louco uma posição de inferioridade (Foucault, 2012).

Através de procedimentos adotados pela psiquiatria, como a anamnese, o louco por via dos relatos tinha que aceitar a realidade que construíram para ele e por fim confirmar sua loucura (Foucault, 2012). O tratamento do tipo moral, ao qual é exposto o interno, tem a intenção de força-lo a assumir a doença, ao passo que é necessário o mesmo enxergar-se em sua loucura que antes de ser uma doença, se tratava de uma falha, desvio, perversidade e desatenção desse sujeito (Foucault, 2012).

Toda aparelhagem psiquiátrica trabalhou com o único objetivo de tamponar o desejo do sujeito que não se curvava as disciplinas e que sustentava o lugar da loucura na sociedade (Foucault, 2012). Dessa forma a cura do sujeito se dará quando esse se curvar ao poder e a vontade do outro, quando esse acima de tudo barrar seus desejos, e for capaz de custear as suas necessidades através da negociação e do trabalho para com as pessoas que deles tratam (Foucault, 2012).

Foucault (1972) enuncia que o isolamento e os métodos terapêuticos utilizados pela psiquiatria exercem um efeito devastador, não apenas por seu caráter segregatório do sujeito

tido como esquisito, mas porque investe na construção de imagens bizarras, restando a eles a condenação à ilegitimidade e a conformação a seu estado alienante.

Segundo Basaglia (2001) foi a ciência que destinou a doença mental um lugar obscuro, fruto de um biológico desconhecido, diante do qual não há nada a ser feito, apenas reconhecer a sua diferença perante as “normas”. No geral, a psiquiatria recebeu o mandato social de categorizar e “administrar” as supostas doenças.

No que concerne à doença mental, Szasz (1977) denuncia seu aspecto mitológico alegando que se trata de uma abstração contida no campo teórico científico voltado a explicação causal dos comportamentos problemáticos apresentados na vida cotidiana. Essa visão é a responsável por reduzir a compreensão que se têm das pessoas em sofrimento psíquico, pois ela despreza o problema existencial dos indivíduos e atribui sua causa a problemas orgânicos (Szasz, 1977).

Para Szasz (1977), a sociedade moderna sustenta os desvios de comportamentos como uma doença mental, justificando-as através de normas estabelecidas no âmbito psicossocial, ético e legal. Tais normas podem ser praticadas tanto pelos próprios sujeitos em sofrimento, situação ao qual eles próprios percebem algum desvio e buscam auxílio para corrigi-los, ou também quando outras pessoas como os familiares, representantes da lei e a psiquiatria de forma articulada lhes enviam para o isolamento para correção desses “desvios” (Szasz, 1997).

Carreteiro (1999) coloca que as instituições de internato, através do “projeto doença”, oferecem aos sujeitos denominados “doentes” a probabilidade ainda que efêmera de reconhecimento da cidadania e condições mínimas de sobrevivência, em troca do silenciamento subjetivo de uma angústia causada pela sociedade, minando assim toda potencialidade do sujeito.

Nessa linha, Foucault (1972) estabelece a necessidade de se questionar o tipo de relação estabelecida entre a sensibilidade social, levando em consideração os parâmetros de

poder utilizados para decidir sobre a internação ou a liberdade de um indivíduo. Sawaia (1999) afirma que é necessário enxergar a exclusão sobre seus múltiplos aspectos de maneira que crie possibilidade de resgate do sujeito obscurecido pelas interpretações econômicas e políticas.

Demo (1995) pontua a importância da quebra do ciclo de repetições e as mazelas impostas por um saber absoluto, que no esforço em manter a regularidade dos fenômenos os deixam presos aos valores do passado o que limita uma nova ação do sujeito frente ao ele.

Demo (1995) destaca que as disciplinas no esforço de obtenção de reconhecimento científico se revestiram da visão objetiva e de uma falsa neutralidade para explicação dos fenômenos, sempre objetivando generalizá-la como verdade absoluta. Ocorre que tal postura descarta qualquer conhecimento que pertença a ordem do abstrato, como as emoções as experiências dos indivíduos que não tem compromisso com a regularidade disseminada pela ciência (Demo,1995).

Demo (1995) propõe a substituição da postura da ciência focada numa visão regular dos fenômenos, por uma ciência que aprecie as probabilidades e hipóteses, pois para ele os fenômenos sociais são multivariados e multicausais, e trazem consigo uma complexidade, por apresentar diversas características e podem ser apreciados por diversos ângulos.

Machado (2001) denuncia a rigidez, o determinismo e a natureza rotuladora dos diagnósticos traçados pela medicina que tem como um dos objetivos a medicalização. Para a autora a cultura da medicalização indiscriminada silencia o sujeito e impede a sua possibilidade de reconstituição subjetiva. Mannoni (1981) acredita que na maioria das vezes ela atua à revelia do paciente e na “proteção dos médicos”.

Basaglia (2001) relativiza a questão do manejo dos medicamentos quando enfatiza o efeito positivo relacionado a diminuição na quantidade de pessoas doentes no hospital. Entretanto, existe uma espécie de contradição, onde o medicamento agiria não só amenizando

os sintomas de ansiedade do moribundo, mas também do médico, o que evidenciaria a inabilidade em relacionar-se com o paciente (Basaglia, 2001).

Para Basaglia (2001), o problema do uso de medicamentos refere-se aos seus efeitos sobre o indivíduo, que acaba por deixá-lo numa posição de passividade frente à “doença”. Por outro lado, essa situação abre espaço para a comunicação do paciente e diminui a distância existente com o outro recuperando a possibilidade de relacionar-se, o que talvez de outra forma não lhe fosse permitido (Basaglia, 2001).

A respeito da atuação da medicina, Basaglia (2001) ainda enfatiza: “o médico necessita de uma objetividade sobre a qual afirmar a própria subjetividade, exatamente como a nossa sociedade necessita de áreas de descarga e compensação, onde abandona e esconde as próprias contradições” (p. 128).

Ao abster-se do discurso e convívio com os loucos, o médico e a sociedade os conduzem a um mundo particular totalmente apartado do nosso. Nessa linha, Foucault (1972) atenta para a necessidade de se buscar a compreensão da experiência da loucura buscando o saber que ela traz, para então se conhecer a qual tipo de “familiaridade ao qual ela se viu presa” (p. 94).

Szasz (1977) corrobora com essa ideia quando propõe a exclusão do conceito de doença mental restrito aos aspectos patológicos, e recomenda que a compreensão do sofrimento psíquico se dê através de uma abordagem que considere o comportamento apenas como a manifestação das dificuldades apresentadas pelos indivíduos no esforço de organizar-se internamente e na tentativa de atender as expectativas do meio.

Nesse aspecto, Amarante (2007) afirma que deve-se questionar a estrutura que sustenta os valores sociais das diferenças responsáveis por tensionar as relações e, comprometer os encontros nos espaços cotidianos. Para o autor, a vivência e percepção de não estar encaixado diretamente em nenhuma categoria, confunde e mina o campo relacional

do indivíduo considerado louco, fazendo com que esse não seja tratado "nem totalmente como doente, nem completamente como criminoso, nem feiticeiro, nem inteiramente como pessoas comuns" (p. 31).

De acordo com Sawaia (1999) deve-se acima de tudo questionar como os loucos foram eliminados e elencados como objetos no universo patológico e da desorganização. Esse caminho levará a afetividade, um elemento indispensável para compreensão do sentido do sofrimento psíquicos dos sujeitos, e possibilitará enxergar as várias dimensões implicadas nesse processo, o que permitirá recuperá-lo das "análises econômicas e políticas" devolvendo assim sua humanidade (Sawaia, 1999, p.98).

Pelbart (1989), em sua crítica a respeito do pensamento racionalista moderno de Descartes, afirma que foi ele o responsável pelo antagonismo entre loucura e desrazão. Para Pelbart (1989) existe uma espécie de solidariedade na forma de lidar com o louco, onde as cidades ficariam responsáveis por trancafiá-los em suas instituições especializadas e os racionalistas por encarcerar a desrazão que justifica a loucura. Para combater os pensamentos racionalistas comprometida com a exclusão da loucura, o autor acredita que seja necessário muito mais que libertar o sujeito considerado louco, mas ouvi-los de forma limpa acolhendo toda sua experiência com o sofrimento (Pelbart, 1989).

Assim, ao permitir que a desrazão invada nossos pensamentos, pode-se investir no combate de todo poder que unifica os pensamentos e mantém o povo aprisionado a eles (Pelbart, 1989). Entretanto, não significa designar-se ao insensato, que em seu interior esconderia uma dissimulada " Razão de Estado, da Raça ou de Religião" – porém adotar um caminhar que seja livre, ouvindo tudo aquilo que o louco profere, mesmo quando ele próprio não consegue se ouvir por se encontrarem mergulhados na lógica de exclusão, onde seus corpos foram marcados pela fraqueza e impossibilidades (Pelbart, 1989, p. 135).

A desrazão, conforme sinalizada por Pelbart (1989), não diz respeito a uma nova doutrina ou ciência, mas um compromisso com o pensar a nível individual e coletivo, que possibilite relacionar-se com as incertezas, o não sabido, com as potências e também com o aniquilamento. Nesse sentido, não se trata de comprometer o acaso com determinações e causalidades anônimas, mas torná-lo um espaço múltiplo, fértil, deixando o imprevisto aparecer com toda sua força e não “cortá-lo com o bisturi da racionalidade explicativa” (Pelbart, 1989, p. 136).

O pensamento tomado pela desrazão oferece aos sujeitos uma opção de uma fuga micropolítica, e requer dele grande transformação, compreendendo uma nova maneira de relacionar-se com seu corpo, com sua subjetividade, com os outros, com sua criatividade, com o meio social, com o que é humano e também com o que não é, o que é percebível e o que não é, e ainda o que está entre o desejo e o pensar (Pelbart, 1989).

Pelbart (1989) através de sua defesa da desrazão como pensamento, desvela o seu anseio não apenas no sentido de libertar os sujeitos loucos da clausura, mas sobretudo busca atingir a raiz da exclusão mantida pelo manicômio mental. Nesse aspecto, Pelbart (1989) alerta:

Não basta destruir os manicômios. Também não basta acolher os loucos, nem mesmo relativizar a noção da loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse só distúrbio e sintoma social, espécie de ruga, que o tecido social uma vez “esticado” através de uma revolucionária plástica sócio-política, se encarregaria de abolir. Nada disso basta e essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos dos manicômios, mantivermos intactos um outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão (p. 134).

Pelbart (1989) afirma que na luta pela liberdade do louco é fundamental livrar-se do pensamento racionalista. Doravante, Pelbart (1989) sinaliza que é tão urgente desmontar os manicômios quanto desencarcerar o pensamento dessa racionalidade que nos impede de ver e ouvir o que o louco tem a nos dizer.

Para Diniz (2007) é necessário também despender esforços para inserir a discussão sobre os impedimentos corporais no ambiente público dado sua natureza política onde as barreiras são impostas através de ações nada inclusivas que apenas ousam reprimir as diferenças dos indivíduos e os colocando em situação de desigualdade. Nessa direção, Pelbart (1989) atenta para a necessidade de se concentrar esforços na defesa ao direito a desrazão, de modo que se tenha a liberdade de pensar o insano, onde os delírios possam se manifestar em lugares públicos e o acaso possa se tornar possibilidades de construções significativas e a subjetividade possa se ver liberta do domínio da verdade, e o direito de cidadania dos sujeitos possa ser assegurado, dando espaço ao que antes era considerado intolerável e impensável na sociedade.

É importante destacar a que o resgate dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, requer um posicionamento crítico de todas as ciências Psi, afim de interrogar-se a respeito do poder disciplinar que durante muito tempo impregnou sua atuação, impondo aos sujeitos um tipo de homogeneização as subjetividades (Sá & Pereira, 2006). Segundo as autoras, só livre da opressão dos modelos normativos, a pessoa poderá constituir-se “não mais como sujeito, mas como indivíduo que opta por submeter-se às leis, compreende seus desejos e, enfim afirma a si mesmo sua existência” (Sá e Pereira, 2006, p. 64).

Nesse capítulo, abordamos a construção dos estigmas da doença mental proveniente do saber psiquiátrico e seu discurso de verdade que serviu ao controle dos corpos na sociedade. Vimos também que quando a loucura passa a ser vista como doença mental, ela passa a ser trancafiada nos asilos, aos cuidados da psiquiatria que recebe o mandato de curar

os loucos. A partir desse momento se demarcou a exclusão do louco na sociedade que teve seus direitos negados, e passaram a ser submetidos às fortes correções disciplinares da psiquiatria. O que na verdade se pretendia era esconder as contradições existentes na sociedade relacionados a manutenção das relações de poder de uma minoria por uma maioria. Além da psiquiatria, a psicologia também tem responsabilidade na manutenção do sofrimento psíquico dos sujeitos, quando através do seu saber tentam conformar os sujeitos a sua realidade. Como vimos, é urgente uma revisão e uma reorientação do papel da psiquiatria assim como da psicologia na vida das pessoas em sofrimento psíquico, colocando como maior reflexão a sua participação no processo de exclusão dessas pessoas, buscando sobretudo pensar em novas práticas de cuidados comprometidos com as múltiplas formas de existência capaz de retirá-lo do lugar desigual em que foram colocados com ajuda da própria ciência.

Capítulo 2 - Desistitucionalização: Um novo cuidado

Nesse capítulo faremos uma breve contextualização dos movimentos de reforma psiquiátrica, que surge em resposta ao modelo manicomial, sustentado pela psiquiatria tradicional. A reforma psiquiátrica no mundo nasceu como uma crítica da psiquiatria às suas próprias práticas e saberes. Nesse caso, consideramos importante resgatar, a partir de agora, como os principais movimentos sociais comprometidos com a reforma psiquiátrica se posicionaram ao longo da história, frente à cultura de exclusão do sujeito em sofrimento psíquico.

2.1 - A reforma psiquiátrica no mundo

O movimento de desistitucionalização começou a ser pensando lá atrás, no período pós-guerra. As repercussões de tais acontecimentos levaram os Estados Unidos e a Europa Ocidental a travar fortes discussões no campo político e econômico, a respeito da organização das instituições e da assistência em saúde (Melman, 2001).

Os países desenvolvidos são os primeiros a se preocupar com a transformação da assistência em saúde do modelo hospitalocêntrico, embora apresentassem divergências quanto a finalidade dessa mudança (Melman, 2001). Os Estados Unidos, citado por Rotelli (2001), foi exemplo de um país que buscou transformar a capacidade terapêutica dos tratamentos ofertados pela psiquiatria visando libertá-lo do exercício tirânico de controle social ao qual ela inicialmente fora encarregada, mas que não conseguiu superar a lógica asilar.

As discussões em torno da desinstitucionalização inicialmente restringia-se a desospitalização não havia a preocupação com a criação de serviços de cuidados que pudesse dá suporte as pessoas liberadas do manicômio (Amarante, 2000). As ações empreendidas inicialmente restringia-se a: evitação das internações, buscando na própria comunidade

alternativas de tratamento; permissão para que os pacientes internos, após serem submetidos aos tratamentos e treinamentos, pudessem retornar as suas comunidades; oferecimento de suporte para as pessoas da comunidade que tivessem por ventura realizando algum serviço de saúde mental em sua localidade (Amarante, 2000).

Rotelli (2001) afirma que a ideia de desinstitucionalização foi exercida por muito tempo de forma deturpada e ineficiente, pois tinha como objetivo apenas dar alta no hospital e a diminuição progressiva na quantidade de leitos. Esse tipo de reforma tinha como única preocupação beneficiar uma política econômico e administrativa com vistas a contenção de despesas (Amarante 2000, Melman, 2001).

Já na Inglaterra, no pós-guerra, foi fundado o Sistema Sanitário Nacional, que se encarregou das assistências sociais com o objetivo de dar apoio ao movimento de desospitalização (Melman, 2001). O número de leitos psiquiátricos existentes até o ano de 1960 na Inglaterra girava em torno de 152 mil, número esse reduzido lentamente com o passar dos anos, chegando no ano de 1975 a margem dos 90 mil leitos (Melman, 2001).

A experiência da comunidade terapêutica, concebida por Maxwell Jones, iniciou uma fase de renovação na relação da díade paciente e médico dentro das instituições psiquiátricas. Isso acontece devido à democratização das relações paciente e médico e a possibilidade de uma comunicação livre de repressões, ações responsáveis por derrubar o mito da irrecuperabilidade do doente mental (Melman, 2001). A repercussão positiva das comunidades terapêuticas inspirou muitas outras experiências no mundo e levou ainda a Organização Mundial de Saúde a propor a sua adesão em todos os hospitais psiquiátricos (Melman, 2001).

Na década de 60 a França constitui a intitulada psiquiatria setorial, segundo a qual as equipes de saúde se dividem para tratar das pessoas orientadas pelo princípio da regionalização (Melman, 2001). Essa organização setorial consequenciou numa formação de

sistema voltado para a seguridade social encarregado de proteger e cuidar dos cidadãos em situação de risco (Melman, 2001). O problema desse modelo francês é que a sua organização e atuação se articulava aos serviços e aparatos ideológicos de um hospital psiquiátrico tradicional não passando de uma extensão dos serviços com a diferença que agora se fazia através de ambulatórios e hospitais dias, onde os mesmos profissionais transitavam nas diversas instituições (Melman, 2001).

Para Rotelli (2001), a finalidade da transformação da função da psiquiatria em práticas comprometidas com uma terapêutica mais eficiente nesses países anteriormente mencionados, reverteu-se apenas em um conjunto de serviços que “reproduzindo e multiplicando a lógica somente negativa da desospitalização, selecionam, decompõem, não se responsabilizam e abandonam” (p. 24).

2.2 - A reforma italiana

Na direção contrária ao modelo de desospitalização estadunidense e a proposta de setorialização da psiquiatria francesa, o processo de desinstitucionalização italiana, tendo como seu principal expoente Franco Basaglia, desenvolveu ações de combate às ideologias e as técnicas psiquiátricas através de críticas com bases políticas, que culminaram na redução significativa dos leitos e fechamento dos hospitais psiquiátricos (Melman, 2001).

Basaglia (2001), com base em sua experiência em Gorizia, defende para além do fechamento dos manicômios, ações direcionadas ao combate da cultura manicomial, pois segundo ele, a reforma deve se dar não somente nos hospitais psiquiátricos, mas em todas as instituições que segregam os sujeitos denominados “loucos”. Para o autor:

Não se pode transformar uma realidade dramática e opressora sem violência polêmica, nos confrontos com aquilo que se quer negar, incluído na crítica os valores que possibilitam e perpetuam a existência de tal realidade. [...] por isso o discurso

antitucional, antipsiquiátrico (isto é, antiespecialístico), não pode restringir-se ao terreno específico de nosso campo de ação. O questionamento do sistema transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam, levando-nos a uma crítica da neutralidade científica - que atua como sustentáculo dos valores dominantes, para depois tornar-se crítica e ação política (p. 9).

Dessa forma, Basaglia (2001) acentua a necessidade de se confrontar as contradições existentes dentro e fora das instituições psiquiátricas, onde as relações de poder colocam os indivíduos numa posição de submissão e o manicômio é utilizado pela sociedade para descartar seus excluídos.

No que tange as mudanças internas, Basaglia (2001) implantou na Itália o modelo de instituição nomeada por ele aberta, que tinha como objetivo criar espaço para que o paciente pudesse manifestar a subjetividade. Para que isso ocorresse, pontua Basaglia (2001), foi necessário incentivar a flexibilização de papéis dos atores institucionais e a participação do paciente nas decisões sobre a própria vida. Nesse caso, Basaglia afirma que “a instituição renuncia a qualquer forma de defesa que não consista na participação de todos os papéis que a compõem no funcionamento geral de uma comunidade na qual os limites de um são determinados pela presença do outro e pela possibilidade recíproca de contestação” (p. 310).

Essas concepções foram tratadas por Basaglia (2001) como uma espécie de eixo guia para as ações institucionais comprometidas com a reforma da psiquiatria. Vale ressaltar que esse novo modelo, assim como os demais, não está livre das contradições presentes na própria realidade, no entanto o que pode os diferenciar, é seu compromisso em fazer aparecer e trabalhar as contradições juntamente com o paciente (Basaglia, 2001).

A partir do movimento de transformação da Psiquiatria na Itália, Rotelli (2001) aponta três perspectivas relacionadas ao fechamento progressivo dos manicômios, são elas: a formação de uma política nacional em saúde mental, iniciada a partir do interior das

instituições onde deverá acontecer um processo de sensibilização dos atores, os instigando a participação mesmo que opositora dos agentes interessados; a unificação do trabalho terapêutico com a finalidade de investir na existência multidimensional, complexa e material dos sujeitos adoecidos, para que esses se tornem ativos na relação institucional e; a viabilização de organizações externas que prestem serviços substitutivos que possibilite eliminar as internações.

Nesse aspecto Rotelli (2001) afirma que a reforma precisa de renovação, transmutação e mudanças paulatinas das possibilidades materiais, pessoais, do ambiente físico e do conhecimento existente, só através desse modo de trabalhar pode-se oferecer serviços capazes de substituir as práticas anteriores (Rotelli, 2001). Lobosque (1997), ao refletir sobre o papel da reforma psiquiátrica, salienta que o que está em jogo é a restituição da cidadania do sujeito e isso implica o envolvimento dos atores institucionais, através da atuação política, que possa levar a transformações concretas na vida dos sujeitos, assegurando-lhe o trânsito livre na sociedade.

Basaglia (2001) argumenta que ao se assumir o compromisso com a complexidade que envolve o sujeito é necessário abrir mão de qualquer pretensão de afirmação de seu modelo, pois “trás em si a marca do diletantismo veleidoso relativamente a tudo aquilo que ainda não está incluído a norma, e leva ao paradoxo de uma situação dialética sempre em movimento” (p. 9-10).

As práticas desinstitucionalizadoras, afirma Rotelli (2001), devem ir na contramão de qualquer determinação científica racional, e investir num tipo de intervenção em que se possa confrontar e desconstruir a teia de normatizações e categorizações imputadas pela ciência e interrogar as instituições em toda sua base estrutural onde a doença mental formou sua cara e existência (Rotelli, 2001).

O movimento antimanicomial na Itália centralizou suas ações no campo social e no investimento na construção de uma nova realidade a partir de uma perspectiva processual e histórica (Melman, 2001; Basaglia, 2001). Através da atuação política fechou parcerias com sindicatos, partidos políticos e organizações não governamentais, com o objetivo de pressionar para que se fosse aprovado uma lei que assegurasse a extinção dos hospitais psiquiátricos e a substituição por outros tipos de assistências que não mais perpetuassem a ideologia psiquiátrica de dominação e exclusão (Melman, 2001). No ano de 1978, após muita luta foi aprovada a importante Lei 180 de reforma da psiquiatria (Melman, 2001).

Para Rotelli (2001) a autêntica desinstitucionalização é aquela que advém de um movimento teórico e prático que norteia as organizações, as atividades, o conhecimento e o tratamento desse novo objeto. A partir de agora a autonomia ao invés da cura surge como uma das finalidades desses serviços, que não se confunde com uma reparação, mas produção da vida e reprodução social das pessoas “o processo de singularização e ressingularização” (Rotelli, 2001, p. 91).

2.3 - A reforma psiquiátrica brasileira

As ideias basaglianas e todo seu caráter político de denúncia ao controle social exercido pela psiquiatria, influenciaram bastante os movimentos sociais brasileiros existentes no final da década 70, período em que o país passava por um processo de redemocratização (Amarante, 2000).

Nessa fase havia uma insatisfação por parte da população a respeito da ineficiência ao Sistema Nacional de Saúde, que geraram duras críticas ao modelo privatista do Estado (Tenório, 2001). No ano de 1978, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que liderou nessa fase vários acontecimentos relacionados a defesa aos direitos dos

trabalhadores e dos direitos humanitários, os avanços e reconhecimentos dessas iniciativas conferiu ao movimento seu caráter conhecido como antimanicomial (Tenório, 2001).

A reforma sanitária aparece também nesse período como uma proposta de reformulação do Sistema Nacional de Saúde, cujas ações voltavam-se para transformações administrativas, gerenciais e expansão do acesso da população a rede de saúde (Tenório, 2001).

Os anos 80 marcou a participação dos atores do movimento sanitário na gerência dos serviços e das políticas públicas referente aos hospitais psiquiátricos do país (Tenório, 2001). Nessa época, o movimento sanitarista identificado com o Estado em seu aspecto institucional, acaba não trazendo nenhuma mudança relevante ao modelo manicomial vigente (Tenório, 2001). O autor, acrescenta que as únicas ações empreendidas foram apenas “racionalização, humanização e moralização de asilo e criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de internação” (p. 31).

Tenório (2001) afirma que além desses movimentos democráticos na luta pelo direito a saúde, a década de 80 foi marcada pelo surgimento de três movimentos que ajudaram no processo de desenvolvimento das atuais ações do movimento reformista, são eles: o aumento da participação da população nesse processo, a iniciativa da revisão das leis, e o registro de experiências relacionadas à uma nova forma de cuidado em saúde mental.

A realização da primeira Conferência em Saúde Mental no ano de (1987) foi um marco no movimento de reforma psiquiátrica brasileira, porque foi a partir dele que se pôde colocar fim as investidas sanitaristas de mudar unicamente o sistema de saúde e iniciar um percurso de desconstrução “relacionados as rotinas das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura” (Tenório, 2001, p. 32).

Nesse momento toma papel central nas discussões da reforma no Brasil a questão da cidadania do louco que passa a ser alvo de grandes questionamentos envolvendo as ações e o

saber das instituições asilares (Tenório, 2001). Nesse momento a intervenção na cultura torna-se estratégia e passa a ser definido como movimento da luta antimanicomial (Tenório, 2001).

A luta antimanicomial, de acordo com Tenório (2001), tem como objetivo “convocar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura” (p. 32). Ao convidar usuários e familiares a participar dos debates sobre a assistência, registra-se a necessidade de se pensar o cuidado em saúde mental sob outro prisma, que exige a criação de novos recursos e a discussão sobre o papel da clínica em suas raízes (Tenório, 2001).

Na direção da revisão da lei, indispensável para efetivação das mudanças no cuidado a pessoa em sofrimento psíquico, Paulo Delgado, conforme colocado por Tenório (2001) defendeu um Projeto de Lei n. 3.657/89 conhecido posteriormente como Lei da Reforma Psiquiátrica. Esse projeto proibia a abertura de mais hospitais psiquiátricos, o custeamento de mais leitos, redirecionamento de recursos para serviços substitutivos e a obrigatoriedade de informar a justiça a respeito das internações não obrigatórias (Tenório, 2001)

O Projeto de Paulo Delgado foi votado pela Câmara no ano de 1990 e recebeu a aprovação, porém no ano 2000 quando o projeto é submetido à votação do Senado ele sofreu grandes resistências e em seu lugar acaba sendo aprovado outro projeto que apesar de não atender ao esperado pelo movimento da reforma, significou grande avanço (Tenório, 2001; Ministério da Saúde, 2005). A Lei de Saúde Mental foi aprovada em 27 de março de 2001 finalmente e sancionada pelo presidente no mês seguinte (Tenório, 2001).

Apesar de se inspirar na experiência italiana, a reforma brasileira não seguiu uma referência específica, “mas responde as particularidades de cada situação, ou seja, o que se pretendia transformar, os instrumentos disponíveis, as exigências e caminhos específicos de cada processo e o perfil dos protagonistas” (Tenório, 2001, p. 53).

Nesse sentido Tenório (2001) enfatiza que “a reforma é sobretudo um campo heterogêneo, abarcando a clínica, a política e os âmbitos social, cultural e jurídico” (p. 21). É pensando na complexidade que envolve o cuidado a pessoa em saúde mental, que através da portaria nº 3088, publicada em 23 de dezembro de 2011, se estabelece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Ministério da Saúde, 2014). Essa portaria versa “sobre a criação, ampliação, articulação de pontos de atenção à saúde, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde” (Ministério da Saúde, 2014, para.1).

Entre os objetivos do RAPS, temos: a promoção da acessibilidade à serviços psicossociais a população, bem como a vinculação dos sujeitos com transtorno mental, ou dependentes de álcool e/ou droga aos pontos de atenção, que devem estar organizados de forma articulada e interligada a todos “dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção as urgências” (Ministério da Saúde, 2014, para.2).

De característica multidisciplinar, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um dos serviços do RAPS, que se organiza como um dispositivo terapêutico marcado pelo “acolhimento, flexibilidade, atividades terapêuticas diversificadas, nenhuma restrição apriorística quanto ao que é pertinente a ação institucional e ao tempo de duração do acompanhamento e heterogeneidade das pessoas, práticas e saberes” (Tenório, 2001, p. 38).

Sua criação ocorreu em 1991 e trouxe novas possibilidades de cuidado ao campo da saúde mental no Brasil, trazendo a ideia de uma clínica ampliada (Tenório, 2001). Nesse novo modelo clínico, ele passa a questionar os pressupostos operados pela psiquiatria, através de seu próprio interior, instigando a buscar novas formas de atuação e novo sentido para “a concepção de doença mental, seu tratamento e sua cura” (Tenório, p. 37).

Tenório (2001) ainda ressalta que não se trata de recusar os conhecimentos, as técnicas da psiquiatria, mas submetê-los a uma nova forma de perceber a doença mental e modos de tratamentos. O autor refere que o CAPS é proveniente do pensamento de que a intervenção deve ser direcionada ao sujeito na sua existência e não à doença. Amarante (2007) corrobora com essa ideia quando afirma que a doença deve ser entendida, através da investigação das redes interacionais do sujeito a partir do seu contexto.

Tenório (2001) a respeito dos serviços de atenção psicossocial aponta “que ela está emoldurada em três vertentes”: a desinstitucionalização, o redimensionamento da clínica e a reabilitação psicossocial. Segundo o autor a primeira vertente aponta para a necessidade de desconstrução das instituições fundada em práticas de exclusão e a substituição da clínica psiquiátrica por dispositivos de acolhimento com base territorial, que priorize as várias dimensões da existência e o sofrimento trazidos pelos indivíduos, respeitando sua diferença, de modo a buscar uma melhor qualidade de vida pra eles.

A segunda vertente relaciona-se com paradigma clínico, que com sua nova identidade (ampliada) tem como um dos objetivos a reconstrução dos laços sociais dos sujeitos, é essa visão que orienta as ações teóricas e práticas dos Centros de Atenção Psicossocial no país (Tenório, 2001). Lobosque (1997) sustenta que a nova clínica deve nortear suas intervenções, não pela via do juízo moral e sim pela construção desse limite como algo pertencente ao plano lógico. Nesse caso, o clínico deverá abrir mão de uma posição de autoridade que outrora ordenava o louco a aderir ao medicamento, a internação ou garantir sua presença nos serviços de saúde mental, “mas como exercício de fazer caber, quando buscar-se um novo traçado de um contorno, e não o processamento de uma exclusão” (Lobosque, 1997, p. 23).

A terceira vertente da atenção psicossocial corresponde a reabilitação psicossocial dos sujeitos (Tenório, 2001). Esse novo paradigma implica uma nova dimensão do cuidado que se configura como um tipo de intervenção posterior a recuperação do sujeito e que

compreende a reconstrução da aptidão social do sujeito (Tenório, 2001). Essas três vertentes apresentados, por Tenório (2001) são complementares e compõem os dispositivos que compõem o processo de transformação ocorrido no campo da psiquiatria brasileira.

Esses dispositivos clínicos, além de atuar na recuperação do sujeito, buscam combater as diversas formas de discriminação, onde a multiplicidade que envolve o processo de subjetivação dos sujeitos possa emergir e todas as diferenças possam então ser acolhidas (Amarante, 2000). Lobosque (1997) argumenta que a clínica antes de tudo precisa convidar “o sujeito a sustentar a sua diferença, sem precisar excluir-se do social” (p. 23)

A reflexão de Demo (2002) a respeito da atuação clínica defende que a natureza do seu cuidado não deve gerar nenhum tipo de dependência, mas antes deverá ser direcionado a emancipação do sujeito. Nesse sentido, a clínica deverá estar comprometida em auxiliar o sujeito no desenvolvimento de suas potencialidades, dentre as quais a política, para que ele possa posicionar-se de forma crítica e também criativa que lhes permita assumir o protagonismo de sua vida, transformando sua realidade e tendo consciência dos limites apresentados por ela.

Como vimos nesse segundo capítulo a reforma psiquiátrica traz um novo paradigma para o cuidado na saúde mental. A reforma brasileira sofreu grande influência da reforma italiana promovido impulsionada por Basaglia. Esta por sua vez seguiu um caráter ético e político que permitiu se pensar em novas perspectivas para a vida do sujeito em sofrimento, bem como a recuperação dos seus direitos. Como podemos perceber, apesar de ainda ter muito a fazer, o Brasil já demonstra grandes avanços no que concerne os direitos da pessoa em sofrimento psíquico como é o caso da aprovação da Lei de nº 10.216 que promove a reorientação dos serviços de saúde mental para uma perspectiva de cuidado voltados para a comunidade. O que permite engendrar ações mais efetivas no combate aos estigmas e na recuperação da cidadania da pessoa usuária dos serviços de saúde mental. Em suma a reforma

psiquiátrica exige um constante esforço dos atores para o desenvolvimento de ações de combate à discriminação ao sujeito em sofrimento psíquico, visando a ampliação de seus direitos, que por muito tempo fora negado pela sociedade.

Capítulo 3 - Metodologia

Com o intuito de conhecer a experiência do sujeito em sofrimento psíquico relacionada à influência dos estigmas e preconceitos no processo de manutenção do sofrimento psíquico, suas implicações no processo de empoderamento e aos cuidados dispensados pela equipe de saúde mental foram realizadas entrevistas narrativas com usuários de um CAPS do DF e revisão bibliográfica acerca da construção do estigma da doença mental.

A escolha da entrevista narrativa como opção metodológica a essa pesquisa justificou-se pela possibilidade de oferecer aos sujeitos dessa pesquisa um espaço de fala autêntica, de recuperação da sua história e construção de novos sentidos para a sua experiência com o sofrimento psíquico (Vasconcelos, 2005). Vasconcelos (2005) afirma que as narrativas se constituem como um recurso metodológico que promove o resgate das dimensões individual, social e política do sujeito que fala. O sujeito tem a oportunidade de apreender e ressignificar suas experiências subjetivas, se posicionando de forma mais ativa, participativa e livre (Vasconcelos, 2005).

As entrevistas narrativas, além de permitir conhecer a experiência do sujeito em sofrimento psíquico, se fundamenta na ideia de empoderamento que relaciona-se a recuperação de seu lugar de sujeito do direito (Musse, 2008), de modo que tenham assim assegurado a sua independência social e política. Braga (2012) pontua que essa metodologia “abre espaço para a manifestação da expressão do sujeito através do seu relato como um processo de construção criativa de onde emerge todo um saber replicado de geração em geração” (p. 92).

A escolha desse recurso metodológico sustenta uma ética comprometida politicamente com o reconhecimento das experiências de sofrimento do sujeito contado através de seu protagonista e não mais por terceiros (Braga, 2012). Essa metodologia permite compreender

as diferentes experiências de sofrimentos dos sujeitos partindo sempre da interpretação que esse faz de seu percurso histórico (Braga, 2012).

Para realização das entrevistas foram convidadas três pessoas usuárias dos Serviços de Saúde Mental do Distrito Federal, de modo a atender aos objetivos dessa pesquisa. Dentre os critérios utilizados para escolha dos participantes nessa pesquisa primeiramente buscou fazer jus a Lei 10.216/2001, que reconhece o sujeito com transtorno mental como cidadão de direito abarcando os aspectos emancipatório ético e jurídico (Musse, 2010). Participaram dessa pesquisa usuários em processo de recuperação, não tutelados, conforme sugestão dos próprios profissionais do CAPS, e vontade do próprio sujeito em narrar a sua própria história.

Na análise das informações produzidas a partir das entrevistas narrativas utilizamos uma metodologia de análise do tipo qualitativa que busca tratar as narrativas de forma não reducionista onde a realidade se sobrepõe ao método (Demo, 2001).

A pesquisa qualitativa permite buscar na realidade das participantes informações sobre o tema proposto nesta pesquisa oferecendo um tratamento científico, que possibilita o aperfeiçoamento de seu entendimento abrindo possibilidades de intervenção (Demo, 2001). De acordo com Demo (2001) “a pesquisa qualitativa busca preservar a realidade sobre o método” (p.11). As informações são submetidas a interpretação, deixando sempre a possibilidade de serem reinterpretadas (Demo, 2001).

Demo (2001) faz um aprofundamento da Hermenêutica de profundidade sistematizada por Thompson. Essa metodologia permite ir além de uma simples análise discursiva e abarca o conceito de intensidade, onde se introduz a dinâmica da ação no campo da comunicação dos sujeitos. A hermenêutica de profundidade, segundo Demo (2001), permite a reconstrução das informações qualitativas. Thompson (1995, citado por Demo, 2001), sustenta que o objeto de análise faz parte de uma construção simbólica (falas, ações, textos), e necessita de compreensão e interpretação.

Demo (2001) com a noção de intensidade visa trabalhar as várias facetas do fenômeno em sua complexidade. Assim, o que se almeja é investir no aspecto de sua “profundidade, envolvimento e participação” que se entrelaça de forma organizada e desorganizada tendo como traço o não linear e dialético de onde subjazem “a surpresa das subjetividades e individualidades, um caótico criativo” (p. 15).

Demo (2001) acredita numa realidade marcada pelo intenso e inventivo, algo que constantemente se tensiona com as coisas extensas e é nessa tensão que os fenômenos se transformam, o que explicita seu caráter processualístico. Dito isto, o intenso surge nessa pesquisa através do inusitado, da surpresa do encontro com o modo singular de subjetivação e, portanto, de experienciar os estigmas e preconceitos. Ao revisitar a própria história que o sujeito narra tivemos a oportunidade de compreender sua realidade além de revisitar posicionamentos de modo a pleitear mudanças. O intenso e o inventivo ligaram-se diretamente com a questão do empoderamento do sujeito: elemento central dessa pesquisa.

Nesse aspecto, Demo (2001) defende uma análise qualitativa com foco na intensidade e traz a participação e a politicidade como eixos norteadores do atributo humano. A participação, segundo o autor, é fundamental para a independência do sujeito, como um sujeito de ação, requisito fundamental para a demarcação de seu espaço e, além disso, é o que permite seu reconhecimento essencial para que ocorra a ação e a discordância dos fatos construídos.

No que se refere ao aspecto da vivência e prática política do sujeito, considera-se que é através dela que o sujeito se lança na dimensão das oportunidades, manifesta seu potencial de negociação, evidenciando seu aspecto criativo e inventivo (Demo, 2001). Assim ao ser convidado para narrar a sua história em primeira pessoa o sujeito apodera-se de suas experiências, as reorganiza e pode lhe atribuir novo sentido e ainda engajar-se na conquista

de seus direitos como cidadão. As entrevistas narrativas, segundo Vasconcelos (2003), representam ao mesmo tempo uma ferramenta existencial e política das pessoas oprimidas.

Segundo Demo (2001), a pesquisa qualitativa lida com a pessoa que ao mesmo tempo ocupa o lugar de sujeito e objeto. Tanto o entrevistado ou o entrevistador (pesquisador) são produtos e também produtores de suas histórias localizados num dado período histórico, social e político. A comunicação ocorre de uma forma mais implícita, e nunca poder-se-á acessar diretamente a realidade do sujeito, que muitas vezes é estranha a ele mesmo, algo do plano inconsciente que limita a própria compreensão do sujeito, de modo que só nos é destinado o que pertence a ordem da linguagem falada. No geral, as informações coletadas por uma metodologia qualitativa surgirão a partir de um processo de discussão e questionamento, que busca efetivar uma visão crítica acerca do que está sendo comunicado (Demo, 2001).

Segundo Demo (2001), toda interpretação está sustentada e orientada em um quadro teórico. Dentre os referenciais teóricos o autor aponta para a necessidade de construção da possibilidade de explicação da análise com vistas a definir as categorias centrais em torno da realidade e a elaboração de hipóteses que permita dirigir temporariamente a análise, auxiliando no delineamento de um caminho aberto, que leve a um objetivo. Dentre algumas referências bibliográficas que utilizamos na análise dessa pesquisa temos: Foucault, Goffman e Basaglia. Esses autores contribuíram na fundamentação dessa pesquisa ao passo que possibilitam a compreensão do processo histórico de institucionalização da loucura; dos estigmas socialmente tratados como desvios; da Reforma psiquiátrica cujo foco está na dimensão do cuidado psicossocial dos sujeitos em sofrimento psíquico; no papel da clínica, agora revista no paradigma da atenção psicossocial, no processo de inclusão social dessas pessoas.

O processo de análise das narrativas seguirá a proposta por Demo (2001) que compreende três fases:

- Contextualização sócio-histórica: sua finalidade é buscar as condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção das formas simbólicas contidas na fala;
- Análise formal: sua finalidade é verificar os aspectos estruturais dos objetos e expressões que permeiam o meio social;
- Reinterpretação: persegue-se o que a informação qualitativa tem a dizer, o que poderia significar a mensagem que contém.

A primeira fase foi marcada pela reconstrução do contexto em que a história de cada sujeito fora produzida. Com isso buscou-se apreender o sistema de crenças, o modo de se relacionar, expressar e as representações que o sujeito traz (Demo, 2001). Contudo, para interpretação dessa experiência, ressalta o autor, é necessário que o pesquisador possua conhecimento desse cenário (Demo, 2001). Atendendo ao pré-requisito assinalado anteriormente, a escolha de usuários do CAPS como participantes da pesquisa ocorreu devido ao fato do autor dessa monografia possuir há um ano vínculo como extensionista de um projeto de extensão multidisciplinar, e atualmente exercer a função de estagiário. Além de participar de grupos de convivência, realiza atendimento individual e acolhimento, onde pode desenvolver e aperfeiçoar habilidades de escuta, formação de vínculos e interação com os usuários. Essa experiência auxiliou na análise sócio histórica das entrevistas com tais usuários.

A segunda fase postulada por Demo (2001) relaciona-se aos aspectos políticos impregnados nos discursos e relatos, e ainda os “comportamentos sociais, jogos e expressões culturais de toda ordem”, no geral interessa todas “as formas de comunicações humana marcada pela intensidade” (p. 52). Busca-se desvelar os códigos contidos nos fenômenos mascarados pelo contexto sócio-cultural e trabalhar a comunicação, enfatizando as

contradições e coerências da forma de se posicionar do sujeito. (Demo, 2001). Porém, deve-se tratar os dados de modo a não limitá-los a fala do sujeito, mas também a percepção do pesquisador quanto aos fenômenos (Demo, 2001).

A terceira fase compreende a análise crítica das informações qualitativas pelo pesquisador, que exige dele um esforço em compreender o outro como ele gostaria de ser compreendido, buscando elucidar os significados obscurecidos, “escavando no que se diz aquilo que não quer se dizer” (p. 57)

Demo (2001) afirma ainda que a desconstrução do fenômeno assume uma fase crucial para que se consiga reconstruí-lo analiticamente. Assim, é necessário o pesquisador demonstrar habilidade em se pôr no lugar do outro, olhar com seu olhar, a partir da cultura desse sujeito, para então reconstruir os significados. Como já mencionado a imersão do autor dessa monografia como estagiário no CAPS, onde convive semanalmente com pessoas em sofrimento psíquico, tem lhe permitido desenvolver tal potencialidade.

3.1 - Procedimentos de pesquisa

Inicialmente é necessário mencionarmos que o projeto de pesquisa deste referente trabalho fora submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – FEPECS/SES/DF, onde foi obtido o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 52294415.7.0000.5553, recebendo o Parecer: 1.475.751.

Com relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que consta no anexo, este foi elaborado seguindo os princípios éticos em pesquisa e ao exposto na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece os critérios para estudos com seres humano. Além disso, toda a pesquisa norteou-se pela Lei 10216/2001, que versa sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, reconhecendo-as como sujeitos de direito, marco legal e ético seguido integralmente nessa pesquisa.

O processo de escolha das pessoas com perfis a participar dessa pesquisa se deu com o auxílio dos profissionais do CAPS, que indicaram os usuários que possuíam o perfil que atendesse aos objetivos dessa pesquisa. Feito isso, o pesquisador, procurou as pessoas indicadas e apresentou a pesquisa e seus objetivos. O TCLE foi então lido em conjunto com as participantes e feito os esclarecimentos necessários. Após o aceite das participantes nessa pesquisa, foi assinado o TCLE.

Antes da realização das entrevistas foi assegurado o sigilo da identidade das participantes, e ainda foram orientadas a interromper as narrativas quão logo surgisse algum tipo de dúvida. Para realização da pesquisa não foi fixado um tempo prévio. Ela foi agendada conforme a disponibilidade de cada participante. Ficou ainda assegurado, o direito de recusar responder qualquer pergunta que porventura despertasse algum tipo de incômodo, sendo assegurado se for o caso a desistência a qualquer momento das participantes.

Essa pesquisa contou com a participação de três usuárias dos serviços do CAPS. Não houve delimitação de idade, classe social e sexo, foi considerado apenas o processo de recuperação e o interesse do sujeito em participar da pesquisa. Considera-se esse tipo de cuidado indispensável devido ao esforço empreendido na construção das narrativas.

Para realização das entrevistas das narrativas foi necessário marcar de um a dois encontros com cada participante. As entrevistas por preferência das participantes aconteciam sempre antes de algum grupo de convivência ao qual elas faziam parte.

Após a realização das entrevistas, passamos para a fase de transcrição que durou algumas semanas. Feito isso, foi entregue uma cópia das mesmas as participantes para ver se elas não queriam fazer alguma alteração. Só depois disso demos continuidade as análises de dados.

Capítulo 4 - Análise dos dados

4.1 - Análise sócio histórica

A análise do contexto sócio histórico objetiva reconstruir as várias experiências das participantes, seguindo “o roteiro de sua formação histórica e social” (Demo, 2001, p. 39). Pode-se destacar a partir dessa análise o tempo, os espaços sociais de interação e o apoio das instituições sociais (Demo, 2001).

Com base nessas perspectivas começaremos a partir de agora a análise sócio-histórica das três participantes. Para tanto, atribuiremos a elas os seguintes nomes fictícios: (1) Mariana; (2) Luzia; (3) Nice.

Apesar de terem nascido em locais diferentes, as Senhoras Mariana, Luzia e Nice residem já há bastante tempo na cidade de Ceilândia, no Distrito Federal (DF). A Senhora Mariana nasceu e cresceu no Maranhão e aos 18 anos mudou-se para o DF. A Senhora Luzia, nasceu em Brasília e sempre morou na Ceilândia com seus familiares. A Senhora Nice, nasceu no Goiás, e aos 18 anos, após casar-se mudou para o DF. Segundo a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan), a vinda de imigrantes para o DF, ocorre desde o período que antecedeu a sua construção, mais exatamente em 1957. Com a sua inauguração em 1960, e aos longos dos anos, os números de imigrantes só aumentaram.

As pessoas muitas vezes veem na capital um caminho de oportunidades para melhorar de vida e ainda constituir família (Distrito Federal, 2010). Segundos dados da Codeplan (2013), em 1970 a maioria de imigrantes residindo no DF eram provenientes das regiões Nordeste, Sudeste e Centro Oeste. As constantes imigrações consequenciaram no aumento do número de invasões de terras, o que fez com que o governo, há algumas décadas, elaborasse políticas para erradicação da ilegalidade, de modo a criar moradias populares para atender as necessidades dessa parcela da população do DF. Essa iniciativa acabou atraindo as pessoas

com pouco poder aquisitivo de diversas partes do país, aumentando assim o número de imigrantes.

Assim como a maioria dos imigrantes nordestinos, a Senhora Mariana, nascida no Maranhão, resolve mudar-se para o DF aos 18 anos, em busca de uma vida melhor. Dados apurados por Costa (2013) apontam as dificuldades apresentadas pelo Estado do Maranhão relacionadas aos recursos necessários ao seu desenvolvimento, que por consequência reflete na qualidade de vida de sua população, onde seu IDH é de 0,677. O Maranhão ocupa a 26ª posição no ranking de IDH entre os 27 estados brasileiros, só perdendo para Alagoas (Atlas Brasileiro, 2013). Talvez esse retrato social, econômico e político traduza a motivação das pessoas, que assim como a dona Mariana, resolveram buscar condições de vida mais digna.

O aumento progressivo dos imigrantes e o aumento da população do DF, segundo dados da Codeplan (2013), exigiu que várias cidades fossem criadas, as quais foram definidas como Regiões Administrativas (RAS) (Distrito Federal, 2013). Cada uma dessas RAS possui um gestor, conforme resolução do então prefeito Ivo de Magalhães, por via da Lei nº 348/64 (Distrito Federal, 2013). Com o passar do tempo e o aumento do quadro populacional no território Distrital, tiveram que ser criadas outras administrações, chegando hoje ao total de 29 RAS.

Atualmente a Ceilândia possui uma área urbana de 29, 10 km² e está dividida em vários setores: Ceilândia Centro, Ceilândia Sul, Ceilândia Norte, P Sul, P Norte, Setor O, Expansão do Setor O, dentre outros. Desde 1989, a Ceilândia é considerada a IX Região Administrativa (RA), criada através da Lei nº 49/89 e o decreto nº 11.921/89, separando-se assim da RA III de Taguatinga. Em 2013 a população da Ceilândia foi estimada em 449.592 habitantes (Distrito Federal, 2013).

Segundo levantamento realizado em 2013 pela Codeplan (2013), na RA IX 51,73% dos residentes nasceu no DF enquanto 48,27% são imigrantes, atentando para o fato de que

66,43% são do Nordeste, como é o caso da Senhora Mariana. Com base nessa pesquisa, a motivação para a mudança para o DF continua sendo a “procura de trabalho e acompanhar parente” (Distrito Federal, 2013, p.34). Outros dados que chamam a atenção é a porcentagem de pessoas que não estudam, que é de 70,66%; as que se encontram na situação de analfabetismo ou que apenas aprenderam a ler e a escrever, que chega a 5, 58% e; as que não tiveram acesso ao ensino fundamental, que é de 0,92% da população de Ceilândia (Distrito Federal, 2013).

A violência presente no cotidiano das entrevistadas também fora alvo da apreciação pela Codeplan, que aponta que 12,62% dos moradores alegaram ter sofrido algum tipo de violência, dentre eles furtos e roubos as residências. A respeito da localidade onde ocorrem as maiores incidências de violência predominou a própria cidade (Distrito Federal, 2013). Esse fato pode ser explicitado na seguinte fala:

Mariana - Eu vendia cachorro quente nos finais de semanas, e tinha muito medo, pois tinha muitos tiroteios e eu via muita gente morrendo.

Na história das participantes chama atenção a fragilidade da estrutura familiar e o universo tomado por violência simbólica, moral e política, que expõe a situação de descaso e abandono a qual enfrenta a população que se encontra numa classe social menos favorecida. Essa colocação pode ser encontrada no discurso:

Mariana - Lá no Maranhão só tinha um pouquinho de dinheiro para comer [...] Só consegui mudar pra Brasília, porque meu namorado que já morava aqui me mandou dinheiro, eu não tinha como arrecadar, a vida lá era bem precária, tudo é muito difícil. Aqui fui trabalhar lavando e passando em casa de madame no Lago Sul, tinha que ir de bicicleta para economizar dinheiro, porque senão passaria fome. Eu e meus filhos sofremos demais, comíamos cuscuz de manhã, de tarde e de noite e ainda a gente morava num barraco quase caindo.

Luzia - *Aos onze anos fui abusada pelo meu tio e sofria muitas ameaças dele, dizendo que iria matar minha mãe e meu pai. Nessa época eu morava na casa minha vó, minha mãe e meu pai trabalhavam muito não tinham tempo de cuidar de mim. Nunca consegui falar, quando de fato consegui o crime prescreveu.*

Nice - *Meu pai morreu nos meus braços, eu tinha 5 anos, logo depois minha mãe nos abandonou e fiquei sozinha com meus irmãos [...] quando cresci resolvi recomeçar a vida em Brasília com meu marido.*

Tal situação remete ao debate sobre pobreza política, realizado por Demo (1994), na qual afirma que a pobreza não se restringe unicamente as questões econômicas em si, mas compreende o exercício da cidadania, de modo que o pobre seria aquele que se encontra numa posição de manipulação, que não tem consciência de que está sendo vítima de opressão, ou ainda se encontra proibido de fazer valer seus direitos. Nesse sentido, o autor, afirma que a pobreza ganha maior profundidade quando ela sai do universo do ter para o ser, e ela seria “em sua essência, repressão, ou seja, resultado da discriminação sobre o terreno das vantagens” (p. 13).

Demo (1994) salienta que a pobreza se identifica com as situações de submissão que coloca o outro numa posição de rebaixamento, de ruína, seja moral, social ou afetiva, lhe deixando apenas a alternativa da constante servidão. Tais características é que dão sustentação as injustiças que marcam a vida dos sujeitos.

É através da manutenção da desigualdade de uma maioria, alerta Demo (1994), que uma minoria dominante consegue manter suas vantagens e privilégios, nesse caso “pobre é quem faz a riqueza do outro, sem dela participar” (p. 14). O que está em jogo aqui é a posição de poder, que não envolve apenas aspectos econômicos, mas escondem ideologias que podem conter viés mitológicos, religiosos, utilizados para o exercício da dominação (Demo, 1994)

De acordo com Demo (1994) vivemos numa sociedade que se estrutura como espaços dinâmicos de poderes e por isso seus atores se organizam em direção não apenas da conquista dos elementos materiais, mas da expansão dos “poderes, prestígios, vantagens, lideranças e oportunidades” (p. 14).

Nessa direção, Souza (2009) denuncia a dinâmica de exclusão a qual está exposta a camada mais baixa da população, dinâmica esta sustentada pelas classes alta e média da população brasileira. Essa classe é apreendida de forma pulverizada e por sua vez encontra-se altamente estigmatizada o que a empurra para a posição de grande invisibilidade (Souza, 2009).

Souza (2009), ao referir sobre essa camada da população que vive marginalizada socialmente, utiliza o conceito de *ralé*¹, que segundo ele não tem haver com a ausência de recursos financeiros, mas sobretudo com a forma de socialização que se delinaria conforme “cultura de classe distintas” (p. 18). O que existe, denuncia o autor, é a existência de conflitos de classes que além de questões econômicas, não menos importante, envolve ainda fatores sociais, emocionais e morais que agem de forma a preestabelecer as condições das vantagens ou da exclusão.

Souza (2009) em sua discussão denuncia a existência de uma cultura de classe que para manter-se no poder, seja controlando a economia ou a cultura, tem sido cúmplice de um sistema de exploração e injustiça da classe menos favorecida. As famílias de classe média, continua o autor, devido seus privilégios, podem através das “identificações afetivas” oferecer as precondições necessárias ao desenvolvimento da capacidade de atenção as disciplinas e do autocontrole aos seus filhos tornando-os competitivos (p. 23).

Numa direção oposta o grupo de indivíduos que se encontra abandonados e desemparelhados pelo Estado, ao não possuir recursos ficam impossibilitados de oferecer a

¹ Souza (2009) utiliza o termo *ralé* não para "ofender" essas pessoas já tão sofridas e humilhadas, mas pra chamar atenção provocativamente para o nosso maior conflito social e político: o abandono social e político, "consentido por toda sociedade", de toda uma classe de indivíduos "precarizados" que se reproduz a gerações enquanto tal (p.21).

seus filhos tais estímulos, de modo que a pobreza acaba reproduzindo “indivíduos precarizados” perpassando assim gerações (Souza, 2009, p. 21).

Dessa forma as pessoas da ralé, impedidas de competir por melhores empregos, com muita frequência lhes resta submeter-se a trabalhos braçais, onde seu corpo é explorado em trabalhos pesados, exploração essa praticada pela classe média, que silenciosamente condena a classe mais baixa a reprodução da miséria (Souza, 2009). Os privilégios das classes mais elevadas se sustentam numa visão econômica voltada para a valorização daquilo que se tem, ou seja, nos bens materiais (Souza, 2009). Nessa direção Mariana afirma: “Nessa terra a gente vale o que tem, se você tem uma bicicleta você vale aquela bicicleta”.

Resgatando o percurso nos serviços de saúde mental trilhado pelas participantes, encontramos pontos de semelhanças, principalmente no quesito internação em um hospital psiquiátrico no DF, no Hospital Dia e o atual acompanhamento delas realizados num CAPS. Tais passagens são ilustradas nas seguintes falas:

Mariana - *Depois de muitas internações fui encaminhada lá pelo hospital ao CAPS, nós madrugamos aqui para conseguir uma vaga.*

Luzia - *Depois que casei e minha filha nasceu, tive uma depressão profunda, daí minha mãe me levou no Hospital Dia. Depois de muitas crises e internações, o psiquiatra do hospital me encaminhou ao CAPS no ano de 2013.*

Nice - *Na minha primeira crise me levaram ao hospital [...] Depois de várias internações, o médico lá no hospital me perguntou se eu sabia do CAPS, eu falei que sabia, e ele então falou que iria me mandar pro CAPS.*

Sobre o movimento de desinstitucionalização no DF, Zgiet (2010) destaca que apesar da criação da Lei Distrital de nº 975 de 1995, que estipulou o fechamento das instituições psiquiátricas no prazo de quatro anos e a criação de serviços substitutivos conforme defendido pelo movimento de reformista, ainda se mantem em funcionamento no Distrito

Federal um hospital com esse tipo de organização. Ainda de acordo com a autora, o DF se encontra atualmente entre os últimos colocados quando se refere a criação de serviços que atendam as premissas da Reforma psiquiátrica no Brasil.

Nesse sentido, considera-se importante compreender a importância e dinâmica do CAPS enquanto um serviço substitutivo. O CAPS, conforme discutido no capítulo 2, tem como objetivo oferecer cuidado e atenção psicossocial ao sujeito em sofrimento psíquico grave, abarcando em sua estrutura serviços médicos, sociais e psicológicos que atua articuladamente com os territórios fomentando ações em direção a emancipação do sujeito (Ministério da Saúde, 2004).

Portanto, a intervenção do CAPS assenta-se sobre o cuidado integral aos sujeitos, intervindo nas várias dimensões implicadas na realidade concreta dos usuários e de seus familiares (Ministério da Saúde, 2004).

Faz-se necessário relembrar que a política nacional de Saúde Mental, tem como objetivo a substituição dos dispositivos de assistência a pessoa em sofrimento mental voltado para o modelo hospitalocêntrico, para serviços cujos cuidados oriente-se para a comunidade e o território (Distrito Federal, 2010). Os serviços de saúde mental se encontram estruturados em redes de atenção psicossocial abarcando diversos níveis de atenção visando atender as complexas demandas apresentadas pela pessoa em sofrimento psíquico grave (Distrito Federal, 2004).

Uma preocupante realidade dos serviços substitutivos do DF está na quantidade insuficiente de CAPS criados até o ano de 2015 que tem, segundo auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União, o total de 16. No entanto, apenas 12 estão registrados no Ministério da Saúde, dentre eles: O CAPS II que compreende o Instituto de Saúde Mental; O CAPSi (CAPS para público infantil) no COMPP; CAPSad e II em Taguatinga; CAPS II no

Paranoá; CAPSAD, situados no Guará e Sobradinho; CAPS II e III Samambaia; CAPSad Santa Maria; CAPSad Itapuã e CAPSad Ceilândia (Distrito Federal, 2004).

Nesse caso, como bem ressaltou Vasconcelos (2003), é urgente o investimento em políticas públicas envolvendo usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental, em defesa do direito a assistência integral, como as praticadas pelos CAPS, à pessoa com transtorno mental, que culminem em “mudanças globais na política e legislação em saúde” (p. 31) de modo que possa proporcionar novas perspectivas as pessoas, que assim como as senhoras Mariana, Luzia e Nice, precisam desses serviços.

4.2 - Análise Formal

A partir da análise das informações qualitativas produzidas na pesquisa, foram identificadas nas falas das entrevistadas a predominância das seguintes categorias (1) Mariana - casa: terreno de conflitos; (2) Luzia - do medo ao processo de empoderamento; (3) Nice - a dor da exclusão. Esses termos servirão de linha de base para as análises a serem realizadas a partir de agora, onde os significados se articulam com o objetivo desse estudo. Antes de começarmos as análises propriamente ditas, consideramos importante resgatar o conceito de análise formal, conforme descrito por Demo (2001). De acordo com o autor, a análise formal tem como objetivo buscar nos discursos as informações internas contidas nas formas de simbolização dos sujeitos, assim como “levantar os fluxos das falas o que é recorrente, repetitivo, regular, indicando algo estrutural” (p. 39).

Exposto o objetivo dessa segunda fase, faremos a partir de agora a análise dos termos propostos no começo desse tópico.

4.2.1 - Mariana: casa - terreno de conflitos

Dentre os elementos contidos no discurso da senhora Mariana, o de maior frequência foi “*casa*”, utilizado para fazer referência a sua história, principalmente os momentos vividos na Ceilândia aqui no Distrito Federal. É nessa cidade, onde se desenvolve a história da Senhora Mariana, de uma luta solitária pela sobrevivência de toda sua família, dentro de uma realidade hostil. Nessa direção, Bittar (2004), através de sua reflexão sobre a ética, evidencia que uma das marcas da sociedade moderna é a percepção difusa do outro, permeado por um exacerbado individualismo. A perspectiva individualista condena as pessoas a uma convivência solitária longe de qualquer possibilidade de alteridade, assim como também produz a ineficiência na possibilidade de uma consciência coletiva indispensável à construção de uma sociedade mais igualitária (Bittar, 2004).

Para o autor o que se percebe na contemporaneidade são comportamentos, orientados para a exclusão do outro, e limitação do seu campo de ação enquanto sujeito coletivo e individual. Nesse caso, trata-se de eliminar tudo o que causa incômodo, aquele os quais são projetados os males da sociedade e que por sua vez traz à tona as incoerências existentes na sociedade, “às vezes trata-se da expulsão de toda a alteridade, inclusive da alteridade próxima, restando na perspectiva, apenas uma perspectiva individual de ação, o que fragmenta a vida social” (Bittar, 2004, p. 7).

Essa discussão remete a história da senhora Mariana, que como milhares de brasileiros, desde sua origem, dadas as condições precárias, fora impedida de exercer de forma plena a sua cidadania que de acordo com Bittar (2004), só pode ser praticada se o Estado garantir a seus cidadãos as condições de sobrevivência, através da promoção de sua dignidade. Em outras palavras a cidadania só pode ser exercida se tão somente forem alcançadas e concretizadas estruturas que de modo geral, possa garantir o acesso a “bens,

serviços, direitos, segurança, instituições, e instrumentos” que assegure as diferentes formas de existências, uma vida digna (Bittar, 2004, p. 18).

A senhora Mariana pertence a uma classe economicamente baixa e está exposta a grande vulnerabilidade social. Ela nunca teve uma vida fácil, nasceu numa cidadezinha do Maranhão, e apesar de não fazer muita menção a esse período, ela refere não ter tido a oportunidade de estudar e se lembra das dificuldades financeiras enfrentadas por sua família, os poucos recursos que tinham dava apenas pra alimentação.

Erámos 10 irmãos dentro de casa, nós nos suportávamos, fomos criados todos dentro de casa, tivemos uma criação muito rígida se chegasse com uma balinha, mesmo falando que foi alguém que me deu, eu ia pra peia e tinha que devolver a balinha. Foi desse jeito nossa criação lá pra aprender ser honesto com as pessoas e não roubar nada de ninguém.

A figura da mãe e, principalmente, a do pai aparecem no discurso da senhora Marina como figuras de autoridade a serem respeitadas sem questionamento. Segundo a senhora Mariana, seus pais detém toda a sabedoria. Essa forma de pensar a levou a sentir arrependimento por ter contrariado a vontade dos pais, quando mudou-se para o Distrito Federal. Com isso, a senhora Mariana estabelece uma relação causal entre a desobediência aos pais e o fato de ter sido abandonada pelo marido.

Cabe aqui resgatar o pensamento de Foucault (2012) a respeito das relações de poder, legitimado na esfera social e reproduzido culturalmente, onde se deposita na figura do pai a responsabilidade maior pela formação moral e ética dos seus filhos. É esperado pela sociedade disciplinar que ele possa exercer o controle aos comportamentos inadequados adaptando os filhos a expectativas do meio. O relato da senhora Mariana a respeito de sua vivência, para além da visão do Foucault de disciplina, remete a fragilidade do ser humano conforme postulada por Demo (2002), onde ele diz: “o ser humano é particularmente frágil

[...]. O entorno, é como regra agressivo: se não for ajudado morre ao nascer” (p. 40). Nesse aspecto é necessário considerar o desamparo vivenciado pela família da senhora Mariana e a pressão social, advindo de uma cultura patriarcal, que coloca o homem como responsável pela administração da casa e sobrevivência de sua prole. Ao considerarmos a escassez de recursos materiais, simbólicos e afetivos, apresentados por essa família, pode-se compreender que a atitude do pai da senhora Mariana pode estar relacionada a ansiedade e ímpeto de dar conta daquela dura realidade onde para isso lança mão dos poucos recursos que tem para pôr em ordem o caos em que vivem (Souza, 2009; Demo, 2002).

Na chegada da senhora Mariana no Distrito Federal, ela foi morar num barraco na Ceilândia, e logo foi trabalhar em casa de família. Tendo passado alguns meses de sua chegada, ela engravidou de seu primeiro filho. A senhora Mariana refere ter tido uma gravidez muito conturbada.

Meu marido era mulherengo, o dinheiro dele eu não via, era só pra farra, gastava com mulheres e mais mulheres. Ele arrumou uma amante na frente da casa em que eu trabalhava. Essa mulher tinha a ousadia de falar que estava com ele e que iria cuidar do meu filho. Eu não consegui dizer nada pra ninguém sobre isso apenas me calei, não consegui nem chorar.

Essa situação expõe os desafios colocados na vida da senhora Mariana, que vivendo em uma cidade estranha, tem que lidar com a falta de apoio de marido, a única pessoa que tinha aqui no DF. O fato é que assim como uma grande parcela da população, a senhora Mariana fora esquecida socialmente e foi designada por uma minoria dominante a conviver com a dor e as mazelas de pertencer a uma classe sem reconhecimento social.

A primeira crise enfrentada pela senhora Mariana eclodiu logo após o nascimento de seu primeiro filho. Segundo ela, desenvolveu uma depressão pós-parto seguido ainda de uma infecção hospitalar. Todos esses fatores a fizeram retornar com a ajuda dos patrões a casa de

seus pais. A senhora Mariana diz que passou alguns meses sendo cuidada por seu pai e tão logo se recuperou resolveu retornar ao DF.

Quando cheguei lá, papai cuidou de mim e aos poucos fui ficando boa, ele não queria mais que eu retornasse a Brasília, mas eu desobedeci, voltei e meu marido já ia casar com outra. Essa foi uma grande decepção. Como eu iria pedir socorro pra mamãe? Daí eu pensei vou ter que ficar aqui até o final. O papai e a mamãe não queriam que eu viesse, mas eu desobedeci. Assim, tive que comer esse angu, sozinha aqui em Brasília, mas não dei meus filhos pra ninguém.

Apesar dos conflitos com o marido, a senhora Mariana resolveu retomar o casamento e nos anos seguintes teve mais três filhos com ele. Sobre esse período a senhora Mariana afirma que precisou trabalhar dobrado para sustentá-los, pois ela era a responsável por tudo em sua casa. Já com quatro filhos, e trabalhando de domingo a domingo, a Senhora Mariana tem sua primeira crise e é levada por seu marido a um hospital psiquiátrico. Nesse sentido, ela ressalta:

Na primeira crise, ele me internou no São Vicente. Ele não teve paciência nem sabedoria comigo, era só pra eu ter sido apenas medicada. Ele abandonou eu e meus quatro filhos. Não queria dar nada, se comprasse uma farinha, não dividia com ninguém. Só posso dizer que fiquei jogada as traças.

O aprisionamento da loucura nos manicômios, segundo Szasz (1997), serve a toda uma cultura disciplinar normativa, presente na sociedade moderna, sendo esta a mesma que delegou a psiquiatria o mandato para vigiar e neutralizar os sintomas apresentados pelo sujeito em sofrimento psíquico.

Basaglia (2001) sobre isto refere que o “doente mental” é aquele que a sociedade não conseguiu tolerar, de modo que sua forma de se expressar e de existir deveria ser alvo de repressões. A frase “eu fiquei jogada as traças” marca bem a situação de desamparo

vivenciado pela senhora Mariana. Foram anos e anos, em que sua vida ficou restrita aos espaços: casa – hospital, hospital - casa. Quando internada, a senhora Mariana ressalta inúmeros episódios de violência institucional enfatizado no seguinte trecho:

Eu lá ficava amarrada, porque eles achavam que eu era agressiva. Além disso me dopavam tem que dormir todo dia. E o funcionário que está ali de plantão, se ver você voltando pro outro quarto, aí já tá na corda meu filho. Pensa que a gente está aprontando lá dentro [...] lá dentro teve uma mulher que tentou abusar de mim.

Depois minha filha, veio me perguntar: mamãe aconteceu mesmo? Eu me perguntava porque tanto sofrimento, se eu nunca tinha roubado nem matado.

Basaglia (2001), nesse sentido, assinala que por muito tempo o “doente mental” fora e ainda continua a ser o sujeito vítima de grande repressão, cuja maior consequência é a negação de seus direitos enquanto cidadão.

A senhora Mariana, ao falar sobre a experiência no hospital psiquiátrico, evidencia suas características segregatórias, cujas práticas então orientadas para a destituição da liberdade do sujeito adoecido o colocando na posição de submissão. Desse modo é que ocorre a violência moral, ética e social, inspirada nas relações sociais dominantes, aquelas do tipo que levaram o indivíduo ao internamento (Basaglia, 2001). Ainda, no discurso da Senhora Mariana, percebemos o confronto estabelecido entre a razão e loucura, que marca a descredibilização de sua fala, exposto na frase que ela repete diversas vezes “é verdade não estou mentindo não”. Isso porque o discurso de verdade não dá espaço para loucura cujo discurso contradiz sua razão (Foucault, 1972).

O lar da senhora Mariana, por ter uma estrutura fragilizada, é permeado por muitos conflitos envolvendo seus filhos, que cresceram num ambiente exposto a diversos tipos de violências. A senhora Mariana reflete que o marido de uma das filhas foi assassinado no dia das mães. Simultaneamente, o marido começa a se envolver com tráfico de drogas e segundo

ela ainda levou sua filha junto. “Meu marido não ajudava, resolvi colocar ele na justiça para ele pagar pensão, ele então saiu do emprego, resolveu virar traficante e achou pouco e levou minha filha junto”.

Sobre as filhas, a Senhora Mariana diz que elas já lhe envolveram em muitas situações difíceis. Seu filho é pouco mencionado na entrevista, talvez por ter saído logo cedo de casa. Nos discursos da senhora Mariana ela sempre manifesta insatisfação pela falta de apoio dos filhos, dizendo que eles não compreendem a sua situação.

Minha filha me abandonou pra fazer missões, nada pela minha mãe [...] passou o cargo mamãe à outra pessoa [...] Quando estava em casa não cozinhava pra mim, não me ajudava nas tarefas. Só falava assim, a mamãe não está sentindo nada, ela está fingindo, mas na verdade ela não tem nada.

Os dramas vivenciados pela família da senhora Mariana remetem a marginalização que é vivida por toda uma classe desprovida de reconhecimento social e político, classe essa que possui poucos meios para fugir de sua realidade, onde a pobreza passa a ser disseminada de geração em geração (Souza, 2009). A isso Luna (2009) acrescenta: é a ausência de reconhecimento do sujeito enquanto cidadão de direito, que mantém as relações de desigualdades.

A senhora Mariana, embora muitas vezes demonstre revolta com a situação, ainda assim tenta, a partir dos poucos recursos que tem, adotar uma postura resolutiva diante de seus problemas. A igreja então aparece nos discursos dela como rede de apoio, lugar em que geralmente pede assistência como foi no caso em que precisou de ajuda com sua filha quando esta se envolveu com drogas a qual ela se refere a esse tipo de “coisa”.

Eu fazia reunião com os crentes, eu pedia ajuda, uma irmã, contava a situação dos meus filhos e de vez em quando ia lá fazer algum culto, pois estávamos todos precisando disso.

Vasconcelos (2009) afirma que a religião é um meio de expressão da subjetividade que envolve conteúdos conscientes e inconscientes como resultado da simbolização dos fatores emocionais, sensíveis, intuitivos e racionais dos sujeitos. Nesse caso, ressalta o autor, a religião faz parte da cultura popular que pode ser compreendida como um caminho escolhido por ela, para enfrentar as dificuldades encontradas no seu cotidiano, podendo ainda ser percebida como uma forma do sujeito refutar os determinismos científicos proclamados pela sociedade moderna, pois este não tem compromisso com a lógica racional, mas sim a experiência singular do sujeito com a sua crença.

A senhora Mariana fala de sua religião com muito carinho e se sente apoiada pelos irmãos. Afirma que quando ela estava mal eles iam visita-la e levavam-na para o culto. Fala também que foi através de uma terapia intensiva na igreja que sua filha conseguiu melhorar de uma depressão quando perdeu o marido. É na igreja que a senhora Mariana deposita as esperanças de ter uma vida melhor onde, além do suporte espiritual, encontra também apoio material.

Lembro-me ainda que tinha uma época que meu barraco estava em condições precárias, parecia que ia desabar, a igreja então ficou sabendo e resolveram fazer um mutirão para recolher materiais de construção da noite pro dia meu barraquinho estava uma maravilha.

Hoje devido ao seu problema mental como ela se refere, a Senhora Mariana afirma com certo pesar: “*não tenho cargo na Igreja por causa desse meu problema, mas estou sendo assistente social pra recolher alimento na casa dos irmãos pra fazer cestas básicas pra quem precisa*”. Embora reconheça o valor da igreja em sua vida, em outras situações a senhora Mariana se posiciona criticamente sobre a rigidez de sua doutrina.

Em umas das minhas internações eu peguei piolho e precisaram raspar meus cabelos, e o pastor da igreja reclamou porque eu havia deixado raspar. Porque você sabe na

igreja Assembleia é assim as mulheres não podem raspar o cabelo pois dizem que ele é o véu da mulher. Resolvi então mudar de igreja, fiquei chateada achei aquilo uma grande besteira, pois cabelo corta e cresce novamente.

Para nomear os conflitos vivenciados em sua vida utiliza diversas vezes a expressão: “*É muito sofrimento*”. Essa expressão é utilizada com grande intensidade em suas narrativas. A esse respeito Damasio e Katz (1999, citado por Demo, 2001), referem que a “intensidade por ser profunda, envolvente e participativa, fere todas as cordas humanas, não apenas as racionalidades ou expressões extensas; inevitavelmente toca o plano da subjetividade, pela qual sendo todos igualmente formados no mesmo processo evolucionário, somos também absolutamente individuais” (p. 22).

Sobre sua atual condição financeira afirma que recebe um benefício do governo e que recentemente tentou uma ajuda no Centro de Referência e Assistência Social (CRAS), expondo sua dificuldade para comprar os alimentos específicos para quem tem diabetes, que segundo ela são muito caros. Esse segundo benefício lhe fora negado. A senhora Mariana parece ter ficado brava por não ter conseguido e resolveu desistir no benefício, acreditando que Deus irá lhe abençoar. Segundo ela enquanto os políticos brigam lá no plano aqui tem muita gente passando fome.

Para concluir essa fase de análise vale destacar que argumentos da Senhora Mariana trouxeram como pano de fundo seus conflitos familiares e sua luta para sobreviver em meio a inúmeras dificuldades.

4.2.2 - Luzia: do medo ao processo de empoderamento

Antes de iniciar essa categoria, considero de extrema relevância resgatar o conceito *empowerment* (empoderamento) um tema tão importante para transformação das desigualdades sociais existente no país. Nesse sentido, Vasconcelos (2003) define

empoderamento como “aumento de poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (p. 20).

A história da próxima participante, apesar da trajetória de sofrimento, demarca bem o início da retomada de sua vida, demonstrando vários movimentos em direção a sua independência, importante ao combate dos estigmas atribuídos ao louco no meio social (Vasconcelos, 2003).

A senhora Luzia é a filha mais nova de quatro irmãos e reside na Ceilândia com seus pais e sua única filha. Aos 11 anos teve sua vida devassada quando foi vítima de abuso sexual. Talvez por isso a palavra medo é a que aparece com mais frequência em seu discurso, revelando uma experiência traumática de uma fase de sua vida que ela vem se esforçando para superar.

Sobre essa época, ela diz apenas que morava com seus pais na casa de sua avó, e foi lá que foi abusada por um parente e vivia sobre ameaças. Com relação a situação de abuso, Ferraz e Araújo (2004) evidenciam a existência de uma relação de poder patriarcal engendrado na cultura social, responsável por impor a mulher uma posição de desigualdade. Nesse caso, as mulheres, principalmente as de classe baixa, apresentariam maior probabilidade de desenvolver algum tipo de transtorno mental associados “ a discriminação de gênero, a pobreza, a fome, a desnutrição, e a violências doméstica e sexual” enfrentadas por elas (Ferraz e Araújo, 2014, p. 62).

A senhora Luzia, apesar de em nenhum momento culpabilizar os pais pelo que aconteceu com ela, indiretamente argumenta sobre o quanto se sentiu vulnerável e desprotegida.

Minha mãe trabalhava meio expediente. O meu pai trabalhava no aeroporto o dia todo e a noite também. Nesse dia minha vó tinha saído daí surgiu a oportunidade pra ele, aí então deu pra fazer.

Winnicott (1975, citado por Mizrahi, 2010) defende a importância de um ambiente facilitador para o desenvolvimento da criatividade dos sujeitos frente às situações perturbadoras. No entanto, quando esse ambiente apresenta uma falha nessa função, o sujeito pode ficar preso às experiências negativas, que passam a ser percebidas por ele como algo não passageiro comprometendo assim a expressão de vitalidade e de existência do sujeito.

Após o abuso, a senhora Luzia refere sentimentos de medo e tristeza, que segundo ela lhe afastaram do convívio social. Apesar de atribuir a causa de sua reclusão social ao medo, em outro momento ela relata a repulsa das amigas quando recebeu o diagnóstico.

Pensei que elas eram minhas amigas, pois nós frequentávamos uma a casa da outra, mas hoje eu vejo que eram amigadas entre elas, pois na época que eu adoeci elas se afastaram de mim.

A postura das amigas da senhora Luzia remete a afirmativa feita por Melman (2001), quando ressalta que a sociedade, frente a fenômenos como o da loucura e do sofrimento psíquico intenso, dotados de significados negativos, tende a responder com medo e distanciamento do outro.

A senhora Luzia, além de lidar com o transtorno mental, ainda teve de se confrontar com as perdas afetivas, materiais e sociais, implicadas na vida do sujeito que carrega o peso desse estigma e as limitações advindas do próprio quadro.

Eu tive que sair da escola, pois estava tendo muita dificuldade [...] com relação a trabalho, trabalhei apenas dois meses eu tive que sair pois tinha medo, muito medo das pessoas. Medo de ficar naquele ambiente. Parecia que alguém ia me fazer mal.

A senhora Luzia viveu muito tempo com extrema dificuldade em elaborar o que tinha acontecido em sua vida, tanto que ficou anos sem revelar que tinha sido vítima de abuso. A relação de opressão e sofrimento intenso vivenciada pela senhora Luzia a impedia de que ela tivesse uma consciência ampla de seus direitos enquanto cidadã e mulher.

Eu só consegui revelar isso para minha mãe em 2008 ela queria fazer alguma coisa, mas não dava mais porque já havia prescrevido. Aí não dava mais.

Sobre as crises e experiências nos hospitais psiquiátricos, a senhora Luzia analisa em primeiro lugar sua passagem no Hospital Dia e diz que lá se sentia bem cuidada e gostava principalmente porque podia voltar para casa. Segundo Costa, Costa & Sampaio (2001) no Hospital Dia são aceitos pacientes com quadros de transtornos mentais graves, que apresentam comprometimento das esferas social e funcional. Ele funciona cinco dias na semana e proporciona ao paciente a oportunidade de manter os laços com os familiares e com as demais pessoas do ciclo de convivência cotidiana (Costa, Costa & Sampaio, 2001). No entanto, é necessário enfatizar que os serviços oferecidos pelo HD são complementares ao hospital psiquiátrico, contrariamente o CAPS com a proposta de substituir esses hospitais psiquiátricos. Vale ainda destacar que quando a senhora Luiza era atendida no HD ainda não tínhamos CAPS no DF.

Com o passar do tempo e com a intensificação das crises, a Senhora Luzia deu entrada no hospital psiquiátrico. Internação definida por ela como “péssima” e denuncia:

Eles deixam a gente amarrado e com fome. Eles batem na gente. Porque é assim, quando a gente é internada, a gente está ruim, ficamos totalmente fora do ar, no entanto logo a gente vai voltando a realidade. Aí quando a gente chega na lucidez total aí bate um desespero, porque a gente está lucida e vê aquele tanto de gente com problema.

A Senhora Luzia fala do hospital psiquiátrico com certa revolta e aversão de quem conhece e vivenciou na pele as violências praticadas nas instituições do tipo asilar. Nos relatos da Senhora Luzia a palavra “não” se repete por diversas vezes: “*não aguentei; não consegui; não dava mais, não queria saber; minha mãe não tinha tanta vergonha*”. Esses “*nãos*” podem retratar a fragilidade emocional, psicológica e social geradora da incapacidade (Melman, 2001).

Melman (2001) a esse respeito afirma que no sofrimento intenso ocorre uma espécie de esvaziamento existencial, onde o sujeito não consegue visualizar possibilidades. Ao relembrar sobre sua passagem no hospital psiquiátrico, a Senhora Luzia salienta que foram mais de 20 internações e relata que ficava quase que abandonada lá dentro, de acordo com ela “*ao Deus dar*”.

Nessa direção, Basaglia (2001) critica a estrutura manicomial, referindo-se a ela como uma instituição de violência que reduz o “doente” a condição de objeto de seu saber. Para Melman (2001), o isolamento como principal ferramenta do modelo manicomial se estabelece como uma espécie de laboratório humano, que torna impossível qualquer tipo de interação dentro dele.

A senhora Luzia torce para que chegue um tempo que não haja mais internações pois segundo ela “*as internações não ajudam e não são necessárias. Minha mãe disse que eu entro em crise e fico uma hora, uma hora e meia, e depois melhora*”. Embora se posicione contra as internações, ela diz ter clareza de que todas as vezes que precisou ser internada foi por ter colocado a vida de alguém em risco.

Com relação aos preconceitos que enfrentou com o transtorno, a Senhora Luiza diz que a sua mãe a acolheu mais facilmente, ao que ela se refere aos seus “*problemas psiquiátricos*”. No geral ela acredita que foi tranquilo porque já existiam casos de outros parentes com o mesmo problema, e lembra:

Os meus parentes que também adoeceram escondiam das pessoas. Diziam que a pessoa tinha passado mal e logo levavam para um Hotel Fazenda e só voltavam quando estavam melhor. O negócio é que eles sentiam vergonha. A minha mãe não sentia tanta vergonha porque num tal dia lá tinha palestras falando como entender melhor, como agir.

O processo de exclusão da pessoa com transtorno mental se agrava devido as perdas implicadas nele, como a perda de privilégios (Bertolote, 2001). Essas perdas têm grande repercussão para a subjetividade e a vida concreta dos sujeitos, que preocupados podem decidir esconder seu sofrimento.

A entrada da Senhora Luzia ao CAPS se deu no ano de 2013 e ela lembra que estava “*no fundo do poço*”. Atribui a sua recuperação a ajuda dos profissionais do CAPS e a sua família que lhe tem dado grande suporte. O CAPS é um espaço de cuidado orientado para reabilitação psicossocial dos sujeitos em sofrimento psíquico grave. Sobre ele, a senhora Luzia considera um bom lugar e evidencia a importância de ter outros iguais a eles. Ela sugere uma maior disseminação de conhecimento sobre a saúde mental, como forma de combate à discriminação e ainda lembra:

Agora no dia 18 de maio tem esse negócio de luta antimanicomial, eu acho que se as pessoas soubessem mais não haveria tanto sofrimento assim. O movimento é o ano todo, mas as informações são poucas. Eu não participo, porque não fico bem no meio de muita gente, mas eu apoio.

Lobosque (2003), a respeito da luta antimanicomial, afirma que ela é antes de tudo a luta pelo exercício político emancipatório da pessoa com transtorno mental. Trata-se, segundo a autora, de colocar a loucura no cenário político e social, de modo que ela possa transitar nos espaços públicos, para que se possa exercer o direito a igualdade e a liberdade.

Hoje, ainda como usuária do CAPS, mas já em processo de empoderamento, a senhora Luzia afirma que aos poucos vem retomando a sua vida. Segundo ela, já está começando a trabalhar por conta própria, além de estar começando a sair sozinha e a fazer atividades físicas, que na sua visão tem lhe ajudado em sua recuperação.

Faz um tempinho que eu comecei a fazer caminhada, comecei a sair um pouco mais.

Hoje eu faço empada, dindim, bolo no pote e meu pai me ajuda a vender.

Vasconcelos (2003), em seu debate a respeito do empoderamento, traz como um dos elementos centrais desse processo, o cuidado de si, ou seja, um tipo de dispositivo representado pelo envolvimento do indivíduo, através de ações com importantes implicações a seu processo de recuperação, ressignificação das experiências pessoais difíceis e aumento da sua autonomia.

A senhora Luzia relata que nesses três anos que vem sendo acompanhada pelo CAPS, tem percebido a sua evolução, afirmando estar bem diferente de quando começou a sua trajetória.

Antes eu era parada, não fazia nada. Só deitava e tomava a medicação.

Hoje a Senhora Luzia afirma que descobriu que tomar bastante água e fazer caminhadas auxiliam na amenização dos efeitos dos medicamentos.

A gente pensa que não vai dar certo, mas a gente tem que pensar diferente. Assim como a gente, tem outras pessoas também às vezes em maior sofrimento. Tem que confiar em Deus ele escreve certo por linhas tortas.

4.2.3 - Nice: a dor da exclusão

Antes de iniciar a análise dessa categoria consideramos necessário retomar a proposição de Zsasz (1977) quando este, em seu clássico texto *O mito da doença mental*, sai em defesa da extinção e substituição do conceito de doença mental, voltada para a

patologização dos sujeitos, por uma abordagem voltada para a compreensão dos comportamentos como expressão das dificuldades dos indivíduos para organizar-se internamente e corresponder as demandas externas.

A escolha dessa última categoria se deu após identificarmos na história da terceira participante a presença frequente do termo abandono. A palavra abandonada aparece nas falas da Senhora Nice, geralmente para fazer alusão as experiências dolorosas de sua vida, marcadas por inúmeras perdas, principalmente as relacionadas ao seu processo de adoecimento.

A primeira grande perda da Senhora Nice foi a morte do seu pai quando ela ainda era criança, fato este relatado com grande tristeza.

Minha história começou quando eu tinha mais ou menos cinco anos de idade, quando eu estava indo com meu pai a casa da minha vó e ele passou mal e caiu e morreu.

Como eu não sabia o que era morrer eu cresci esperando ele voltar.

Não bastasse a perda do pai, fato que parece não totalmente superado, ela teve ainda que lidar com o abandono da mãe, situação que ela lembra com mágoa.

Ela me abandonou duas vezes: uma logo após a morte do meu pai e na outra quando eu ia casar que fui pedir a benção dela e ela me expulsou de casa. Isso pra mim foi uma coisa que não saiu da minha mente, eu não consegui esquecer aquela cena.

Vasconcelos (2005), nesse contexto, afirma que todas as pessoas em sua trajetória de vida se depara com dificuldades e situações ameaçadoras e estranhas que ficam registradas em seu inconsciente podendo desencadear quadros de angustia, depressão, ansiedade, dentre outros sintomas. As pessoas que geralmente desenvolvem esses tipos de quadros são aquelas que vivenciam essas experiências negativas da vida de forma mais intensa e por um período extenso, trazendo para si grandes dificuldades em sua vida (Vasconcelos, 2005).

A Senhora Nice, ao vivenciar a situação de desamparo familiar, deposita nas mãos do marido a esperança em mudar de vida. Nesse momento seu marido a convidou para vir morar para o DF. Ao chegar aqui ela consegue se inserir no mercado de trabalho, mais especificamente no comércio. Em pouco tempo ela refere que foi promovida para a função de encarregada, situação que custou a ela a inimizade das colegas.

Descobri o descontentamento das minhas colegas de trabalho através da chefe do departamento pessoal do supermercado que me chamou e disse as meninas subiram para reclamar de mim que eu era muito exigente.

Diante da situação, a Senhora Nice resolveu abdicar da função que tanto gostava, demonstrando pouca habilidade para lidar com a situação. Em certa medida parece apresentar-se despreparada para argumentar em defesa de seu direito e defender seu lugar. Nesse sentido ela ameniza o ocorrido tentando se convencer de que a amizade era a coisa mais importante pra ela. Ao colocar na mão do outro a decisão sobre sua vida ela acaba sendo vítima de muitas injustiças.

Esse episódio faz lembrar a discussão de Souza, (2009) quando traz a ideia de herança imaterial advindo da família nomeado por ele de identificações afetivas, nas quais essas ajudariam a tornar o sujeito competitivo para atuar nos diversos espaços da vida e para lidar com a enorme competitividade do mercado de trabalho que na modernidade encontra-se voltado para a visão economicista.

Em meio à confusão no trabalho a senhora Nice retrata episódios de tristeza e a choro fácil. Segundo ela, começou então a se isolar das pessoas. Preocupada com a situação resolveu procurar auxílio médico e descobriu que estava com depressão desde criança. Nesse sentido, ela refere:

O médico falou que eu estava com depressão e então passou um remédio para mim.

Logo depois eu voltei pra casa e fiquei quatro anos tomando remédio escondida, pois

eu tinha medo da rejeição. Na minha cabeça eles iriam pensar que eu sou louca de verdade e iriam me abandonar novamente. A minha mãe já tinha virado as costas pra mim, meus colegas não gostavam do meu jeito, tinha certeza que minha família se soubesse iria me abandonar.

Vasconcelos (2003) chama a atenção para o aspecto do peso do estigma da “doença mental” para as pessoas que convivem com ele, seu efeito é tão forte que afeta tanto a pessoa em sofrimento quanto o núcleo familiar. Melman (2001) destaca que a doença mental fora relacionada a uma esfera totalmente negativa com roupagem de tragicidade que pode aniquilar a autoestima e a segurança dos sujeitos. A resistência da Senhora Nice em pedir ajuda pode assentar-se justamente nas representações negativas relacionadas ao paciente com transtorno mental, quando muitos são abandonados pela família e jogados dentro de um hospital psiquiátrico.

A senhora Nice diz que percebia o preconceito nas pessoas tanto por parte da sua família quanto do seu trabalho e recorda:

No meu trabalho me tratavam feito louca, aí se eu fizesse alguma coisa e desse errado, aí eles falavam: a senhora não tomou seu remédio de loucura não né? Já minha mãe diz que eu sou doida, e me pergunta porque eu sou doida se na minha família não tem doido?

Nesse aspecto percebe-se o quanto os estigmas relacionados a pessoa com transtorno mental continuam operando no imaginário social através da via do descrédito e desqualificação do outro. Pensando no caso da senhora Nice, a tratam como uma pessoa em que não se pode confiar, pois ao receber o diagnóstico ela é automaticamente destituída do campo da razão, e passa a ser identificada ao erro (desrazão).

Após rotulada como doente mental, a senhora Nice passa a ser alvo constante do julgamento dos outros, que assumem a função de guardiões da moral estando, mesmo sem

desconfiar, a serviço de uma classe dominante que exclui os que não se adequam aos padrões por eles preestabelecidos. A vivência da opressão leva a senhora Nice a responder ao preconceito evitando os espaços de convívio social.

Melman (2001) aventa que grande parte da população não sabe como agir frente ao adoecimento psíquico de um filho. Desse modo os pais têm sua segurança abalada, pois essa situação pode desencadear neles a percepção de que falharam nos cuidados, e nesse momento pode ocorrer uma desorganização desse sistema, exigindo assim uma readaptação.

A Senhora Nice refere que em sua crise mais intensa pôde contar com o suporte de sua família e se diz grata ao marido e aos filhos que, de acordo com ela, salvaram sua vida.

Quando eu resolvi me matar me tranquei no banheiro de casa ia tomar todos os remédios, meu marido e meus filhos arrombaram a porta, jogaram todos eles no vaso e prometeram que iriam me ajudar.

A partir daí começaram as idas da Senhora Nice ao hospital psiquiátrico e as inúmeras internações. A respeito dessa fase, ela refere que ficava sempre dopada e não recordava muito do que acontecia. Mas do pouco que se lembra, resolve tecer uma crítica a terapêutica sustentada no modelo biomédico à pessoa em sofrimento psíquico:

A cada crise nós voltávamos no médico e ele falava que não sabia mais o que fazer, só sei que a cada vez ele foi aumentando a dosagem do remédio. Eles falam que esses medicamentos apagam uma parte da memória ruim, mas penso que ele não chega a apagar só a memória ruim, mas a boa também.

Durante seu processo de recuperação a senhora Nice e sua família recorreram ao suporte religioso como uma das estratégias para lidar com todo aquele processo árduo. Além disso, ela fala orgulhosa de seu filho do meio, afirmando que ele é seu confidente “*ele sabe mais do que acontece comigo do que meu próprio esposo, tem coisa que meu esposo não sabe, porque eu prefiro contar para meu filho, ele sabe quando não estou bem*”. A senhora

Nice, apesar de mencionar em quase todo seu relato o apoio do seu marido, num outro momento ela critica a inabilidade dele para lidar com seus momentos de crises. Essa situação pode ser explicada através do impacto causado pelo desenvolvimento de um transtorno mental com um familiar, que requer de toda família profundas mudanças no que se refere ao funcionamento e rotina.

A senhora Nice lembra da época em que foi encaminhada pelo médico para o CAPS, que segundo ela tem sido fundamental na sua recuperação: *“Cheguei no fundo do poço”*. A senhora Nice acredita que as conversas e orientações das psicólogas lhe ajudaram muito e refere que na segunda semana de tratamento ela e seu esposo já começaram a perceber a mudança. Então ela lembra do comentário de seu esposo: *“olha você está começando a ficar bem, e eu respondi eu não vou desistir”*.

A senhora Nice refere que com a participação nos grupos terapêuticos e de convivência foi melhorando e que hoje se sente bem e com vontade de viver. Depois disso, ela diz que passou a ajudar outras pessoas. Vasconcelos (2003) aponta que o processo de recuperação se dá através de uma construção pessoal e coletiva que pode reverberar na desconstrução dos estigmas relacionados a pessoa com transtorno mental, onde pode surgir um novo sentido para vida *“com satisfação desejo e participação social, mesmo com as limitações causadas pelos transtornos”* (p. 26).

Quando chegam as meninas aqui no grupo eu converso com muito elas, falo que cheguei aqui no CAPS assim também e hoje me sinto bem, tanto que escrevi uma carta pra elas, na qual falava que cheguei no fim do túnel mas ainda enxergava uma luz e aquela luz era o buraco da minha saída.

Essa atitude da senhora Nice em dividir sua história com as outras usuárias reflete bem alguns dos fatores que abarcam o processo de empoderamento. Esse movimento é importante tanto por permitir integrar as suas próprias experiências com o sofrimento e

atribuir-lhe um sentido como também por possibilitar a troca de suas vivências com as outras usuárias para que juntas possam pensar em estratégias de enfrentamento das dificuldades que em certo grau tem em comum (Vasconcelos, 2003).

Atualmente a senhora Nice refere que sua reação ao preconceito tem mudado:

Às vezes eu busco reagir normalmente, a pessoa fala, eu respondo que eu não sou e pronto, a minha preocupação é em ajudar as pessoas.

A Senhora Nice, nesse caso, já evidencia uma mudança em sua postura quando não responde mais ao preconceito com o isolamento como fazia outrora. Nessa direção, ela fala sobre a importância dos serviços do CAPS em sua vida e na vida de muitas pessoas, e ressalta as várias relações que ela pode construir através dos grupos de convivência do CAPS.

De acordo com ela os profissionais do CAPS são pessoas carinhosas e prestativas:

“aqui eles cuidam da gente, às vezes cuidam mais do que a própria família” e ainda consciente do papel do CAPS completa: *“nós estamos aqui no CAPS, hoje tendo todo o cuidado de psicólogos e psiquiatras, mas não devemos só nos apoiar neles, eles não podem ser muletas, nós precisamos andar com nossas próprias pernas”*. Essa frase demarca bem o papel do CAPS que não é ser o fim em si mesmo, mas um meio para que o sujeito recupere a sua autonomia, amplie suas redes sociais e haja verdadeiramente sua inclusão nos diferentes espaços de convívio.

Com relação ao futuro, a Senhora Nice diz que pretende voltar a trabalhar como encarregada, pois adora trabalhar. Hoje ela participa de dois grupos de convivência no CAPS, um de jogos e outro que trabalha com questões de cidadania. Ela busca sempre participar das atividades e estabelecer bom relacionamento com todos.

4.3 - Interpretação/reinterpretação

A terceira e última fase de nossa análise, segundo Demo (2001), relaciona-se com o momento em que buscaremos compreender “o que a informação qualitativa quer dizer, o que poderia significar, que mensagem contém” (p. 40). A reconstrução parte da articulação reflexiva entre o contexto sócio histórico e os elementos estruturais dos dados qualitativos com o objetivo de encontrar novos significados simbólicos, trata-se explica Demo (2001) de se buscar “as relações ocultas, os vazios e os silêncios, os titubeios e aclamações, as frases fortes e fracas, a presença tímida e avassaladora, bem como as ausências” (p.43). Para isso, avalia Demo (2001), o pesquisador deverá esforçar-se no desafio de se colocar no lugar do outro, para melhor lhe compreender.

As análises anteriores nos permitiram perceber que a história das nossas três participantes respeitando cada singularidade, apresentam algumas similitudes, como o fato de terem sido ex paciente de um hospital psiquiátrico e as diversas dificuldades enfrentadas em suas vidas, decorrente da carreira moral (Goffman, 1961). No entanto, como se pode observar são histórias de muita luta e superação após o longo percurso de tratamento.

Foi possível observar, através nas análises anteriores, o quanto as pessoas que recebem o rótulo de “doente mental” podem ter suas vidas devassadas. Isso porque elas têm a sua identidade reduzida a suposta doença, em detrimento de todas as outras dimensões que compõe a sua existência. Nesse caso os dilemas e dificuldades vividos por elas saem do plano existencial e passam a ser interpretados como doenças patológicas (Zsasz, 1977). O equívoco que se comete aí é a negação das contradições existentes na sociedade no esforço de manter uma fotografia harmoniosa, de modo que quando o sujeito está em situação de sofrimento a responsabilidade disso é colocada apenas na “doença” (Basaglia, 2001; Zsasz, 1977). Como vimos na história das participantes, todas carregam consigo um sofrimento existencial,

marcado por conflitos familiares, profissionais, dificuldade de se relacionar e falta de oportunidades, que vem de muito tempo.

Os preconceitos e os estigmas advindos desse conceito de doença mental comprometem o estabelecimento ou a continuidade das relações das pessoas em sofrimento psíquico, seja familiar, seja no bairro ou no trabalho. Parece que as pessoas quando adoecem tendem a se isolar para evitar o julgamento do outro que na maioria das vezes, muito pela falta de conhecimento, demonstram receio de aproximar-se de uma pessoa em sofrimento psíquico.

Infelizmente ainda persiste no imaginário social o estigma da pessoa em sofrimento como alguém que é perigoso e incapaz. Essa visão sem sombra de dúvida tem sustentação no saber há um bom tempo constituído pela psiquiatria, pela psicologia e outras áreas afins. Conforme Sá e Pereira (2006), os saberes dessas disciplinas se apresentaram como ferramenta política, que tinha a missão de controlar o outro, através de práticas de normatização social.

O descompromisso com a complexidade humana por parte da ciência quis impor ao homem um único modo de existência, quando tentaram sequestrar a sua subjetividade com sua disciplina. Percebemos assim que o sofrimento psíquico das pessoas pode ser agravado pela rotulação que recebem via diagnóstico médico e que acaba sendo perpetuado nas relações sociais, os reservando assim uma posição de desigualdade na sociedade.

É necessário fazer um contraponto, ao que foi falado anteriormente, a questão da desigualdade embora se agrave com o diagnóstico, ela já existia na vida das participantes, ora se manifestando através da desigualdade de gênero, ora através da desigualdade social e política. Percebe-se aí as heranças históricas de um povo que, muito mais do que destituído das oportunidades de ter, ainda mais gravemente sempre fora impedido de ser: são manipulados politicamente, a fim de que ingenuamente continuem a manter o privilégio de

uma minoria, onde pessoas assim como a Senhora Mariana, são reduzidas a mera condição de objeto (Demo, 1994; Souza, 2009). Ocorre que com o diagnóstico a desigualdade toma uma proporção bem maior, mostrando sua face cruel e impiedosa.

A trajetória das pessoas em sofrimento psíquico, vide as histórias das participantes, é marcada por muita luta e sofrimento. Essa luta, ousaríamos dizer, ultrapassa o ideal de “cura” e chega a natureza concreta, a vida real. Os usuários parecem a todo tempo, clamar por dignidade, respeito, direitos, oportunidades na vida social para serem reconhecidos enquanto sujeitos e acima de tudo como cidadão. Realmente, não deve ser fácil conviver num mundo sendo privado das condições necessárias para se ter o mínimo de qualidade de vida.

Quando reclamam dos maus tratos, do desprezo, da indiferença, dos medos, das negligências, dos abandonos, estão demonstrando que seu sofrimento não é só da ordem de algo supostamente interno, mas se trata de algo externo mais especificamente localizado no plano das relações e, portanto, é responsabilidade de toda a sociedade repensá-las e investir em mudanças. Nessa direção é necessário repensar como durante décadas os profissionais construíram suas relações com o paciente e rever a natureza do seu trabalho. As participantes dessa pesquisa por vezes expuseram a sua revolta e insatisfação com os métodos empregados pela psiquiatria tradicional, quando foram internadas no HSVP. Pensamos que a constante revisão da forma de cuidado é essencial para moldá-lo conforme as necessidades da pessoa em sofrimento. Como colocado por Melman (2001), “é fundamental um olhar atento à singularidade dos sujeitos, o que implica uma atenção personalizada” (p. 94). Acreditamos que isso implique o respeito ao seu lugar de sujeito e o incentivo a sua participação no cuidado que precisa ser construído em parceria seguindo o padrão da solidariedade.

A reforma psiquiátrica busca responder a esses dilemas da pessoa em sofrimento existencial quando busca através de seus dispositivos oferecer-lhes um cuidado integral, fazendo intervenções com os familiares e com a própria comunidade, ao qual o sujeito está

inserido, e ainda o auxiliando no processo de reconstrução da sua cidadania. O sentido de cidadania aqui não está voltado à liberdade da pessoa em sofrimento viver sua “loucura”, mas ao direito de ser cuidado em todas as dimensões do seu sofrimento assim como o direito a não sofrerem violência, segregação ou discriminação, sejam elas de qual natureza forem (Amarante, 2000).

O CAPS, como um importante dispositivo de desinstitucionalização, tem um fundamental papel no processo de recuperação das pessoas em sofrimento psíquico. Conforme Amarante (2000), este pode ser entendido como “um processo ético, que se inscreve numa dimensão contrária ao estigma, à exclusão, à violência” (p.115). Esse processo é voltado sobretudo para a reconquista do direito do exercício da cidadania do sujeito em sofrimento, criando espaços para múltiplas formas de subjetivação (Amarante, 2000). Essas pessoas geralmente chegam no CAPS com a rede de apoio bastante fragilizadas e na maioria das vezes sem nenhuma perspectiva de melhora. O CAPS busca atuar na reconstrução ou fortalecimento das redes de suporte dos usuários dos serviços, algo que vai acontecendo paulatinamente, a exemplo das nossas participantes.

Nesse aspecto, parece um ambiente de acolhimento, de aceitação, de presença, de respeito, e valorização das múltiplas existências pela equipe do CAPS, ajudou e tem ajudado no processo de recuperação e de empoderamento das nossas participantes.

Aos poucos foram surgindo novas formas, novos lugares, novos olhares e novas possibilidades de lidar com as dificuldades da vida. O processo de empoderamento vai acontecendo em vários níveis, sempre relacionado a própria história do sujeito. A exemplo disso, podemos referir as histórias das nossas três participantes: antes elas respondiam ao preconceito ou atitude discriminatória com reclusão; hoje elas não mais se escondem. Esta atitude evidencia a defesa do direito de circular nos espaços, exposto por Vasconcelos (2003) como uma das estratégias de empoderamento individual. O movimento de retomada da vida

pode ser visto quando, por exemplo, a senhora Mariana menciona o trabalho que vem realizando na igreja, ou no caso da senhora Luzia, que com o auxílio dos pais, prepara quitutes para vender, o que tem lhe gerando uma renda e ainda no caso da Nice que nos grupos de convivência vem se mobilizando para ajudar as pessoas que estão começando agora o percurso de recuperação.

Em todos esses casos observamos, como postulado por Vasconcelos (2003), o desenvolvimento por parte das nossas participantes de atitudes tanto individuais quanto coletivas, que reorientaram a forma delas se relacionarem com o transtorno e com as outras pessoas de sua vida, movimento importante para a transformação do estigma. As mudanças observadas, em cada caso, ajudam a desmistificar as representações que a sociedade há muito nutre com relação a pessoa em sofrimento psíquico, demonstrando que quando se oferece um cuidado humanizado, algo que lhes é de direito, pode-se impulsionar uma transformação, uma ressignificação do sofrimento do sujeito. Nessa vertente, Bezerra (2001) através de Nietzsche, compara o ser humano a poesia, dizendo que ele tem a capacidade de “produzir sentido novo a partir do que antes existia” (p 140). Pensamos que essa nova produção de sentidos por parte do sujeito em sofrimento existencial depende muito da qualidade do cuidado que ele recebe.

Nesse sentido, é importante refletir sobre o papel da clínica, que por tanto tempo serviu ao controle das subjetividades e adaptação dos sujeitos. Como enfatizou Sá e Pereira (2006), “o campo do saber psicológico mostra-se uma encruzilhada: ou segue o caminho da consolação ou do soerguimento” (p. 63). Através dos relatos, vimos que o sofrimento não se restringe ao campo subjetivo, mas ele traz implicações concretas na vida dos sujeitos. Nesse caso, a clínica é convocada a assumir um posicionamento ético e político tanto no que tange o combate à exclusão promovido pelos estigmas, quanto no cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, onde o cuidado, segundo Demo (2001), deve assumir o compromisso de

acompanhar e auxiliar o sujeito em seu processo de recuperação, sem contudo torná-lo dependente, mas desenvolver com ele seu potencial crítico e criativo, para que dentro das possibilidades, ele possa transformar sua realidade e não se conformar com as injustiças de que é vítima quando recebe um estigma, mas que tenha recursos para reagir a eles.

Considerações finais

Nesse estudo tivemos a oportunidade de revisar a construção da história da loucura como doença mental e seus desdobramentos na vida das pessoas que carregam esse estigma. Observamos as trajetórias e as dificuldades vivenciadas por pessoas que estiveram em sofrimento existencial intenso. Nessa direção também pudemos verificar como o poder social conferido a psiquiatria e outras ciências psi contribuíram no processo de exclusão e sofrimento das pessoas com sofrimento psíquico, ao passo que foram submetidas a repressão de seus diversos tipos de existências por não se encaixarem nos padrões delimitados cientificamente. Esses saberes disseminados na sociedade atuaram e ainda atuam no imaginário social, e impregnam a forma das pessoas lidarem com o sujeito considerado “louco”. A exclusão, como pudemos constatar, deixou marcas profundas na vida dessas participantes, marcas essas que foram resultado dos diversos tipos de violências as quais foram expostas durante suas trajetórias de vida.

Nas histórias das participantes dessa pesquisa foi possível perceber um percurso de luta para a sobrevivência, em meio as dificuldades que é estar na condição de um excluído. O sofrimento não começou após o diagnóstico psiquiátrico, mais fora agravado após este. O estigma da doença mental, como vimos nas narrativas das participantes, trazem efeitos avassaladores em suas vidas. Os atributos negativos relacionados à periculosidade e incapacidade parece ainda operar nas relações do corpo social com a pessoa em sofrimento. Entre as reações, o medo, o desrespeito, a desconfiança e a vergonha são percebidos e vividos cotidianamente por essas usuárias do CAPS. O julgamento dos outros e a falta do livre trânsito nos espaços sociais as levaram por muito tempo ao isolamento.

Após terem começado o acompanhamento no CAPS, um serviço substitutivo a lógica dos manicômios, as participantes demonstraram uma melhor qualidade de vida. A experiência delas nesse serviço tem apontado para o bom encaminhamento das ações de

cuidados à direção da emancipação dos sujeitos conforme objetivo da reforma psiquiátrica no Brasil. Exemplo disso é que uma das participantes dessa pesquisa já recebeu alta e retomou a sua vida e as demais, apesar de se encontrarem ainda no processo de recuperação, tem apresentado movimentos que dão indícios de já terem entrado no processo de empoderamento, tão importante para recuperação. O processo de empoderamento tal qual defendido por Vasconcelos (2003, p.11) como “ a perspectiva de fortalecimento do poder pessoal e coletivo das pessoas submetidas a longo processo de dor, opressão e/ou discriminação”, como é o caso das nossas participantes, está presente em todas as suas narrativas. Não obstante, é notório que o maior desafio que elas tiveram que enfrentar e ainda estão enfrentando é com as discriminações. Hoje, mais fortalecidas, conseguem resistir as discriminações, mas sabemos que a exclusão ainda persiste no meio social, o que evidencia um longo trabalho pela frente em busca de uma sociedade mais justa e igualitária.

A reforma psiquiátrica, como visto no capítulo 2, surge como um movimento desinstitucionalizador, ocupado com a recuperação da cidadania do sujeito e para isso tem investido em ações de combate aos estigmas atribuídos a pessoa em sofrimento psíquico, como falou Lobosque (1997), buscando fazer a loucura caber na sociedade, conquistando a ela o livre trânsito.

Essa pesquisa também representou uma oportunidade de empoderamento para as usuárias, onde através das entrevistas puderam ter suas vozes legitimadas e, conforme Vasconcelos (2003), integrar suas experiências na vivência do adoecimento, partindo de uma perspectiva “pessoal, social e política” (p. 31). A nível social propiciou um conhecimento mais profundo dos diversos conflitos vivenciados pelas pessoas que carregam o estigma associado ao sofrimento psíquico. A expectativa a respeito dos resultados desse trabalho é que se possa instigar nas pessoas a reflexão sobre o papel de cada um nas práticas discriminatórias e na transformação destas. Vislumbrando sobretudo um novo olhar para a

pessoa em sofrimento psíquico e um futuro em que na sociedade possa haver espaços para as diferenças e possam se assegurar direitos iguais a todos.

Neste estudo também pode ser observado que o trabalho dos profissionais de saúde mental no modelo de atenção psicossocial foi bem avaliado pelas entrevistadas. Entretanto, essas observações demonstram-se insuficientes para inferir quais ações tem influenciado mais efetivamente no processo de recuperação, sugerindo-se que outros estudos sejam realizados referente a percepção das pessoas em sofrimento psíquico relacionados aos cuidados da equipe de saúde mental com o intuito de contribuir para o aperfeiçoamento dos trabalhos já prestados por esses profissionais.

Referências

- Amarante, P. (2000). O homem e a serpente. São Paulo: Fio Cruz.
- Amarante, P. (2007). Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: FioCruz.
- Barbosa, L., Diniz, D., & Santos, W. (2010). Diversidade Corporal e Perícia Médica no Benefício de Prestação Continuada. Em D. Diniz, M. Medeiros, & L. Barbosa (Orgs.), Deficiência e Igualdade (pp. 43-60). Brasília: UNB.
- Basaglia, F. (2001). A Instituição negada. Rio de Janeiro: Graal.
- Bertolote, J. M. (2001). Em busca de uma identidade para reabilitação psicossocial. Em A. Pitta (Org.), Reabilitação Psicossocial no Brasil (155-158).
- Bezerra, B. (2001). A clínica e a reabilitação psicossocial. Em A. Pitta (Org.), Reabilitação psicossocial no Brasil (137-142).
- Bittar, E. C. B. (2004). Ética, educação, cidadania e direitos humanos. Rio de Janeiro: Manole Ltda.
- Braga, F. W. (2012). A cultura popular como recurso clínico na atenção ao sofrimento psíquico grave (Dissertação de Mestrado). Retirado de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12202/1/2012_FilipeWilladinoBraga.pdf
- Bragança, S. (2009). Preconceito ele existe?. Em S. Bragança & M. Parker (Orgs.), Igualdade nas Diferenças: os significados do “ser diferente” e suas repercussões na sociedade (pp. 11-31). Porto Alegre: EdipucRS.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: MS.
- Brasil. Ministério da Saúde (2014). RAPS - Rede de Atenção Psicossocial. Retirado de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>.

- Carreiro, T. C. (1999). “A doença como projeto”: Uma contribuição à análise de formas de afiliações e desafiliações sociais. Em Sawaia (Org.), *As Artimanhas da Exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social* (pp. 87-95).
- Castel, R. (1991). *A Ordem Psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo* (T. C. Albuquerque, Trads.). Rio de Janeiro: Graal. (Obra originalmente publicada em 1978).
- Companhia de Planejamento do Distrito Federal – Codeplan. (2013). *Demografia em foco – Evolução dos Movimentos Migratórios para o Distrito Federal 1959-2010*. Retirado de <http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/Demografia/Demografia%20em%20Foco%207%20-%20Evolu%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Movimentos%20Mirgrat%C3%B3rios%20para%20o%20DF1.pdf>
- Companhia de Planejamento do Distrito Federal – Codeplan. (2013). *Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Ceilândia*. Retirado de <http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/PDAD/2013/Ceil%C3%A2ndia-PDAD%202013.pdf>
- Correr, R. (2003). *Deficiência e inclusão social*. Bauru: Edusc.
- Costa, A. C. de F., Costa, M. P., Sampaio, J. M. F. (2001). *Instituto de saúde mental no Distrito Federal*. Em A. Pitta (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 89-95). São Paulo: Hucitec.
- Costa, O. G. P. da. (2013). O PAC e o Pacto Federativo. *Revista Brasileira de Planejamento de Orçamento*, 3 (2), 146-173.
- Demo, P. (1994). *Pobreza Política*. Campinas: Papirus.
- Demo, P. (1995). *Sociologia uma introdução crítica*. São Paulo: Atlas.
- Demo, P. (2001). *Pesquisa e informação qualitativa*. Campinas: Papirus.
- Demo, P. (2002). *Politicidade Razão Humana*. Campinas: Papirus.

- Demo, P. (2005). *Éticas Multiculturais: Sobre convivência humana possível*. Petrópolis: Vozes.
- Diniz, D. (2007). *O que é deficiência*. São Paulo: Brasiliense.
- Diniz, D., Barbosa, & Santos (2009). Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. *Revista Internacional de Direitos Humanos*, 6 (11), 65-77.
- Distrito Federal. (2010). *Plano diretor de saúde mental do Distrito Federal 2011 a 2015*. Brasília: Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal.
- Ferraz, D. A. de S., Araújo, M. F. de. (2004). Gênero e saúde mental: desigualdades e iniquidades. Em M. F. Araújo, & O. C. Mattioli (Orgs.), *Gênero e violência* (pp. 53-67).
- Foucault, M (2005). *Em Defesa da Sociedade*. São Paulo: Editora Fontes.
- Foucault, M. (1972). *História da loucura da idade clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva
- Foucault, M. (1994). *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Foucault, M. (2012). *O Poder Psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Goffman (1961). *Manicômio, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Goffman, E. (1980). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Brasil: Zahar.
- Jodelet, D. (1999). Os processos psicossociais da exclusão. Em Sawaia (Org.), *As Artimanhas da Exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social* (pp. 53-66).
- Jodelet, D. (2001). As representações Sociais. Em Jodelet, D. (Org.), *Representações Sociais: Um domínio em expansão* (pp.17-36).
- Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em Movimento: Por uma sociedade sem manicômios*.
- Luna, L. (2009). A má-fé da saúde pública no Brasil. Em J. Souza (Org.), *Ralé brasileira: quem é e como vive*. (pp. 305-327).

- Machado, A. L. (2001). Espaços de representação da loucura religião e psiquiatria.
- Mannoni, M. (1970). O psiquiatra seu “louco” e a psicanálise (M. A. M. Mattos, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. Campinas: Papirus.
- Melman, J. (2001). Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras.
- Milanni, H. F.B., & Valente, M. L. C. (2008). O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 4 (2), 1-19.
- Mizrahi, G. M. (2010). *A Vida Criativa em Winnicott*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Musse, L. B. (2008). *Novos Sujeitos de Direito: As pessoas com transtorno mental na visão bioética e do biodireito*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Neris, C. S. C. (2014). *Estigma e isolamento social: lepra saber médico e políticas públicas no Brasil*. Jundiaí: Paco Editorial.
- Oliveira, W. F. (2009). Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1 (2), 48-61.
- Omote, S. (1994). Deficiência e não Deficiência: recortes do mesmo tecido. *Revista Brasileira de Educação Especial* (2), 65-73.
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Organização Mundial da Saúde.
- Ornellas, C. P. (1997). O paciente excluído: História e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan.
- Pelbart, P. P. (1989). Manicômio Mental – A outra face da Clausura. Em A. Lancetti, (Org.), *Saúde e Loucura* (pp.121-138). São Paulo: Hucitec.
- Rotelli, F., Leonardis, O., Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização uma outra via. Em F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp.17-30). São Paulo:Hucitec.

- Sá, C. G.; Pereira, O. P. (2006). Psicopatologia e poder disciplinar: O papel da psicologia no questionamento da individualidade domesticada. Em A.M. Ribeiro & M. H. de Freitas (Org.), *Psicopatologia, processos de adoecimento e promoção da saúde* (pp.51-64). Brasília: Universa.
- Sawaia, B. (1999). Introdução: exclusão ou inclusão perversa? Em Sawaia (Org.), *As Artimanhas da Exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social* (pp. 7-13).
- Sawaia, B. (1999). Introdução: O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. Em Sawaia (Org.), *As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social* (pp. 7-13).
- Souza, J., e colaboradores Grillo, A. [et. al.]. (2009). *Ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: UFMG.
- Szasz, T. (1977). *Ideologia e doença mental: Ensaio sobre a desumanização psiquiátrica do homem*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Vasconcelos, E. M. (2003). *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus.
- Vasconcelos, E. M. (2005). *Conceitos básicos para se entender as propostas e estratégias de empoderamento e as narrativas pessoais no campo da saúde mental*. Em E.M. Vasconcelos, R. Weingarten, C. C. C. P. Leme, & P. R. Novaes (Orgs.), *Reinventando a Vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental* (pp. 231-244).
- Vasconcelos, E. M. (2005). *Os desafios no processo de construção de narrativas pessoais no campo da saúde mental: a experiência desta coletânea*. Em E.M. Vasconcelos, R. Weingarten, C. C. C. P. Leme, & P. R. Novaes (Orgs.), *Reinventando a Vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental* (pp. 221-229). Rio de Janeiro – São Paulo: EncantArte.

- Vasconcelos, E. M. (2005). Reiventando a Vida e a Saúde Mental: narrativas pessoais de convivência com o transtorno mental, de recuperação de uma vida ativa e de engajamento social. Em E.M. Vasconcelos, R. Weingarten, C. C. C. P. Leme, & P. R. Novaes (Orgs.), *Reinventando a Vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental* (pp. 15-20). Rio de Janeiro – São Paulo: EncantArte.
- Vasconcelos, E. M. (2007). Dispositivos Associativos de Luta Empoderamento de Usuários, Familiares e Trabalhadores em Saúde Mental no Brasil. *Revista Vivência* (32), 173-206.
- Vasconcelos, E. M. (2009). Espiritualidade na educação popular em saúde. *Cad.Cedes, Campinas*, 29 (79), 323-334.
- Xavier, S., Klut, C., Neto, A., Ponte, G., Melo, J. C. (2013). O Estigma da doença mental: Que caminho percorremos? *Revista do serviço de psiquiatria do Hospital prof. Doutor Fernando Fonseca*, 11 (2), 10-21.
- Zgiet, J. R. S. (2010). *Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, DF.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa: **IMPLICAÇÕES DOS ESTIGMAS E PRECONCEITOS NO PROCESSO DE EMPODERAMENTO DO SUJEITO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**. O nosso objetivo é discutir sob a ótica de usuários do CAPS a influência dos estigmas e preconceitos na manutenção do sofrimento psíquico e suas implicações no processo de empoderamento. A sua participação certamente nos ajudará a compreender melhor a experiência da pessoa em sofrimento psíquico e representa também uma oportunidade de avançar nas práticas clínicas na medida em que ao abordar os estigmas e preconceitos, se evidenciam os desafios impostos pela inclusão que é um dos principais objetivos da política nacional de saúde mental.

Caso haja o interesse em participar, será apresentado e lido conjuntamente o TCLE. Além da resolução do CNS n 196/6, a lei 10216/2001, que versa sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, reconhecendo-as como sujeitos de direito, será marco legal e ético a ser seguido integralmente neste projeto. As entrevistas narrativas serão agendadas com os usuários a partir da disponibilidade dos mesmos e serão realizadas numa sala do próprio CAPS.

O(a) Senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de uma entrevista a ser realizada dentro do próprio CAPS pelo assistente Bruno Vasconcelos e a pesquisadora Tania Inessa e será gravada em áudio. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para realizar a entrevista. Será respeitado o tempo de cada um e o Senhor(a) pode interromper a qualquer momento que desejar. Informamos que o estudo não acarretará nenhum tipo de despesa para o participante da pesquisa.

O Senhor(a) poderá a qualquer momento se recusar a responder qualquer questão, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem acarretar nenhum prejuízo no serviço oferecido pelo CAPS.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia, no Centro Universitário de Brasília – UniCEUB e ainda serão apresentados no CAPS, preservando os dados de identificação, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para a pesquisadora Tania Inessa, no_Centro Universitário de Brasília telefone: (061) 3966-1474 , no horário comercial.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Pesquisador Responsável

Tania Inessa Martins Resende – CRP 7345/1

Nome / assinatura (Usuário)

Nome / assinatura (Familiar)

Brasília, ___ de _____ de _____

ANEXO B – Roteiro para Entrevista Narrativa

Durante as entrevistas será utilizado o modelo de construção de Narrativas proposto por Vasconcelos, et al., (2005, p.223), seguindo o roteiro abaixo.

- Estamos falando sobre uma jornada que levou muito tempo talvez anos. É uma jornada que inclui crises e sofrimentos pelos quais cada um passou. Como era sua vida antes desses problemas mentais? Em que consistiram seus problemas mentais? Fale um pouco sobre o que a crise gerou e interrompeu em sua vida. Como estes problemas afetaram as relações com a sua família?

- Acerca do tratamento (por exemplo, hospital, medicação, terapias, participação em serviços de saúde mental abertos tais como os Centros de Atenção Psicossocial –CAPS, etc): o que ajudou? O que não ajudou? Você procurou algum tratamento alternativo ou suporte informal (como por exemplo amigos, grupos religiosos e de autoajuda, etc).

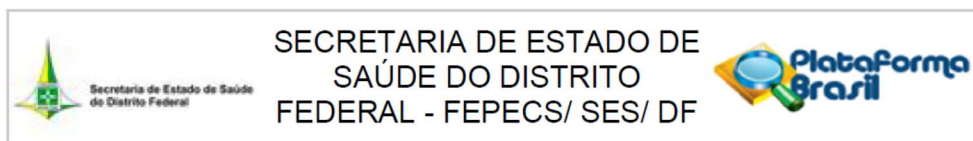
- Como é que você foi se restabelecendo e reorganizando sua vida? O que você aprendeu em relação a lidar com os sintomas e os efeitos colaterais dos remédios? Como a vida espiritual (se houver), a militância, o trabalho, vida familiar, participação em atividades artísticas, sociais, educacionais, etc, ajudaram nesse processo?

- Você sentiu alguma forma de discriminação e estigma? Como foi isso? Como lidou com isso?

- Como são as suas perspectivas atuais e futuras de vida? Quais as sugestões que você daria a pessoas que ainda estão como “participantes na jornada de vida com os problemas mentais?” Que conselhos daria?

- Olhando para trás, quais os possíveis significados que você vê na sua experiência de sofrimento e de vida? A que lições de sabedoria você conseguiu chegar através dessa jornada?

ANEXO C – Parecer Consubstanciado CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As Implicações dos estigmas e preconceitos no processo de empoderamento do sujeito em sofrimento psíquico.

Pesquisador: Tania Inessa Martins de Resende

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 52294415.7.0000.5553

Instituição Proponente: HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.475.751

Apresentação do Projeto:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 01/02/2016 do CEP/FEPECS/SES/DF.

Objetivo da Pesquisa:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 01/02/2016 do CEP/FEPECS/SES/DF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 01/02/2016 do CEP/FEPECS/SES/DF.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 01/02/2016 do CEP/FEPECS/SES/DF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 01/02/2016 do CEP/FEPECS/SES/DF.

Recomendações:

*O TCLE deverá ser elaborado com linguagem simples e acessível ao sujeito da pesquisa, de tal modo que o paciente deve ser suficientemente esclarecido e não apenas "informado" quanto a todos os detalhes do projeto de pesquisa. Dirigir-se ao sujeito da pesquisa em forma de convite e não de uma declaração. Deverá ficar claro a aplicação de questionários e o tempo de duração da aplicação dos mesmos. No TCLE

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

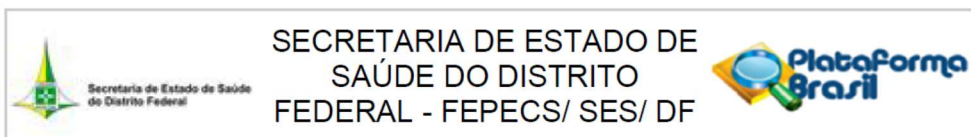
UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.475.751

deve assegurar ao indivíduo o direito de recusar-se a responder perguntas que ocasionem constrangimentos de alguma natureza e que em caso de recusa em participar da pesquisa não haverá penalização ou prejuízo de atendimento naquele serviço.

*O TCLE deve ser redigido em duas vias e páginas numeradas, devendo uma via ficar com o sujeito da pesquisa e a outra com o pesquisador. Em caso de sujeitos de pesquisa com relação de dependência (inclusive menores de 18 anos), cabe aos representantes legais do sujeito (familiar, tutor) ter conhecimento e assinar o TCLE. Contudo, o termo de assentimento do próprio sujeito, mesmo se em situação de limitação de competência para decisões autônomas, deve ser obtido.

*No TCLE deverá conter o telefone do pesquisador responsável para sanar dúvidas referente a pesquisa, vide modelo de TCLE no site CEP/FEPECS.

*Ressaltamos que se faz necessário a presença da pesquisadora responsável nas entrevistas aos participantes da pesquisa, pois algumas perguntas poderão desencadear surtos depressivos ou estados psicóticos e estes pacientes deverão ser encaminhados para acompanhamento especializado, pois pesquisas envolvendo seres humanos devem trazer beneficência aos sujeitos da pesquisa ou a humanidade e não devem provocar maleficência.

*Falta anexar na PB questionário que venha a ser aplicado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências acima citadas atendidas.

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_627704.pdf	23/03/2016 00:24:39		Aceito
Outros	Carta_de_Esclarecimento_23_03_2016.docx	23/03/2016 00:21:29	Bruno de Vasconcelos Gonçalves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_23_03_2016_NOVO.doc	23/03/2016 00:19:21	Bruno de Vasconcelos Gonçalves	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

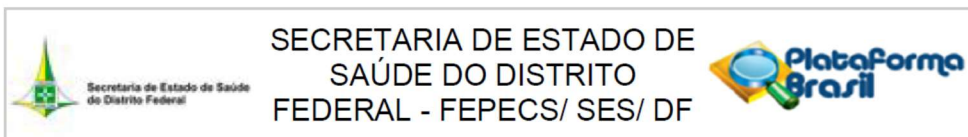
UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.475.751

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Novo_23_03_2016.docx	23/03/2016 00:18:00	Bruno de Vasconcelos Gonçalves	Aceito
Outros	Roteiro_das_Narrativas.docx	19/02/2016 21:37:57	Bruno de Vasconcelos Gonçalves	Aceito
Outros	Curriculo_assistente.docx	16/12/2015 15:30:47	Bruno de Vasconcelos Gonçalves	Aceito
Outros	Curriculo_pesquisadora.docx	16/12/2015 15:18:27	Bruno de Vasconcelos Gonçalves	Aceito
Outros	Termo_de_Concordancia.pdf	15/12/2015 22:41:43	Bruno de Vasconcelos Gonçalves	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	15/12/2015 22:16:41	Bruno de Vasconcelos Gonçalves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	02/12/2015 00:55:12	Bruno de Vasconcelos Gonçalves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 02 de Abril de 2016

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com