



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE - PPGPS

JULLYANNE ROCHA SÃO PEDRO

“EU NÃO SOU LOUCO”: POSICIONAMENTOS IDENTITÁRIOS EM RELATOS
DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CAMPINA GRANDE

2018

JULLYANNE ROCHA SÃO PEDRO

“EU NÃO SOU LOUCO”: POSICIONAMENTOS IDENTITÁRIOS EM RELATOS
DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Trabalho de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Processos psicossociais e saúde.

Orientador: Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho.

CAMPINA GRANDE

2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

P372e Pedro, Jullyanne Rocha São.
"Eu não sou louco" [manuscrito] : posicionamentos
identitários em relatos de usuários de um Centro de Atenção
Psicossocial / Jullyanne Rocha São Pedro. - 2018.
174 p. : il. colorido.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) -
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde, 2018.
"Orientação : Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho ,
Departamento de Psicologia - CCBS."
1. Loucura. 2. Identidade. 3. Reforma psiquiátrica. 4.
Psicologia Social Discursiva. I. Título
21. ed. CDD 362.2

JULLYANNE ROCHA SÃO PEDRO

**“EU NÃO SOU LOUCO”: POSICIONAMENTOS IDENTITÁRIOS EM RELATOS
DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Processos psicossociais e saúde.

Aprovada em: 20/12/2018.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho
Universidade Federal de Campina Grande
Orientador – Presidente da Banca Examinadora



Prof^ª. Dr^ª. Sibelle Maria Martins de Barros
Universidade Estadual da Paraíba
Examinadora Interna



Prof^ª. Dr^ª. Maristela de Melo Moraes
Universidade Federal de Campina Grande
Examinadora Externa

Aos meus pais, Carlos e Shirlene,
com todo o meu amor

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, por cuidar de mim de forma tão sublime.

Aos meus familiares, por serem o meu maior exemplo de cuidado e amor.

Aos meus amigos do mestrado, por me permitirem estar na melhor turma da vida.

Aos meus amigos da graduação, por terem dividido sonhos e experiências.

Ao amigo e orientador Pedro, pela parceria, incentivo e confiança.

À amiga e inspiração Maris, por ser presença constante e afetuosa neste caminhar.

À professora Sibelle, por todo o carinho, dedicação e solicitude.

Ao Paulo Amarante, pela luta em defesa de uma sociedade justa e sem manicômios.

Aos usuários do CAPS, por terem me acolhido e me ensinado tanto sobre a vida.

“Nunca a Psicologia conseguirá dizer sobre a loucura a verdade, porque a loucura é que detém a verdade da Psicologia.”

(Foucault, 2008, p. 88)

RESUMO

Em diversos contextos, verificam-se linhas construídas para excluir categorias de sujeitos e uma proliferação de discursos que buscaram inscrever condutas no âmbito dos saberes científicos, religiosos e jurídicos. As linhas duras forjadas pelo Direito e pelos saberes psi legitimaram a exclusão de categorias de sujeitos, como a dos loucos, tendo a periculosidade legitimado a sua segregação. Da possessão demoníaca à doença mental, a loucura historicamente foi constituída por diversas concepções negativas, tecidas por discursos repletos de preconceitos, estigmas e estereótipos. A Reforma Psiquiátrica elaborou novos paradigmas acerca da loucura através de um projeto de desinstitucionalização, entretanto os efeitos dos discursos excludentes da loucura representam impasses e desafios ao cumprimento das Políticas de Saúde Mental. Desse modo, ao analisar as diversas categorizações negativas que foram/são atribuídas ao sujeito que está em sofrimento psíquico, surgiu o questionamento acerca de como ele se reconhece, haja vista que havia uma lacuna no conhecimento acerca da compreensão de como esse sujeito definia a si próprio. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo geral analisar o processo de construção discursiva de identidades, para si próprios, realizadas por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), além de identificar os recursos retórico-discursivos utilizados nesse processo. Tratou-se um estudo qualitativo em análise de discurso, orientado pelo método de análise de discurso desenvolvido pela Psicologia Social Discursiva, que teve como campo de investigação o CAPS III Reviver, localizado na cidade de Campina Grande/PB. Os participantes deste estudo foram 22 usuários, divididos em 8 grupos, os quais frequentavam e participavam de alguma oficina ou grupo terapêutico realizado no CAPS III Reviver. O critério utilizado para delimitar a quantidade de participantes foi a amostragem por saturação. A coleta de dados ocorreu através de realização de oficina de confecção de máscaras e de entrevistas em pequenos grupos, compostos por 2 ou 3 usuários do serviço, conforme metodologia utilizada por Margaret Wetherell. A análise dos dados obtidos com as entrevistas ocorreu a partir da análise de discurso trazida pela Psicologia Social Discursiva. Ao analisar os resultados, verificou-se que os usuários do CAPS III assumiram diferentes posições de sujeito, construídas a partir de diferentes discursos, que foram organizadas em 6 categorias: doente mental, cristão, a posição de sujeito moral, empoderados e emancipados, sofredor e negação da loucura. Desse modo, foi possível verificar que os sentidos socialmente construídos para loucura, através de instituições e outras engrenagens de poder, refletem no modo com que o sujeito constrói a sua definição de si e a sua forma de ser e estar no mundo. Ao analisar os relatos obtidos neste estudo, foi possível compreender que apesar dos avanços alcançados a partir da Reforma Psiquiátrica, as concepções negativas sobre a loucura ainda provocam sofrimentos nos usuários do CAPS, os quais tentam negar a loucura a fim de escapar dos estigmas que a terminologia possui. Nesse sentido, é preciso se pensar em estratégias para a promoção da transformação dessas vidas estigmatizadas e estereotipadas, que deve ocorrer através de uma atuação política, pautada na ética do cuidado, na garantia dos direitos humanos e na desinstitucionalização. Espera-se que este estudo contribua para o fortalecimento da luta antimanicomial e para a reflexão da importância do cuidado em liberdade e dos processos de resistências que se desenham a partir de novas linhas de invenção da vida e do respeito às formas plurais de existir.

Palavras-chave: Loucura; Discurso; Identidade; Reforma Psiquiátrica; Desinstitucionalização.

ABSTRACT

In several contexts, it's possible to observe that certain narratives are designed to exclude subjects, as well as the dissemination of discourses that seek to inscribe conducts in the scope of scientific, religious and legal knowledge. The hard lines forged by Law, Psychological and Psychiatric knowledge legitimized the exclusion of several category of subjects, as it happened to the known as insane or mad, legitimizing their segregation. From demonic possession to mental illness, madness has historically been constituted by several negative conceptions, twisted by discourses full of prejudice, stigma and stereotype. The Psychiatric Reform has developed new paradigms about madness through a project that aimed the deinstitutionalization of mental health patients. However, the effects of the excluding discourses about madness represent impasses and challenges to the fulfillment of Mental Health Policies. Thereby, analyzing the various negative categorizations that were/are attributed to the subject who is in psychological distress, arose the question as to how he recognizes itself, since there was a gap in knowledge about the understanding of how this subject defines himself. This study aimed to analyze the process of discursive construction of identities, carried out by users of a Psychosocial Care Center (CAPS), in addition to identifying the rhetorical-discursive resources used in this process. This was a qualitative study in discourse analysis, based on the discourse analysis method developed by Social Discursive Psychology. The field of research was the Psychosocial Care Center III Reviver (CAPS III Reviver), located in the city of Campina Grande / PB. There we're 22 participants of this study, who attended and participated in a workshop or therapeutic group held in the referred Psychosocial Care Center. The participants we're divided into 8 groups for the data collection. The criterion used to delimit the number of participants was the saturation sampling. Data collection took place through a mask-making workshop and interviews in small groups, composed of 2 or 3 users of the service, according to the methodology used by Margareth Wetherell. The analysis of the data obtained with the interviews was based on the discourse analysis proposed by Social Discursive Psychology. Analyzing the results, it was verified that the CAPS III users assumed different positions, constructed from different discourses, that we're organized into 6 categories: mentally ill, Christian, the position of moral subject, empowered and emancipated, sufferer and denial of madness. It was possible to verify that the socially constructed senses for madness, through institutions and other mechanisms of power, reflect in the way in which the subject constructs his definition of himself and his way of being and being in the world. Analyzing the narratives obtained in this study, it was possible to understand that despite the advances achieved from the Psychiatric Reform, negative conceptions about insanity still cause suffering in the CAPS users, who try to deny the madness in order to escape the stigmas that the terminology has. Therefore, it is necessary to think about strategies that can promote the transformation of these stigmatized and stereotyped lives, which must occur through a political action, based on the care ethics, the guarantee of human rights and deinstitutionalization. It is hoped that this study will contribute to the strengthening of the anti-asylum fight and to the reflection of the importance of care in freedom and the processes of resistance that are designed from new lines of invention of life and respect to the plural forms of existence.

Key-words: Madness; Discourse; Identity; Psychiatric Reform; Deinstitutionalization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	1ª máscara produzida por Rufina	67
Figura 2.	2ª máscara produzida por Rufina	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa	62
Tabela 2.	Transcrições das entrevistas em grupos	77
Tabela 3.	Categorização do conteúdo identitário	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CERSAM	Centros de Referência em Saúde Mental
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ICANERF	Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAP	Núcleo de Assistência Psiquiátrica
NAPS	Núcleos de Atenção e Promoção à Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PT	Partido dos Trabalhadores
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 LOUCURA: DOS SISTEMAS DE EXCLUSÃO À REFORMA PSQUIÁTRICA	19
2.1 Os nomes da loucura	19
2.2 Sistemas de exclusão da loucura	25
2.3 Reforma Psiquiátrica Brasileira	27
2.4 A loucura e a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande	34
2.5 A Rede de Atenção Psicossocial em Campina Grande	40
3 DISCURSO E IDENTIDADE	45
3.1 Identidade	45
3.1.1 Identidade, diferença e discurso	47
3.1.2 Identidade e relações de poder	49
3.1.2 Identidades enquanto posições de sujeito	50
3.2 Psicologia Social Discursiva	53
3.2.1 Antecedentes históricos da Psicologia Social Discursiva	53
3.2.2 O surgimento da Psicologia Social Discursiva	54
3.2.3 Influências na Psicologia Social Discursiva: a etnometodologia e a perspectiva foucaultiana	55
3.2.4 Temas centrais na Psicologia Social Discursiva	57
3.2.4.1 <i>Discurso como ação contextualizada</i>	58
3.2.4.2 <i>A construção discursiva da realidade</i>	58
3.2.4.3 <i>A retórica</i>	59
3.2.4.4 <i>A variabilidade</i>	59
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	61
4.1 Abordagem e tipo de pesquisa	61
4.2 Procedimentos, técnicas e instrumentos de coleta de dados	61
4.2.1 Descrevendo o campo da pesquisa	61
4.2.2 Participantes da pesquisa	62
4.2.3 Critérios de inclusão e exclusão	65
4.2.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados	65
4.2.4.1 <i>Questionário sociodemográfico</i>	66
4.2.4.2 <i>Oficina de confecção de máscaras</i>	67
4.2.4.3 <i>A poética do desmascaramento de Mario Buchbinder</i>	67
4.2.4.4 <i>Nise da Silveira: arte e sofrimento psíquico</i>	70
4.2.4.5 <i>As oficinas de máscaras e os seus efeitos</i>	72
4.2.4.6 <i>Entrevistas em pequenos grupos</i>	74
4.3 Análise dos dados	77
4.3.1 Transcrição	78
4.3.2 Codificação	79
4.3.3 Análise	80
4.4 Aspectos éticos	81
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	83
5.1 Doente mental	83
5.2 Cristão	91
5.3 A posição de sujeito moral	97
5.4 Empoderados e emancipados	99
5.5 Sofredor	106

5.6 Negação da loucura	119
6 CONSIDERAÇÕES E CAMINHOS POSSÍVEIS	124
REFERÊNCIAS	130
APÊNDICES	146
Apêndice A - Instrumento de coleta de dados (Questionário Sociodemográfico)	146
Apêndice B - Instrumento de coleta de dados (Roteiro das entrevistas)	147
Apêndice C – Máscaras produzidas durante as oficinas	148
ANEXOS	161
Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	161
Anexo B - Termo de Assentimento - TA (no caso de pessoa legalmente incapaz)	163
Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (no caso de legalmente incapaz)	165
Anexo D - Termo de autorização para uso de imagens (fotos e vídeos)	167
Anexo E - Termo de autorização para gravação de voz	168
Anexo F – Termo de autorização institucional	169
Anexo G - Declaração de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa	170

1 INTRODUÇÃO

“A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente...”

Machado de Assis

O meu encontro com a Psicologia após uma jornada pelo Direito fez com eu questionasse algumas “verdades” que haviam sido construídas pelos discursos jurídicos hegemônicos. A cada contato com as mais diversas formas da Psicologia, passei a compreender que um mesmo fato poderia ser visto de outras perspectivas dependendo do lugar em que o observamos. Então, precisei me movimentar para ter acesso às outras dimensões dos fatos que me circundavam, tendo em vista que o lugar que eu ocupava já não me cabia mais.

A impessoalidade, marca do Direito nos atos e nos escritos, foi confrontada pelos afetos, vínculos e amorosidades da Psicologia. E o grande encontro com a Psicologia vem me proporcionando a arte dos bons e dos melhores encontros, sejam com teóricos, livros, abordagens, professores, colegas de sala e amigos.

O meu encontro com a saúde mental ocorreu em uma visita ao Centro de Atenção Psicossocial III *Reviver*, durante o segundo ano do curso de Psicologia, que me impactou e me fez contestar as “verdades” construídas como se fossem irrefutáveis, haja vista que, naquele lugar, os loucos “desarrazoados” e “incapazes” demonstraram potências de vida e trouxeram discursos repletos de retórica e construções argumentativas. Nesse momento, passei a questionar em que contexto e por quais motivos a loucura passou a ser tida como ausência de razão e a sua voz passou a ser silenciada.

Durante as conversas no CAPS III algo me chamou bastante atenção, que foi o fato de os usuários sempre trazerem em seus discursos as justificativas para frequentarem aquele

serviço, que traziam conteúdos de diversas ordens, como religiosa e médica. Outro ponto recorrente nos relatos foi a diferenciação entre o modo como eram tratados no CAPS e o modo como eram tratados nos hospitais psiquiátricos.

Após este encontro com os usuários do CAPS e com este serviço, passei a refletir sobre como eles estariam definindo a si próprios e se tais definições estariam constituídas pelos discursos que promoveram a exclusão da loucura, como o discurso da possessão demoníaca e da doença mental, ou se estariam sendo constituídos por discursos emancipatórios, como os advindos da Reforma Psiquiátrica; e desta inquietação surgiu a idealização desta dissertação.

Ao pesquisar a história da loucura, nota-se que em diversos contextos históricos, sociais e culturais, verificam-se linhas argumentativas construídas para excluir categorias de sujeitos (Butler, 2015; Foucault, 2013b; 2014; Goffman, 2015b), e uma proliferação de discursos que buscaram inscrever condutas no âmbito dos saberes científicos, religiosos e jurídicos (Foucault, 2013a).

A justificativa da exclusão ocorreu através de práticas discursivas e da retórica, geralmente compostas por preconceitos e estereótipos, os quais representam mediadores importantes da exclusão, pois proporcionam a categorização de grupos e de sujeitos (Billig, 2008; Goffman, 2015a; Jodelet, 2002). Em decorrência dessa legitimação, categorias de sujeitos, como a dos loucos, negros e homossexuais, constituíram universos estigmatizados durante séculos (Basaglia, 2010; Sawaia, 2002; Wanderley, 2002).

Algumas categorias foram consideradas ameaças à normatividade e isso legitimou a negação e/ou tutela de suas vidas. O sujeito passa a ser reconhecido a partir da categoria em que se inscreve, do grupo a que pertence e se relaciona (Jodelet, 2002).

Da possessão demoníaca à doença mental, a loucura historicamente foi constituída por diversas concepções negativas, tecidas por discursos repletos de preconceitos, estigmas e

estereótipos (Goffman, 2015a). E aos sujeitos em sofrimento psíquico couberam os rótulos de histéricos, débeis, maníacos, depressivos e esquizofrênicos (Venturini, 2016).

Michel Foucault, autor que contribuiu para a compreensão dos processos de exclusão, em obras como: “História da Loucura na Idade Clássica”, “História da Sexualidade” e “Os Anormais”, dedicou parte dos seus esforços ao estudo do modo como a sociedade lida com a loucura. Em “História da Loucura na Idade Clássica”, Foucault (2013a) analisa os mecanismos de poder, as tecnologias de saber, e as estratégias modernas de inclusão e exclusão da loucura no mundo ocidental.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciada na década de 70, elabora novos paradigmas acerca da loucura, procurando desconstruir identidades estereotipadas e criar novos espaços e ações de promoção à saúde, com foco no sujeito e não mais na doença, como é o caso do Centro de Atenção Psicossocial (Amarante, 2007; Brasil, 2005).

Assim, com a Reforma Psiquiátrica e a implementação da Política de Saúde Mental, ocorre o início de um projeto de desinstitucionalização, que visa a emancipação do sujeito, a reabilitação psicossocial e a produção de vida, a partir de práticas terapêuticas que permitem a arte do encontro dessas formas plurais de existir (Pitta, 2016; Rotelli, 2008; Saraceno, 2001)

A Reforma possibilitou o (re)aparecimento de sujeitos que estavam neutralizados, invisíveis e reduzidos a “doenças”, e fez com que houvesse a reabilitação de identidades, a partir dos acolhimentos desses sujeitos em lugares de sociabilidade, que propiciaram a produção de subjetividades e a conquista da cidadania (Amarante, 2007; Pitta, 2011). Entretanto, os efeitos dos discursos excludentes da loucura representam impasses e desafios ao cumprimento das Políticas de Saúde Mental (Pitta, 2011).

Desse modo, ao analisar as diversas categorizações negativas que foram/são atribuídas ao sujeito que está em sofrimento psíquico, surgiu o questionamento acerca de como esse sujeito se reconhece e como ele se posiciona enquanto sujeito, haja vista que havia uma

carência de estudos que buscassem compreender como esse sujeito define a si próprio e as pesquisas encontradas com usuários do CAPS se limitavam a estudo de casos particulares e/ou análise das práticas discursivas relacionadas a temas correlatos à identidade (Cardoso, Oliveira & Piani, 2016; Cirilo & Oliveira Filho, 2008; Cirilo, Oliveira Filho, Brasileiro & Braga, 2011; Emerich, Campos & Passos, 2014; Figueirêdo, 2013; Grigolo, 2010; Henriques, Oliveira Filho & Figueiredo, 2015; Nascimento, Brêda & Albuquerque, 2015; Mello, 2005; Rocha, 2012; Serpa *et. al.*, 2008; Silva & Brandalise, 2008; Silveira, 2008; Surjus, 2007; Valentim, 2011).

Nesse sentido, esta pesquisa visou ocupar a lacuna nos estudos regionais sobre os usuários dos serviços substitutivos, ao estudar o modo como essas pessoas constroem identidades para si próprias por meio de relatos, narrativas e argumentações.

De tal modo, esta pesquisa é relevante socialmente, tendo em vista que poderá contribuir com a construção de Políticas Públicas de Saúde Mental, que visem a reabilitação psicossocial, a conquista da cidadania, a criação de estratégias que permitam a produção de vida e de potência desses sujeitos, além de contribuir para o fortalecimento ético-estético-político da luta antimanicomial neste município (Pitta, 2016; Rotelli, 2008).

O objetivo geral desta dissertação foi o de analisar o processo de construção discursiva de identidades, para si próprios, realizadas por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), além de identificar os recursos retórico-discursivos utilizados nesse processo. Os objetivos específicos da pesquisa foram: identificar, em seus relatos, as identidades construídas pelos usuários do CAPS; identificar os discursos que fazem parte do conteúdo dessas identidades, procurando verificar se tanto os discursos que promovem a estigmatização quanto os discursos emancipatórios estão presentes nesse conteúdo identitário; verificar se determinadas identidades aparecem nos relatos desses usuários associadas a sofrimento psíquico e a processos de resistência.

O capítulo 2 intitulado “Loucura: dos sistemas de exclusão à Reforma Psiquiátrica” traz a discussão sobre as formas de categorização da loucura ao longo da história e sobre os sistemas de exclusão que expatriaram a loucura do convívio social, bem como explicita o processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro, com enfoque à cidade de Campina Grande, Paraíba, local de realização desta pesquisa.

O capítulo 3 “Discurso e Identidade” discute os dois conceitos centrais deste estudo, discurso e identidade, inseridos em seus respectivos quadros teóricos. São trazidas discussões sobre os conceitos de identidade e posições de sujeito, com ênfase na teoria do discurso de Laclau e Mouffe e na Psicologia Social Discursiva (Billig, 2008; Iniguez, 2004a; 2004b; Oliveira Filho, 2013; Potter, 1998; Potter & Wetherell, 1987; Wetherell, 1998; Wetherell & Potter, 1988).

O capítulo 4 “Procedimentos Metodológicos” traz minuciosamente os procedimentos metodológicos realizados durante a realização da pesquisa, como a abordagem e o tipo de pesquisa utilizada, os procedimentos, as técnicas e os instrumentos de coleta de dados, a análise dos dados e os aspectos éticos.

O capítulo 5 “Resultados e Discussão” discute os resultados obtidos com o estudo: os conteúdos identitários produzidos discursivamente pelos usuários do CAPS, os quais foram organizados em seis categorias: doente mental, cristão, a posição de sujeito moral, empoderados e emancipados, sofredor e negação da loucura, que são discutidas em tópicos específicos.

No capítulo 6, “Considerações e Caminhos possíveis”, são trazidas reflexões e inquietações sobre temas que surgiram a partir da análise dos resultados da pesquisa, como a medicalização e a desinstitucionalização.

2 LOUCURA: DOS SISTEMAS DE EXCLUSÃO À REFORMA PSIQUIÁTRICA

Ao analisar a arqueologia das categorizações da loucura historicamente, percebe-se a importância da cultura no processo de formulação de identidades e valoração de diferenças. Desse modo, as categorizações seriam projeções de temas culturais em determinados contextos sociais e históricos. Foucault (2008) ao considerar a loucura como sendo uma manifestação que sempre esteve presente na sociedade, questiona qual haveria sido a contingência que possibilitou que a cultura quisesse expatriar o louco da vida cotidiana.

Avaliando brevemente os processos de exclusão sofridos pelo louco, percebe-se que, antes de ser classificada como doença mental, a loucura já havia sido retratada como imposição divina, ilusão/ erro relativo à percepção do mundo, na Antiguidade; e como possessão demoníaca na Idade Média, quando foi iniciado o seu afastamento, com a “Nau dos Loucos” (Foucault, 2013a; Pessoti, 1994).

2.1 Os nomes da loucura

As poesias heróicas e textos trágicos, representados pela obra de Sófocles e pelas peças de Eurípides, datados do século V a. C., retratam a loucura enquanto uma manifestação natural da vida humana, uma contingência do homem comum. Com o decorrer do tempo, o episódio dramático de loucura passou a ser considerado “sofrimento, distorção do pensamento, descontrole da paixão” (Pessoti, 1999, p. 16), tornando-se um estado anormal e patológico.

A loucura passa a ser descrita com o uso de duas categorias: mania e loucura triste; as quais, posteriormente, passam a ser denominadas de mania (ou furor insano) e desvario triste.

Nesse sentido, Isaías Pessoti fala sobre a relação da categorização da loucura com o saber médico:

A parcimônia da terminologia antiga não se deve, portanto, a alguma ligeireza de quem se achega ao problema da loucura com olhar de literato ou dramaturgo, ofuscado pelo que o delírio possa ter de drama, seja existencial ou social. Nas tragédias, a natureza doentia da loucura, com seu cortejo de danos para a vida pessoal e social dos personagens alienados, não deixa dúvidas sobre a importância vital que se lhe dava nem sobre o cuidado do que se punha em precisar matrizes afetivos, comportamentais ou até orgânicos de cada caso de loucura. Decerto, pode-se pensar, a simplicidade da classificação antiga se deve à natureza não médica dos escritos que então versavam sobre insanidade mental. O argumento vale, talvez, para os textos épicos e trágicos. Mas nos escritos da medicina antiga ou do período greco-romano é frequente encontrar apenas as duas grandes classes ou gêneros, seculares: loucura furiosa ou mania e loucura triste, ou melancolia (depois de Hipócrates). Não obstante, antes do século XVIII, a medicina da loucura não deixou de evoluir, seja como saber doutrinário, seja como atividade diagnóstico-clínica. Assim, parece infundado pensar que a escassez ou proliferação de categorias para classificar (e definir) formas de loucura corresponde diretamente a níveis de evolução do saber médico (Pessoti, 1999, pp. 16-17).

Para Isaías Pessoti (1999) as categorizações trazidas por Hipócrates foram suficientes para descrever as manifestações da loucura que foram apresentadas naquela época. Hipócrates, conhecido como o pai da medicina moderna, criticava a definição da loucura enquanto manifestação divina e, conseqüentemente, rejeitou as categorizações utilizadas, haja vista que cada forma de loucura se relacionava com um deus que era o responsável pelo episódio. Para Hipócrates, o discurso mitológico religioso servia para enganar os homens e era inadmissível utilizá-lo no contexto médico.

De acordo com Hipócrates, a loucura teria uma classificação etiológica e estaria relacionada com os humores (os sintomas variavam conforme o tipo de humor que fosse

afetado) e com o estado anômalo do encéfalo, os quais facilitariam o diagnóstico. Desse modo, segundo a classificação hipocrática, a loucura se dividia em mania: loucura tranquila e loucura agitada; melancolia: loucura triste; e frenite: delírio com febre (Pessoti, 1999).

Platão inaugura o critério etiológico filosófico na classificação da loucura. Platão acreditava que o homem possuía três almas: *logos*, localizada no encéfalo e voltada para as funções racionais; *thumoeides*, localizada no coração e voltada para as funções afetivas e espirituais; e *epithumetikon*, localizada nas vísceras e voltada para as funções aperitivas e para as paixões (Pessoti, 1999).

A loucura, para Platão, é o desvio da harmonia desse sistema das três almas. A vida mental normal é a racionalidade do sistema. No homem normal, a alma racional deve seguir rigorosamente a lógica, enquanto a parte apetitiva da *psique* deve ser instintiva e a *thumoeides* deve se ocupar da percepção e do conhecimento concreto. Qualquer desvio dessas funções específicas é a desordem mental, a loucura. Entre a alma racional e a instintiva ou animal, a *thumoeides* oscila, mediando as contradições entre as duas outras almas. Noutros termos, é a ela, ligada à realidade concreta, que cabe conciliar razão e instinto, ou oscilar entre a racionalidade e a paixão. Como aliada de uma, ou de outra das demais almas, segundo o pensamento de Platão (Pessoti, 1999, pp. 22-23).

Na classificação de Platão haviam duas formas de loucura, a mania de origem terrestre: a loucura humana, relacionada ao espírito e pelo desequilíbrio do corpo; e a mania de origem divina, que era subdividida em profética, ritual/extático, poética e erótica. Assim, nota-se que a manifestação da loucura teria relação com os humores e a parte da alma que é atingida pelo humor (Pelbart, 1989; Pessoti, 1994; 1999).

Galeno adota a ideia das três almas trazida por Platão e acredita que cada uma possui uma localização e função específica. Para Galeno, não existia apenas uma forma de relação entre cada humor e cada faculdade da alma, e ele também traz o conceito de *pneuma*, uma

espécie de fluido, uma substância volátil. No tocante à localização das almas, a racional teria como sede o cérebro; a irascível, o coração; e a concupiscível, o fígado. Desse modo, cada alma atuaria a partir de um pneuma: *psychicon*, *zóticon* e *physicon*, e ao afetar a alma racional a loucura se manifestaria (Pessoti, 1999).

A categorização de Galeno dividia a loucura em lesões da imaginação, lesões da razão, lesões da memória e lesões simultâneas. As lesões da imaginação se subdividiam em abolição (*carus* e *catalepsia*), enfraquecimento (*coma* e *letargia*) e perversão (*delírios*). Já as lesões da razão se dividiam em abolição (*demência*), enfraquecimento (*estupidez* e *imbecilidade*) e perversão (*delírio*) (Pessoti, 1999).

As lesões da memória são classificadas como abolição (*amnésia*), enquanto que as lesões simultâneas (razão e imaginação) se classificam em abolição ou enfraquecimento como *amnésia*, *estupidez* e *imbecilidade*, e em perversão como *delírios*. Quanto aos *delírios* eles podem ser *piréticos* e *apiréticos*, e estes se dividem em *maníacos* (*alegre*, *furioso* e *homicida*) e *melancólicos* (*cerebral* e *hipocondríaca*). A partir da categorização da loucura realizada por Galeno percebe-se a sua associação com a *desrazão* (Pessoti, 1999).

A concepção demonista acerca da loucura retorna na Idade Média e tem como base os pensamentos de Agostinho e de Tomás de Aquino. Conceitos metafísicos, como o da *possessão demoníaca*, passam a nortear a forma de categorizar a loucura. De acordo com Pessoti (1999, p. 31), “qualquer classificação de espécies de loucura se reduz, então, a uma lista dos diferentes modos de atuação do demônio sobre o conhecimento e a vida afetiva”.

No Renascimento, época marcada pela existência de seres imaginários tenebrosos e pelo diabo, houve o surgimento de um objeto que marcou a história da loucura: a *Narrenschiff*, a “*Nau dos Loucos*”. Tais navios percorriam os rios do norte e leste europeus levando pessoas consideradas loucas, e aportavam esses sujeitos nos lugares em que paravam. As *Narrenschiff* eram “*naus de peregrinação*, navios altamente simbólicos de insanos em

busca da razão” (Foucault, 2013a, p. 10). Naquela época, além dos loucos serem colocados em barcos, eles também foram perseguidos, expulsos das cidades a bastonadas e chicoteados nas praças. Entretanto, Foucault (2013a) ressalta que algumas cidades não expulsaram os loucos, mas os “acolheram” e os colocaram em prisões.

Com relação ao surgimento dos primeiros estabelecimentos para os loucos, eles datam do século XV, entretanto foi apenas no século XVII que eles passaram a ser retirados do convívio social, juntamente com as categorias consideradas descartáveis da sociedade, como os libertinos e criminosos, o que resultou na categorização do louco como perigoso e na associação da loucura com as culpas morais e sociais (Desviat, 2015; Foucault, 2008; 2013a).

O enclausuramento produziu a loucura como um desvio moral e invisibilizou categorias de pessoas. O liame de todos os internados era a incapacidade produtiva, e, desta forma, a Grande Internação constituiu uma reestruturação do espaço social (Desviat, 2015; Foucault, 2008; 2013a).

De acordo com Foucault (2013a, pp. 49-50), “o Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa”. Segundo o autor, o aprisionamento tem significados que repercutem na esfera política, moral, social, religiosa e econômica.

Na metade do século XVIII, surgiu a defesa do fim do internamento em virtude de contrariar os ideais iluministas e os princípios da revolução francesa. Tal contexto exigiu uma regularização da situação dos internados, entretanto, a impossibilidade de reconhecimento e cumprimento do contrato social pelos loucos se constituiu como justificativa para o mantimento da segregação dos sujeitos desprovidos de razão (Foucault, 2008; Tenório, 2001).

Assim, houve a atribuição do caráter médico às casas de internamento, as quais passaram a ser exclusivas para os loucos. Desse modo, a impressão de um sentido terapêutico

aos asilos permitiu o surgimento do conceito de doença mental e o nascimento da psiquiatria: “Foi o asilo, portanto, que deu à psiquiatria o campo que delimita sua prática, seu saber e seu objeto” (Tenório, 2001, p. 22).

Nesse contexto, a razão passou a nortear e reger todas as relações sociais, excluindo aqueles que estão inscritos no universo da desrazão, os loucos (Tenório, 2001), sendo a internação legitimada por ser necessária ao restabelecimento da razão. O tratamento moral proposto por Pinel restituiria ao homem a liberdade que havia sido retirada pela alienação. Desse modo, Pinel estabelece o tratamento moral como o primeiro modelo terapêutico e institui a noção de alienação mental, que significa que o sujeito estava fora da realidade e de suas vontades (Pessoti, 1996).

Para Pinel a loucura seria uma forma de alienação mental e se dividiria em: mania (delírio geral com ou sem furor) e mania racionante (sem delírio); melancolia (delírio parcial); demência e idiotia (Pessoti, 1999). Importante salientar que a ideia de alienação mental propiciou o surgimento da noção de periculosidade e contribuiu na produção de medo e discriminação (Amarante, 2007; Desviat, 2015).

Segundo Amarante (2015a, p. 24), “a caracterização do louco, enquanto personagem representante de risco e periculosidade social, inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional”.

No tocante ao tratamento de Pinel, a justificativa do isolamento do sujeito se dava em virtude de isolar a alienação em seu estado puro; o tratamento moral visava afastar os delírios e ilusões, além de chamar a consciência à realidade; e o trabalho terapêutico tinha como objetivo reeducar as mentes desregradas e as paixões incontroláveis. O tratamento moral se baseava em quatro premissas, a saber: silêncio institucional do alienado, o seu julgamento perpétuo, a ridicularização de sua loucura e a autoridade máxima do médico quanto ao saber sobre a loucura (Amarante, 2007; Foucault, 2013a; Desviat, 2015; Pessoti, 1996).

O alienado não era detentor da cidadania, pois a razão era requisito para ser um cidadão. Assim, as funções do asilo eram: garantir a segurança pessoal do alienado e de seus familiares; a libertação das influências externas; a superação das resistências pessoais; a submissão a um regime médico; e a imposição de hábitos intelectuais e morais (Amarante, 2007; Desviat, 2015).

Dessa forma, nota-se que o discurso psiquiátrico legitimou a loucura como doença, levando-a ao domínio científico, fazendo do louco o seu objeto. A Psiquiatria passou a centrar o seu saber na doença e não no sujeito. Assim, “a loucura separou-se do campo geral da exclusão para se converter em uma entidade clínica que era preciso descrever, mas também atender em termos médicos, buscando sua cura” (Desviat, 2015, p. 23).

2.2 Sistemas de exclusão da loucura

O discurso, para Foucault, deve ser tratado enquanto poder, levando em consideração a sua relação com o controle, coerção e exclusão social. Nesse sentido, os discursos que perpetuaram a exclusão podem ser considerados exercícios de mecanismos de poder, os quais têm como um dos efeitos a normatização (Foucault, 2014).

Em “A Ordem do Discurso”, Foucault relata que os discursos são controlados, selecionados e organizados. Para Foucault (2014), uma sociedade excludente como a nossa usa o discurso como exercício privilegiado de poder, como no caso das interdições. Além das interdições, há na sociedade outro princípio de exclusão, que se baseia na relação entre razão e loucura, que teve como efeito a não aceitação da palavra do louco.

Os sistemas de exclusão tiveram apoios institucionais, dos quais os discursos emergiam e se propagavam. Os sistemas que atingiram os discursos foram: a palavra proibida, a segregação da loucura e a vontade de verdade. A palavra proibida se manifestou na ordem

do controle dos discursos, a segregação se apresentou com a separação dos que eram categorizados como loucos, e a vontade de verdade se apresentou por meio da busca do discurso verdadeiro que promoveu a exclusão de sujeitos ao justificar a interdição e definir a loucura (Foucault, 2014).

Percebe-se a relação embrionária entre o discurso e o poder, uma vez que o discurso não apenas reflete o poder, mas ele se constitui o próprio poder (Foucault, 2014). Ao analisar os discursos médicos e jurídicos acerca da loucura, que possuem valor de verdade, nota-se uma tentativa de normatizar condutas e moldar sujeitos, e uma exclusão dos que não se encaixam nos padrões que eles estabelecem.

O discurso médico-psiquiátrico, ao mesmo tempo em que considera a doença mental um objeto de intervenção, “a exclui ao colocá-la no campo da desrazão, ao propor tratamentos que visam controlá-la e transformá-la no que está instituído como sendo normalidade” (Bernardes & Guareschi, 2013, p. 167).

Segundo Machado, Loureiro, Luz e Muricy (1978), o discurso médico-psiquiátrico atinge o corpo concreto através de estratégias de normalização, que são as técnicas médico-políticas de controle, legitimadas e respaldadas pelo aparelho estatal, as quais são aplicadas nos hospitais psiquiátricos.

É importante considerar, na problematização da exclusão da loucura, “as relações estabelecidas entre instituições, processos econômicos e sociais, formas de comportamentos, sistemas de normas, técnicas, tipos de classificação, modos de caracterização que o tornam possível” (Foucault, 1987, p. 51).

Para Foucault (2015), as relações entre o louco e o médico dentro de um hospital psiquiátrico constituem e são constituídas pelos discursos. Assim, o louco se torna objeto do saber do discurso médico científico, e a partir do poder deste discurso, o hospital psiquiátrico se afirma como um lugar institucional que legitima a expulsão do louco do convívio social.

O discurso médico-psiquiátrico transforma o hospital em um lugar de “saúde” e em um lugar do “saber médico” (Machado, Loureiro, Luz & Muricy, 1978). Entretanto, os hospitais psiquiátricos são considerados por Basaglia (1985) como uma das instituições da violência, palcos de relações de poder e de opressão, os quais justificam o uso da violência e da exclusão, amparados pela existência da “doença”.

A psiquiatria (e o seu discurso científico) desprezou a subjetividade dos loucos, os quais foram “reificados perante a única subjetividade salvaguardada: a do médico. Porém, será que ao negar institucionalmente a subjetividade do louco seria possível curá-lo, restaurando assim sua subjetividade?” (Venturini, 2016, p. 77).

Nesse sentido, o discurso médico-psiquiátrico reduziu o sujeito a uma doença e declarou falsa a sua identidade ao utilizar categorias de inclusão e exclusão, sendo o seu reconhecimento o reflexo de conteúdos sociais (Machado *et. al.*, 1978; Venturini, 2016).

Segundo Venturini (2016, p. 99), “a imagem da loucura mudou segundo as mudanças históricas da razão, porém, o que jamais mudou foi a relação conflituosa de exclusão/complementaridade entre a não razão e o sistema de valores éticos, afetivos e religiosos, definidos como categorias da normalidade”.

2.3 Reforma Psiquiátrica Brasileira

A fim de compreender os discursos e as práticas da psiquiatria no Brasil é necessário fazer uma análise histórica do contexto brasileiro. De tal modo, ao analisar o processo de asilamento no Brasil, percebe-se que só foi a partir da chegada da família real que “a loucura vem a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado” (Amarante, 2014, p. 74). Nesse sentido, as transformações econômicas atreladas ao desenvolvimento das cidades necessitaram de medidas de controle social, a fim de reorganizar o espaço urbano.

Assim, em 1830, representantes da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro fizeram um levantamento acerca dos loucos que transitavam nos espaços urbanos da cidade, que passaram a ser considerados “doentes mentais”, que precisavam de um lugar para ser tratados. O médico Cruz Jobim, relator da Comissão, torna a loucura objeto da medicina e reivindica “um hospício para os loucos!”. Entretanto, da mesma forma como ocorreu na Grande Internação européia, os loucos são “os miseráveis, os marginais, os pobres, (...), os camponeses, os desempregados, índios, negros, “degenerados”, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes, que (...) padecem de algo que se convencionou englobar sobre o título de doença mental” (Amarante, 2014, p. 75).

A criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852, marca o início da assistência às pessoas com sofrimento psíquico no Brasil. Fundado em virtude do Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841, o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro visava o “tratamento de alienados”, e funcionava juntamente ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia. Essa fundação foi criticada pelos médicos, tendo em vista a sua relação com uma instituição de caridade, que fazia com que as “terapêuticas” propostas pelo saber médico-psiquiátrico para a alienação mental não fossem seguidas (Amarante, 2012; 2014).

Com a proclamação da república, o Hospício Pedro II deixou de ter o caráter assistencial e passou a constituir um campo do saber médico: a Assistência Médico-Legal aos alienados. A partir desse período ocorreu a criação de colônias, como as Colônias de São Bebito, de Conde de Mesquita, Colônias de Juqueri e Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, para os sujeitos que se encontravam em sofrimento psíquico, que eram locais de segregação e exclusão social. O objetivo das colônias seria o de “fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como consequência, passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar” (Amarante, 2014, p. 76).

Juliano Moreira, conhecido como o mestre da psiquiatria brasileira, dirigiu, do período de 1903 a 1930, a Assistência Médico-Legal aos alienados, e o biologicismo da escola psiquiátrica alemã passou a centrar a forma de lidar com o sofrimento psíquico. Em 1923 foi fundada a Liga Brasileira de Saúde Mental, a qual defendia um maior controle de intervenção estatal, marcada por práticas eugênicas e normalizadoras (Amarante, 2014).

A década de 30 foi marcada pelo uso de choques insulínicos e cardiazólicos, pela eletroconvulsoterapia e pela lobotomia. Na década de 40 ocorreu a ampliação de hospícios e de instalações de centros cirúrgicos para a realização das cirurgias de lobotomia. A chegada dos neurolépticos ocorreu nos anos 50 e gerou uma medicalização social.

Cumprir observar que o furor farmacológico dos psiquiatras dá origem a uma postura no uso dos medicamentos que nem sempre é “tecnicamente orientada”, muita das vezes utilizados apenas em decorrência da pressão da propaganda industrial, muitas das vezes por ignorância quanto aos seus efeitos ou às suas limitações, quando não como mecanismo de repressão e violência, ou, ainda, como no caso dos manicômios, com o fito de tornar a internação mais tolerável e os enfermos mais dóceis (Amarante, 2014, p. 79).

Na década de 60, com o aumento dos leitos psiquiátricos que aconteceu a partir da privatização da Assistência Médica houve a “indústria da loucura” (Amarante, 2012; Pitta, 2011). “A doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre, assim, um enorme aumento do número e vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos” (Amarante, 2014, pp. 79-80).

A partir da década de 70, o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira se inicia, mantendo forte aproximação com o movimento sanitário, que visava a democratização da saúde e teve a participação de diversas conjunturas sociais, como o movimento estudantil, a

academia, o movimento médico e o movimento de demais profissionais da saúde, o movimento popular, o movimento sindical e projetos institucionais (Brasil, 2005; Escorel, 2012; Paim & Almeida, 2014; Pitta, 2011).

Em 1978, três médicos, dentre eles Paulo Amarante, denunciaram as violações de direitos que ocorriam nos hospitais psiquiátricos que faziam parte da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), e foram demitidos após a realização da denúncia. Nesse ínterim, 260 profissionais dos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro foram demitidos, e a “crise de Dinsam” contribuiu para a organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que foi o primeiro movimento social brasileiro na área de saúde mental (Amarante, 2012).

O MTSM visava a transformação da assistência psiquiátrica e pensava na construção de alternativas baseadas na desospitalização, assumindo uma posição crítica ao saber psiquiátrico (Amarante, 2016). Para Amarante (2012, p. 638), a partir da criação do MTSM, houve o início de “um processo de reflexão crítica sobre a natureza e o estatuto epistemológico do saber psiquiátrico, da função social da psiquiatria como estratégia de repressão e ordem social e quanto ao caráter de instituição total dos hospitais psiquiátricos”.

A expansão do MTSM, a constituição das Comissões de Saúde Mental em vários estados brasileiros, a realização do I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições e do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, ocorridos durante 1978, contribuíram para o debate sobre o panorama do modelo assistencial psiquiátrico brasileiro e representaram o início do processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro. A visita de Franco Basaglia, médico psiquiatra militante da reforma psiquiátrica italiana, e a sua relação com os sindicatos, associações, academias e com os ativistas do MTSM fez com que ele tivesse uma participação primordial na reforma brasileira (Amarante, 2012; Pitta, 2011).

No ano de 1979, foram realizados o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, o I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que contou com a presença de Franco Basaglia. Nessa oportunidade, Basaglia visitou o Hospital Colônia de Barbacena, localizado naquele estado, e denunciou a assistência lá realizada e a violação aos direitos humanos, comparando o hospital a um campo de concentração nazista (Amarante, 2012).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), realizada em 1987, teve como alguns de seus temas: economia, sociedade e Estado, impactos sobre a saúde e a doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. As discussões realizadas nesse evento fizeram com que a criação de uma nova legislação fosse pauta para o movimento da reforma (Amarante, 2012).

No mesmo ano ocorreu o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que introduziu o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, o qual surgiu a partir da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, além de definir o Dia Nacional da Luta Antimanicomial para o dia 18 de maio. Esse evento permitiu uma composição plural dos participantes, formadas também por usuários e familiares, que visavam uma transformação social e não tão somente a mudança do modelo assistencial psiquiátrico, com discussões acerca da saúde mental. Assim, o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, inspirou a transformação do nome do MTSM, em 1993, que passou a ser denominado como o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) (Amarante, 2012; Brasil, 2005; Pitta, 2011).

Em 1987 também houve a criação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira na cidade de São Paulo, que se tornou referência nas políticas de saúde mental e no processo de reforma psiquiátrica, sendo considerado o marco inaugural dentro da

linha de cuidado em clínica ampliada articulada com o território (Amarante, 2012; Pitta, 2011).

Com a promulgação da nova Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito de todos e dever do estado, e o modelo de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi implantado a partir da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 1990), sendo orientado por diversos princípios, a saber: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, integralidade da assistência, participação da comunidade, descentralização político-administrativa. O SUS representa uma tentativa de superação das desigualdades em saúde, levando em consideração o fato de que a saúde é um direito de cidadania de todos (Noronha, Lima & Machado, 2012).

Em virtude do princípio da descentralização político-administrativa, em 1989 ocorreu uma intervenção a um hospital psiquiátrico que era conveniado ao SUS, a Clínica Anchieta, realizada pela Prefeitura de Santos, em virtude de violências e violações de direitos, que fez com que o “tratamento” da loucura no Brasil fosse questionado. Tal fato fez com que o hospital psiquiátrico fosse entendido como “uma instituição de violência e segregação” que desencadeou a necessidade de “desconstruir o manicômio” (Amarante, 2012, p. 642).

Essa transformação política e ideológica do pensamento sobre o cuidado dos sujeitos que estão em sofrimento psíquico fez com que houvesse a construção de uma rede de serviços, dispositivos e estratégias que substituíram o hospital psiquiátrico. Assim, dentre esses serviços substitutivos foram criados: Núcleos de Atenção Psicossocial, serviço de emergência psiquiátrica no Hospital Geral, uma residência para as pessoas que estavam no hospital psiquiátrico, mas não tinham lugar e/ou condições para morar; cooperativa de trabalho para os usuários, o Centro de Valorização da Criança; e o Projeto Tam Tam (Amarante, 2015b). No início dos anos 90 em São Paulo, verificamos outros serviços

substitutivos, a saber: centros de convivência, hospitais-dia e programas de atenção psicossocial e inclusão (Amarante, 2012).

Em 2001 ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental que significou o fortalecimento do movimento da reforma psiquiátrica nacional. Em 2002 houve a instituição do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) que reduziu a quantidade dos leitos psiquiátricos e redefiniu as diretrizes que regulam as internações psiquiátricas. Vale destacar ainda o surgimento das residências terapêuticas e do programa “De Volta para Casa” que se preocupam com a situação dos egressos dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005).

Além da criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), haviam sido criados Núcleos de Atenção e Promoção à Saúde (NAPS) e Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM). A portaria nº 336 de 2002 regulamentou os serviços de atenção psicossocial, estabelecidos pelas portarias nº 189 e 224, de 1991 e 1992, respectivamente, e todos os serviços passaram a ser chamados de CAPS (Amarante, 2012).

A lei da Reforma Psiquiátrica, lei nº 10.216/2001, representou uma conquista da luta antimanicomial e regulamenta os direitos e a proteção dos sujeitos que estão em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001). Vale ressaltar que o projeto de lei nº 3.657/89 que versava sobre a extinção gradual dos hospitais psiquiátricos, apresentado pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG), deu origem à lei aprovada em 06 de abril de 2001.

Desse modo, percebe-se que a partir da Reforma Psiquiátrica ocorre uma transformação acerca do pensamento do sofrimento mental, que passa a ter como foco o sujeito e não mais a doença, tentando romper com os estigmas da periculosidade e da incapacidade, visando a transformação das relações sociais com os sujeitos em sofrimento psíquico (Amarante, 2015a; Tenório, 2001; Severo & Dimenstein, 2009).

2.4 A loucura e a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande

Com o advento da modernização na cidade de Campina Grande, houve a necessidade de adequar o seu espaço para permitir o desenvolvimento, e para isso, houve a necessidade de reestruturar o espaço urbano, com o exemplo da transferência da localização do cemitério e da cadeia, que estavam em bairros centrais para o bairro denominado Monte Santo, haja vista que no cemitério estavam os mortos, os excluídos da vida, e na cadeia estavam os “delinquentes”, os excluídos sociais. Desse modo, “o centro da cidade estava livre desses “dejetos sociais” que teimavam em embaçar a visão moderna e o brio da nova urbe” (Brito, 2011, p. 49).

Nesse sentido, outros atores que representaram ameaça à racionalidade e aos interesses higienistas e civilizatórios almejados pela sociedade campinense, como os loucos, os mendigos, os criminosos e os animais, tiveram justificados os seus encaminhamentos para espaços de segregação e exclusão: os asilos (hospitais psiquiátricos) e a prisão.

(...) apoiados na lógica da separação entre racional e irracional, ou civilizado e selvagem, os discursos em torno da loucura começaram a se redefinir. O louco passou a ser visto como um sujeito que necessitava de cuidados próprios, pois ele não era considerado igual aos demais e terminava por barrar a trilha da modernização da cidade. Neste momento, o discurso médico científico encontrou um terreno fértil na cidade, para impor a sua ordem e se apossar da loucura (Brito, 2011, p. 49).

Em 7 de setembro 1932 é inaugurado o Hospital Pedro I, que legitima as práticas e o saber médico, que vinham se fortalecendo desde a década de 20, bem como representa um símbolo do progresso e da modernidade. Assim, o nascimento do Hospital Pedro I é marcado como um “espaço privilegiado para observação, esquadrinhamento, disciplinarização e intervenção dos corpos doentes e das vidas das pessoas” (Brito, 2011, p. 50).

No tocante aos tidos como loucos, havia uma preocupação com relação aos seus corpos, o que justificava a sua transferência para instituições de outras cidades, como a colônia Juliano Moreira, localizada em João Pessoa, capital paraibana, e para o Hospício de Visitação de Santa Isabel, localizada em Recife, capital pernambucana (Brito, 2011).

A consolidação da Medicina e o surgimento da Psiquiatria em Campina Grande fizeram com que houvesse a necessidade de separação entre os ditos loucos e os ditos normais, a fim de que o processo civilizatório da modernização alcançasse aquela localidade. De acordo com Brito (2011, p. 52), “o espetáculo médico campinense já havia constituído alguns de seus personagens, possuía uma linguagem própria e um palco onde os médicos atuavam e ganhavam visibilidade. Restava ser instaurado (...) um espaço onde os tentáculos da psiquiatria pudessem se apossar da loucura”.

Nesse contexto, o primórdio da assistência psiquiátrica na cidade de Campina Grande é marcado pelo modelo asilar, com o surgimento de dois hospitais psiquiátricos: o Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional – ICANERF, conhecido como Hospital Dr. João Ribeiro, em 7 de setembro de 1963; e o Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande, a Clínica Dr. Maia, em 1966. O surgimento do ICANERF esteve “envolto em um discurso de inovação e modernização para uma cidade em que o progresso e o desenvolvimento científico se constituíam como as palavras de ordem” (Brito, 2011, p. 53).

Ao tratar o processo de asilamento brasileiro, vimos que a ditadura militar promoveu a “industrialização da loucura”, tendo esse mesmo panorama nacional sido refletido na sociedade campinense e os hospitais psiquiátricos representaram espaços de segregação, exclusão e violação de direitos.

Nesses serviços, a assistência oferecida era medicalizante, segregadora e curativista, constituindo, dessa forma, verdadeiros depósitos de indivíduos, pois os familiares transferiam por muitos anos, toda a responsabilidade pelos pacientes às instituições.

(...) A Secretaria de Saúde excepcionalmente transferia mais de R\$ 200 mil mensais para os dois hospitais privados, para que estes internassem ou hospedassem pacientes, livrando famílias do incômodo de conviver com pessoas em sofrimento psíquico. As pessoas eram trancafiadas, submetidas às condições de vida subumanas, chegando a dormir em camas sem colchão, privadas de alimentação adequada e alvo de supermedicação, com tratamentos que incluíam choques elétricos, dentre outros (Azevedo, 2010, p. 34).

O processo de Reforma Psiquiátrica na cidade de Campina Grande teve o seu fortalecimento a partir da Intervenção Federal, ocorrida no ano de 2005, no Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional – ICANERF, que culminou com o seu fechamento e com a criação de uma rede de serviços substitutivos. Entretanto, é importante compreender o panorama e os percursos da Saúde Mental neste município que propiciou a realização da intervenção e a construção da rede de saúde mental.

No ano de 1983 ocorreu a III Jornada de Psiquiatria que teve como discussão a Política de Saúde Mental e a Assistência Psiquiátrica. Em 1990 houve a criação do Núcleo de Assistência Psiquiátrica – NAP, que tinha como finalidade o acompanhamento e atendimento dos egressos dos hospitais psiquiátricos. A I e a II Conferência Municipal de Saúde ocorreram nos anos de 1991 e 1996, respectivamente, cujos debates trouxeram a necessidade da reformulação dos serviços de saúde mental, a partir dos paradigmas reformistas (Azevedo, 2010).

Em 1994, o Programa de Saúde da Família foi implantado em cinco equipes da rede de atenção básica à saúde, e a equipe do bairro do Pedregal preconizou como estratégia de cuidado a saúde mental. Conforme Azevedo (2010, p. 35):

Na época, a equipe assumiu o desafio de conduzir uma experiência pioneira de grupos terapêuticos comunitários, cujo objetivo foi promover a saúde mental na atenção básica, reduzir o número de internações psiquiátricas, facilitar o convívio social,

viabilizar os direitos de cidadania, dentre outros. O grupo de saúde mental formado pela citada equipe foi denominado Casa da Ciranda. Esta prática resgatou a autoestima, o significado da dança, da alegria, da criatividade e do crescimento dos usuários. Possibilitou também a inclusão familiar das pessoas em sofrimento psíquico, diminuindo em 98% as internações em hospitais psiquiátricos.

No ano de 1998, a portaria do Ministério da Saúde nº 2.801 torna o município de Campina Grande Gestor Pleno de Sistema pela Norma Operacional Básica – 1996, que o faz possuir autonomia na gestão dos serviços da saúde. A III Conferência Municipal de Saúde ocorreu em 2000 e aprovou a criação do Centro de Convivência para pessoas em sofrimento psíquico, e em 2002 fora promulgada a Lei nº 4.068/02, a Lei Municipal de Saúde Mental (Azevedo, 2010).

A lei publicada em 30 de dezembro de 2002 fixou diretrizes para a saúde mental no município de Campina Grande, tratou sobre a promoção de saúde e sobre a reintegração social do “portador” de sofrimento mental, bem como determinou a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

O Fórum Permanente de Discussão em Saúde Mental e o I Encontro Regional sobre a Reforma Psiquiátrica: construindo o cuidado e ampliando o acesso à saúde mental, que teve como participantes os estados do Rio Grande do Norte e Pernambuco, foram importantes para a discussão e construção das novas formas de cuidado em saúde mental (Azevedo, 2010; Kinker, 2007).

Com relação à intervenção federal que culminou com o fechamento do ICANERF, é importante destacar que a avaliação dos hospitais psiquiátricos públicos e conveniados ao SUS ocorre anualmente através da análise de critérios estabelecidos pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar – PNASH/Psiquiatria, na qual são avaliados itens como estrutura física, limpeza, alimentação, recursos humanos, prontuários e projeto terapêutico (Brasil, 2002).

O ICANERF foi avaliado pelo PNASH/Psiquiatria como um dos dez piores hospitais psiquiátricos brasileiros, no ano de 2003, tendo sido reprovado sucessivas vezes em virtude de não atender as condições físicas, técnicas e administrativas exigidas, reprovações essas que resultaram no seu descredenciamento pelo SUS. Entretanto, o ICANERF continuou o seu funcionamento sem atender aos critérios exigidos, e, em 2004, o Ministério da Saúde decretou a intervenção federal naquela instituição, através de ação civil pública (Cirilo, 2006).

A Comissão Técnica de Avaliação e Acompanhamento do Processo de Reestruturação do ICANERF foi constituída com a finalidade de garantir a intervenção federal na instituição, além de possibilitar um novo modelo de assistência em saúde mental na cidade de Campina Grande. No tocante à assistência em saúde mental, a comissão técnica sugeriu ações para o “fortalecimento dos serviços já existentes (CAPS II e CAPS Ad), transformação do CAPS II em CAPS III, implantação das Residências Terapêuticas, estabelecimento de parcerias com o Programa Saúde da Família, realização de visitas regulares ao hospital por membros da comissão” (Cirilo, 2006, p. 58).

O Ministério da Saúde e a Gestão Municipal assumiram o ICANERF, mais conhecido popularmente como Hospital João Ribeiro, em 2005, através de determinação judicial, e o interventor, Fernando Sfair Kinker, tornou-se responsável por sua administração e gerenciamento, sendo iniciado um processo de construção de novas formas de cuidado.

Kinker (2007) em dissertação de mestrado intitulada *O lugar do manicômio: relato da experiência de desconstrução de um hospital psiquiátrico no interior do Nordeste*, trouxe a sua experiência da intervenção federal, construída a partir de um “diário de bordo”, escrito durante a sua permanência no ICANERF. Vale ressaltar que Kinker já havia participado da intervenção realizada na Casa de Saúde Anchieta, localizada em Santos/SP.

Kinker (2007) ressaltou o estado de abandono em que se encontrava o “calabouço da existência social” quando ele chegou ao hospital João Ribeiro. Era vigiado por “seguranças”,

os quais eram “vítimas do próprio controle que exerciam, que também os cronificava numa condição de objetos ou ferramentas de uma máquina institucional”, que “seguiram a delegação dos “doutores” da ciência psiquiátrica” (p.15).

Grades, ausência de colchões e vasos sanitários, falta de água e iluminação, inexistência de materiais de higiene, alimentação precária, mesma medicação para todos os internos, contenção mecânica nos leitos, corpos nus, sarna e piolhos representam um pouco o cenário anterior à intervenção (Kinker, 2007).

A partir da intervenção, os sujeitos passaram a ter rotinas de higiene e cuidado com o corpo, alimentação nutritiva com a introdução de frutas, houve a substituição das “portas de ferro pelo corpo físico, a vigilância pelo acompanhamento, a violência pelo diálogo” (Kinker, 2007, p. 24).

Durante a intervenção, ocorreu um Processo Seletivo Simplificado que contou com o apoio da Universidade Estadual da Paraíba, do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal da Saúde de Recife, que aprovou 99 trabalhadores para ocuparem os cargos que surgiriam a partir da implantação do CAPS III, CAPSi, Emergência Psiquiátrica e Residências Terapêuticas (Cirilo, 2006).

Ao final do processo de intervenção, havia 65 internos dos 176, os quais foram transferidos para a Unidade de Referência em Saúde Mental, serviço criado provisoriamente até a implantação das residências terapêuticas. A transferência ocorreu um dia antes da devolução do hospital ao antigo administrador, apesar da resistência de alguns médicos que alegaram recorrer ao Conselho Regional de Medicina, tendo em vista que só eles poderiam autorizar a transferência dos que ali estavam internados (Kinker, 2007).

Desse modo, percebe-se que muitas dificuldades e resistências marcaram o processo de intervenção, o qual possibilitou a (re)construção de vínculos familiares e (re)inserção social de muitos internos, que retornaram ao lar e passaram a ser acompanhados no CAPS ou

PSF. O fim da intervenção e o descredenciamento do ICANERF com o SUS foi marcado pela realização do evento que teve como lema “Fechem as portas do hospício, abram as do coração”, que contou com a participação de ex internos e com o apoio da Cooperativa dos Artistas, que ocorreu na frente da Unidade de Referência em Saúde Mental (Kinker, 2007).

2. 5 A Rede de Atenção Psicossocial em Campina Grande

Melhor do que choque elétrico,

Calmante forte e prisão

Dêem aos nossos pacientes

Afeto e compreensão,

Fechem as portas dos hospícios

Abram as do coração

Manoel Monteiro

O surgimento de uma rede de atenção psicossocial em Campina Grande visava a construção de um novo lugar social para a loucura, que passou muitos anos restrito aos hospitais psiquiátricos. Desse modo, a rede de atenção aos sujeitos que se encontravam em sofrimento psíquico era constituída por dois hospitais psiquiátricos: o ICANERF e a Clínica Dr. Maia; e a um Núcleo de Atendimento Psiquiátrico – NAP, localizado no Hospital Universitário Alcydes Carneiro.

Brito (2011) ressalta a importância dos discursos midiáticos a partir de notícias veiculadas em jornais locais para a construção de espaços que iam propor o cuidado em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, além de demonstrar os hospitais

psiquiátricos como espaços de violação de direitos, ao veicular notícias sobre as inspeções do Ministério da Saúde e sobre as vivências de alguns egressos daquela instituição.

Os CAPS são serviços substitutivos que atendem sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico intenso e se dividem em modalidades, a saber: Caps I, criados em municípios que possuem entre 20 e 70 mil habitantes e atendem adultos; Caps II, funcionam em municípios que possuem de 70 a 200 mil habitantes e atendem adultos; Caps II-i, existem em municípios com mais de 200 mil habitantes e atendem crianças e adolescentes; Caps II-ad, criados em municípios com mais de 100 mil habitantes e atendem adultos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas; e os Caps III, em municípios com mais de 200 mil habitantes, recebem adultos e funciona 24 horas e realizam internações (Amarante, 2012).

Dentre as funções do CAPS, pode-se destacar a promoção de autonomia dos sujeitos através de ações de inclusão e integração social, de forma trans e multidisciplinar, através da base territorial e com a intersetorialidade. Importante ressaltar o papel da intersetorialidade, que vem a ser um dos princípios fundamentais da nova Política de Saúde Mental, a qual exige a articulação de trabalhadores e dos serviços que constituem a rede, que vai desde as políticas de saúde até a participação popular (Amarante, 2012).

O CAPS II Novos Tempos foi criado em 18 de dezembro de 2003 sendo o primeiro serviço substitutivo a ser inaugurado e constituiu um desafio ao transformar práticas hospitalocêntricas em práticas emancipatórias, com a realização de oficinas terapêuticas, atendimento médico, psicoterapias individuais e em grupos, acompanhamento de cada usuário por um técnico de referência e a construção de projeto terapêutico singular (Brito, 2011; Cirilo, 2006).

O “Domingo no CAPS” foi uma estratégia criada para proporcionar a reinserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico e para promover a interação com os seus familiares, com

os trabalhadores de saúde mental e com a comunidade. Ocorria a realização de oficinas, de atividades artísticas e culturais e exibição de filmes (Brito, 2011).

No processo de ampliação da rede de saúde mental houve a construção do CAPS ad, álcool e outras drogas, voltado aos sujeitos que se encontravam em sofrimento psíquico em decorrência do uso de álcool e outras drogas, que foi implantado em setembro de 2004, sendo o segundo serviço substitutivo a compor a rede de atenção em Campina Grande.

As residências terapêuticas surgiram para ofertar moradia aos sujeitos que passaram por longo período de internação no ICANERF e que não possuem vínculos familiares, além de proporcionar a reintegração social e a reabilitação psicossocial. As residências são compostas por até oito moradores e por um cuidador. Em 2005 foram implantadas as primeiras residências terapêuticas em Campina Grande, no mês de maio, mais especificamente no dia 18 (Dia Nacional da Luta Antimanicomial), foi inaugurada uma residência masculina e uma feminina, e no mês de agosto ocorreu a inauguração de outra residência feminina, bem como a aprovação de mais três residências (Azevedo, 2010; Cirilo, 2006; Kinker, 2007).

O Programa de Volta para Casa, regulamentado pela Lei nº 10.708/03, garante um auxílio reabilitação psicossocial que visa a inserção social, o qual beneficiou os egressos do ICANERF que passaram por um período de pelo menos dois anos sob internação, e no mês de agosto de 2005, 48 sujeitos foram cadastrados no programa, os quais abriram contas bancárias e fizeram documentos pessoais (Azevedo, 2010; Cirilo, 2006).

O CAPS III, conhecido como Reviver, fora inaugurado em 2005 e tem como público pessoas em sofrimento psíquico grave, severo, persistente e em crise, com funcionamento de 24 horas e com cinco leitos para internação. A emergência psiquiátrica do Hospital Municipal Dr. Edgley Maciel foi inaugurada no ano de 2005 e tinha como finalidade a assistência

durante a crise, que deve ocorrer de forma breve e pontual, tendo como objetivo a reintegração do usuário à sua família (Azevedo, 2010).

O CAPS i, conhecido como Viva Gente, foi inaugurado no ano de 2006, e destina-se ao acompanhamento terapêutico de crianças a partir de seis anos de idade e adolescentes em sofrimento psíquico severo e persistente, bem como de seus familiares. No mesmo ano, foi inaugurado o CAPS i, Centro Campinense de Intervenção Precoce, voltado ao acompanhamento de crianças, inicialmente prioritariamente com até sete anos de idade, com necessidades relacionadas ao desenvolvimento, mas hoje atende criança desde o nascimento até os quinze anos de idade (Azevedo, 2010).

O Centro de Convivência Cultural “Artes e Ofícios” fora inaugurado em junho de 2007 com o objetivo de promover a reabilitação psicossocial através de recursos artísticos e reinserção social, bem como visa a promoção da interlocução das unidades de saúde mental e outros serviços (Azevedo, 2010).

No ano de 2009 foram inaugurados dois CAPS I, localizados nos distritos sanitários de Galante, o Bem Viver, e São José da Mata, o Cuidar e viver, os quais referenciam três municípios, a saber: Fagundes, Puxinanã e Boa Vista. O CAPS I possui equipe interdisciplinar e oferecem atendimento à crianças, adolescentes e adultos em sofrimento psíquico, bem como usuários de álcool e outras drogas.

O último CAPS a ser inaugurado foi o CAPS ad III infanto-juvenil, que atende crianças e adolescentes entre dez e dezoito anos, os quais fazem uso de álcool e outras drogas. O CAPS ad III funciona 24 horas e em todos os dias da semana, bem como faz internações durante as crises. Importante ressaltar que no CAPS ad III ocorre o cumprimento de internações compulsórias geralmente relacionadas com medidas socioeducativas de adolescentes que entraram em conflito com a lei.

Atualmente a rede de atenção psicossocial de Campina Grande possui oito CAPS, sendo um CAPS ad álcool e outras drogas, um CAPS ad III infanto juvenil, dois CAPS I: o Bem Viver e o Cuidar e viver, um CAPS II: Novos Tempos, um CAPS III: Reviver e dois CAPSi: Viva Gente e Intervenção Precoce; um Centro de Convivência Cultural “Artes e Ofício”; seis Residências Terapêuticas, e uma unidade de emergência psiquiátrica no Hospital Municipal Dr. Edgley Maciel com 20 leitos especializados em saúde mental, sendo 12 leitos para adultos e 8 para crianças e adolescentes.

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande tem representado um processo complexo, movido a engajamento político e lutas, que tem como objetivo a abolição dos sistemas de exclusão que violaram direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico (Amarante, 2015a).

Os novos serviços e dispositivos foram construídos a fim de reconquistar os espaços do corpo social, visando a emancipação e a autonomia dos sujeitos (Rotelli, 1988; 2008). A reabilitação dos sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico só poderá ocorrer, segundo Basaglia (2010), a partir do reconhecimento dos processos de exclusão que ele sofreu e da tomada de consciência das identidades que lhes foram atribuídas.

3 DISCURSO E IDENTIDADE

Este estudo é orientado, teoricamente e metodologicamente, pela Psicologia Social Discursiva, (Billig, 2008; Iniguez, 2004a; 2004b; Oliveira Filho, 2013; Potter, 1998; Potter & Wetherell, 1987; Wetherell, 1998; Wetherell & Potter, 1988), uma perspectiva teórico-metodológica para a qual a linguagem e o discurso produzem, por meio de diferentes ações, os diferentes objetos que constituem a realidade social, dentre eles as identidades individuais e coletivas. Além da Psicologia Social Discursiva, outros autores, que teorizaram sobre a relação entre discurso e identidade em diferentes contextos sociais, orientarão teoricamente e metodologicamente este estudo (Jenkins, 2008; Laclau & Mouffe, 2015). Assim, este capítulo objetiva esclarecer, mobilizando as perspectivas teóricas supracitadas, o modo como estamos compreendendo neste estudo os conceitos de discurso e identidade.

3.1 Identidade

A identidade pode ser definida como sendo a compreensão acerca de quem somos e de quem são as outras pessoas, bem como a compreensão de outras pessoas sobre si mesmas e sobre os outros (Jenkins, 2008). O conceito de identidade compreende tanto a noção que o sujeito tem de si, que é construída a partir do seu próprio reconhecimento e do reconhecimento que os outros possuem dele (identidade individual), quanto o reconhecimento de aspectos semelhantes entre as pessoas (identidade coletiva).

As identidades surgem a partir do processo de reconhecimento de semelhanças e de diferenças, sendo resultados de acordos e desacordos, os quais estão em constante negociação, fazendo com que as identidades não sejam fixas. Nessas negociações, os sujeitos identificam-se e são identificados por outros, ao passo em que ocorrem diferenciações. Desse modo, as

identificações ocorrem coletivamente e os sujeitos passam a organizar suas vidas cotidianas a partir das identidades construídas por meio desse processo contínuo de identificação (Jenkins, 2008).

O conceito identidade trazido nesse estudo tem caráter pós-estruturalista e se afasta da noção de identidade enquanto essência e algo “idêntico a si mesmo”, que era atrelada à ideia de um sujeito soberano e absoluto: “O pós-estruturalismo propõe o descentramento do sujeito, ele não é mais algo absoluto, pelo contrário, está sempre por vias de se fazer, é uma função e, ao contrário de derivar práticas sociais, é das práticas sociais que se derivam os sujeitos. Ou seja, ele é uma construção, produção e resultado” (Bernardes & Hoenisch, 2013, pp. 112-113). Assim, pode-se compreender que:

A identidade passa a ser constituída em uma rede discursiva, e não em essências, querendo dizer com isso que identidade não se trata de algo do sujeito, uma substância, mas uma fixação em uma determinada posição na linguagem, constituída a partir da diferença; quer dizer que identidade e diferença são produtos do discurso, da cultura (...). Portanto, falamos de posição de sujeito, na qual a identidade expressa-se na forma como nos tornamos algo ou alguém em uma determinada composição de grupo, etnia, raça, gênero, família ou profissão (Bernardes & Hoenisch, 2013, p. 117).

Nesse sentido, tendo em vista que as identidades são produtos da relação do sujeito com os contextos sociais e com a cultura, compreende-se que elas não são inatas, imutáveis e inerentes ao sujeito, mas pelo contrário, a identidade caracteriza-se por ser contraditória, fragmentada, instável, inconsistente e mutável (Bernardes & Hoenisch, 2013; Ciampa, 1984; Hall, 2014; Páramo, 2008; Santos, 1994; Silva, 2000). Para Wetherell (2008), as identidades também podem ser compreendidas de forma interseccional, uma vez que o modo como as categorias de identidade se relacionam e são definidas é constantemente reconfigurado pelos contextos sociais.

3.1.1 Identidade, diferença e discurso

A identidade possui uma relação de dependência com a diferença, haja vista que o fato de se afirmar determinada identidade, implica a negação de outras condições (Ciampa, 1984; Santos, 1994; Silva, 2000). Nesse sentido, Bernardes e Guareschi (2013) argumentam que a identidade e a diferença são reciprocamente determinadas, resultantes de um processo.

Além da relação interdependente com a diferença, a identidade é resultado de criações discursivas, que significa que elas são construídas dentro de discursos e para serem compreendidas é preciso que se leve em consideração os contextos que ensejaram as práticas discursivas (Hall, 2000; Silva, 2000). Conforme Benwell e Stokoe (2006), as identidades são constituídas ativamente pelo discurso e não meramente refletidas por ele.

Ao considerar as identidades produtos de criações discursivas entende-se que elas são forjadas por meio da linguagem. Desse modo, percebe-se que é por meio do discurso que a identidade é definida, e que esta definição apenas possuirá sentido dentro de um sistema de significação: cultura e sistemas simbólicos (Benwell & Stokoe, 2006; Hall, 2014; Silva, 2000), que são marcados pela indeterminação e instabilidade (Coutinho, Krawulski & Soares; Hall, 2014; Silva, 2000).

Os processos de produção de identidade “pressupõem o desejo de diferentes grupos sociais imporem sentidos, valores, regras, ou seja, o poder está presente, tecendo essas relações” (Bernardes & Guareschi, 2013, p. 157). E este poder, ao mesmo tempo em que produz identidades, produz diferenças, dentro de uma construção cultural e social. Para Silva (2000), a definição discursiva da identidade está atrelada a uma relação de poder, marcada por imposições e disputas, que muitas vezes não são percebidas pelo sujeito.

De tal modo, o processo de diferenciação, que produz a identidade e a diferença, está permeado pelo poder, do qual decorrem as operações de exclusão e de inclusão. Assim, pode-

se entender que a definição de identidade e de diferença determina a relação de classificação, de exclusão e de inclusão, de determinadas categorias de sujeitos, como os loucos. Assim, a fixação de determinada identidade como norma, no caso os normais em detrimento dos loucos, representa uma maneira de hierarquização das identidades e diferenças, um mecanismo de poder (Silva, 2000).

Jodelet (2015) ao realizar um estudo sobre as representações sociais da loucura em uma instituição psiquiátrica aberta, na qual os usuários viviam em uma comunidade rural e eram acolhidos pelos habitantes, verificou uma preocupação dos moradores com relação à sua identidade grupal. Assim, como forma de se distinguir dos loucos, os moradores passaram a utilizar sinais diferenciadores, mantendo os loucos como uma categoria plenamente visível e reconhecida.

Na pesquisa de Jodelet (2015), foram identificadas três representações da loucura: a primeira diz respeito à noção de doença mental, que atribui ao louco um estado de natureza diferente do homem considerado normal, que afeta o funcionamento biológico; a segunda se refere aos danos nervosos, que são relacionados à desordem moral e sexual, que acarreta o status de mau e perturbado, e justifica a vigilância e necessidade de afastamento; e a terceira trata da loucura como uma “doença transmissível”, a partir do contato com secreções corporais.

Dessa forma, percebe-se, que as representações sociais foram utilizadas como formas de manutenção e afirmação da identidade grupal dos moradores em detrimento ao grupo dos loucos, decorrente das relações sociais manifestadas naquele contexto sócio-histórico (Jodelet, 1998; 2015). A autora relata que este processo de diferenciação fora realizado a partir do discurso dos que elaboram a diferença e a alteridade, e não daqueles que se encontram encerrados nela.

3.1.2 Identidade e relações de poder

Ao analisar que as identidades seriam construídas a partir de produções discursivas, Foucault (1995) investigou qual seria o processo que permitiria que esses discursos atuassem na objetivação de sujeitos e na sua identidade. Para o autor, o poder do discurso seria aplicado à vida cotidiana imediata, a qual produz o sujeito categorizado, marcado por sua individualidade. Um poder que “liga-o à sua própria identidade, impõe-lhe uma lei de verdade, que devemos reconhecer e que os outros têm que reconhecer nele. É uma forma de poder que faz dos indivíduos sujeitos” (Foucault, 1995, p. 235).

Judith Butler também analisa a sujeição a determinadas identidades sob a perspectiva das relações de poder. Para a filósofa, a constituição do sujeito seria marcada pela ambivalência, que se expressa na lógica que “a potência do sujeito parece ser efeito de sua subordinação” (Butler, 2001, p. 22). Dessa maneira, a submissão ocorrida pela aceitação dessa identidade representaria um poder que além de ser imposto ao sujeito, também seria produzido por ele.

Nesse mesmo sentido, Silva (2007) argumenta que uma das manifestações do poder através do discurso é exercida através da construção de identidades, do reconhecimento do sujeito para si e para os outros, sendo a identidade um construto social desencadeado por práticas discursivas.

A construção identitária e a sua afirmação pelo sujeito são pressupostos fundamentais para a mudança social e estão atreladas a movimentos sociais e disputas de poder (Castells, 2018). Em virtude das relações de poder envolvidas nos processos de construção de identidades coletivas, Manuel Castells (2018) verificou três manifestações identitárias coletivas, a saber: identidades legitimadoras, identidades de resistência e identidades de projeto.

As identidades legitimadoras são aquelas introduzidas por instituições dominantes a fim de racionalizar o seu domínio a determinados atores sociais; as identidades de resistência são construídas por atores que estão em posição de exclusão a fim de resistir e sobreviver à lógica da dominação; e as identidades de projeto são construídas, a partir do uso de materiais da cultura, com a proposição de novos valores a fim de transformar a estrutura social e repositonar as posições de sujeito ocupadas (Castells, 2018).

Importante ressaltar que essas manifestações identitárias não possuem caráter fixo e imutável, o que significa, por exemplo, que as identidades de resistência podem se tornar identidades de projeto, as quais podem se tornar identidades legitimadoras, demonstrando assim o caráter instável e transitório das identidades (Castells, 2018).

Nesse sentido, é preciso compreender que mesmo se as identidades forem construídas a partir de instituições dominantes, como os manicômios e hospitais psiquiátricos, é necessária a internalização da posição identitária pelo sujeito a fim de que ele assuma a identidade legitimadora.

3.1.3 Identidades enquanto posições de sujeito

A ideia de sujeito descentrado trazida por Ernesto Laclau se afasta da noção de sujeito soberano, e o caracteriza pelo pluralismo, antagonismo, contradição e contingência de suas identidades (Laclau & Mouffe, 2015). A noção de uma sociedade descentrada, composta por centros plurais de poder, implica na existência de “diferentes divisões e antagonismos sociais que produzem uma variedade de diferentes “posições de sujeito” – isto é, identidades – para os indivíduos” (Hall, 2014, p. 14). Anita Guazzelli Bernardes e Júlio César Diniz Hoenisch explicam, de forma esclarecedora, o que se entende por posição de sujeito:

Quando falamos de posições de sujeito, não estamos nos remetendo a teorias de papel, de papéis sociais, mas da interpelação da cultura no sentido de recrutar indivíduos ou grupos sociais a ocuparem determinadas posições, a se identificarem com determinados discursos, tomando-os como verdades, sujeitando-se a determinadas significações que os tornam o que se é. Por exemplo, não falamos do papel da mulher na sociedade, mas de diferentes modos da mulher se tornar o que é pelo discurso, pela imposição de sentidos (Bernardes & Hoenisch, 2013, p. 112).

Explicando melhor, as posições que assumimos, com as quais nos identificamos, constituindo identidades, só são possíveis se sujeitadas aos discursos, às práticas de significação, mediante os quais nos tornamos o que somos. Dessa forma, falamos de identidades enquanto posição-de-sujeito, posição em uma rede discursiva, em uma teia social e cultural nunca determinada, mas sempre por se fazer (Bernardes & Hoenisch, 2013, p. 117-118).

A realidade se constitui nos discursos, e, dessa forma, entende-se que “todo objeto é constituído como objeto de discurso, uma vez que nenhum objeto é dado fora de condições discursivas de emergência” (Laclau & Mouffe, 2015, p. 180). É através da linguagem que são possibilitadas as construções de significados, que posteriormente farão parte do conteúdo identitário. Desse modo, a constituição identitária ocorre através das posições de sujeito que são ocupadas, as quais podem representar formas de resistência ou de subordinação às práticas discursivas. Nesse sentido, Kathryn Woodward (2000, p. 56) ressalta que:

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

As demandas que determinam as escolhas e conferem os sentidos das identidades são temporárias, se modificam e organizam através de uma prática articulatória, das quais emanam os discursos (Laclau & Mouffe, 2015). E esta articulação discursiva ocorre através de pontos nodais (significantes vazios, ou seja, significantes sem significados), os quais possibilitam a fixação parcial do sentido, que possibilita a identificação do sujeito com determinadas posições, como a de “doente”, “louco” ou “cidadão” (Laclau, 2011). Tendo em vista que os elementos envolvidos na constituição identitária podem se modificar e transitar por diferentes discursos, o sentido estabelecido sempre será parcial e relativo (Andrade, 2011; Ferreira, 2011; Hall, 2014).

De acordo com Laclau (1986, p. 03): “não há nenhuma posição de sujeito cujas conexões com as outras posições possam ser permanentemente asseguradas; e, por consequência, não há nenhuma identidade social integralmente adquirida que não esteja sujeita, em maior ou menor escala, à ação de práticas articulatórias.” Assim, a identidade social é marcada pela condição de não-fixidez, pois só pode ocorrer a partir de uma articulação em uma formação discursiva hegemônica (Laclau & Mouffe, 2015).

Desse modo, o sujeito estaria lançado em uma descontinuidade, em um espaço de disputas, guiado por diversos discursos, que se movimentam e se modificam, em um processo constante e sem fim delimitado. E a concepção de sujeito descentrado permite a desarticulação de identidades fixas e estáveis e a construção de novas identidades e posições de sujeito, que se caracterizam por serem fluidas, abertas, contraditórias, inacabadas e fragmentadas (Hall, 2014; Laclau & Mouffe, 2015).

Nesse sentido, entende-se que as posições de sujeito são posições discursivas, e, por isso, nunca poderão ser fixas e estáveis, mas serão sempre temporárias, plurais e precárias, construídas em um campo de disputas e de poder, que refletem o modo como o sujeito se

reconhece no mundo e define a si próprio, no interior de uma estrutura discursiva (Laclau & Mouffe, 2015).

3.2 Psicologia Social Discursiva

A Psicologia Social Discursiva surge na Inglaterra na metade da década de 80, a partir de críticas ao mentalismo e ao empirismo, e é uma das perspectivas teórico-metodológicas mais importantes da Psicologia Social contemporânea no estudo de fenômenos psicológicos e processos psicossociais (Martínez-Gusman, Stecher & Rueda, 2016).

A Psicologia Social Discursiva tem como pressupostos o discurso enquanto ação que constrói realidades, levando em consideração o contexto imediato do qual emerge o enunciado (Potter & Wetherell, 1987).

3.2.1 Antecedentes históricos da Psicologia Social Discursiva

O giro linguístico, protagonizado por Wittgenstein, que também pode ser chamado de giro discursivo, institui uma ruptura epistemológica na filosofia e nas ciências humanas e sociais com relação à natureza da linguagem, passando a localizar o discurso enquanto resultado de uma construção sociocultural (Dijk, 2004; Gracia, 2004). A linguagem deixa de ser apenas instrumento de representação de ideias e se torna instrumento de construção de realidades.

Tomás Ibáñez Gracia (2004) ressalta algumas linhas de influência acarretadas pelo giro linguístico nas ciências sociais e humanas, a saber: o impacto da linguística estrutural, que visava métodos, objetividade e o status de cientificidade, como exemplo o estruturalismo dos trabalhos de Claude Levi-Strauss; o impacto da corrente analítico-logicista, que orientou o

pensamento contemporâneo da linguagem e possibilitou o surgimento de formas plurais de métodos e teorias, que enriqueceu as ciências humanas e sociais; e o impacto da corrente analítica centrada na linguagem cotidiana, que reposicionou a natureza e as funções da linguagem.

Como um dos resultados do impacto da corrente analítica, a teoria dos atos da fala de John Austin demonstrou que alguns enunciados constituem “atos de linguagem há medida que sua enunciação é inseparável da modificação ou da criação de um estado de coisas que não poderia surgir independentemente dessa enunciação” (Gracia, 2004, pp.33-34).

A noção de performatividade evidenciada por Austin implica que “dizer é fazer”, sendo a linguagem constitutiva das coisas e não uma simples descrição delas. “A linguagem não só nos diz como é o mundo, ela também o institui, e não se limita a refletir sobre as coisas do mundo, também atua sobre elas, participando de sua constituição” (Gracia, 2004, p. 39).

3.2.2 O surgimento da Psicologia Social Discursiva

A partir da virada linguística, surgem novos campos, como a Psicologia Social Discursiva, que teve como interesse inicial a dimensão social cotidiana e não uma análise do discurso propriamente dita. O enfoque teórico e metodológico da Psicologia Social Discursiva vem surgir na metade da década de 1980 na Universidade de Loughborough com as pesquisas de Margareth Wetherell, Jonathan Potter, Michael Billig e Derek Edwards acerca da conversação natural, linguagem real que era utilizada em situações sociais cotidianas.

Desse modo, a partir dos estudos realizados por estes teóricos, a Psicologia Social Discursiva se afirma como um campo teórico-metodológico com críticas ao mentalismo e ao empirismo:

Contra o mentalismo da psicologia cognitiva, propuseram o estudo do uso verdadeiro de termos psicológicos nas conversas cotidianas. E contra o empirismo e o realismo da maior parte de outras tradições da psicologia e das ciências sociais, ofereceram uma alternativa construtivista mais ou menos radical, inspirada, por exemplo, em Rom Harré: a realidade para as pessoas é aquilo que as pessoas constroem como sendo real, e elas o fazem, na maior parte das vezes, através do texto e da conversação. E como não temos acesso a suas mentes, mas somente a seus discursos, é melhor que nos concentremos nesses discursos. E não apenas como meras “expressões” de suas mentes, mas sim por si mesmos, isto é, como formas de interação social, com suas próprias variáveis, objetivos, interesses, problemas e estratégias para fazer sentido (Dijk, 2004, p. 11).

A análise do papel da linguagem na compreensão do discurso foi trazida por Michael Billig (2008), na publicação do livro *Arguing and Thinking*, em 1987, que demonstrou que a argumentação e a retórica são a essência da linguagem. Importante destacar que foi a publicação do livro *Discourse and Social Psychology*, no ano de 1987, de autoria Jonathan Potter e Margareth Wetherell que marcou a consolidação da Psicologia Social Discursiva (Iniguez, 2004b). A referida perspectiva teórico-metodológica considera o discurso como ação contextualizada, que significa que a linguagem produz efeitos nas relações sociais e esta produção corresponde a uma ação.

3.2.3 Influências na Psicologia Social Discursiva: a etnometodologia e a perspectiva foucaultiana

A etnometodologia, abordagem baseada em Harold Garfinkel, surge em 1960 nos Estados Unidos da América, e é bastante utilizada no estudo da conversação, pois analisa o conteúdo partilhado socialmente e as suas implicações nas produções de sentido (Dijk, 2004; Potter, 1998; Martínez-Gusman *et. al.*, 2016). O sujeito além de atuar socialmente, pode

utilizar recursos discursivos, como a descrição, a argumentação e a fala, para construir a realidade (Iniguez, 2004a; Potter, 1998).

Se trata, así, de una sociología de la práctica, centrada no en las motivaciones internas o las determinaciones externas del actor, sino en las diversas modalidades prácticas que despliega cotidianamente para reconocer y explicar los escenarios sociales, y actuar en consecuencia, produciendo el sentido de la realidad social (Martínez-Gusman *et. al.*, 2016, p. 512).

Nesse sentido, para a etnometodologia, a linguagem produz o próprio sujeito e o mundo social em que vive, e trabalha com os termos competência, reflexividade, indexabilidade e explicabilidade. A competência consiste na gestão e no uso que é feito da linguagem, levando em consideração as normas e regras do contexto que a configurou. A reflexividade se refere ao caráter funcional da linguagem, que possibilita a construção de algo no momento em que o descreve. A indexabilidade afirma que os sentidos só podem ser aferidos ao analisar o contexto da enunciação. A explicabilidade ocorre em virtude de os fenômenos serem acessíveis, e a partir desse pressuposto, há a construção da realidade a partir da descrição, de relatos e da linguagem (Iniguez, 2004a; Oliveira Filho, 2013; Potter, 1998).

Conforme Iniguez (2004a, p. 51), “a etnometodologia sintetiza magistralmente os princípios básicos que permitem inserir a linguagem como um elemento-chave na análise e na compreensão da vida e da estrutura social e, além disso, os leva à prática, teórica e metodologicamente”.

A análise do discurso realizada por Michel Foucault trata o discurso enquanto uma prática, sendo bem mais do que a fala e meros enunciados. Desse modo, os discursos podem ser considerados práticas discursivas, que segundo Iniguez (2004a, p. 92), compreenderiam “regras anômicas, constituídas no processo histórico, ou seja, determinadas no tempo e

delimitadas no espaço, que, em uma época concreta e em grupos ou comunidades específicas e concretas, vão definindo as condições que possibilitam qualquer enunciação.”

Ao compreender o discurso enquanto prática permite-se a sua transformação, que ocorre na prática discursiva. Importante ressaltar que a análise foucaultiana “incorpora elementos constitutivos que não são puramente linguísticos já que esses são os elementos que, condicionados por um contexto histórico particular e um inventário de regras socialmente elaboradas” (Iniguez, 2004a, pp. 98-99).

De acordo com Oliveira Filho (2013), Foucault faz uso do termo discurso para denominar discursos sociais que foram construídos historicamente e que atravessaram amplos lapsos temporais, como no caso do discurso religioso e do discurso médico. Para Rasesa (2013, p. 823), as análises na perspectiva foucaultiana se preocupam com “relações de poder, estudando processos de assujeitamento, e consideram o discurso como construtor de instituições e sistemas sociais”.

Nesse sentido, entende-se que o discurso para Michel Foucault também é utilizado na construção de sujeitos e objetos, e mantém uma forte relação com o poder, sendo um dos seus maiores efeitos a normatização de modos de viver e existir, que se relacionam diretamente com formas de inclusão e exclusão de categorias e grupos (Foucault, 2014).

3.2.4 Temas centrais na Psicologia Social Discursiva

A psicologia social discursiva possui alguns temas centrais, a saber: discurso como ação contextualizada, a construção discursiva da realidade, retórica e variabilidade (Potter & Wetherell, 1987; Oliveira Filho, 2013).

3.2.4.1 Discurso como ação contextualizada

O discurso como ação contextualizada significa que a linguagem produz efeitos nas relações sociais, e esta produção corresponde a uma ação. Desse modo, ao argumentar, narrar, descrever e explicar, estão sendo realizadas ações.

Diversos teóricos da psicologia discursiva adotaram esta perspectiva de discurso como ação na técnica de análise de discurso, como Potter e Wetherell, os quais se inspiram na filosofia dos atos de fala de Austin. Nesse sentido, “a linguagem, nessa perspectiva, não é somente um instrumento de representação do mundo, é também um instrumento de ação no mundo (Oliveira Filho, 2013, p. 474).

A psicologia social discursiva tem interesse na ação do discurso, na função da linguagem, que leva em consideração o contexto em que o discurso foi determinado para se definir o seu sentido. Assim, há um interesse em determinar a função dos discursos na produção de objetos e sujeitos, bem como na identificação de estratégias de dominação e interesses de grupos a partir da análise de seus discursos (Oliveira Filho, 2013; Iniguez, 2004b).

3.2.4.2 A construção discursiva da realidade

Com relação à construção discursiva da realidade, ela possui três significados na psicologia social discursiva, a saber: os nossos discursos são compostos de recursos linguísticos já existentes, a possibilidade de descrever algo de diversas formas, e o fato de que temos acesso ao mundo através de construções discursivas (Oliveira Filho, 2013).

Nesse sentido, a linguagem é utilizada para a construção da realidade e do mundo social, e nessa construção, as versões que os sujeitos constroem de si próprios (objetivo desta

pesquisa) são temas de interesse da psicologia social discursiva. Imprescindível evidenciar a importância da retórica nesse processo de construção.

3.2.4.3 A retórica

Aliada ao tema da construção, a retórica surge, pois os seus argumentos e opiniões são organizados a fim de se tornar as versões da realidade social verdadeiras (Billig, 2008). A argumentação a favor de uma posição ideológica, ao mesmo tempo, uma argumentação contrária a outra posição ideológica.

De acordo com Billig (2008), a partir da retórica, é possível analisar a credibilidade e a legitimidade que o discurso transmite. Esta proposta está voltada para a coerência, tipos de argumentos, figuras de linguagem, retórica e demais elementos estilísticos (Iniguez, 2004b). Para Billig (2008), a retórica e a argumentação são elementos fundamentais para a linguagem, pois auxiliam a persuasão discursiva.

3.2.4.4 A variabilidade

No tocante à variabilidade, a psicologia social discursiva considera que como o discurso é orientado para a ação, muitos elementos vão ocasionar mudanças nos discursos, que vão ocasionar a inconsistência e a contradição (Oliveira Filho, 2013).

A variabilidade no discurso de um mesmo sujeito pode ser explicada pelos teóricos discursivos a partir da ideia de que como os discursos são ações contextualizadas, diversas atividades vão possibilitar alterações na forma e no conteúdo dos discursos. Desse modo, a variabilidade, como a inconsistência e a contradição, no discurso de um mesmo sujeito não é um problema para os teóricos discursivos.

Nesse sentido, como o discurso não é entendido como algo gerado por estruturas cognitivas estabilizadas, não se espera uma consistência das respostas de uma mesma pessoa. Para Billig (2008), ao argumentar, os sujeitos reproduzem em suas práticas discursivas os conflitos existentes na sociedade, por isso pode haver a existência da inconsistência no discurso.

Vale salientar, que conforme discutido anteriormente na Teoria do Discurso de Laclau, o campo de disputas existentes nas múltiplas posições que o sujeito ocupa também possibilita essas versões inconsistentes e contraditórias.

Nesse sentido, o uso dessa perspectiva teórico metodológica foi utilizada na investigação das formas com que os sujeitos que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial III constroem versões de si, conforme será visto nos próximos capítulos.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente capítulo discute os procedimentos metodológicos utilizados durante a realização da pesquisa: a abordagem e o tipo de pesquisa utilizada, os procedimentos, as técnicas e os instrumentos de coleta de dados, a análise dos dados e os aspectos éticos.

4.1 Abordagem e tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo em análise de discurso, orientado pelo método de análise de discurso desenvolvido pela Psicologia Social Discursiva (Billig, 2008; Edwards, 2004; Gracia, 2004; Iniguez, 2004a; 2004b; Oliveira Filho, 2013; Potter, 1998; Potter & Wetherell, 1987; Wetherell, 1998; Wetherell & Potter, 1988).

4.2 Procedimentos, técnicas e instrumentos de coleta de dados

4.2.1 Descrevendo o campo da pesquisa

A pesquisa ocorreu no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III Reviver, localizado na Rua Paulo Afonso, nº 188, no bairro do Centenário, na cidade de Campina Grande/PB. O serviço possui uma equipe de 33 pessoas distribuídas em diversas funções, a saber: 3 porteiros, 1 farmacêutico, 1 educador físico, 5 enfermeiros, 6 técnicos de enfermagem, 2 auxiliares de enfermagem, 3 psicólogos, 2 psiquiatras, 3 assistentes sociais, 3 técnicos administrativos, 1 recepcionista e 3 auxiliares de serviços gerais.

O CAPS III possui aproximadamente 5.000 usuários cadastrados, e, desses usuários, 1.636 encontram-se ativos no serviço. Conforme relatado pela equipe, a maioria dos usuários

frequenta o CAPS apenas para consultas médicas objetivando a renovação de receitas, e não participam de oficinas ou grupos terapêuticos.

Durante cada dia da semana, ocorrem diversas oficinas terapêuticas, dentre elas as oficinas de educação física, música, dança, pintura e artesanato, bem como há a realização de grupos terapêuticos conduzidos pelas psicólogas e outras trabalhadoras que atuam naquele serviço. Quando o sujeito procura o serviço ou quando ocorre o seu encaminhamento, é agendado um momento para o acolhimento e ele é direcionado para alguma dessas atividades, conforme o seu projeto terapêutico singular.

A escolha do local da pesquisa ocorreu em virtude de o CAPS III ser um dos serviços substitutivos propostos pela Reforma Psiquiátrica, destinados a acolher os sujeitos com sofrimento psíquico, estimular sua integração social e familiar, promover o resgate da cidadania e busca da autonomia. O fato de o CAPS III receber egressos de instituições totais, como os hospitais psiquiátricos, também foi um critério preponderante na escolha deste campo de pesquisa.

4.2.2 Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa 22 (vinte e dois) usuários divididos em 8 (oito) grupos, os quais frequentavam e participavam de alguma oficina ou grupo terapêutico realizado no Centro de Atenção Psicossocial III Reviver.

A coleta de dados ocorreu após a participação do usuário na oficina ou grupo terapêutico do qual ele que faz parte, logo em seguida ao momento do lanche, assim, os grupos da pesquisa foram formados por pessoas que já se conheciam e que possuíam vínculos.

O critério utilizado para delimitar a quantidade de participantes foi a amostragem por saturação, que consiste na interrupção da amostra após verificar que a coleta de dados fornecidos por mais participantes não traria novidades às informações anteriormente obtidas, em virtude de trazerem repetições e redundâncias (Fontanella, Ricas & Turato, 2008).

Desse modo, quando as entrevistas passaram a não trazer novos dados e as categorias identitárias começaram a se repetir, a pesquisadora optou por suspender a inclusão de novos participantes (Fontanella *et. al.*, 2008).

Vale salientar que para a Psicologia Social Discursiva o tamanho da amostra não é aspecto preponderante na pesquisa, haja vista que o interesse desta perspectiva teórico-metodológica é o discurso, as suas funções e os seus efeitos, e não a quantidade de sujeitos que geraram a linguagem; inclusive, uma amostra muito grande pode sobrecarregar o analista, fazendo com que dados relevantes passem despercebidos durante a análise (Potter & Wetherell, 1987). Na tabela a seguir, pode-se observar algumas características sociodemográficas dos participantes deste estudo:

Tabela 1:

Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa							
Nome	Idade	Cor/Raça	Estado civil	Religião	Escolaridade	Profissão	Frequência no CAPS (em anos)
Sofia	46	Parda	Separada	Evangélica Pentecostal	Ensino médio	Cabeleireira	12
Lívia	49	Branca	Divorciada	Católica	Fundamental incompleto	Faxineira	12
Guiomar	44	Negra	União estável	Evangélica Neopentecostal	Não alfabetizada	Dona de casa	10
Dona Evarista	47	Branca	Casada	Católica	Fundamental completo	Não possui	11

Helena	57	Branca	Casada	Evangélica Pentecostal	Não alfabetizada	Cozinheira	3
Bentinho	32	Branco	Solteiro	Não possui	Médio completo	Não possui	7
Rubião	20	Negro	Solteiro	Evangélico Pentecostal	Não alfabetizado	Não possui	NI*
Quincas Borba	25	Pardo	Solteiro	Evangélico Pentecostal	Fundamental incompleto	Não possui	NI*
Brás Cubas	41	Negro	Solteiro	Católico	Fundamental incompleto	Encanador	5
Iaiá Garcia	40	Parda	Separada	Evangélica Pentecostal	Não alfabetizada	Não possui	NI*
Mariana	40	Negra	Solteira	Evangélica Pentecostal	Fundamental incompleto	Autônoma	NI*
Luís Duarte	38	Pardo	Solteiro	Católico	Médio completo	Gari	6
Dona Severina	50	Parda	Solteira	Evangélica Neopentecostal	Médio Completo	Diarista	4
Maria Olímpia	56	Branca	Viúva	Evangélica Neopentecostal	Médio Completo	Dona de casa	4
Natividade	56	Parda	Casada	Católica	Fundamental incompleto	Doméstica	4
Conselheiro Aires	46	Branco	Divorciado	Evangélico Pentecostal	Médio completo	Artista Plástico	15
Conceição	44	Parda	Casada	Católica	Médio completo	Serviços gerais	2
Simão Bacamarte	33	Pardo	Solteiro	Não possui	Fundamental incompleto	Não possui	10
Virgília	21	Parda	Solteira	Católica	Não alfabetizada	Não possui	NI*
Capitu	49	Parda	Viúva	Evangélica Neopentecostal	Não alfabetizada	Não possui	NI*
Dona Camila	46	Negra	Casada	Evangélica Pentecostal	Fundamental Incompleto	Babá	1
Rufina	28	Parda	Solteira	Evangélica	Médio	Estudante	10

				Neopentecostal	completo		
--	--	--	--	----------------	----------	--	--

Fonte: A própria autora (2018).

Com relação ao item que se refere ao tempo de frequência (em anos) que o usuário participa do CAPS, o NI* significa “não informado”, e foi utilizado quando os participantes não souberam quantificar o tempo exato que frequentavam o serviço, mas souberam informar que estão lá há muitos anos. No tocante ao item profissão, os participantes informaram a sua profissão, e apenas um deles, Luís Duarte, estava trabalhando ao tempo da entrevista.

Importante ressaltar que os nomes dos participantes são fictícios, a fim de garantir o sigilo e o anonimato dos participantes, e, desse modo, foram utilizados nomes de personagens que fazem parte da obra legada por Machado de Assis, autor que contribuiu de modo significativo na formação da pesquisadora.

4.2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios estabelecidos aos participantes da pesquisa foram: frequência no Centro de Atenção Psicossocial III Reviver, participação em alguma das atividades oferecidas pelo serviço: oficinas ou grupos terapêuticos e aceitação em participar do estudo.

Os critérios de exclusão foram: a não participação assídua nas oficinas e dos grupos terapêuticos, e a recusa em participar da pesquisa.

4.2.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu através de realização de oficina de confecção de máscaras e de entrevistas em pequenos grupos, compostos por 2 (dois) ou 3 (três) usuários do serviço, conforme metodologia utilizada por Margareth Wetherell (1998). A entrevista, que objetivou

compreender o modo como os usuários do CAPS definiam a si mesmos, teve como base perguntas abertas que se encontram em um roteiro produzido pela pesquisadora (Apêndice B).

Antes de iniciar a coleta de dados, a pesquisadora apresentou os objetivos da pesquisa aos participantes e realizou a leitura em voz alta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do termo que autorizava a gravação de voz. Foram esclarecidos aos participantes a confidencialidade e o anonimato dos participantes entrevistados, bem como o caráter voluntário e a possibilidade de desistência da participação.

Com a anuência dos participantes, a pesquisadora coletou a assinatura ou a datiloscopia nos documentos anteriormente citados, os quais foram impressos em 2 (duas) vias, tendo sido uma entregue ao participante e a outra foi arquivada pela pesquisadora. Tais documentos foram arquivados e serão guardados pela entrevistadora pelo período de cinco anos, conforme preconiza a Resolução 466/12.

4.2.4.1 Questionário sociodemográfico

Após as assinaturas dos termos, a pesquisadora passou a coletar as informações que constam no questionário sociodemográfico, produzido pela pesquisadora, que segue no apêndice A. O questionário foi composto por perguntas fechadas que visaram realizar o levantamento sociodemográfico dos usuários do CAPS III que participaram da pesquisa.

O questionário continha questões acerca da idade, escolaridade, religião, cor/raça, estado civil, a quantidade de filhos, profissão, se trabalhavam atualmente e o tempo que frequentavam o CAPS III, as quais foram respondidas pelos participantes.

4.2.4.2 Oficina de confecção de máscaras

Como a coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2018, período das comemorações de Carnaval, optei por fazer uma oficina de confecção de máscaras carnavalescas. Para tanto, levei diversos materiais que poderiam ser utilizados pelos participantes. Tintas, pincéis, colas coloridas, lápis hidrocor, lápis de cor, giz de cera, penas, brilhos, fitas, adesivos, papéis coloridos, tesoura, EVA branco e com glitter, estavam à disposição para a confecção das máscaras.

4.2.4.3 A poética do desmascaramento de Mario Buchbinder

A escolha por uma oficina de máscaras teve influência do trabalho realizado pelo médico e psicodramatista Mario Buchbinder (1993), o qual faz o uso de máscaras com a função de desmascarar verdades e certezas tidas como absolutas. “A prática com máscaras me leva a ver, como máscaras, algumas construções teóricas que aparecem como absolutas em outros campos” (Buchbinder, 1993, p. 13).

Ainda segundo Buchbinder (1993, p. 14), “A máscara, em minha poética, se descentraliza da unilateralidade do discurso, da naturalização da imagem, e leva à busca desejosa e interminável, prazerosa e angustiante de outras imagens”. Para o psicodramatista, o vazio que existe é um espaço para criatividade e o uso de máscaras abre a possibilidade para o ser e o não ser, bem como permite a fala de personagens silenciados, e a construção de outras formas de ser e estar no mundo.

A experiência com máscaras me colocou diante de um material enfrentado por todo terapeuta, mas que é acentuado por essa prática. Refiro-me aos fenômenos de desestruturação que se produzem quando alguém coloca uma máscara e imediatamente

surge um desmascaramento de outros aspectos do sujeito. O que se queria ocultar, colocar por trás de um véu, aparece imediatamente, é ressaltado pela dinâmica da máscara. Esse processo não é automático, ele depende do olhar continente de outro que esteja presente na sessão. Desestruturação em nível de identidade, da imagem corporal, da estrutura do sujeito e do grupo (Buchbinder, 1993, p. 59).

E esse desmascaramento ficou bem evidenciado na fala de Rufina, a qual pediu para confeccionar 2 (duas) máscaras:

Figura 1: 1ª máscara produzida por Rufina



Figura 2: 2ª máscara produzida por Rufina



Jullyanne: Se vocês pudessem dar um nome para essas máscaras, quais nomes dariam?

Rufina: Eu daria o nome de uma pessoa que superou as dificuldades e fez de tudo para vencer e que é uma pessoa feliz (Sobre a primeira máscara que ela fez). E já essa outra eu daria o nome de uma pessoa que não tem sentido na vida que nem eu. Eu não tenho sentido na minha vida, entendeu? Minha vida é sem sentido, eu posso tá arrodada de gente, mas mesmo assim eu me sinto só. Pode ter mãe, pai, primo, todo mundo, eu posso tá arrodada de gente, mas eu me sinto só. Eu me sinto sozinha.

Jullyanne: Se você pudesse se definir, Rufina, o que você diria?

Rufina: Eu diria que sou uma pessoa fingida.

Jullyanne: Por que?

Rufina: Porque eu sou feliz na frente do povo, mas dentro do meu quarto eu choro, eu me corto. Eu diria que sou uma pessoa fingida. Eu finjo ta bem na frente de mainha, na frente dos outros, mas quando eu chego dentro do meu quarto eu começo a chorar. Desde a semana passada que eu to assim chorando direto.

A primeira máscara revelou a forma como que Rufina se apresentava para as pessoas e a confecção da segunda máscara possibilitou a ela um desmascaramento e ela conseguiu demonstrar características e fatos que estavam anteriormente ocultados. Buchbinder (1993) também trabalha com a ideia de transformação de personagens construídos e a ruptura de suas identidades.

Nesse sentido, a máscara produz um “aniquilamento da pessoa sujeita à sua própria máscara para desmascarar-se do lugar fixo, máscara fixa, para passar ao lugar da não-identidade, lugar dos entrecruzamentos nos quais um é relativizado pelo outro em busca de uma outra identidade” (Buchbinder, 1993, p. 66), o que coaduna com o que fora trazido na Teoria do Sujeito de Ernesto Laclau, que traz que as posições de sujeito se constroem em um campo de disputas e de poder, que reflete na forma com que o sujeito se identifica e define a si próprio.

4.2.4.4 Nise da Silveira: arte e sofrimento psíquico

Com relação ao uso da arte com pessoas em sofrimento psíquico, é imprescindível falar em Nise da Silveira, médica alagoana, que teve a sua história retratada no filme “Nise: o coração da loucura” dirigido por Roberto Berliner. Nise foi uma das primeiras a subverter a lógica psiquiátrica, passando a usar a arte no lugar dos “tratamentos” desumanos que ocorriam nos hospitais psiquiátricos. As suas práticas permitiram que o silêncio da loucura fosse rompido e a linguagem revelada, através das pinceladas, traços e modelagens.

Nise da Silveira dirigiu a seção de terapêutica ocupacional do Centro Psiquiátrico Pedro II, localizado no Rio de Janeiro, entre os anos de 1946 e 1974. As suas práticas permitiram que o silêncio da loucura fosse rompido e a linguagem revelada. A vivência e a experiência de Nise com o sofrimento psíquico refutaram as teorias psiquiátricas e demonstraram que o inconsciente dos diagnosticados como esquizofrênicos poderia ser acessado através de desenhos, pinturas e modelagens. Nesse sentido, a fim de tentar compreender a dimensão das emoções humanas, Nise buscou conhecimentos da arte, dos mitos, da religião, da literatura e da psicologia junguiana (Silveira, 2015).

No ateliê de pintura da seção de terapêutica ocupacional, as potencialidades criativas dos sujeitos em sofrimento psíquico eram desenvolvidas, e o uso dos pincéis permitia que as imagens fossem expressas nas telas e nos papéis. As produções artísticas advindas do ateliê foram exibidas e organizadas em exposições, e chamaram mais atenção dos artistas do que dos médicos psiquiatras. As obras lá produzidas se encontram no acervo do Museu de Imagens do Inconsciente, localizado Centro Psiquiátrico Pedro II, inaugurado em 20/05/1952.

As produções artísticas estavam compostas de abstração, estilização e geometrismo, e traziam em suas imagens denúncias do hospital psiquiátrico enquanto um espaço de cárcere, de opressão e de violação de direitos. Com relação ao geometrismo presente nas pinturas,

Nise percebeu a grande recorrência de círculos, e passou a se corresponder por cartas com Carl Jung, e a sua busca da compreensão do sentido do processo psicótico ocorreu através da psicologia junguiana (Silveira, 2015).

Carl Jung, através das cartas, informou que os círculos se tratavam de mandalas, as quais davam conta do quadro clínico. Para Carl Jung, as mandalas são símbolos do self, do si mesmo, e os seus desenhos representam autodescoberta e retomada do equilíbrio (Silveira, 2015).

As mandalas produzidas no ateliê de pintura indicavam uma tendência do inconsciente de compensar o caos do consciente, que representaria a dissociação esquizofrênica. Desse modo, os círculos representavam tentativas de renovação, reconstrução, busca de equilíbrio e revelavam uma experiência única que fora vivida pelo sujeito.

Nise verificou a importância do afeto nas tentativas de ordenação interna dos sujeitos, entretanto a estrutura manicomial do hospital psiquiátrico e as suas “terapêuticas” se afastavam completamente de um ambiente afetivo. Desse modo, Nise começou a produzir transformações naquela instituição, e a pintura, a modelagem e a música tomaram o lugar dos choques, da psicocirurgia e dos psicotrópicos.

O investimento afetivo dos acompanhantes dos sujeitos que se encontravam em sofrimento psíquico atuava como um catalisador, um ponto de referência e de apoio, que tornava a relação com o ambiente mais agradável. De tal forma, Nise percebeu que além da relação dos sujeitos com os monitores, as relações com os coterapeutas não humanos, como os cachorros e gatos, atuavam como excelentes catalisadores, uma vez que eram pontos de referência estáveis, que forneciam afeto incondicional e felicidade (Silveira, 2015).

Ao se corresponder com Carl Jung, Nise buscou fundamentos científicos para afirmar as suas práticas na seção de terapêutica ocupacional enquanto um método terapêutico. Estudando a psicologia junguiana, Nise verificou que o afeto desencadeava a esquizofrenia e

que o seu tratamento poderia surgir de trabalho psicoterápico, a partir do desenvolvimento das sementes criativas através de atividades manuais.

Dessa maneira, Nise fundamenta as suas práticas na terapia ocupacional, e se preocupa em compreender a dimensão do mundo interno dos sujeitos diagnosticados como esquizofrênicos, que é revelada a partir das imagens produzidas pela sua energia psíquica (Silveira, 2015).

4.2.4.5 As oficinas de máscaras e os seus efeitos

Após a confecção das máscaras pelos participantes dos grupos, coloquei a música Noite dos Mascarados, de Chico Buarque, e fizemos uma dança circular, conhecida como ciranda. Com o término da música, foi iniciada a entrevista, que teve como gatilho a frase inicial da música Noite dos Mascarados: Quem é você?

Vale ressaltar que cada grupo teve o seu próprio tempo, tendo em vista que ocorreram situações em que as conversas surgiram desde o momento da confecção das máscaras, já em outros, foi necessário que a entrevistadora falasse sobre as máscaras e sobre a música para que o conteúdo identitário surgisse.

As oficinas demonstraram a importância do uso da pintura, da colagem, da música e da dança, pois estes recursos permitiram com que os sujeitos pudessem desenvolver as suas potencialidades criativas e a espontaneidade. Os recursos artísticos propiciaram que os sujeitos narrassem histórias de vida, e, nesse processo, lembranças e afetos foram (re)significados.

Importante mencionar que a escolha dos materiais e das cores para a confecção das máscaras trouxe um conteúdo particular da vivência e das experiências de cada um. A música

e a dança possibilitaram trocas afetivas, estabelecimento de vínculos e estreitamento dos laços. O olhar, o toque, o abraço estiveram muito presentes em todo esse momento.

Durante toda a oficina a dimensão afetiva esteve muito presente, pois a pintura, a dança e a música foram acompanhadas de histórias, algumas vezes marcadas por muita dor e sofrimento, e a oficina permitiu a (re)significação desses processos dolorosos, promovendo um momento potente de cuidado.

Outro aspecto muito relevante foi o fato de todos os participantes mencionarem que a máscara confeccionada seria dada de presente para alguma pessoa que era querida para eles: netos, sobrinhos, amigos, e, inclusive, eu fui presenteada com a máscara feita por Brás Cubas.

Interessante mencionar que, inicialmente, muitos disseram que não possuíam habilidades com os recursos artísticos que eu tinha oferecido, mas durante a confecção das máscaras eles se surpreendiam com o que havia sido produzido, diziam que estava muito bonito, mencionavam que queriam mais momentos como aquele e pediam para que novas oficinas fossem realizadas.

Guiomar: Você vai para casa e segunda-feira você vem de novo (cantando para a máscara). Vou amostrar ao professor (...) Eu amei, amei! (com muito entusiasmo).

Helena: Amei, eu também adorei e você é muito popular e a pessoa se sente mais à vontade, e conversa e tudo, né?

Guiomar: É, é. Foi muito bom! (...) E é tão bom a gente trabalhar a mente.

Helena: É.

Dona Evarista: É verdade.

Guiomar: Eu tenho o ouro, azul, só faltou a prata (mostrando a máscara)... Nós tamos pintando e desenhando!

Jullyanne: Muito obrigada!

Helena: De nada, meu amor.

Guiomar: A gente que agradece pela oportunidade.

Dona Evarista: O prazer é todo meu.

Guiomar: A gente teve uma tarde de lazer.

Nesse sentido, compreende-se que esta nova forma de se olhar e lidar com o sofrimento psíquico, através da arte, demonstra que o fazer criativo proporciona autoconhecimento, (re)significação da realidade, novos modos de subjetivação, fortalecimento de vínculos e afetos, e representa uma potente forma de cuidado em saúde mental.

4.2.4.6 Entrevistas em pequenos grupos

A escolha da entrevista como instrumento de coleta de dados se deu em virtude de a entrevista ser uma forma de interação social. A entrevista seguiu um roteiro (apêndice B) que trazia alguns questionamentos: o tempo que frequentavam o CAPS e as atividades que participavam, se já haviam sido internados, quais as definições que eles possuíam de si próprios e as formas com que as outras pessoas se relacionam com eles.

Nesse sentido, a entrevista ocorreu em pequenos grupos, conforme metodologia utilizada por Margareth Wetherell (1998), haja vista que a entrevista em pequenos grupos possibilita o diálogo entre os participantes, e não apenas entre entrevistador e entrevistado, o que torna a conversa mais dinâmica e natural, como pode ser visto no exemplo a seguir:

Guiomar: Sabe quem está internada?

Helena: Quem?

Guiomar: A cartomante, a mãe dela disse que ela está toda amarrada.

Helena: E ela estava tão melhor um tempo.

Guiomar: É porque ela não quer tomar a medicação.

Helena: Ela tava tão melhorzinha.

Guiomar: Tava, que eu vi ela no posto e tudo.

Jullyanne: A cartomante vem para cá, é?

Helena: Vem.

Guiomar: Ela vem, mas é desobediente, não quer tomar a medicação, aí só vevi no Casa Verde internada, sofrendo naquele inferno, Deus me livre, Jesus.

Jullyanne: Como é lá?

Guiomar: Lá? O povo diz que existe inferno, mas não tem inferno pior que ali não. Eles amarra a pessoa, lá eles judeia, as doida de lá quer beliscar a pessoa.

Dona Evarista: Eu me vi doida lá, qualquer coisa eu pego uma determinação assim, aí elas corria atrás de mim para pisar no pé e eu fazia curativo.

Guiomar: Elas são ruim, judeia.

A interação entre as participantes na situação exemplificada ocorreu diversas vezes durante a realização dos grupos, pois os participantes “esqueciam” que estavam participando de uma entrevista para uma pesquisa e passavam a conversar sobre assuntos do cotidiano. E em outras situações, alguns dos participantes tomaram a posição de entrevistador, conforme visto no exemplo a seguir:

Brás Cubas: Os seus problemas não têm nenhum significado não?

Bentinho: Tem.

Brás Cubas: Então diga um.

Bentinho: (Pausa). É que eu, é que já, eu quero dizer que, é que, é que já passou é, graças a Deus, é que já passou todos os problemas é, todos os problemas negativos do passado e todas as coisas...

Brás Cubas: Ruins?

Bentinho: Ruins que aconteceram também, infelizmente no meu passado.

Brás Cubas: Mas você pode identificar alguma coisa que aconteceu com você? Dizer só uma que não lhe fira?

Bentinho: Humrum.

Brás Cubas: Que dê condições para você falar, uma palavra que aconteceu na sua vida para você chegar até onde você tá hoje.

Bentinho: (Pausa). É que eu passei por uma situação é de saúde que eu tava com medo é de falecer, mais jovem.

Brás Cubas: E qual foi o problema?

Bentinho: Que a minha família tem problema no coração, pressão alta.

Brás Cubas: Ritmia?

Bentinho: Quando de 2003 eu tava com 17 anos aconteceu uma vez comigo, mas só que não foi aguda não, forte não porque se fosse aguda é, eu não sei é, eu acho que não taria mais aqui, na terra.

Brás Cubas: Mas qual foi a situação?

Bentinho: É, aí teve uma pessoa que eu acho que falou uma coisa, acho que falou uma coisa aparentemente muito séria, aí, e muito pesada, que foi muito séria e muito pesada na minha vida aí.

Brás Cubas: Mas para você chegar nesse problema aí teve alguma coisa sobre a sua família, dependência de alguma coisa ou namorada. Bebida, droga, alguma coisa?

Bentinho: Bebida alcoólica, fumo, droga, isso aí nunca aconteceu.

Brás Cubas: É só para você explicar, tá entendendo?

Bentinho: Eu acho assim que eu não sei, eu não posso...

Brás Cubas: Olhe, eu não vou negar para si próprio porque eu não nego para Deus o que eu fiz no passado. Usuário de droga, maconha, pó, só não pedra. Bebida, cigarro...

Bentinho: Eu sei, é porque o meu caso é diferente. Então é que assim...

Brás Cubas: Não pode dizer, é?

Bentinho: Posso, vou explicar.

Brás Cubas: Explique então.

Bentinho: É que eu não sei, eu não tenho certeza, eu acho que é como se fosse alguma coisa espiritual, alguma coisa espiritual.

Brás Cubas: Hum... Tem explicação.

Bentinho: Mas eu não tenho certeza, é, 100%.

Brás Cubas: Mas você pensa que foi candomblé, foi? Espiritual, né?

Bentinho: Espiritual, deixa eu explicar que...

Brás Cubas: Alguém botou alguma coisa ruim para você?

Bentinho: Infelizmente na minha infância, assim, é porque eu não quero falar o nome é do inimigo que está escrito na bíblia, porque eu acho que é do inimigo e a armadilha é perigosa, do mal, infelizmente.

Brás Cubas: Não é preciso dizer.

Bentinho: Oi?

Brás Cubas: Não é preciso dizer se vai lhe ofender...

Desse modo, percebe-se a potência das entrevistas em pequenos grupos. Além das riquezas advindas das entrevistas em grupos, o fato de as entrevistas ocorrerem após a construção da produção das máscaras também apresentou contribuições riquíssimas aos objetivos da pesquisa, pois a oficina possibilitou que os participantes, de forma mais espontânea e natural, relatassem como se reconhecem enquanto sujeitos.

Importante ressaltar que o procedimento da coleta de dados durante as entrevistas levou em consideração não tão somente a consistência das falas, mas a sua variação, pois esta revela as construções dos sentidos e dos significados que os participantes possuem acerca da sua identidade, bem como incluiu as falas da pesquisadora, haja vista que ela é considerada uma participante ativa nesse processo (Potter & Wetherell, 1987).

As entrevistas em pequenos grupos foram gravadas, conforme a autorização dos participantes, em um aparelho gravador, e posteriormente foram transcritas, em sua totalidade, pela pesquisadora.

4.3 Análise dos dados

A análise dos dados obtidos com as entrevistas ocorreu a partir da análise de discurso trazida pela Psicologia Social Discursiva (Potter & Wetherell, 1987; Potter, 1998). As etapas que antecederam a análise propriamente dita foram a transcrição e a codificação. Posteriormente, as identidades construídas pelo discurso foram organizadas em categorias, através da busca por padrões discursivos (Potter, 1998).

4.3.1 Transcrição

As transcrições das gravações das entrevistas em grupo foram realizadas pela pesquisadora, e o conteúdo foi transcrito em sua totalidade, respeitando a linguagem apresentada. Silêncios, pausas, interrupções, ironias, tom mais alto de voz, choros, risos e todos os recursos linguísticos foram mencionados durante a transcrição das entrevistas, pois são imprescindíveis enquanto estratégias discursivas nas definições de si construídas pelos participantes (Potter & Wetherell, 1987).

Ao total foram realizadas 8 (oito) entrevistas em pequenos grupos, conforme a tabela abaixo:

Tabela 2:

Transcrições das entrevistas em grupos		
Grupo	Duração do grupo (em minutos)	Quantidade de páginas transcritas
Grupo 1	63	16
Grupo 2	76	21
Grupo 3	91	24
Grupo 4	75	10
Grupo 5	52	12
Grupo 6	55	10
Grupo 7	71	26
Grupo 8	53	18

Fonte: A própria autora (2018).

A gravação de todos os grupos representou 536 minutos de áudios, e a pesquisadora gastou em média 12 minutos para transcrever 1 minuto de gravação. Desse modo, a pesquisadora gastou aproximadamente 6.432 minutos, que representam um total de 107 horas e 12 minutos. Estas transcrições geraram 137 páginas de conteúdo.

4.3.2 Codificação

Durante a realização dos grupos e durante as transcrições, as identidades foram verificadas e as categorias foram sendo construídas e organizadas, o que facilitou o processo de codificação. A codificação consiste na organização dos dados de forma preliminar, para que eles possam ser analisados posteriormente (Potter & Wetherell, 1987).

A codificação se inicia com perguntas que fazemos aos dados brutos. Na tabela abaixo se pode observar um exemplo breve das categorias geradas a partir da pergunta sobre os conteúdos identitários que constituíam as falas dos participantes quando definiam a si mesmos.

Tabela 3:

Categorização do conteúdo identitário	
Doente mental	“Tenho problema, vou logo dizer, eu tenho meus problemas mentais. Eu tenho problemas mentais, claro, eu tenho enfermidades.” (Sofia)
Cristão	“Lapidado, estou esculpido de novo, pela vontade de Deus, porque sem Ele a gente não vive” (Brás Cubas)
A posição de sujeito moral	“Eu sou uma mulher de princípios morais, eu tive uma educação muito boa” (Dona Evarista)
Empoderados e emancipados	“Bom, quem sou eu? Ahh, que pergunta peculiar, é muito simples. Eu apenas sou um sujeito que procura viver todo dia como se fosse o primeiro dia. Não importa se esteja chovendo, se esteja fazendo sol, se eu teja gripado, se eu teja rouco, mas tem uma coisa que eu aprendi que meu avô diz isso para minha mãe: “É melhor ser que parecer”. Eu não me importo com o que pensam que eu sou, eu me importo com o que eu realmente eu sou. Sou uma pessoa criativa,

	sou uma pessoa que tem imaginação, uma pessoa que vê o mundo com outros olhos. Eu gosto de me ver como um visionário, não como só mais uma peça de um quebra-cabeças, esse é quem sou eu.” (Simão Bacamarte)
Sofredor	“Eu sou uma pessoa triste, amargurada e ao mesmo tempo não sei dizer, não sei dizer quem eu sou. Sou uma pessoa triste. Eu não tenho ninguém por mim, tem minhas irmã só.” (Dona Severina)
Negação da loucura	“Não pode chamar a gente de doido não, né Jully? Ninguém pode achar a gente doido não, hein. Doido é aquele que joga pedra.” (Quincas Borba)

Fonte: A própria autora (2018).

4.3.3 Análise

Após a codificação, os conteúdos identitários produzidos discursivamente pelos usuários do CAPS foram organizados em seis categorias: doente mental, cristão, a posição de sujeito moral, empoderados e emancipados, sofredor e negação da loucura. Durante a classificação e agrupamento desses conteúdos identitários, a variedade, os efeitos e as funções das práticas discursivas foram primordiais para a realização da análise, que será discutida minuciosamente no capítulo seguinte (Potter & Wetherell, 1987).

As significações e sentidos das seis categorias discursivas foram obtidos através da análise da organização retórica dos argumentos mobilizados pelos usuários do CAPS na construção de uma identidade para si próprios (Billig, 2008; Wetherell & Potter, 1988).

A retórica é um princípio da Psicologia Social Discursiva que leva em consideração os argumentos utilizados nas práticas discursivas e a ação nesses discursos (Billig, 2008). Neste caso, foram analisados os argumentos utilizados nas definições de si construídas pelos usuários do CAPS.

Desse modo, o uso da Psicologia Social Discursiva nesta pesquisa visou contribuir com o desenvolvimento desta perspectiva teórico-metodológica na área da Psicologia da

Saúde ao analisar as funções do discurso e a análise da organização retórica dos argumentos apresentadas nos relatos dos usuários do CAPS.

4.4 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP – UEPB), e se adequou às normas do Conselho Nacional de Saúde, conforme a Resolução n° 466/12, que regulamenta o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Assentimento.

A autorização institucional para a realização da pesquisa foi obtida no dia 23/10/2017 através do envio do projeto à Coordenação de Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Campina Grande, a qual autorizou a realização da pesquisa no Centro de Atenção Psicossocial III Reviver.

O projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação, foi cadastrado e submetido, no dia 24/10/2017, na base nacional e unificada de registros de pesquisa envolvendo seres humanos, conhecida como Plataforma Brasil, tendo sido avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, sem pendências, no dia 25/10/2017, em virtude de ter atendido as exigências protocolares do CEP-UEPB, mediante Resolução 466/12 do CNS/MS. O referido projeto pode ser identificado pelo número CAAE: 79257117.7.0000.5187 (Anexo C).

Ao projeto foram anexados os seguintes documentos: Termo de Compromisso do pesquisador responsável em Cumprir os termos da Resolução 466/12 do CNS/MS; Declaração de Concordância com Projeto de Pesquisa; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para maiores de 18 anos); Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para pessoas legalmente incapazes ou categoria inclusa no grupo de vulneráveis); Termo de

Assentimento (no caso de legalmente incapaz); Termo de Autorização Institucional para Gravação de Voz; Termo de Autorização para Uso de Imagens (fotos e vídeos); Termo de Autorização Institucional (emitido pela Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Campina Grande, Paraíba); bem como um roteiro de entrevistas, os quais estavam em consonância com as exigências do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os usuários do CAPS III assumiram diferentes posições de sujeito construídas a partir de diferentes discursos, as quais serão discutidas nos tópicos a seguir.

5.1 Doente mental

As definições de si advindas do discurso médico-psiquiátrico se apresentaram de forma recorrente nas narrativas dos participantes deste estudo. Tais definições trazem um conteúdo identitário de doente, que é decorrente da associação da loucura à doença mental (Foucault, 2013a; Pessoti, 1994).

As definições de si associadas à ideia de doença apareceram sob diferentes expressões: doença, enfermidade, pessoa especial, problema mental e problema dos nervos:

Guiomar: Eu tenho uma doença.

Brás Cubas: Eu não me esquivo na doença não, tá entendendo? Eu se esquivo dela, mas todo mundo sabe que eu tenho problema mental, mas fala comigo.

Sofia: Tenho problema, vou logo dizer, eu tenho meus problemas mentais. Eu tenho problemas mentais, claro, eu tenho enfermidades (...). Posso dizer que sou uma pessoa que tem problema mental, posso dizer que eu tenho essas coisas assim.

Lívia: A gente é especial.

Sofia: Especial, uma pessoa especial, uma pessoa especial que precisa de cuidado. Então, eu estou no CAPS porque eu sou especial e preciso de cuidados, até quando eu morrer porque o meu problema é sério.

Iaiá Garcia: Eu tenho um problema de cabeça, tenho a mente de criança. Aí o Conselho Tutelar disse “essa menina é especial encaminha ela para o CAPS”, aí encaminharam eu para cá.

Helena: Eu sou estressada e agoniada, isso é um grande problema dos nervos da pessoa. Aí quer dizer o meu problema é estresse, é nervo, é farta de sono, ela já é quase a mesma coisa, essa daqui também, aí a gente se ajunta, a gente conversa, a gente se comunica e aí já fica com outra paz.

Nessas falas, os participantes constroem a identidade com o uso de diferentes atributos, haja vista que “ser doente” não é uma definição de si mesmo com um significado unívoco. Em algumas falas, por exemplo, elas se apresentam como pessoas frágeis, vulneráveis, que precisam da condescendência da sociedade: “A gente é especial”; “porque eu sou especial e preciso de cuidados, até quando eu morrer porque o meu problema é sério”; “tenho a mente de criança”.

O termo “especial” nessas falas acentua mais ainda essa posição de fragilidade que eles constroem para si mesmos em suas falas. Trata-se de um termo que não é mais usado na literatura atual, mas que continua a ser usado por familiares e por pessoas que não têm familiaridade com a mais recente literatura. Tem o efeito óbvio de construir a pessoa que assim é nomeada como alguém inimputável, incapaz, e, por isso mesmo, merecedora de condescendência, tolerância e bondade.

Ao nomearem a si próprios dessa maneira os usuários certamente estão reproduzindo um vocabulário usado por seus familiares, vizinhos, etc. A função do termo “especial” por um parente de um usuário do CAPS é óbvia. Seu uso diminui a tensão nas relações sociais que esses familiares estabelecem com outras pessoas, afinal o comportamento fora da norma de seus filhos, irmãos, etc., fica automaticamente justificado (ele é “especial”, tem “a mente de criança”). No entanto, essa posição que eles assumem é tão dependente do contexto quanto é

para os seus parentes. Como interpretes competentes da língua e da cultura em que foram constituídos como sujeitos já compreenderam os efeitos sociais de se posicionarem como “especiais” em algumas situações. Como todos os membros da cultura em que foram constituídos como sujeitos eles gerenciam (com o uso de diferentes recursos retóricos) uma representação de si mesmos para atingir objetivos estratégicos. Mas, como ressaltam os teóricos da psicologia social discursiva (Potter & Wheterell, 1987; Potter, 1998), inspirados na compreensão pragmatista da linguagem desenvolvida por Wittgenstein (1979), as pessoas não usam necessariamente a linguagem orientadas por algum tipo de intencionalidade ou planejamento prévio das ações.

Quando alguém na cultura ocidental afirma: “eu não sou racista, mas...”, ele não necessariamente planejou que construiria seu enunciado assim para que pudesse atacar o grupo em questão sem ser acusado de racismo. Ele simplesmente sabe usar esse artifício retórico nas situações que interpreta como adequadas porque ele aprendeu em sua cultura. Da mesma forma, os usuários do CAPS III, como sujeitos retoricamente competentes que são, usam, em alguns contextos que interpretam como adequados, o atributo “especial” para definir a si próprios. Em outros podem usar outros atributos para atingir diferentes objetivos estratégicos.

A expressão “doença dos nervos”, usada por uma das usuárias, é muito conhecida da literatura que estuda o vocabulário usado pelas classes populares. Luiz Fernando Duarte (Duarte, 1986), em trabalho pioneiro, afirmou que termos como “doença dos nervos”, “nervoso” eram usados pelas classes trabalhadoras urbanas para falar de perturbações nas relações interpessoais que são tanto físicas quanto morais. Em obra mais recente, Alves (2002), no texto “Nervoso e Experiência de Fragilização: narrativas de mulheres idosas”, analisou como as mulheres, residentes no nordeste de Amaralina, interpretavam e davam significados a experiências que eram consideradas fragilizações femininas e ao seu próprio

sofrimento psíquico. Na pesquisa de Alves (2002), foi identificado que o termo “nervoso” era associado a algo incontrolável, a um “problema de cabeça”, mas menos “grave” do que a loucura, que estava relacionado a 3 (três) conjuntos de comportamentos: agressividade e violência, agitação e impaciência, e isolamento.

Com relação aos signos da normalidade do “nervoso”, eles se organizavam em desempenho de papéis sociais, geralmente relacionados ao trabalho; na questão da aparência, no tocante à limpeza e apresentação pessoal; e na relação com os outros, sendo expresso pela calma, bom senso e equilíbrio. O nervoso se caracterizava como o sujeito que possuía comportamentos decorrentes de relações frágeis, que envolvem pessoas, os ambientes e os espíritos, com um papel importante da família neste processo de fragilização (Alves, 2002).

No tocante à experiência do “nervoso” em mulheres idosas, elas relataram manifestações corporais, como calor, dor nas pernas e na cabeça, além de episódios tristes e de muitos risos, e se sentiam mais vulneráveis aos outros. E, desse modo, elas buscavam médicos, remédios e cultos religiosos como tratamento, fato que era influenciado pelos familiares e pela vizinhança (Alves, 2002).

Uma consequência óbvia de ser reconhecido e reconhecer-se como doente mental é a relação que esses sujeitos estabelecem com o saber médico, saber/poder que prescreve tratamentos farmacológicos, que administra para esses sujeitos doses de ansiolíticos, antidepressivos e neurolépticos.

Nas falas de alguns usuários os medicamentos são associados a desenvolvimento, fortalecimento, capacidade de interagir com os outros, como se pode observar nas falas a seguir:

Brás Cubas: Para ajudar a andar, viver, conversar com os outros (...). Sem medicação a gente vive inutilizado.

Bentinho: A medicação que eu tomo é antidepressiva, é para eu ficar, ajuda, tá ajudando eu para eu me fortalecer mais, para progredir normalmente, naturalmente. Progredir, avançar, desenvolver, evoluir, no bom sentido, entendeu?

Outros usuários, no entanto, associam os medicamentos a entorpecimento, sonolência, fragilidade emocional, como se pode observar nas falas abaixo:

Sofia: Às vezes estou abatida também e não é normal, você sabe que é normal ser parte daquilo. É árido, é muito difícil, então faz tempo que eu não estou vindo, porque eu tava doente, me sentindo mal, me sentindo fraca. Então fiz todos os exames e não deu nada, então certamente é a medicação, porque a médica mandou a minha irmã falar com o médico quando for a minha consulta segunda-feira que o medicamento está me fazendo mal. Eu só faço dormir, dormir, dormir e ficar mole.

Conceição: Antes eu precisava do remédio, mas graças a Deus agora eu não to precisando não que eu não ficava parada assim num canto, aí o meu remédio foi para ansiedade para eu me controlar. Mas para dormir ele passou só uma vez, mas eu tomei pouco tempo, eu fiquei muito dopada assim e disse não vou mais tomar esse remédio não, e não tomei não clonazepam. Deixa a pessoa muito dopada.

Dona Camila: Eu acho que isso vem do medicamento porque o primeiro medicamento que eu tomava qualquer coisa eu chorava. Qualquer coisa, se o meu marido mesmo olhasse com cara feia eu já tava me desmanchando. Era.

Lívia: Fernegan, (ininteligível), levozine, deixo ver rivotril, deixo ver captopril, é muito remédio?

Jullyanne: O que você sente ao tomar as medicações?

Lívia: Nada, durmo, agarro no sono.

Como foi discutida no capítulo dois deste estudo, a construção social da “doença mental” ocorreu em determinado momento histórico e com interesses específicos, visando

atender a determinada função social. E dentre esses interesses, é importante ressaltar a participação da psiquiatria e da indústria farmacêutica, as quais são responsáveis pela medicalização e patologização da conduta humana.

A medicalização da existência ou medicalização da vida cotidiana são termos trazidos por Fernando Freitas e Paulo Amarante no livro *Medicalização em Psiquiatria*, os quais demonstram que “a medicina e suas práticas discursivas afins adquirem o papel de significante-mestre a organizar as nossas vidas” (2015, p. 13). Os autores demonstram que a aliança entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica tem norteado as práticas relacionadas ao sofrimento psíquico, como no uso da lobotomia, do choque cardiazólico, nas terapias eletroconvulsivas e na classificação e construção de doenças que fazem parte do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, conhecido como DSM, o qual já se encontra na quinta versão.

A medicalização para Freitas e Amarante (2015, p. 14), pode ser compreendida como “o processo de transformar experiências consideradas indesejáveis ou perturbadoras em objetos da saúde, permitindo a transposição do que originalmente é da ordem do social, moral ou político para os domínios da ordem médica e práticas afins”. Dentre essas práticas afins, os autores destacam a indústria farmacêutica e as tecnologias da saúde, bem como citam os planos de saúde, advogados, movimentos sociais e grupos de pacientes e familiares na busca por benefícios previdenciários.

A medicalização também é tema discutido por Ivan Illich (1976), que acredita que a medicalização de vivências humanas retira a possibilidade de transformação e mudança das causas que geram o sofrimento, bem como roubam do sujeito a capacidade de sofrer, a sua autonomia.

Na pesquisa realizada por Farley Valentim (2011), com dois usuários de um CAPS, objetivou-se analisar a produção de sentidos para o seu adoecimento através de entrevistas

narrativas, e, como um de seus resultados, verificou que as narrativas sobre adoecimento mental traziam um conteúdo negativo e carregado de estigmas, reflexo dos discursos produzidos e legitimados pela história e pela cultura. Desse modo, verifica-se que, em alguns casos, afirmar a condição de doente é uma forma de dizer que precisa de cuidado, bem como a noção de doença esteve relacionada a uma condição incapacitante, que impedia o sujeito de trabalhar.

Nesse mesmo sentido, a ideia de “doença” apareceu relacionada ao impedimento de realização de atividade laboral, conforme visto a seguir:

Dona Evarista: Se eu não tivesse esse problema, eu tava era trabalhando assim no que eu gostava, jornalismo, essas coisas, mas infelizmente desde 98 que eu vivo tomando medicação. Já passei pelo trauma, pela Casa Verde, passei praticamente 4 meses lá. Minha doença assim foi uma coisa assim que eu perdi a memória e vivia assim mais amarrada, sabe?

Helena: Minha filha, antes eu trabalhava, aí foi o tempo que teve essa doença (...). Eu era cozinheira de restaurante e trabalhava como diarista, e trabalhava as duas coisas: diarista e cozinheira.

Farley Valentim (2011) verificou que a associação da doença à inaptidão para o trabalho fazia com que o sujeito se sentisse um incômodo para os seus familiares, gerando culpabilização e sofrimento. Importante ressaltar que, no período da Grande Internação européia, uma característica marcante dos internos era a incapacidade para o trabalho (Foucault, 2013).

Em outros momentos categorias de diagnóstico, presentes no DSM, se fizeram presentes nessas posições de sujeito:

Sofia: Porque tenho síndrome do pânico e depressão...

Rufina: Porque eu já tive anorexia e bulimia, e eu me olho no espelho e me vejo gorda. Eu me vejo um monstro. Aí eu fico sem comer, aí eu só faço tomar café preto e fumar.

Maria Olímpia: Porque eu tenho depressão crônica e síndrome do pânico.

Para Freitas e Amarante (2015, p. 46), “as categorias de diagnóstico psiquiátrico são resultado de processos sociais de construção conceitual”. Desse modo, as condições culturais, históricas e econômicas são imprescindíveis na construção e na modificação dessas categorias. O DSM traz a construção corporativa de doenças que é engendrada pelos interesses da medicina e da indústria farmacêutica. Conforme Freitas e Amarante (2015, pp. 32-33):

Atualmente, o paradigma biologicista da doença mental é predominante no campo da saúde mental. Seu pressuposto é o de que os transtornos ou distúrbios mentais, construídos como categorias de diagnóstico, têm como base material supostos desequilíbrios químicos no cérebro, disfunções psíquicas e/ou forças psíquicas inconscientes. Isso porque as explicações do comportamento humano influenciam a lei e a política social muito mais que as explicações dos eventos do mundo natural, como a química, a física, a astronomia. (...) O que a psiquiatria e suas práticas afins fazem é dar respostas simplificadoras aos comportamentos incômodos. A origem da psiquiatria é a própria coerção da cura. A histeria como linguagem dirigida ao outro, por exemplo, é transformada em problema psíquico a ser medicalizado, assim como o controle das drogas, o suicídio, a pedofilia, a responsabilidade criminal, etc. Além disso, a medicalização é melhor simplificada quando se apresenta como medicação.

E, assim, a medicação tem ocupado, em diversos casos, a posição central na vida de sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico. E como resultado dessa epidemia da medicalização, corpos são docilizados e as suas existências negadas.

5.2 Cristão

A identidade religiosa de tipo cristão foi mobilizada por alguns dos participantes desta pesquisa. Em algumas dessas falas, como a de Bentinho abaixo, o Deus cristão liberta o crente da doença espiritual produzida por entidades malignas:

É porque assim é sobre religião, é, eu gosto de ter calma porque é um assunto na minha opinião, é um assunto muito delicado. Então você tá entendendo?

É que eu não sei, eu não tenho certeza, eu acho que é como se fosse alguma coisa espiritual, alguma coisa espiritual (...). Aí eu acho que só pode ser alguma coisa espiritual, assim é uma coisa inexplicável, é que eu não sei explicar (...)

Então como eu falei para você assim que na parte espiritual é muito delicada também, muito séria. É que eu comecei a conhecer a igreja católica em 94 quando eu era uma criança com 8 anos, aí das igreja evangélica eu conheci a adventista do sétimo dia no ano de 98 quando eu já era mais crescido, quando eu tava com 12 anos. É... porque assim, é, disseram assim é, aconteceu atrito assim, aconteceu atrito assim, aconteceu atrito é na minha parte espiritual, mas eu não queria que tivesse acontecido isso de, é muito sério. Eu, eu, eu, é da minha parte, aí eu sempre fui calmo, sempre fui tranquilo também, aí, aí os meus pais sempre foram católicos, mas é aí, aí como eu falei, religião não é, eu aprendi assim, na minha opinião que eu tenho... é, é religião não é para fazer um debate, muito menos uma discussão, entendeu? Concorda com minha opinião? É, então, aí é isso aí porque assim, teve os atritos da igreja católica com a igreja evangélica, mas eu tenho um colega que eu conheci já há uns 2 anos atrás, da adventista, que eu to sendo colega dele ainda, aí ele deu uma explicação, ele disse que Jesus está em todas as igrejas e também com certeza na igreja católica. Aí eu fiquei deprimido também, triste assim porque, porque é o seguinte, na minha infância também, de 94 para agora, é, algumas pessoas, algumas pessoas, não tem comentários assim que algumas pessoas falam? Aí é o seguinte, eu só fiquei completamente calado, completamente calmo, tranquilo. Aí disseram que, na minha infância eu ouvi assim dizer é, as pessoas falando os comentários que a igreja católica é uma igreja falsa. Entendeu, né? (...). Pois é, aí eu fiquei é, deprimido também é, por esse comentário...

É seríssimo é, por esse comentário, aí é seríssimo, é demais que as pessoas já falaram, aí, pois é. Aí eu posso desabafar? É porque eu já expliquei, mas eu desabafar agora? Agora uma coisa é, seríssima é e perigosíssima e que não é para brincar, a única religião assim, é do mal mesmo que é, que graças a... eu quando fiquei sabendo da história, em nem queria saber dessa história, que é sociedade secreta, é magia negra. Essa coisa é seríssima e perigosíssima. É que a minha explicação que essa coisa seríssima e perigosíssima, é, de sociedade secreta, é, magia negra, bruxaria, essas coisas. É, graças a Deus, é, nosso Deus pai todo poderoso e nosso Senhor, é, Jesus Cristo me livrou.

Na fala de Bentinho, sugere-se que a loucura é produzida por entidades demoníacas: “É que eu não sei, eu não tenho certeza, eu acho que é como se fosse alguma coisa espiritual, alguma coisa espiritual”. Mas ele teria ficado livre dessas entidades por meio do poder de Deus: “É, graças a Deus, é, nosso Deus pai todo poderoso e nosso Senhor, é, Jesus Cristo me livrou.”

Há certa inconsistência entre essa fala de Bentinho e outra fala sua citada anteriormente, na qual ele afirma que “a medicação” que ele toma é “antidepressiva” e que ela está fortalecendo-o. Afirmar que a medicação antidepressiva o fortalece é afirmar tacitamente que os seus sintomas são de natureza psiquiátrica, que ele é, portanto, um doente. Em suma, em um momento ele é um doente, em outro ele é alguém com problemas de ordem espiritual, alguém possuído por demônios (que é curado não mais por meio de medicamentos, mas pelo Deus que é a figura central na identidade religiosa que mobiliza em sua fala). A fala de Bentinho ilustra um dos fenômenos mais comuns apontados pelos teóricos da psicologia social discursiva (Potter & Wheterell, 1987; Potter, 1998): a variabilidade discursiva em um mesmo sujeito em diferentes contextos discursivos.

A fala de Bentinho atualiza um velho discurso, que ainda sobrevive em alguns segmentos culturais brasileiros, que associa a loucura à possessão demoníaca. A origem histórica desse discurso ocorre na época medieval e renascentista:

Desde os Padres Apostólicos até Agostino de Hipona, a mitologia demoníaca se desenvolve e se consolida, com pesados efeitos políticos e morais. Segundo Nola (1987), nos três primeiros séculos do cristianismo essa demonologia reflete crenças gnósticas e o dualismo professado nas comunidades essênias e qumrâmicas, cujo pensamento se aparenta estreitamente ao que se caracterizará depois como a doutrina de Cristo. Posteriormente essa mitologia evolui em duas direções, conforme se consolida o poder do cristianismo: de um lado todas as divindades “pagãs” passam a ser demônios e, desse modo, cultuá-las é adorar o demônio, cabendo ao cristão, em situação extrema, optar pelo martírio a fim de não se entregar à danação eterna; de outro lado, o dissidente, o pagão ou, numa palavra, o herege, passa a ser partidário ou instrumento do demônio. Demoniza-se o herege, e com isso se legitima a intolerância religiosa e a perseguição às dissidências (Pessoti, 1994, p. 83).

Em 1484 é escrito o *Malleus Maleficarum*, texto que traz a doutrina demonológica e considera a loucura uma intervenção dos demônios na vida dos homens. Vale registrar que o documento também informa que, em alguns casos, Deus permite que os homens sejam possuídos por demônios. E desse modo, é importante que os médicos saibam diferenciar estas loucuras das loucuras com causas orgânicas (Pessoti, 1994).

A doutrina antidiabólica de Hironimus Menghius Vitellianensis, lançada em 1576, intitulada de *Compendio dell’Arte Essorcistica, et Possibilita delle Mirabili et Stupende Operazioni delli Demoni, et de’ Malefici*, dividida em três livros, legitimava o “exorcismo contra a difusão de práticas charlatanescas e “supersticiosas” feitas por clérigos ou leigos sem preparação doutrinária e sem credenciais canônicas para tanto” (Pessoti, 1994, p. 106).

As práticas de exorcismo são comumente verificadas em igrejas neopentecostais através de “sessões de descarrego” e atos de “expulsão de demônios”, conforme trazido no relato a seguir de uma evangélica:

Capitu: Eu me sinto muito mal, sabe, muito mal, muito mal, muito doente. A casa cada vez mais desmantelada, cada vez mais sem força de fazer comida, cada vez mais sem força de comprar uma comidinha para comer, cada vez mais aquela fome me matando, me destruindo. E agora eu segui, não sei se era por causa da igreja, eu segui muito a igreja e o pastor chama muito o “diabo, diabo, diabo” lá na Universal, e expulsa o diabo, o diabo, e se era uma rede que vinha de lá, ou era uma rede que vinha do meu marido porque eu perdi ele, porque eu não cuidei bem dele, e era uma rede que vinha da família dele, ou não sei se é uma rede porque ele já brincou o Carnaval e ele era trianguista do Carnaval. Aí disseram que eu rasguei a farda dele com ciúme, eu num sei se eu rasguei a farda dele, eu não tinha mais noção, entendeu, irmã? Só que eu tenho noção que eu chorava muito de amor por ele e na mesma hora eu brigava muito, entendeu irmã? Na mesma hora eu brigava muito. Naquele tempo, irmã, eu dormia, eu dormia, e para mim dormir eu tava morta, não me acordava nenhum pingo na noite. E o meu marido se acordava de manhã, fazia o café, quando eu olhava já tava todo mundo no mundo, desde o meu pequeno assim até minha mãe, todo mundo tava no mundo e eu tava dormindo. Parece que eu me tornava como morta, eu não me sentia viva, não me sentia como viva.

Ao relatar a prática de exorcismo na Igreja Universal do Reino de Deus, Capitu, embora não negue a identidade evangélica, coloca o pertencimento à igreja supracitada como coisa do passado. Além disso, nega a identidade de possuída pelo demônio que a igreja lhe atribuía, e mais do que isso, sugere sutilmente que a própria igreja e suas práticas seriam a causa dos seus sintomas: “Eu me sinto muito mal, sabe, muito mal, muito mal, muito doente (...) Não sei se era por causa da igreja, eu segui muito a igreja e o pastor chama muito o “diabo, diabo, diabo” lá na Universal”.

Procurando dar um sentido para o que lhe acontece, Capitu questiona, duvida, argumenta. São habilidades discursivas e retóricas frequentemente negadas a pessoas como ela em razão da difusão de estereótipos que constroem essas pessoas como seres humanos imbecilizados e pueris.

A busca pela religião, a frequência em missas e cultos, e a (re)significação do sofrimento psíquico a partir das experiências e práticas religiosas apareceram muitas vezes nas narrativas dos usuários do CAPS. Expressões “como servos de Deus”, “lapidados” e “esculpidos”, “pessoas de Deus” e “de Jesus”, “bondosas” e “fortes”, fazem parte do discurso religioso cristão/ (principalmente evangélico) e são mobilizadas por essas pessoas para definir a si mesmas:

Sofia: Eu? Uma serva de Deus, temente tremendamente ao Senhor, que faz a minha vida ser melhor da maneira possível... é... que levanta e cai, as vezes, que vai para círculo de orações.

Brás Cubas: Lapidado, estou esculpido de novo, pela vontade de Deus, porque sem Ele a gente não vive.

Mariana: Você fica assim na igreja, eu gosto de ir para igreja fazer a obra de Deus, ir para igreja, aí minha irmã (ininteligível) de noite ouvir a palavra do Senhor, somente. Os pensamentos na cabeça do mundo (...)

Eu não gosto, eu era católica, eu era católica, eu fui, minha amiga me chamou para universal eu não gostei. Aí eu saí da universal fui para outra igreja, aceitei Jesus na igreja Nazareno lá nas Malvinas, aí um ônibus para mim, eu vinha sozinha aí a menina disse “fala com o pastor, você não vai só não, faz medo”, eu to perto de casa, to perto de casa, pertinho a igreja. Sou assim gosto de igreja, de louvor. Boto louvor, boto filme de Jesus para assistir, é bom demais.

Conceição: Mas graças a Deus com o tempo, eu tinha me afastado da igreja, mas voltei e comecei a melhorar. As irmãs da igreja ficava insistindo para eu voltar, mas eu não queria, mas com o tempo, eu voltei e melhorei.

Bentinho: Sou uma pessoa muito boa, eu sou de Deus, eu sou de Jesus (...). Eu graças a Deus sempre fui uma pessoa boa, de Deus, de Jesus, graças a Deus. Mas vai dar tudo certo, positivo. Aí o que eu tenho para terminar é só na parte profissional assim é eu

desenvolver o meu talento no bom sentido, no bom sentido, é nunca mais ter complexo de inferioridade, aliás, graças a Deus eu não sinto mais. É só eu desenvolver o meu talento, aí progredir nas coisas. Aí eu quero ter, eu to procurando uma pessoa especial que dê certo, aí é isso aí.

Natividade: Aí eu não tenho na minha vida assim, eu dentro da igreja eu me sinto forte, a minha alma, sei que na hora que Jesus me levar, dá agonia, tem hora que eu tenho tontura, vontade de desmaiar e tudo, aí eu sei que eu to com Deus e a Virgem Maria tomando conta de mim, aí essa é a força que eu tenho, e aqui é as meninas.

Nessas intervenções se estabelece uma relação inequívoca entre religiosidade e fortalecimento diante do sofrimento psíquico. Em pesquisa realizada por Araújo (2015), no CAPS Renascer localizado em Belém do Pará, verificou-se que recursos religiosos, como orações, leituras da bíblia e passes, eram utilizados enquanto práticas de cuidado. Entretanto em pesquisa realizada em Campina Grande/PB por Henriques, Oliveira Filho & Figueirêdo (2015) os usuários mencionaram a negação e a exclusão da religiosidade nesses dispositivos.

De acordo com os autores supracitados, é legítima a busca pela religião pelos usuários do CAPS em momentos de dor e de crise, e, apesar de a dimensão religiosa ser importante para o sujeito, as experiências religiosas são negadas em detrimento do discurso médico-psiquiátrico. Para os pesquisadores, esta repressão ao conteúdo religioso contradiz o aspecto democrático e contraria os paradigmas reformistas, sendo importante a discussão da temática, haja vista que os usuários transitam entre as práticas terapêuticas (nos CAPS) e as práticas religiosas (nas igrejas, centros, terreiros, e etc), bem como devido a existência de conteúdo religioso nas experiências de sofrimento de alguns usuários.

5.3 A posição de sujeito moral

O discurso moral presente principalmente na teoria de Philippe Pinel colocava a loucura ligada à ordem moral, que tinha causas variadas, como a educação corrompida sobre a perda da razão, desregramentos no modo de viver e as paixões ardentes. Nesse sentido, o tratamento empregado por Pinel era reeducativo e moralizante, e visava enquadrar os desvios comportamentais “dentro dos padrões éticos (...). Ademais, essa reeducação se destina a impedir ou corrigir vícios morais, entendidos como fonte de alienação. É uma tarefa essencialmente moralista, destinada a combater o que a espécie humana tem de “desagradável e vergonhoso”” (Pessoti, 1996, pp. 99-100).

O tratamento se baseava no afastamento do mundo exterior a fim de garantir a segurança pessoal dos loucos e seus familiares, afastá-los das influências externas, vencer as resistências pessoais, submetê-los ao regime médico e a impor novos hábitos intelectuais e morais (Amarante, 2016; Foucault, 2013a).

Desse modo, o hospital psiquiátrico isolava e afastava as pessoas em sofrimento psíquico, sendo o lugar legitimado pelo discurso médico para a realização do tratamento moral. Conforme Paulo Amarante (2016, p. 50): “o tratamento moral, ou a “polícia interior”, no entendimento de Pinel, dá-se inicialmente com o próprio regime disciplinar do asilo”.

Importante registrar que foi em 1843 que o médico Henry Johnson elencou a moral enquanto um tipo de “distúrbio mental inflamatório” do tipo crônico; e em 1860, Morel elencou a loucura moral enquanto uma espécie de “doença mental” que era causada por alienações hereditárias em virtude de deformação moral. Em 1878, Schule considerou a loucura moral um estado de deficiência ou degeneração mental hereditário; Krafft-Ebing, em 1879, definiu a loucura moral como uma degeneração psíquica do cérebro. Solfelli, em 1883, considerou a loucura moral uma psicose degenerativa (Pessoti, 1999).

Importante lembrar que foi a partir da segregação dos loucos juntamente com as categorias consideradas descartáveis da sociedade, como os libertinos e criminosos, que houve o fortalecimento da associação da loucura com as culpas morais e sociais (Desviat, 2015; Foucault, 2008; 2013a). Desse modo, o afastamento dos loucos construiu a loucura enquanto um desvio moral, produzindo repercussões na esfera política, moral, social, religiosa e econômica.

Os usuários do CAPS participantes desta pesquisa, conhecedores que são dos padrões culturais da sociedade em que vivem, sabem que há uma associação entre imoralidade e loucura. Não por acaso, recorrentemente respondem a esse discurso afirmando que são pessoas decentes (“sou uma pessoa muito rígida”), honestas (“porque é que nem eu, honesta, não pegava nada de ninguém”), bondosas (“mas eu não vou fazer mal a uma criança. Eu amo criança), como se pode observar nas falas abaixo:

Dona Evarista: Eu to falando isso aqui porque eu não gosto de (ininteligível) não, porque eu sou uma mulher de princípios morais, eu tive uma educação muito boa, porque se fosse antigamente (ininteligível), meus pais me deram educação. Minha filha, quando você ver uma coisa que não é sua não pegue, eu dava a benção a ele.

Dona Evarista: Ela bota moral, eu gosto de gente assim que bota moral. Se eu fosse estudar eu estudava advocacia porque eu sou uma pessoa muito rígida, sabe? Eu gosto de tudo ajeitadinho, a doutora disse que eu me cobrava demais, a outra que saiu daqui, a psicóloga, tudo eu quero dar prova, porque tudo que eu faço eu dava prova a ela (risos).

Dona Evarista: Porque é que nem eu, honesta, não pegava nada de ninguém (...) Outra coisa, nunca pegar nada de ninguém. Eu passei pela roleta, agora tá tudo diferente, né? Aí eu dei o dinheiro a uma cobradora, e ele deu mais a mim, e eu contei o troco e disse olha esse aqui é seu, você me deu a mais. Tu acha que eu ia enricar? Deus me livre!

Rufina: Isso é loucura. Só que as pessoas lá fora não vê isso na gente, vê que a gente é doido, entendeu? Por isso que não querem dar emprego, por isso tem uma vizinha lá em casa que não confia eu pegar no menino dela de jeito nenhum. Ela não confia nenhum segundo eu tá com o menino dela nos braços. Com medo de acontecer alguma coisa, eu acho, né. Mas eu não vou fazer mal a uma criança. Eu amo criança. Já trabalhei com criança e tudo.

5.4 Empoderados e emancipados

Conforme discussão trazida no capítulo três desta dissertação, a proposta da Reforma Psiquiátrica acarretou novos olhares sobre a saúde mental, que passou a ser reconhecida como resultado de uma construção transversal, complexa e simultânea de saberes (Amarante, 2015b), e novas formas de se olhar para os sujeitos em sofrimento psíquico, sendo um dos papéis da Psicologia contribuir para a sua emancipação e transformação, através da construção de estratégias que visem a produção de saberes capazes de valorizar e inscrever o sujeito em sua própria história.

A reabilitação dos sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico só poderá ocorrer, segundo Basaglia (2010), a partir do reconhecimento dos processos de exclusão que ele sofreu e da tomada de consciência das identidades que lhes foram atribuídas. E esse processo implica na conquista da cidadania a partir da construção de seus direitos fundamentais, que tem relação como aspectos afetivos, relacionais, materiais, habitacionais e produtivos (Saraceno, 2001).

Conforme Pitta (2016), para a reabilitação social ser pensada é preciso que ocorra a delimitação de quem será o sujeito das políticas reabilitadoras e dos programas que devem ser eticamente responsáveis. Assim, a reabilitação psicossocial pode ser definida como uma “atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e

delicada aos cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados” (Pitta, 2016, p. 29).

A partir da Reforma Psiquiátrica, a Psicologia passou a ocupar diversos espaços nos dispositivos da rede de atenção à saúde e novas formas de cuidado dos sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico foram construídas. As práticas passaram a ter preocupação com promoção de direitos, com afirmação de valores humanos e com a concepção de saúde enquanto um direito inerente à condição de cidadania.

Nesse sentido, verificam-se nas formulações dos usuários do CAPS definições de si advindas desse paradigma emancipatório colocado em ação pelo discurso da Reforma Psiquiátrica:

Guiomar: Eu agora sou a mulher forte (...) Eu hoje? Eu sou outra pessoa, porque assim primeiramente Deus na minha vida, e as meninas aqui do CAPS, o professor Palha, a minha psicóloga, Fidelia, tudo isso.

Helena: Eu, eu depois que vim pra aqui, hoje eu sou outra pessoa, graças a Deus! (...) Antes assim eu não me ligava em fazer as coisas e agora não, agora eu faço esses trabalhinhos, faço esses desenhos, faço uns sofazinhos, faço umas carinha de boneca, tudo isso aprendi aqui no CAPS. Então quer dizer, tudo que eu tenho e que eu sei, eu devo aqui no CAPS, e graças a Deus hoje eu sou outra pessoa. A mente mais aberta, entendo mais as coisas, tá entendendo? Tudo aprendi aqui no CAPS, então hoje eu me acho outra pessoa.

Capitu: Hoje eu me sinto viva.

Brás Cubas: Aqui eu me sinto solto, que eu posso sair e vim. E no manicômio eu não posso nem sair e nem vim para cá, nem nenhum canto.

Capitu: Aqui a diferença é a que a gente se sente uma pessoa livre, né, tem livre arbitro, né? Uma pessoa livre. A gente fica um pedaço só, vai para casa. E a gente não

briga, graças a Deus. Todo mundo na paz. Graças a Deus porque não dá tempo para brigar, né, porque não dá chance aquele momento só e vai simhora para casa. E lá a gente ficava morando, dá continuidade a tudo que não presta (fazendo menção à época que esteve internada na Casa Verde).

As narrativas também trouxeram definições de si repletas de adjetivos e qualidades como “simpático”, “carismático” e “rapaz de futuro”, bem como os sujeitos relataram atividades que gostam de fazer no CAPS. De acordo com tais relatos, verifica-se que o CAPS pode ser compreendido enquanto um local de retomada de projetos de vida e perspectivas futuras (Grigolo, 2010):

Bentinho: Eu sou simpático, carismático, eu tenho muitas qualidades boas, muitas características boas. Eu tenho a primeira, a primeira, a primeira em todas é amor no coração, na minha mente também, na minha mente também. Tá acreditando?

(...) Sou bondoso também com as pessoas

(...) eu sou um talento escondido, mas eu sou, é porque até agora eu fui um talento escondido porque eu tava um pouco triste e eu tava me sentindo com complexo de inferioridade, mas graças a Deus eu nunca tive nenhum motivo para me sentir com complexo de inferioridade.

Brás Cubas: Eu sou um rapaz de futuro na vida, eu to aqui para aprender muitas coisas e ensinar aos outros também, o meu futuro é esse.

Conselheiro Aires: Eu sou simplesmente uma pessoa humana, humana. Eu acho que humano por si só já diz tudo, não quer orgulho, não quer aquilo por engrandecimento. Eu não quero isso para isso, eu faço porque eu gosto, porque é uma coisa que eu gosto, é uma terapia, a pintura, porque ela mexe, as cores mexem (...)

Eu gosto porque desopila, é como uma terapia, ela me desopila, tá entendendo? Agora quando eu to sem eu fico um pouco ansioso. Aí agora o custo é alto porque a tela é cara, aí preciso ter saída para poder investir, tá entendendo? Aí é aquele tipo de coisa eu já expus, já expus na Justiça Federal, na Caixa Econômica, no SESC Centro, no...

em tantos lugares, no Shopping Cirne Center, foi. Mas agora é difícil porque para o artista é difícil, né. Se botasse uma câmera e perguntasse o que você quer do futuro, o que você quer do seu futuro? Eu quero continuar a minha obra de arte, os meus trabalhos de arte.

(...) Eu descobri a pintura através da internação quando eu tava pintando, aí eu descobri que eu tinha aptidão à pintura, entendeu, né? Aí eu de acordo com isso comecei a fazer os meus trabalhos, é porque não tá aqui, mas eu já fiz pôr do sol, já fiz... as minhas pinturas é paisagem marinha, natureza morta, é... figuras humanas eu tenho uma mulher de costas tomando banho na praia, eu tenho uns casarios, casas. Essas paisagens assim. Tem uma obra minha que tá nos Estados Unidos, que tava no shopping Luiza Mota um americano, aí comprou uma tela minha, aí levou. Aí enrolei num canudo, e teve que levar num canudo no avião.

Simão Bacamarte: Olhe, eu sou um sujeito que gosta basicamente da simplicidade, eu não gosto de muito luxo não. Para mim tendo comida no prato e tendo uma cama para dormir e um teto na minha cabeça para mim já está bom. O que eu mais gosto mesmo, eu também gosto dos meus passatempos (...)

Eu geralmente costumo fazer esculturas com reciclagem, é um dos meus passatempos que eu mais gosto. Eu reciclo bonecos velhos também e remoto. Por falar nisso, tem uma das minhas criações aqui se eu não me engano. Quincas Borba, na oficina tá aquele boneco que eu montei? (...) Ah, eu também sei desenhar algumas coisas. Sei, se você me der uma folha em branco eu te mostro.

Bom, quem sou eu? Ahh, que pergunta peculiar, é muito simples. Eu apenas sou um sujeito que procura viver todo dia como se fosse o primeiro dia. Não importa se esteja chovendo, se esteja fazendo sol, se eu teja gripado, se eu teja rouco, mas tem uma coisa que eu aprendi que meu avô diz isso para minha mãe: “É melhor ser que parecer”. Eu não me importo com o que pensam que eu sou, eu me importo com o que eu realmente eu sou. Sou uma pessoa criativa, sou uma pessoa que tem imaginação, uma pessoa que vê o mundo com outros olhos. Eu gosto de me ver como um visionário, não como só mais uma peça de um quebra-cabeças, esse é quem sou eu.

Os participantes acima construíram o CAPS como um dispositivo que possibilita que os sujeitos expressem quem são e assumam posições de sujeito autênticas, identificando

talentos e construindo perspectivas a longo prazo. No estudo realizado por Nascimento, Brêda e Albuquerque (2015) sobre as percepções que mulheres usuárias de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tinham de si diante do adoecimento mental, verificou-se que o CAPS teve papel relevante no processo de reconstrução e manifestação das identidades das participantes, bem como se apresentou como um lugar que possibilitava a promoção de autoconhecimento, orientação e apoio emocional.

O CAPS possui diversas modalidades terapêuticas, a saber: atendimento individual, oficinas e grupos terapêuticos. Estas atividades podem adquirir significações “nos contextos de vida dos usuários: na conformação de um campo afetivo de valorização de si e do outro; da possibilidade de trazer leveza a vivências de sofrimento; da materialidade que se transforma em instrumento de relação com o externo” (Surjus, 2007, p. 86).

Nesse mesmo sentido, os usuários compreendem o CAPS enquanto um espaço de sociabilidade, novas relações sociais e reinserção social são estabelecidas. Sendo o CAPS, para muitos usuários, o primeiro local de participação na sociedade (Santos, 2009).

Ao pensar na atuação do psicólogo no CAPS, é imprescindível que ele saiba compor uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, que trabalhe a inclusão do usuário, a responsabilização, o vínculo, a constituição de rede de cuidado intersetorial, que permita que as necessidades do sujeito atravessem o seu fazer, dentro da perspectiva da clínica ampliada, que pensa no sujeito de forma integral dentro da construção do projeto terapêutico singular (Spink, 2007).

Com relação aos Centros de Atenção Psicossocial, eles são lugares de acolhimento aos sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico, os quais têm como objetivos a promoção de autonomia dos sujeitos através de ações de inclusão e integração social, de forma trans e multidisciplinar, através da base territorial e com a intersetorialidade (Amarante, 2012; Brasil, 2005).

A formação de vínculos dos sujeitos em sofrimento psíquico com os trabalhadores e trabalhadoras que atuam na rede de atenção psicossocial é imprescindível no processo de humanização do atendimento e na constituição de linhas de cuidado (Silva, 2013; Silva & Magalhães Júnior, 2013).

É importante salientar que os serviços de saúde como os Centros de Atenção Psicossocial são lugares de responsabilização e criação de vínculos, os quais devem centrar as suas intervenções e terapêuticas no usuário. Assim, o vínculo, acolhimento e a disposição para o outro fazem parte das linhas de cuidado:

Helena: Aqui a gente se sente segura, a gente se sente bem. É como eu tava dizendo a meu menino, a gente chega, ela tem um problema do mesmo que eu tenho, ela tem o mesmo que eu tenho, a gente começa a conversar. Aí o meu problema é, eu sou, eu tenho um problema do meu, que sou assim estressada e agoniada, num instantezinho eu faço as coisas, você já tira por isso (mostra a máscara pronta) (...)

Em casa se a gente for conversar, “ah, mulher, você tá vendo isso, tá vendo aquilo sem ser, não é assim”, entendeu? Aí já não bate e a gente fica meu Deus o que é isso que eu acho isso e fulano não acha, né? A gente tá vendo uma coisa que eles não tão vendo, aí dá tudo errado (...)

O mundinho da gente virou, o mundo da gente desabou, mas só que a gente tamo conseguindo viver nesse mundinho que a gente tamo, vive. Construimo nova família, nova geração e continuamo vivendo porque no momento que a gente não acha, a família não dá apoio para gente, um dá, outro não dá, e então aquela família que a gente encontrou aqui no CAPS dá apoio a gente, tá entendendo? A gente se vê aparada por eles. A gente chega sem comer, chega sem dormir, eles ajeita, dá conselho, conversa com a gente. Tudo isso a gente se levanta, aí hoje mesmo essa conversa aqui com você já levanta a gente (...)

Porque eu gosto e me sinto bem aqui, tá entendendo? E quando eu não venho eu fico triste, fico com depressão, tá entendendo? E eu vindo não, eu converso com as meninas, tem as minhas amigas também aqui.

Brás Cubas: Aqui é tipo um trabalho da mente.

Natividade: Eu me sinto na vida, aqui nesse mundo, para mim eu to bem, porque graças ao meu bom Deus eu tenho assistência médica aqui, tenho carinho das menina e o mais importante é o carinho das pessoas com a gente. A gente se sente importante, então por isso é que eu fico mais feliz na semana é domingo que eu vou para santa missa e na terça quando eu venho para aqui. Aí eu esqueço dos problema.

Dona Severina: Eu me sinto feliz quando eu venho para cá porque eu me sinto muito só, minha irmã trabalha e eu fico só em casa... (choro). Não tenho com quem conversar e aqui eu converso com o povo, eu desabafo e faço amizade aqui.

Maria Olímpia: Por isso que eu disse a você eu me sinto mais feliz aqui do que em casa.

Dona Severina: Eu me sinto mais feliz aqui do que em casa.

Nesse sentido, verifica-se que o CAPS se apresenta enquanto um local de sociabilidades, de formação de vínculos e laços afetivos. Assim, o trabalho no CAPS deve ter como perspectiva a utilização da tecnologia leve como base de suas práticas, a partir do acolhimento, do cuidado, da atenção singularizada e da responsabilização.

As tecnologias leves consistem na relação do trabalhador com o do serviço em um ato, principalmente no momento da escuta e da fala, que acarreta na “produção da responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculos e aceitação” (Merhy,1998, p. 5).

As tecnologias leves nos serviços substitutivos são atravessadas pela prática clínica, e a sua utilização perpassa o núcleo específico do sofrimento psíquico, do saber profissional e das ações de cuidado. A lógica manicomial foi amplamente embasada por tecnologias duras, com relações de poder verticalizadas e sem vínculos entre profissionais e usuários; já as intervenções nos serviços substitutivos são amparadas pela lógica do cuidado, pela promoção da autonomia, pela construção de laços sociais e pela produção de vida, a partir das interlocuções entre os serviços que constituem a rede de saúde mental (Merhy,1998).

De tal modo, percebe-se que as formas de cuidado, presentes na atuação dos trabalhadores de saúde, foram modificadas a fim de atender a demanda social, e assim, a Psicologia passou a ser responsável pela emancipação e a transformação dos sujeitos, através de estratégias que visam transformar ou (re)significar as causas de seus sofrimentos psíquicos.

Nesse sentido, para que esses objetivos sejam alcançados é preciso que a atuação tenha novas perspectivas: a utilização de intervenções participativas e ativas; a construção do vínculo entre os trabalhadores e os usuários dos serviços; o trabalho em equipe de forma horizontal e transversal; a troca de saberes e olhares entre os trabalhadores e os usuários, entre os saberes científicos e os populares; o conhecimento do território e das demandas dos usuários; e as formas de cuidado construídas com os usuários e não para os usuários.

5.5 Sofredor

As linhas duras forjadas pelo discurso jurídico e pelos saberes psi legitimaram a exclusão de categorias de sujeitos, como a dos loucos, tendo o higienismo constituído a loucura enquanto impura e monstruosa (Amorim, 2008; Foucault, 2013a). As existências dos sujeitos em sofrimento psíquico foram tidas como ameaças à normatividade e isso legitimou a negação e/ou tutela de suas vidas.

Nesse sentido, os discursos que matam, discursos de verdade e que fazem rir estão nas bases da instituição judiciária, os quais demonstram a aliança entre a psiquiatria e a justiça e engendram as máquinas do poder de normalização (Foucault, 2013b; 2015).

O biopoder, conhecido como “poder sobre a vida”, atinge não só o corpo singular, mas a coletividade através de modos de governo da vida, respaldadas pelo aparelho estatal (Amorim & Dimenstein, 2009a; Machado *et al.*, 1978), os quais produzem subjetividades e aprisionam corpos (Amorim, 2008). E nas instituições totais, o biopoder se apresenta com

uma dupla função de normalização, a saber: controle de corpos individuais cujas mentes estão perturbadas e a proteção da sociedade das desordens que esses corpos podem produzir (Amorim, 2008; Amorim & Dimenstein, 2009b).

Desse modo, a exclusão histórica, social e cultural da loucura, os estigmas e rótulos atribuídos aos sujeitos em sofrimento psíquico influenciam o modo com que o sujeito constrói a sua identidade:

Dona Severina: Eu sou uma pessoa triste, amargurada e ao mesmo tempo não sei dizer, não sei dizer quem eu sou. Sou uma pessoa triste. Eu não tenho ninguém por mim, tem minhas irmã só.

Rufina: Uma pessoa infeliz.

Capitu: Eu ia dizer quem é sou eu, irmã, que eu ainda não conheço assim quem eu, quem sou eu. Ainda não sinto quem sou eu. Eu queria me formar um eu, entendeu? Eu queria me transformar num eu e queria sentir o eu e conhecer o meu eu. Eu ainda não me conheço, fia. Ainda não me conheço.

Helena: A própria família da gente tem gente que não aceita mais a gente.

Guiomar: O meu tio mesmo só chama eu de doida.

Dona Evarista: Desse jeito.

Helena: Não aceita mais. É pai, é mãe, irmão, um aceita, outro não aceita. Acha que a gente já não é mais nada, não manda mais em nada, não pode fazer nada. Aí não liga mais para gente. A gente se sente um lixo mesmo, humilhada, ela tá certa, humilhada. A gente se sente humilhada, começa pela família e finda pelos de fora

Natividade: Para dizer a você minha fia, hoje em dia eu me sinto bença de Deus porque vivo, mas uma pessoa muito assim que não precisa viver nesse mundo, porque eu acho que o que eu já tive de ter, eu já tive, e o que eu sofro, como eu venho para aqui, daqui vou para a fisioterapia lá na Facisa, sou sustentada pelas minhas filhas, e vejo elas sofrendo para ver minha saúde. Aí eu me sinto uma pessoa que dá trabalho e

também não é para tá neste mundo, para deixar as minhas filha em paz. Elas viver a vida delas, porque elas não tão vivendo a vida delas.

Nesse mesmo sentido, Nascimento, Brêda e Albuquerque (2015, p. 488) verificaram que após a condição de sofrimento psíquico as mulheres “percebem-se com baixa tolerância aos problemas, baixa autoestima, elevada autocensura, consideram-se anormais, um incômodo para seus familiares”.

A ausência de planos, perspectivas futuras e sentido da vida, bem como pensamentos, comportamentos suicidas e a solidão apareceram nos relatos das constituições identitárias. Interessante mencionar ainda que a ideia de controle, presente no biopoder, também apareceu nas narrativas:

Capitu: Eu sinto nada na minha vida, eu sinto um zero, eu sinto que eu não sou nada. Eu sinto que eu não sou nada e não posso vencer nunca. Eu penso que eu não sou nada e também não posso vencer nunca e me causa muito desgosto, aí só vivo com a minha cabeça baixa ou no lençol, aí não consigo nem olhar para o mundo, e não consigo olhar nem para o mundo. Até a minha casa eu não consigo olhar nem para as coisas, (ininteligível), tranco o olho e depois consigo abrir. Aí às vezes não tenho coragem nem de tomar banho, nem de cuidar de mim mesma.

Rufina: Eu diria que sou uma pessoa fingida. (...). Porque eu sou feliz na frente do povo, mas dentro do meu quarto eu choro, eu me corto. Eu diria que sou uma pessoa fingida. Eu finjo ta bem na frente de mainha, na frente dos outros, mas quando eu chego dentro do meu quarto eu começo a chorar. Desde a semana passada que eu to assim chorando direto (...)

Eu já tomei mais de não sei quantos neozine para tentar me matar porque eu não me aceito do jeito que eu sou, entendeu? Aí eu passo muito tempo sem comer. Eu não como e quando eu como, eu tomo detergente, enfio a escova na goela e vomito, boto todinho para fora. E quando eu me olho no espelho, eu me vejo gorda. Aí eu me sinto mal com isso. Aí eu passei mal, aí a doutora me encaminhou. Aí eu passei mal e a

doutora me encaminhou para o psicólogo. Aí do psicólogo me encaminharam para cá porque eu comecei a me cortar. Aí me encaminharam para cá. Aí eu não podia nem falar, não aguentava nem falar direito porque quando eu falava, eu cansava. Aí quando elas viram que o caso tava sendo sério, aí me encaminharam para cá. Quando eu cheguei aqui aí me passaram esses monte de medicamento para eu tomar. Só que eu não quero tá tomando esses remédio, entendeu? Porque para mim esses remédio vai me engordar. Então eu evito o máximo de tomar. (...)

Eu não sei porque assim, para mim o que eu passo não tem cura, tem controle. Entendeu? Então assim, tem tempo que eu to controlada, to comendo bem, me alimentando bem, tomando água, tomando suco, tomando líquido. Mas tem tempo que eu fecho a boca e não tem quem faça eu comer nada. (...)

Eu daria o nome de uma pessoa que superou as dificuldades e fez de tudo para vencer e que é uma pessoa feliz (Sobre a máscara amarela, a primeira que ela fez). E já essa outra eu daria o nome de uma pessoa que não tem sentido na vida que nem eu. Eu não tenho sentido na minha vida, entendeu? Minha vida é sem sentido, eu posso tá arrodada de gente, mas mesmo assim eu me sinto só. Pode ter mãe, pai, primo, todo mundo, eu posso tá arrodada de gente, mas eu me sinto só. Eu me sinto sozinha.

Conforme visto na categoria anterior, o CAPS se apresenta como um local de vínculo e de acolhimento para os usuários, entretanto alguns estigmas foram relatados acerca de quem frequenta o serviço, fato que causa sofrimento aos usuários:

Sofia: Eu acho o seguinte, para ser sincera, eu sinto assim como se as pessoas achassem a diferença de uma pessoa boa entre uma pessoa que vem para o CAPS, então eu me isolo para que ninguém nem saiba, né, nem queira saber que eu venho para o CAPS, entendeu? Porque todo mundo que sabe diz que você é isso, você é aquilo, você... Já levei tanto nome, minha filha, tanta coisa.

Guiomar: (...) Que o problema aí, eu fui lá para Policlínica, aí eu cheguei lá, que eu enfartei já, aí a moça disse assim, eu tava marcada para dia 21 ou 23 uma coisa assim, aí ela disse “ah, você é paciente do CAPS”, aí aquilo ali só faltou dizer você é doida, só que eu fiquei com aquilo, fiquei chateada porque, aí eu disse ao professor e ele

disse que é para um dia eu ir e dizer assim “eu sou paciente do SUS”, aí as pessoas... Eu me senti humilhada porque eu cheguei lá (fica emocionada e chora) e o povo não sabe, e a família da gente chama a gente de doida

Rufina: Ah, tu tá no CAPS, tu não pode comprar nada, tu não pode fazer nada.

Discrimina porque a pessoa tá no CAPS (...) Que eu sou doida (...) Eu me sinto mal porque eu não sou doida. Eu não sou doida. (...) Tem uma mulher lá, uma vizinha perto lá de casa que cada vez que eu me corto, ela diz que eu to chamando atenção. “Ah, tu faz isso porque tu tá chamando atenção da tua mãe, do teu pai”. Aí eu vou comprar pão na padaria, aí ela faz “tu vai comer pão para vomitar, é?”

A lei nº 10.216 de 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, que trata sobre os sujeitos em sofrimento psíquico, traz que a internação não pode ser utilizada enquanto uma forma de punição, mas sim como recurso terapêutico, utilizado de forma excepcional e com um prazo estabelecido, não podendo ocorrer em instituições asilares. A permanência em hospitais psiquiátricos é contra os paradigmas reformistas, pois cronifica o sofrimento psíquico, agrava a saúde e retira a autonomia e as possibilidades de reintegração social (Correia, 2017). Desse modo, faz-se mister pensar no cuidado em liberdade, que é a proposta do CAPS.

O “tratamento” dispendido pela via da internação fechada e de longa permanência, amparados pela lógica da exclusão, culminou na privação de liberdade, no confinamento e na negação das pessoas enquanto sujeitos.

As violências sofridas acarretam uma deformação pessoal, pois os sujeitos perdem seu conjunto de identidade e tem a mortificação do eu na subjetividade e no corpo (Goffman, 2015b). Para Goffman (2015b), os processos de mortificação levam os internos a se adaptarem a partir de 4 formas diferentes: afastamento da situação, na qual o interno se abstém dos acontecimentos; tática da intransigência, na qual ocorre uma atitude desafiante e de não cooperação; a colonização na qual há satisfação ao que é oferecido na instituição e

surge uma existência estável; e a conversão na qual ocorre uma aceitação plena e o interno assume uma postura de subserviência.

Sabe-se que as instituições totais além de separar os sujeitos do convívio social por um longo período de tempo, promovem uma “vida” fechada e administrada (Goffman, 2015b). As instituições promovem uma deformação pessoal, através de práticas e rotinas que os internos não se identificam, como as roupas usadas, o banho, a alimentação.

De acordo com Amorim (2008, p. 75): “nessas instituições são desenvolvidas e exercidas diferentes formas de regulação da vida, os corpos são conformados em rotinas, horários, restrições de movimento e contato”. A seguir, relatos sobre os períodos de internação aos quais os participantes da pesquisa foram submetidos:

Guiomar: Lá? O povo diz que existe inferno, mas não tem inferno pior que ali não.

Eles amarra a pessoa, lá eles judeia, as doida de lá quer beliscar a pessoa

Dona Evarista: Eu me vi doida lá, qualquer coisa eu pego uma determinação assim, aí elas corria atrás de mim para pisar no pé e eu fazia curativo

Guiomar: Elas são ruim, judeia...

Jullyanne: Quem?

Guiomar: As paciente de lá.

Dona Evarista: As paciente de lá.

Guiomar: É as paciente que judeia com as outras paciente.

Dona Evarista: A gente não podia deixar um sandalho lá.

Guiomar: Que elas carrega.

Dona Evarista: Carrega, levava tudo.

Guiomar: A minha era debaixo do travesseiro

Jullyanne: Você também foi para lá, Guiomar?

Guiomar: Fui no ano passado para aquele inferno. Quase que morro, eu sou hipertensa, aí deram uma injeção lá não sei que danado foi. Fé em Jesus que não vou ali mais nunca. Também quem sofreu o ano passado foi como é o nome, esqueci, foi Rubião

Helena: Rubião também?

Guiomar: Rubião passou a metade do ano lá, minha filha, todo amarrado. Quando Rubião chegou aqui não conhecemo não, só o coro e o osso.

Helena: Já Marcela engordou, não foi, daquela vez?

Guiomar: Injeção, minha filha.

Helena: Ela engordou.

Guiomar: Injeção para engordar.

Jullyanne: É injeção de que?

Guiomar: Sossega leão.

Dona Evarista: Nossa, é triste aquela injeção. Dá vontade de fazer xixi.

Guiomar: Direto, né?

Dona Evarista: Aí às vezes grita, grita e depois vai perdendo a voz e termina dormindo.

Guiomar: É.

Dona Evarista: Aí pronto às vezes ela olha, olha quem tá em observação, eu sei que lá quando eu ia tinha duas e era entrando gente, amarrando e botando para lá. Minha mãe tinha medo de elas me matar lá dentro, e era a primeira que chegava.

Jullyanne: Qual a diferença que vocês acham entre o CAPS e a Casa Verde?

Guiomar: O quê? A Casa Verde é um inferno, aqui é uma glória, uma benção de Jesus.

Helena: De Jesus.

Guiomar: Porque lá eles amarram os pacientes.

Dona Evarista: Amarra e é muito forte assim, coloca atadura nos braços e nos pé também.

Guiomar: Corta os braços e as pernas amarrando você.

Dona Evarista: Amarra demais.

Jullyanne: E como é o tratamento lá?

Dona Evarista: Quando eu tava no tratamento, tava tudo bem, aí quando eu tava em crise tinha que amarrar mesmo. Mas lá foi um lugar assim que, graças a Deus, não tem as coisas ruim né? E graças a Deus foi um período que eu passei de sofrimento igual a Jesus sofreu na cruz, aí depois veio as coisas boa.

Rubião: É porque eu joguei pedra na casa de um homem, aí vim para cá. Eu tava até lá na Casa Verde, mas tu não diz a ninguém não que eu joguei pedra não.

Jullyanne: Conto não, é segredo.

Rubião: Eu to com vergonha. Eu tava numa casa ali, numa grade. Sabe quem é Gorete? Eu tava preso lá. Eu tava lá e vim para aqui.

Jullyanne: Como era na Casa Verde?

Rubião: Na Casa Verde os povo amarra a pessoa. Amarra tudo, lá é tudo amarrado. Por que tu não vai lá um dia? Tu já ficou internada lá?

Jullyanne: Fiquei não.

Rubião: Amarrada. Lá amarra tudo, amarra aqui ó (mostrando a barriga). É porque eu não tava tomando o remédio direito. Eu não sei dançar não, sei dançar não, tu viu?

(...) Eu apanhei tanto lá, oxe. Cai da escada, oxe, apanhei muito, foi. Lá quando chega na Casa Verde apanha, os caba dá na pessoa. Eu caí da escada (trecho ininteligível). Lá eles bate na pessoa.

Rubião: Na Casa Verde o povo fica amarrado, na Casa Verde (...) E as mulheres também.

Brás Cubas: Na Casa Verde já fui contido numa base de 10 vezes e me soltava. Soltava dos nó. Aí os segurança voltava com uma raiva da porra. Eu tava a fim de mijar, na casa eu não vou mijar, daí eu me soltava, ia no banheiro, tomava banho e voltava. Eu fazia as minhas necessidades.

Rubião: Ali eles num solta as pessoas não.

Brás Cubas: Mas ali os outros faziam tudo em cima da cama, pois não conseguiam se soltar, mas eu me soltava toda vez. (...)

É que nem o ditado, muitas coisas mal feitas lá dentro, tá entendendo? Teve um lá que arrancou o olho de outro ser humano na minha frente. E era o caba mais ignorante que tinha na Casa Verde era ele, e ninguém entrava no quartinho que ele ficava, e eu disse vou entrar hoje, visse Boris, para conversar com esse cara. E eu joguei logo uma pedra na cabeça dele porque ele já ia pegar uma pedra, aí eu fui e joguei primeiro, aí Boris fez “valeu, vai lá e senta no teu canto” (ininteligível). Aí ele vinha mexer comigo e eu dizia não venha não porque quem vai sair com o olho arrancado aqui é você, aí foi que ele entendeu e voltou, tá entendendo? Aí ele disse que daqui a pouco eu te pego, e eu disse que ia ser agora que ele ia pegar e fui para cima, aí fui contido, e me botaram dentro de uma cela. Lá era uma cela...

Ao todo tinham 10 celas, 10 celas assim corredor. Para tomar banho a gente se acordava às 05 horas da manhã, banho frio, no tambor, e 05 horas da manhã era para tá acordado. As necessidades a pessoa fazia...

Jullyanne: Aí entrava no tambor para tomar banho?

Brás Cubas: Não, porque muita gente pegava xanha, a maioria que ia para esses cantos lá. Eu peguei coceira também por causa de rato, essas coisas, e através das outras pessoas, porque era uma cama de pedra aonde eu tava, mas até hoje eu gosto de dr. Pinel Campinense, porque era o único que cuidava da doença mental, né? Num existia CAPS. Aí hoje já tá existindo o CAPS já para tirar os manicômios

Conceição: É, tem gente que se altera, né?

Dona Severina: É, e sem você fazer nada você apanha.

Conceição: Assim, as própria pessoa que tão internada também.

Dona Severina: É.

Conceição: Tem pessoas que são agressiva.

Dona Severina: São agressiva. Eles batem nos outros. Se você reagir, você apanha. Você tem que ficar quieto no seu canto. Pega as suas coisa. (pausa). Eu peguei e dei o meu casaco com medo, com medo de apanhar peguei e dei o meu casaco. Minha irmã disse que eu queria dar até a minha sandália do pé, não dei para não ficar de pé descalço. (pausa). Eu tinha medo. As enfermeira não pode fazer nada, é tudo brabo, os paciente. Roubaram o meu shampoo. Que eu não gostei não, não gostei de ficar internada não. Agora eu faço de tudo para não ficar internada. Tomo remédio agora só para dormir.

Jullyanne: E você, Conceição, se sentia como quando estava internada?

Conceição: Eu tinha medo assim das pessoas, a pessoa fica com medo das pessoas. Acho que depende do local que fica lá, né, porque tem as pessoas que é melhor, tem as em crise.

Dona Severina: É.

Virgília: Na Casa Verde é triste, viu. As usuárias deu em mim que saiu sangue da minha cabeça. Tem uma que deu uma pisa de corda, uma paciente que deu uma pisa de corda, pisa de corda. (pausa).

Jullyanne: Te deu uma pisa de corda.

Virgília: Uma pisa de corda. Pisa de corda.

Quincas Borba: Deram uma pisa de corda em você? Na Casa Verde?

Virgília: Pisa de corda. Foi na Casa Verde.

Capitu: Uma mulher veio matar a gente tudinho dentro do quarto.

Jullyanne: Aonde?

Capitu: Lá no Cemitério dos Vivos. Uma mulher veio matar a gente tudinho dentro do quarto, era revirando na cama tudim. Aí ela queria queimar tudim também, queimar, aí ela veio matar a gente, aí veio na cama tudim, querendo matar a gente tudim. Aí uma mulher crente foi na fé do Senhor Jesus Cristo, agarrou eu, segurou eu, pegou a bíblia, aí ela se acalmou, mas ela parecia um monstro, irmã. Parecia um monstro para matar a gente tudim lá dentro do quarto, matar a gente dentro do quarto lá, dentro do quarto. Outra danou a minha cabeça no ferro que criou um caroço desse tamanho ó, um caroço roxo. Danou a minha cabeça no ferro que ficou um caroço desse tamanho.

Simão Bacamarte: Fui sim e não foi uma experiência muito agradável não. Aquelas paredes enormes tudo com grade. Era horrível. A comida não era lá essas coisas não, mas tinha. Os mais agressivos era junto dos mais estabilizados, aí era o jeito a gente se virar como podia. Ou era se virar ou apanhar dos agressivos. O caba tem que se juntar com outras pessoas, ou se juntava com outras pessoas ou apanhava. É o que eu aprendi lá. E também tinha um rouba-rouba de sandália que era uma coisa horrível. Eu, eu tinha perdido completamente a noção do tempo, cheguei em um estado que eu fiquei que nem um boneco. Não mexia nada, como se eu tivesse congelado de tanto remédio que me administravam. Eu cheguei a um estado de paralisia completa, não mexia nem os olhos eu mexia mais. Parecia que eu tava duro que nem uma pedra. Não foi muito agradável a experiência não. Era como se eu não tivesse nem vivo. Não foi muito interessante a experiência. Para tu ter ideia foi a experiência mais desagradável que eu já tive na minha vida. A minha irmã viu que ou eu saía de lá ou eu ia acabar morrendo com o tratamento de lá, porque muita gente acabou morrendo na Casa Verde porque o tratamento é muito pesado. Tem gente que não aguenta, o organismo pifa de tanto remédio.

Jullyanne: Como era o tratamento?

Simão Bacamarte: Não era um tratamento que se daria a uma pessoa. Ficar amarrado feito bicho só por causa que... a gente não podia fazer nada que era contido. Muita coisa, tá bom que algumas coisa tudo bem, né, mas outras, para ficar contido. O dia de visita era a única coisa que era mais ou menos parecida com liberdade.

(...) Só uma vez eles fizeram uma coisa que sou mais ou menos como uma tentativa de mudar, vamos dizer assim, mas todo mundo sabe que a Casa Verde nunca vai mudar que vai continuar sempre parecendo com uma prisão.

Jullyanne: O que eles fizeram?

Simão Bacamarte: Uma vez que os enfermeiros fizeram um evento, mas eu não achei muito interessante não, porque não, a gente não era livre para fazer o que quisesse. Não é a mesma coisa que aqui, que é aberto e não tem uma parede dividindo homem e mulher não. (...)

Na Casa Verde eu sentia como se eu tivesse na cadeia. Não era uma coisa muito saudável não. Não era o que eu poderia considerar uma experiência positiva. A gente quase não tinha contato com ninguém.

Capitu: Nem falar com ninguém, nem conversar com ninguém. É tudo para lá e para cá, correndo para lá e para cá.

Simão Bacamarte: Na verdade, eu vi um cara lá, mas ele tava pior do que eu. Ele não sabia nem o que tava fazendo. Eu não sei se ele melhorou, se ele piorou, porque eu nunca mais quis voltar para ali, nem para visitar. Não ia querer voltar para um lugar que eu considero uma prisão, né. (...)

Virgília: Rouba sandália, rouba roupa, rouba tudo.

Capitu: Rouba até calcinha, irmã. A gente com remédio, dopado, né. A gente dopado eles tira calcinha, tira a roupa. (...)

Jullyanne: Qual era a pior coisa de lá?

Simão Bacamarte: A comida.

Capitu: A comida.

Simão Bacamarte: Parecia lavagem.

Capitu: Era triste a comida de lá. Ave Maria, era triste.

Virgília: Era farinha misturada. Eu não comia não.

Jullyanne: A comida era servida em quê?

Simão Bacamarte: Em uma bandeja de metal.

Virgília: Mudou, agora é nas bacia.

Capitu: Agora tem um restaurante de 1 real, as bandeja tá lá.

Virgília: Eu não quero isso, não quero essa lavagem não.

Jullyanne: Como vocês se sentiam lá?

Virgília: Eu me sentia mal.

Capitu: Humilhada. Eu sentia que eu era morta, irmã. Que eu ia morrer.

Virgília: Eu me sentia estranha lá, que era estranha lá.

Jullyanne: E aqui? Como vocês se sentem?

Capitu: A gente se sente com muitas pessoas boa ao redor. Muitas visitas, muitos estudantes. As menina não olha de cara feia para nós.

Virgília: As menina, se sente bem, faz oficina com nós.

Simão Bacamarte: A gente pode olhar para as pessoas, tocar nas pessoas. Ali era como se eu tivesse dentro de uma geladeira, a gente não podia ver ninguém. Quase não tinha contato com as outras pessoas ali.

Capitu: Tinha gente que conseguia ter o seu quartinho lá na Casa Verde, que dominava. Eu não dominava, quando dava fé, eu ficava até sem cama. Sem saber onde eu ia dormir. Quando eu ia para cima não tinha canto, para baixo não tinha canto.

Virgília: Era lençol mijado na minha cara, bota isso para lá.

Simão Bacamarte: Para tomar banho não era exatamente muito bom não. O banho não era lá uma coisa muito satisfatória não. A gente era ligado ainda no soro e o sabonete era um sabonete pequeno, um desodorante qualquer e tchau.

Jullyanne: Cada um tinha o seu?

Simão Bacamarte: É, e olhe lá. E uma toalha. Não era agradável. Eu não gostava não e o pior era dormir perto de um monte de homem roncando. Tem quem dormisse? Eu fui dormir lá no banco lá do hospital psiquiátrico porque eu não aguentava os roncões.

Jullyanne: Tinha cama para todo mundo?

Simão Bacamarte: Não, era todo mundo junto no mesmo canto.

Jullyanne: Era como?

Simão Bacamarte: Era como um aglomerado. Tava todo mundo no mesmo canto. Tava uma roncadeira que eu tive que sair de lá para dormir em outro canto. Eu tive que me ver obrigado, eu não dormia perto de outros homens, eu não me sentia confortável não.

Jullyanne: E aqui?

Simão Bacamarte: Aqui a gente pode dormir aonde a gente achar mais conveniente. Bom, eu durmo onde eu acho conveniente. Mas eu posso ter essa liberdade. Lá a gente não tem essa escolha não, ou dormia perto dos homens ou dormia em algum... E lá as casa tinha número. Era como pavilhão de prisão, cada uma tinha um número. Eu não sei se ainda é assim aquelas casas numeradas.

A produção do adoecimento psíquico dentro da instituição total aparece em alguns relatos:

Dona Evarista: Eu jogava pedra lá também (risadas). Aí a menina dizia “tu não sois doida não, mulher tá jogando pedra” (muitas risadas), e eu disse “eu num to num manicômio?” (mais risadas). Eu sou uma pessoa assim quando eu vou com aquela pessoa eu gosto muito, porque tem gente às vezes que é chato, né? Pronto, assim, eu fui muito com a sua cara. Você é uma simpatia!

Capitu: Eu era louca, louca presa ali junto daquele povo. Eles cagava e mijava no chão, tomava cobertor da gente. Um dia um tirou as minhas calcinha e deu uma dentada na minha vagina. Aí eu tão louca um dia pulei o muro e quebrei a minha coluna todinha e a língua esticou para fora, e fiquei com a língua para fora. E fiquei toda troncha assim que isso aqui quebrou, quebrou para trás isso aqui, a minha coluna quebrou para trás.

A partir desses relatos tão fortes, verificamos que as instituições totais promovem aniquilamentos subjetivos, condições de vida inumanas, desrespeito a direitos humanos fundamentais, violências físicas e uma vida institucionalizada (Goffman, 2015b). Nesse sentido, a proposta da desinstitucionalização só pode ocorrer visando a desconstrução da periculosidade a partir do questionamento das práticas manicomiais e do surgimento do antimanicômio (Caetano & Tedesco, 2017).

O antimanicômio deve ser compreendido enquanto uma máquina de guerra, que constitui “um furor contra a medida, (...), uma potência contra a soberania, uma máquina contra o aparelho” (Deleuze & Guatarri, 2007, p. 13), representando atitudes éticas e políticas em relação ao outro.

Esse processo de desconstrução precisa ir muito além da derrubada de muros e grades e deve passar, necessariamente, pela abertura dos campos do saber e de outras práticas

em nosso contemporâneo ao questionamento dos fundamentos que insistem em dar embasamento às práticas manicomiais. Desse novo arranjo histórico-cultural, liberto dos preconceitos que produzem e naturalizam a segregação do louco, é que surgirá o antimanicômio (Caetano & Tedesco, 2017, p. 379).

Nesse sentido, esta dissertação possui um compromisso ético-estético e político de contribuir para a modificação de estigmas e estereótipos que foram tão fortalecidos historicamente e culturalmente, a fim de promover a transformação dessa sociedade excludente e lutar contra quaisquer formas de reducionismos. E esta transformação deve começar em cada um de nós, pois é através de exercícios diários e das práticas cotidianas que fecharemos os manicômios mentais que habitam em nós e em nossas práticas discursivas.

5.6 Negação da loucura

A negação da loucura apareceu diversas vezes nas narrativas dos participantes da pesquisa. A partir da diferenciação com o louco, os sujeitos construíaam as suas identidades, pois ao se diferenciarem dos loucos, assumiam uma posição de “normais”.

A negação, a rejeição e o temor em ser reconhecido enquanto louco, devido a todos os estigmas que este termo possui, foi verificado em outros estudos realizados com usuários do CAPS (Nascimento *et. al.*, 2015; Valentim, 2011).

No estudo de Farley Valentim (2011) a posição de “doente mental” era assumida pelos usuários como tentativa de se distanciar do termo “doido”, haja vista que a categorização “doido” se apresenta enquanto fixidez não permitindo a possibilidade de transformação. Desse modo a posição “doido” estava ligada a uma condição marcada pela permanência, e, por outro lado, a posição de “enfermo” remetia à possibilidade de transformação, à necessidade de cuidados especiais, a expectativa de cura e de retorno à vida “normal”.

Nesse sentido, Tania Maris Grigolo (1995) analisou as relações existentes entre o poder médico psiquiátrico e a incorporação da ideologia manicomial por parte dos internos no Hospital Colônia Santana, localizado em Florianópolis, Santa Catarina, através de suas representações sobre o manicômio, sobre si mesmos e sua família. Assim, os internos não se definiam como loucos, pois a noção de loucura estava associada à agressividade e incapacidade de autodeterminação. Conforme Grigolo (1995), a afirmação de si enquanto “normal” era imprescindível, pois ela estava sendo negada pelos outros, pelos familiares e pelo saber psiquiátrico.

Nesse mesmo sentido, os participantes deste estudo negaram a posição de louco:

Helena: A gente vem para aqui e eles acham que a gente já tamo doido, não somos mais normal como eles. E o povo faz isso com a gente. Aí a gente chega num canto e tá sentando conversando e o povo diz “tu faz o quê?” e quando a gente diz, “Deus me livre!” e já sai de perto da gente. Acha que a gente tem uma doença que não pode tá mais na sociedade.

Iaiá Garcia: Aí a assistente social “ela é especial, essa menina ela não é doida não, é especial, tem que passar o remédio aqui para ela ficar tomando”.

Rufina: Eu me sinto mal porque eu não sou doida. Eu não sou doida.

Capitu: Eles chama a gente tudo de doida, não quer dar mais trabalho, não quer mais dar ajuda. Olhe irmã, não quer dar ajuda, não quer dar dinheiro. Tem medo da gente, insulta por louca. (...)

As pessoas, a família, as prima ruim do lado do pai, sabe? As prima rim, as prima rim tudo chama a gente de louca “ela é louucaaaaa, não venda a ela, ela é louucaaaaa!”. Não pode comprar, não pode comprar, tem tanta, não pode ter um namorado, diz que é louca, não pode estudar que é louca. E nada que a gente for deixa a gente participar. Isso significa bula, né irmã? (...)

Eu sou tratada como uma doida veia, como uma louca veia. “Você é louca, isso é doida!”

Sofia: Eu posso responder por mim, porque eu não to doida não. Todo mundo que vê uma pessoa que toma remédio controlado diz logo aquela pessoa é doida.

Lívia: Teve um que me chamou de louca, “a doida tá dormindo”, e eu disse que eu vou colocar um processo em você para ganhar, para pagar um advogado para mim

Sofia: Olhe, no dia em que uma pessoa chegar a me chamar de louca, eu simplesmente desço lá para Justiça e apresento a pessoa, e digo “olhe, fulano de tal me chamou de louca”. Não pode, a gente não pode ser chamada de louca, que a gente não é louca... (tom alterado na fala)

Guiomar: Eu me senti humilhada porque eu cheguei lá (fica emocionada e chora) e o povo não sabe, e a família da gente chama a gente de doida.

Helena: É verdade.

Dona Evarista: Não pode.

Helena: Só tratam a gente assim.

A concepção do louco, para os usuários do CAPS participantes da pesquisa, é forjada por diversos estereótipos, como o de “andar nu”, “comer cocô”, “rasgar dinheiro” e “jogar pedra”, conforme será visto nos relatos a seguir:

Sofia: Louco é uma pessoa que anda correndo, que faz zoadas.

Lívia: Que tira a roupa.

Sofia: Que tira a roupa, que esculhamba, que agride a pessoa, o próximo, né? e rasga dinheiro, né? Porque diz que o louco rasga dinheiro e come merda, tem essa conversa. Para mim é isso, mas eu, é o que eu entendo do louco. É isso!

Rufina: Loucura é quem rasga dinheiro. Quem é doido mesmo rasga dinheiro. Come bosta que nem lá na Casa Verde. Lá na Casa Verde tinha uma menina que sentava lá

no vaso que pegava a bosta e comia. A gente perguntava ô, ô mulher que gosto tem bosta? Aí ela “chocolate”.

Dona Camila: Ai meu Deus.

Rufina: Isso é loucura. Só que as pessoas lá fora não vê isso na gente, vê que a gente é doido, entendeu?

Quincas Borba: Não pode chamar a gente de doido não, né Jully? Ninguém pode achar a gente doido não, hein. Doido é aquele que joga pedra.

Dona Evarista: Um dia eu cheguei na minha casa e meu irmão disse “você está vindo da casa dos loucos?”, louco não, eu tomo remédio, mas eu não vivo comendo fezes, xixi não, quem é doido é eles (...) ele deveria tomar conhecimento para vir me chamar de doida. Ele disse à minha irmã que desde pequena eu era doida. Era não, eu era uma pessoa muito emotiva, ainda sou, sabe assim?

Entretanto, diferente dos discursos de negação da loucura, Simão Bacamarte considera a loucura um atributo comum à condição humana:

Simão Bacamarte: Loucura para mim é um ponto de vista, um ponto de vista de uma sociedade que ainda vive na idade da pedra. Vamos ser sinceros, em que mundo vivemos em que uma pessoa é considerada louca só porque tá um pouquinho perturbada e porque tá em crise? Isso não é para ser chamado de louco, e daí que é diferente? E daí que é diferente? Todos nós não somos? Ué, todo mundo acaba sempre, acaba tomando remédio, eu cheguei a essa conclusão depois de muitos anos. Não existe certo ou errado. Você tem que conviver com aquilo que você é. Tem que aceitar o que você é. Se te chamam de louco, problema deles. Isso é... Loucura, loucura seria você achar que o mundo é perfeito e viver numa fantasia. Aí é loucura. A realidade é a maior loucura que podemos imaginar. Vivemos num ritmo frenético onde comprar, comprar, comprar, comprar... isso para mim é loucura. Gastar o que não é necessário com coisas que não precisamos, isso para mim é loucura. A verdadeira loucura é a ignorância. Essa é a verdadeira loucura. Não somos loucos, somos apenas diferentes. Tomamos remédio, fazemos tratamento, e daí? Quem é que não faz hoje

em dia? Me mostre uma pessoa que não possa acabar um dia precisando do CAPS, e acabar sendo taxado de louco também. A maior loucura é essa. (...)

Toda a loucura sempre vai ser loucura. Vamos dizer que a normalidade como nós conhecemos, a hipocrisia, todos nós no fundo temos alguma coisa de louco. Mas será que nós somos normais mesmo ou por que estamos vivendo em um mundinho em que lado A é normal e lado B é maluco? Não é isso que eu acredito. A verdadeira loucura só está na ignorância e se você não conhece a loucura de verdade é porque você não sabe o que é loucura. Loucura é você achar que o mundo um dia vai entender o que é a verdadeira loucura. A loucura dos modismos, a loucura do facebook, a loucura do instagram, a loucura das roupas que são socialmente inadequadas, a loucura das jovens de hoje em dia que estão cada dia mais cedo engravidando, a loucura de um país hipócrita que vivemos. Isso sim é loucura. Loucura não é um estado mental. Loucura é tudo que convivemos. Loucura é o mundo. O mundo é louco. As pessoas que vivem no mundo só não percebem que estão cercadas de loucura por todas as partes, e quando percebemos, só percebemos aquele pinguinho de loucura, aquele fraçãozinho de loucura, e é isso que acham que é loucura? Não é não, se olhe no espelho e pergunte: Eu sou normal? Eu acredito mesmo que o mundo vai ser menos louco? Não sonhe, um dia você pode acabar sendo louco também.

6 CONSIDERAÇÕES E CAMINHOS POSSÍVEIS

Os sentidos socialmente construídos para a loucura, através de instituições e outras engrenagens de poder, refletem no modo com que o sujeito constrói a sua definição de si e a sua forma de ser e estar no mundo, sendo, desse modo, imprescindível analisar e problematizar a relação do conteúdo identitário com os contextos culturais, sociais, políticos e econômicos.

As posições de sujeito que foram assumidas pelos usuários do CAPS, como a de doente mental e a de cristão, ocorreram a partir de identificações que fazem parte de uma rede discursiva, como o discurso psiquiátrico e o religioso (Bernardes & Hoenisch, 2013). E ao analisar os relatos, verificamos que o conteúdo identitário também representou formas de resistência aos discursos hegemônicos e não apenas subordinação às práticas discursivas.

Importante mencionar que os elementos envolvidos na construção identitária podem se movimentar em variados discursos e de forma constante, o que faz com que as identidades não sejam fixas, mas fluidas e até contraditórias – como percebemos nos casos de Bentinho e Capitu (Laclau & Mouffe, 2015).

Nesse sentido, é possível compreender que as posições de sujeito são posições discursivas, que são construídas em um campo de disputas e de poder, e reflete o modo com que o sujeito se reconhece e define a si próprio (Laclau & Mouffe, 2015).

Ao analisar as posições discursivas assumidas pelos participantes deste estudo foi possível verificar que as concepções negativas sobre a loucura ainda provocam sofrimentos nos usuários do CAPS, os quais tentam negar a loucura a fim de escapar dos estigmas que a terminologia possui. Apesar dos paradigmas da Reforma Psiquiátrica, muitos discursos excludentes fazem parte do conteúdo identitário, sendo preciso construir estratégias para transformar os estigmas e estereótipos acerca da loucura, que deve ocorrer através de uma

atuação política, de forma solidária e com compromisso ético, pautada na garantia dos direitos humanos e na redução das desigualdades sociais.

Nesse sentido, este estudo se constitui como um instrumento do direito à desrazão e em defesa de uma sociedade sem manicômios, os velhos manicômios, depósitos de seres humanos, e os manicômios mentais e simbólicos (Pelbart, 2001). A voz da loucura, silenciada pelos sistemas de exclusão e pelo tratamento moral pineliano, ainda possui mordanças químicas e simbólicas, e esta pesquisa pretende promover o direito à desrazão, que significa...

... poder pensar loucamente, significa poder levar o delírio à praça pública, significa fazer do Acaso um campo de invenção efetiva, significa liberar a subjetividade das amarras da verdade, chame-se ela identidade ou estrutura, significa devolver um direito de cidadania pública ao invisível, ao indizível e até mesmo, por que não, ao impensável (Pelbart, 2001, p. 137).

Para Ernesto Venturini (2016, p. 85), o reconhecimento da voz dos sujeitos em sofrimento psíquico constitui “o verdadeiro problema da desinstitucionalização”, pois em diversos momentos, trabalhadoras e trabalhadores de saúde mental e familiares retiram a autonomia dos sujeitos e o seu lugar de fala:

Conceição: O ruim da pessoa tá doente é assim porque você vem para o médico e a sua palavra não vale nada, a que vale é a da acompanhante, a sua não vale.

O silenciamento da voz da loucura, decorrente do “tratamento moral pineliano” ainda produz efeitos e causa repercussões no cotidiano dos sujeitos em sofrimento psíquico, como no trecho do relato citado acima: a impossibilidade de dizer ao médico como se sente.

Vale ressaltar ainda que são pouquíssimos os trabalhos que trazem as narrativas dos usuários, pois a maior parte dos estudos traz a perspectiva de médicos, psicólogos e familiares. Desse modo, é preciso proporcionar lugares de fala aos sujeitos, e por este motivo,

optei por deixar longos trechos das narrativas em todo o estudo, a fim de dar notoriedade e visibilidade ao que por tanto tempo foi silenciado.

Ao realizar as entrevistas, foi possível verificar que a maioria dos usuários do CAPS possui em sua rotina o itinerário entre a sua casa e o CAPS, sendo o CAPS, na maioria das vezes, o único espaço de sociabilidades que os sujeitos possuem, o que demonstra de certa forma uma relação de dependência.

É preciso que os sujeitos possam ocupar as ruas e a cidade para que ocorra a ruptura entre as fronteiras existentes entre a sociedade e a loucura, em defesa da luta por uma sociedade sem manicômios mentais, simbólicos ou concretos (Pelbart, 2001). Nesse sentido, é urgente entender que é preciso criar estratégias para evitar o tanto o estabelecimento de uma dependência institucional, quanto medicamentosa (Amorim, 2008).

A medicalização foi amplamente discutida no capítulo cinco deste estudo e verificamos que os fármacos ocupam uma posição central na vida de muitos sujeitos que frequentam o CAPS. E a inquietação que grita em mim é a de que até que ponto este medicamento seria utilizado enquanto uma forma de contenção, que controla e silencia as diferenças?

A partir do estudo, foi possível verificar que a maior parte dos usuários frequentam o CAPS tão somente nas consultas com o psiquiatra, a fim de renovar a receita para ter acesso ao medicamento, e não participam de nenhuma das atividades desenvolvidas no serviço, como as oficinas e os grupos terapêuticos.

Dos vinte e dois participantes deste estudo apenas uma não fazia uso de medicações, Conceição, a qual decidiu parar por sua própria escolha: “para dormir ele passou só uma vez, mas eu tomei pouco tempo, eu fiquei muito dopada assim e disse não vou mais tomar esse remédio não, e não tomei não clonazepam. Deixa a pessoa muito dopada”. Nesse sentido,

percebe-se que a prescrição de medicamentos ocorre de forma recorrente, sendo, em muitas vezes, o único contato que o usuário possuirá com o serviço de saúde mental.

Isso nos faz pensar na importância de desconstruir o modelo biomédico que ainda impera nos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial e colocam o médico em uma posição hegemônica. Faz-se necessário que haja uma compreensão sobre os efeitos colaterais e sobre a função do fármaco na vida do usuário, que “deve ser discutida pela equipe para que o processo terapêutico corresponda a um indicador de resolutividade e continuidade do cuidado” (Jorge & Bezerra, 2018, p. 60). Nesse mesmo sentido, é preciso ainda que os sujeitos em sofrimento psíquico conheçam os medicamentos e a implicação de seu uso, tanto a curto, médio e a longo prazo, para que possam construir as suas linhas de cuidado, a partir do exercício da autonomia e da cidadania.

No contexto político atual, marcado por retrocessos das políticas de saúde mental, é importante falar sobre a desinstitucionalização e sobre os efeitos mortificantes que a privação de liberdade e a retirada de direitos causam nos sujeitos. Não podemos permitir que relatos como o de Simão Bacamarte se repitam:

Eu, eu tinha perdido completamente a noção do tempo, cheguei em um estado que eu fiquei que nem um boneco. Não mexia nada, como se eu tivesse congelado de tanto remédio que me administravam. Eu cheguei a um estado de paralisia completa, não mexia nem os olhos eu mexia mais. Parecia que eu tava duro que nem uma pedra. Não foi muito agradável a experiência não. Era como se eu não tivesse nem vivo.

A internação cobra um preço muito alto: a vida. É preciso compreender que a desinstitucionalização não se resume ao fechamento dos hospitais psiquiátricos nem a redução dos leitos em hospitais gerais, mas na quebra das estruturas segregadoras que formam os manicômios mentais que anestesiam corpos, tanto por medicamentos quanto por

institucionalização (Amorim, 2008). A desinstitucionalização é uma linha curva, oposta à linha rígida da lógica manicomial:

O paradigma da contenção/afastamento traz à nossa mente ângulos e agudezas, geometrias frias sem inventividade. O poder da opressão contém linhas quebradas, pontiagudas, linhas divergentes, jamais coincidentes.

Ao contrário, a linha curva suscita uma sensação de calor. Delineia um percurso surreal. De imediato, é provável que não permita ver ao longe, como a linha reta, mas isso acontece por uma razão: tal processo recusa a pressa, exige um tempo dilatado, requer leveza. Além disso, a curvatura da linha acostuma-se à surpresa: permite-se bater de repente em alguém, em algo de inesperado; habitua-se ao imprevisto, conduz à simplicidade. A curva dá à forma arquitetônica a imagem de uma tela tocada pelo vento... a imagem da rabiola de uma pipa que se ergue no céu (Venturini, 2016, p. 13).

A desinstitucionalização precisa ser atravessada pela capacidade de se afetar, pela criação e invenção de uma nova forma de cuidar, entendendo que as microfissuras produzidas podem desestabilizar os discursos de periculosidade e desrazão que assujeitam e mortificam vidas (Romagnoli, Paulon, Amorim & Dimenstein, 2009). Desse modo, entende-se que linhas duras poderão ser desfeitas abrindo espaços para linhas flexíveis que mobilizarão novas singularidades e posições de sujeito em um espaço de desinstitucionalização.

A privação da liberdade, a ausência de autonomia e sociabilidades e a violação da condição humana, presentes em instituições asilares, ferem os paradigmas da Reforma Psiquiátrica, e deixam marcas indeléveis nas subjetividades e no corpo das pessoas que foram submetidas às internações.

A lógica manicomial e homogeneizante está presente nos processos de subjetivação, que podem reproduzir nos sujeitos “cronificações”, aprisionamentos e institucionalizações (Amorim, 2008; Amorim & Dimenstein, 2009b). E da mesma forma com que ocorrem os aprisionamentos, o poder e a resistência podem inventar a vida e se opor aos modos pré-

estabelecidos de subjetivar-se (Amorim, 2008), como no caso do uso da arte e de recursos expressivos.

A arte permite a construção de novas sensibilidades, promove enlaces e pode ser utilizada como forma de possibilitar a experimentação e a invenção de novos modos de subjetivação. Os uso de recursos artísticos e expressivos na saúde mental, como a confecção de máscaras utilizadas neste estudo, promove o fortalecimento de vínculos, a (re)significação de memórias e a construção de novas possibilidades. A arte propicia invenções de novas formas de viver, que produzem vida, reforçam a potência dos encontros, dos afetos e das relações, e podem desenhar devires.

Espera-se com este estudo contribuir para a reflexão da emergência da desinstitucionalização da loucura, apostando nas (r)existências que se desenham a partir de novas linhas de invenção da vida, compreendendo a “desinstitucionalização como ativação da força-invenção da vida” (Romagnoli *et al.*, 2009, p. 205).

A lógica institucional e manicomial precisa ser negada e precisamos produzir e inventar “novas relações com a loucura e com a vida, mais justas e libertárias, e nunca dadas” (Amorim, 2008, p. 39), apostando sempre na potência de vida, nos encontros, nas amosidades e nos afetos, porque “amar e mudar as coisas interessa mais...”

REFERÊNCIAS

- Alves, P. C. B. (2002). Nervoso e Experiência de Fragilização: narrativas de mulheres idosas. In M. C. S. Minayo, & C. E. A. Coimbra Jr. (Orgs.). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento* (pp. 153-174). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. D. C. (2012). Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In L. Giovanella, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp.635-656). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2014). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2015a). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2015b). *Teoria e Crítica em Saúde Mental*. São Paulo: Zagodoni.
- Amarante, P. (2016). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amorim, A. K. M. A. (2008). *O serviço residencial terapêutico: cartografias de um híbrido no contexto da desinstitucionalização em saúde mental*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

- Amorim, A. K. M. A., & Dimenstein, M. (2009a). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 195-204.
- Amorim, A. K. M. A., & Dimenstein, M. (2009b). Loucura e cidade: cenas biopolíticas e incursões (des)institucionalizantes. *Fractal: Revista de Psicologia*, 21(2), 319-336.
- Andrade, C. C. (2011). A identidade como significante vazio das práticas articulatórias na teoria do discurso de Ernesto Laclau. *Crátulo: Revista de Estudos Linguísticos e Literários*, UNIPAM, (4), 25-36.
- Araújo, L. S. (2015). *Religiosidade e Saúde Mental em um CAPS de Belém do Pará: cenas de um enredo cultural*. Tese de doutorado, PUC, São Paulo, SP, Brasil.
- Azevedo, E. B. (2010). *Rede de cuidado da saúde mental: tecendo práticas de inclusão social no município de Campina Grande – PB*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal.
- Basaglia, F. (2010). *Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Benwell, B., & Stokoe, S. (2006). *Discourse and Identity*. Edinburgh: Edinburgh University Press.

Bernardes, A. G., & Guareschi, N. M. F. (2013). Trabalhadores da saúde mental: tecendo identidades e diferenças. In N. M. F. Guareschi, & M. E. Bruschi (Orgs.). *Psicologia Social nos Estudos Culturais: perspectivas e desafios para uma nova psicologia social*. Petrópolis: Vozes.

Bernardes, A. G., & Hoenisch, J. C. D. (2013). Subjetividade e identidades: possibilidades de interlocução da Psicologia Social com os Estudos Culturais. In N. M. F. Guareschi, & M. E. Bruschi (Orgs.). *Psicologia Social nos Estudos Culturais: perspectivas e desafios para uma nova psicologia social*. Petrópolis: Vozes.

Billig, M. (2008). *Argumentando e pensando: uma abordagem retórica à psicologia social*. Petrópolis: Vozes.

Brasil (2001). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*.

Brasil (2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria 336/GM*, de 19 de fevereiro de 2002.

Brasil (2005). Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

Brito, F. S. L. (2011). *Andanças que cortam os caminhos da razão: as vivências insanas e a atuação da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande – PB*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Buchbinder, M. (1993). *A poética do desmascaramento: Os caminhos da cura*. Ágora: São Paulo.

Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre a sujeción*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Butler, J. (2015). *Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto?*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Caetano, H., & Tedesco, S. (2017). Pistas para fechar o manicômio judiciário e para fazer emergir o antimanicômio no Brasil. In W. Oliveira, A. Pitta, & P. Amarante (Orgs.). *Direitos Humanos & Saúde Mental* (pp. 377-405). São Paulo: Hucitec Editora.

Castells, M. (2018). *O poder da identidade: a era da informação*. São Paulo/Rio de Janeiro: Paz & Terra.

Cardoso, M. R. O., Oliveira, T. R., & Piani, P. P. F. (2016). Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, 40 (109), 86-99.

Ciampa, A. C. (1984). Identidade. In S. Lane, & W. Codo. (Orgs.). *Psicologia Social: O homem em movimento* (pp. 58-74). São Paulo: Brasiliense.

Cirilo, L. S. (2006). *Novos Tempos: Saúde Mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários de familiares*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.

Cirilo, L. S., & Oliveira Filho, P. (2008). Discursos de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e de seus Familiares. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (2), 316-329.

Cirilo, L. S., Oliveira Filho, P., Brasileiro, M. C. E., & Braga, F. C. (2011). Reforma psiquiátrica e cidadania nos discursos de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e seus familiares. In *Anais Eletrônicos do XVI Encontro Nacional da ABRAPSO*, Recife, PE.

Correia, L. C. (2017). Enterrando o Manicômio Judiciário: contribuições da Reforma Psiquiátrica brasileira para a garantia do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental autoras de delito. In L. C. Correia & R. G. Passos (Orgs.). *Dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica brasileira: limites e possibilidades* (pp. 79-107). Rio de Janeiro: Gramma.

Coutinho, M. C., Krawulski, E., & Soares, D. H. P. (2007). Identidade e trabalho na contemporaneidade: repensando articulações possíveis. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, 19, 29-37.

Deleuze, G., & Guatarri, F. (2007). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia* (Vol. 5). São Paulo: Ed. 34.

Desviat, M. (2015). *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Dijk, T. A. V. (2004). O giro discursivo. In L. Iñiguez (Org.). *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Duarte, L. F. D. (1986). *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Edwards, D. (2004). Psicologia Discursiva: unindo teoria e método com um exemplo. In Iñiguez, L. (Org.). *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Emerich, B. F., Campos, R. O., & Passos, E. (2014). Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface (Botucatu)*, 18(51), 685-96.
- Escorel, S. (2012). História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990. In: L. Giovanella et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp.323-364). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ferreira, F. A. (2011). Para entender a Teoria do Discurso de Ernesto Laclau. *Revista Espaço Acadêmico*, 127, 12-18.
- Figueirêdo, A. A. F. (2013). *A construção de categorias e de lugares para a loucura: Uma análise dos discursos de usuários de CAPS I*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, 24 (1), 17-27, Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02>.

Foucault, M. (1987). *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In H. Dreyfus, & P. Rabinow. (Orgs.). *Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (2008). *Doença Mental e Psicologia*. Lisboa: Texto & Grafia.

Foucault, M. (2013a). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.

Foucault, M. (2013b). *Os Anormais*. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2014). *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola.

Foucault, M. (2015). *A sociedade punitiva*. São Paulo: Martins Fontes.

Freitas, F., & Amarante, P. (2015). *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Goffman, E. (2015a). *Estigma: notas sobre a manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC.

- Goffman, E. (2015b). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Gracia, T. I. (2004). O “giro linguístico”. In L. Iñiguez (Org.). *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Grigolo, T. M. (1995). “*Dizem que louco*”: um estudo sobre identidade e instituição psiquiátrica. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- Grigolo, T. M. (2010). “*O Caps me deu voz, me deu escuta*”: um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, BR.
- Hall, S. (2000). Quem precisa de identidade. In T. T. Silva (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes.
- Hall, S. (2014). *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Lamparina.
- Henriques, H. I. B., Oliveira Filho, P., & Figueirêdo, A. A. F. (2015). Discursos de usuários de CAPS sobre práticas terapêuticas e religiosas. *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 302-311.
- Illich, I. (1976). *Nemesis Médica: a expropriação da saúde*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Iñiguez, L. (2004a). A linguagem nas ciências sociais: fundamentos, conceitos e modelos. In L. Iñiguez (Org.). *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Vozes.

- Iñiguez, L. (2004b). A análise do discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas. In L. Iñiguez (Org.). *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Jenkins, R. (2008). *Social Identity*. New York: Routledge
- Jodelet, D. (1998). A alteridade como produto e processo psicossocial. In A. Arruda (Org.). *Representando a alteridade*. Petrópolis: Vozes.
- Jodelet, D. (2002). Os processos psicossociais da exclusão. In B. Sawaia (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (pp. 53-66). Petrópolis: Vozes.
- Jodelet, D. (2015). *Loucura e representações sociais*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Jorge, M. S. B., & Bezerra, I. C. (2018). A medicalização social e suas repercussões nos serviços de saúde mental. In P. Amarante, A. M. F. Pitta, & W. F. Oliveira (Orgs.). *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política* (pp. 56-64). São Paulo: Zagodoni.
- Kinker, F. S. (2007). *O lugar do Manicômio: Relato da experiência de desconstrução de um hospital psiquiátrico no interior do Nordeste*. Dissertação de Mestrado, PUC, São Paulo, SP, Brasil.
- Laclau, E. (1986). Os novos movimentos sociais e a pluralidade do social. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 2(1).

Laclau, E. (2011). *Emancipação e Diferença*. Rio de Janeiro: EdUERJ.

Laclau, E., & Mouffe, C. (2015). *Hegemonia e estratégia socialista: por uma política democrática radical*. São Paulo: Intermeios; Brasília: CNPq.

Machado, R., Loureiro, A., Luz, R., & Muricy, K. (1978). *Danação da norma: Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.

Martínez-Guzmán, A., Stecher, A., & Íñiguez-Rueda, L. (2016). Aportes de la psicología discursiva a la investigación cualitativa en psicología social: análisis de su herencia etnometodológica. *Psicologia USP*, 27(3), 510-520. Recuperado de: < <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v27n3/1678-5177-pusp-27-03-00510.pdf> >.

Mello, R. (2005). *Identidade social de usuários, familiares e profissionais em um centro de atenção psicossocial no Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Merhy, E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In E. Merhy (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público*. São Paulo: Ed. Xamã.

Nascimento, Y. C. M. L., Brêda, M. Z., & Albuquerque, M. C. S. (2015). O adoecimento mental: percepções sobre a identidade da pessoa que sofre. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(54), 479-490.

- Noronha, J. C., Lima, L. D. & Machado, C. V. (2012). O Sistema Único de Saúde –SUS. In L. Giovanella *et al.* (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp.365-394), Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Oliveira Filho, P. (2013). A Psicologia Social Discursiva. In L. Camino, A. R. R. Torres, M. E. O. Lima, & M. E. Pereira (Orgs.). *Psicologia Social: Temas e Teorias*. Brasília: Technopolitik.
- Paim, J. S., & Almeida, N. (2014). Reforma Sanitária Brasileira e o SUS. In J. S. Paim & N. Almeida (Orgs.). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática* (pp. 203-209). Rio de Janeiro: Medbook.
- Páramo, P. (2008). La construcción psicosocial de la identidad y del self. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40 (3), 539-550.
- Pelbart, P. P. (1989). *Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão*. São Paulo: Brasiliense.
- Pelbart, P. P. (2001). Manicômio mental: a outra face da clausura. In: A. Lancetti (Org.). *Saúde loucura* (pp. 131-138). São Paulo: Hucitec.
- Pessoti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Pessoti, I. (1996). *O século dos manicômios*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Pessoti, I. (1999). *Os nomes da loucura*. Rio de Janeiro: Editora 34.

- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589.
- Pitta, A. M. F. (2016). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology: beyond attitudes and behavior*. London: Sage Publications, 1987.
- Potter, J. (1998). *La representación de la realidad: discurso, retórica y construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Rasera, E. F. (2013). A Psicologia Discursiva nos estudos em Psicologia Social e Saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(3), 815-834.
- Rocha, T. H. R. (2012). Costuras da construção identitária de um jovem psicótico usuário de um CAPS. *Revista da SPAGESP*, 13(1), 79-88.
- Romagnoli, R. C., Paulon, S. M., Amorim, A. K. M. A., & Dimenstein, M. (2009). Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. *Interface comunicação saúde educação*, 13(30), 199-207.
- Rotelli, F. (1988). A instituição inventada. *Per la salute mentale/For mental health*. Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia.

- Rotelli, F. (2008). Formação e construção e novas instituições em saúde mental. In P. Amarante, & L. B. Cruz (Orgs.). *Saúde Mental, Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Laps/Fiocruz.
- Santos, A. M. C. C. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1177-1182.
- Santos, B. S. (1994). Modernidade, identidade e a cultura de fronteira. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP, S. Paulo*, 5(1-2): 31-52.
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora.
- Sawaia, B. (2002). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes.
- Serpa Junior, O., Campos, R. O., Malajovich, N., Pitta, A. M., Diaz, A. G., Dahl, C., & Leal, E. (2014). Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1053-1077.
- Severo, A. K.S., & Dimenstein, M. (2009). O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(1), 59-67.
- Silva, T. T. (2000). A produção social da identidade e diferença. In T. T. Silva (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes.

Silva, T. T. (2007). *O currículo como fetiche: a poética e a política do texto*. Belo Horizonte: Autêntica.

Silva, R. S., & Brandalise, F. (2008). O efeito do diagnóstico psiquiátrico sobre a identidade do paciente. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16 (2), 123-129.

Silva, S. F. & Magalhães Júnior, H. M. (2013). Redes de atenção á saúde: importância e conceitos. In S. F. da Silva (Org.). *Redes de atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS* (pp. 75-90). Campinas: Saberes Editora.

Silva, S. F. (2013). *Requisitos básicos de implantação de redes de atenção à saúde*. In S. F. da Silva (Org.). *Redes de atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS* (pp. 91-101). Campinas: Saberes Editora.

Silveira, L. (2008). *Para além de anjos, loucos ou demônios: um estudo sobre modos de subjetivação da loucura, a partir das experiências religiosas de usuários de um CAPS, nas igrejas pentecostais em um município no interior da Bahia*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, Bahia, Brasil.

Silveira, N. (2015). *Imagens do inconsciente*. Petrópolis: Vozes.

Spink, M. J. P. (2007). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Surjus, L. T. L. S. (2007). *Narrativas Políticas: o olhar dos usuários sobre os CAPS (centros de atenção psicossocial) de Campinas*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Valentim, F. J. R. (2011). *“Havia um CAPS no meio do caminho:” Adoecimento mental, narrativa e produção de sentido*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil.
- Venturini, E. (2016). *A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Wanderley, M. B. (2002). Refletindo sobre a noção de exclusão. In Sawaia, B. (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (pp. 16-26). Petrópolis: Vozes.
- Wetherell, M. (1998). Positioning and interpretative repertoires: Conversation analysis and poststructuralism in dialogue. *Discourse and Society*, 9(3), 387-412.
- Wetherell, M. (2008). Subjectivity or Psychodiscursive Practices? Investigating complex intersectional identities. *Subjectivity*, 22, 73–81.

Wetherell, M., & Potter, J. (1988). Discourse Analysis and the Identification of Interpretative Repertoires. In C. Antaki (Org.). *Analysing Everyday Explanation*. London: Sage.

Wittgenstein, L. (1979). *Investigações Filosóficas*. São Paulo: Abril Cultural.

Woodward, K. (2000). Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In T. T. Silva (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes.

APÊNDICE A: Instrumento de coleta de dados (Questionário Sociodemográfico)

Questionário Sociodemográfico

Nome: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____

Cor: () Branca () Parda () Negra () Amarela () Indígena

Religião: _____ Frequenta a igreja? () Sim () Não

Profissão: _____ Trabalha atualmente? () Sim () Não

Mora com quem? _____

Tem filhos? Se sim, quantos? _____

APÊNDICE B: Instrumento de coleta de dados (Roteiro das entrevistas)

Roteiro das Entrevistas – Usuários do CAPS III Reviver

Data da Entrevista em Grupo: ___/___/_____

Participantes:

Apresentação da pesquisadora e do objetivo da pesquisa

Qual o seu nome?

Como chegaram ao CAPS III Reviver?

Há quanto tempo frequentam o serviço?

O que o CAPS representa para vocês?

Participam de quais oficinas ou outras atividades neste serviço?

Vocês já estiveram internados em hospitais psiquiátricos?

Como se sentiam lá?

Como vocês definem a si próprios?

Esta noção de si mudou após frequentarem o CAPS?

Quais os nomes lhes foram/são atribuídos, durante a internação em hospital psiquiátrico (caso tenha ocorrido) e no CAPS?

Como vocês se sentem em relação ao que os outros falam sobre vocês?

Como os seus familiares e os trabalhadores e trabalhadoras desses serviços os tratam?

APÊNDICE C: Máscaras produzidas durante as oficinas**Máscara produzida por Sofia****Máscara produzida por Livia**



Máscara produzida por Helena



Máscara produzida por Guiomar



Máscara produzida por Dona Evarista



Máscara produzida por Bentinho



Máscara produzida por Quincas Borba



Máscara produzida por Rubião



Máscara produzida por Brás Cubas



Máscara produzida por Mariana



Máscara produzida por Luís Duarte



Máscara produzida por Iáíá Garcia



Máscara produzida por Maria Olímpia



Máscara produzida por Natividade



Máscara produzida por Dona Severina



Máscara produzida por Conselheiro Aires



Máscara produzida por Conceição



Máscara produzida por Conceição



Máscara produzida por Dona Camila



Máscara produzida por Dona Camila



Máscara produzida por Rufina



Máscara produzida por Rufina



Máscara produzida por Simão Bacamarte



Máscara produzida por Virgília



Máscara produzida por Capitu

ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu,

em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SUAS PRÁTICAS DISCURSIVAS**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SUAS PRÁTICAS DISCURSIVAS** terá como objetivo geral identificar e analisar os recursos retórico-discursivos mobilizados por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no processo de construção de identidades para si próprios.

Ao voluntário só caberá a autorização para participar de entrevista e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(083) 99614-1656** com **JULLYANNE ROCHA SÃO PEDRO**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo

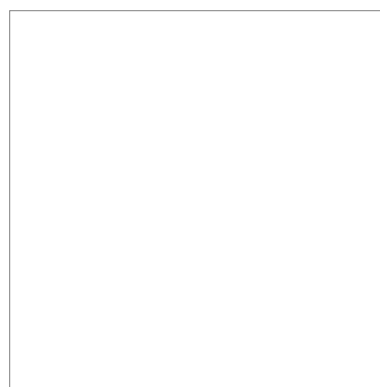
discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas , uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa
(OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja
possível a coleta da assinatura do participante da
pesquisa).



ANEXO B: Termo de Assentimento (TA) (no caso de pessoa legalmente incapaz)**Termo de Assentimento (TA) (no caso de pessoa legalmente incapaz)**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SUAS PRÁTICAS DISCURSIVAS”. Neste estudo pretendemos: Identificar e analisar os recursos retórico-discursivos mobilizados por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no processo de construção de identidades para si próprios.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é uma pesquisa no mestrado em Psicologia da Saúde. Para este estudo adotaremos o seguinte procedimento: Entrevista em grupo.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Para efeito deste termo, considera-se vulnerabilidade como sendo o estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido.

Este texto foi elaborado preservando-se os princípios norteadores dos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal de 1988 e em observância aos Arts. 3º, II e III; 4º, II, III e IV e 5º, do Código Civil Brasileiro.

Eu, _____,
portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações junto ao pesquisador responsável listado abaixo, telefone: (83) 99614-1656 ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, telefone (83) 3315-3373. Estou ciente que o meu responsável poderá modificar a decisão da minha participação na pesquisa, se assim desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Campina Grande, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa
(OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja possível a coleta da assinatura do participante da pesquisa).



**ANEXO C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE
(OBS: no caso de legalmente incapaz)**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE
(OBS: no caso de legalmente incapaz ou outra categoria inclusa no grupo de vulneráveis)**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu,

em pleno exercício dos meus direitos autorizo a participação de

na Pesquisa “**A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SUAS PRÁTICAS DISCURSIVAS**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SUAS PRÁTICAS DISCURSIVAS** terá como objetivo geral identificar e analisar os recursos retórico-discursivos mobilizados por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no processo de construção de identidades para si próprios.

Ao responsável legal pelo participante só caberá a autorização para a participação em uma entrevista em grupo e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O Responsável legal do participante da pesquisa poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 99614-1656 com JULLYANNE ROCHA SÃO PEDRO.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

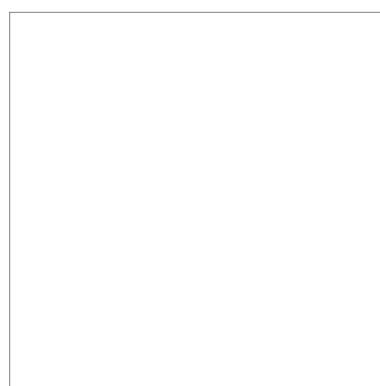
Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do responsável legal pelo participante

Assinatura do participante

Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa
(OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja possível a coleta da assinatura do participante da pesquisa).



ANEXO D: Termo de autorização para uso de imagens (fotos e vídeos)**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS (FOTOS E VÍDEOS)**

Eu, _____

AUTORIZO Jullyanne Rocha São Pedro, responsável pela pesquisa intitulada: **A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SUAS PRÁTICAS DISCURSIVAS**, a fixar, armazenar e exibir a minha imagem por meio de _____ com o fim específico de inseri-la nas informações que serão geradas na pesquisa, aqui citada, e em outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos, entre outros eventos dessa natureza.

A presente autorização abrange, exclusivamente, o uso de minha imagem para os fins aqui estabelecidos e deverá sempre preservar o meu anonimato. Qualquer outra forma de utilização e/ou reprodução deverá ser por mim autorizada, em observância ao Art. 5º, X e XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.

A pesquisadora responsável Jullyanne Rocha São Pedro, assegurou-me que os dados serão armazenados, sob sua responsabilidade, por 5 anos, e após esse período, serão destruídas.

Assegurou-me, também, que serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse de minhas imagens.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, ____ de _____ de 20__

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável

ANEXO E: Termo de autorização para gravação de voz**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada: **A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SUAS PRÁTICAS DISCURSIVAS** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora Julyanne Rocha São Pedro a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso da pesquisada acima citada em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora Julyanne Rocha São Pedro, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável

ANEXO F: Termo de Autorização Institucional



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do projeto de pesquisa intitulado: “A construção da identidade de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial em suas práticas discursivas”, desenvolvido por: **Jullyanne Rocha São Pedro**, discente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde – PPGPS da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, tendo como cenário o **CAPS III (Reviver)**.

Destaco que é de responsabilidade do pesquisador e do orientador a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12, sendo necessário após o término da pesquisa o encaminhamento de uma cópia a esta diretoria.

Campina Grande, 23 de Outubro de 2017.


Atenciosamente,


Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

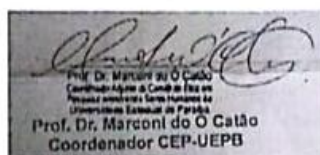
Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenadora de Educação na Saúde)

CEREST – Rua Maestro Alcides Leão, 595, Avenida Dinâmica (ao lado do INSS).
CEP: 58417-003 - Telefone: (83)3335-7254.

ANEXO G: Declaração de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
 - UEPB/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO 

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISADOR
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES
 HUMANOS
 PLATAFORMA BRASIL



Prof. Dr. Marconi do O. Catão
 Coordenador Adjunto de Comitê de Ética em
 Pesquisa envolvendo Seres Humanos da
 Universidade Estadual da Paraíba
 Prof. Dr. Marconi do O. Catão
 Coordenador CEP-UEPB

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Pesquisador Responsável: Jullyanne Rocha São Pedro

Título do projeto de Pesquisa: A construção da identidade de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial em suas práticas discursivas.

Número do CAAE: 79257117.7.0000.5187


Número do Parecer: 2.349.013

Data da 1ª relatoria: 25/10/2017


Situação do projeto: APROVADO.

Apresentação do Projeto: O Projeto é intitulado A construção da identidade de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial em suas práticas discursivas, encaminhado para apreciação ética ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba em atendimento as exigências para qualificação no Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação do Professor Dr. Pedro de Oliveira Filho. Esta pesquisa tem como objetivo geral identificar e analisar os recursos retórico-discursivos mobilizados por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no processo de construção de identidades para si próprio. Os objetivos específicos são: identificar, em seus

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
 Bairro: Bodocongó CEP: 58429-500
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA 
- UEPB/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO


relatos, as identidades construídas pelos usuários do CAPS; identificar os discursos que fazem parte do conteúdo dessas identidades, procurando verificar se tanto os discursos que promovem a estigmatização quanto os discursos emancipatórios estão presentes nesse conteúdo identitário; perceber se determinadas identidades aparecem nos relatos desses usuários associadas a sofrimento psíquico; e realizar o mapeamento dos recursos retóricos utilizados pelos usuários ao definirem uma identidade para si próprios, a fim de tornarem convincentes os relatos. A pesquisa terá abordagem qualitativa e a análise de dados terá como perspectiva teórico-metodológica a Psicologia Social Discursiva, que compreende que o discurso/linguagem produz, por meio de diferentes ações, a realidade social em que vivemos, seus grupos e identidades. A Psicologia Social Discursiva considera o discurso como ação contextualizada, que significa que a linguagem produz efeitos nas relações sociais e esta produção corresponde a uma ação, como neste caso em questão, as práticas discursivas constroem a identidade dos sujeitos em sofrimento psíquico. A pesquisa irá ocorrer no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III Reviver, localizado na Rua Paulo Afonso, nº 188, no bairro do Centenário, na cidade de Campina Grande/PB. A pesquisa ocorrerá inicialmente através de observação participante em oficinas e grupos já existentes no CAPS, e posteriormente serão realizadas entrevistas com pequenos grupos de usuários. Com relação às entrevistas, elas terão como objetivo compreender o modo como os usuários do CAPS definem a si mesmos. As entrevistas serão gravadas, conforme a autorização dos participantes, e posteriormente serão transcritas. O conteúdo das entrevistas será transcrito em sua totalidade, respeitando a linguagem apresentada. Após a realização das transcrições, será feita a codificação e a análise categorial: as identidades construídas pelo discurso serão organizadas em categorias, através da busca por padrões discursivos. As significações e sentidos dos discursos serão obtidos através da análise da organização retórica dos argumentos. A retórica é um princípio da Psicologia Social Discursiva que leva em consideração os argumentos utilizados nas práticas discursivas e a ação

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA 
- UEPB/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-
GRADUAÇÃO

nesses discursos. A partir da categorização das identidades apresentadas, serão verificados alguns elementos, a saber: a possível existência de sofrimento decorrente da identidade apresentada, a provável influência dos discursos excludentes ou dos discursos da Reforma nesta construção identitária, a verificação se a participação no CAPS afeta este processo identitário. Desse modo, o uso da Psicologia Social Discursiva nesta pesquisa visa contribuir com o desenvolvimento desta perspectiva teórico-metodológica na área da Psicologia da Saúde, ao analisar as funções do discurso e da análise da organização retórica dos argumentos apresentadas nos relatos dos usuários do CAPS. Assim, o estudo sobre a construção discursiva da identidade possibilitará, ao final da pesquisa, o diagnóstico das possibilidades de atuação política desses atores sociais.

Objetivo da Pesquisa: Tem como objetivo geral: Identificar e analisar os recursos retórico-discursivos mobilizados por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no processo de construção de identidades para si próprios. Possui objetivos específicos: Identificar, em seus relatos, as identidades construídas pelos usuários do CAPS; Identificar os discursos que fazem parte do conteúdo dessas identidades, procurando verificar se tanto os discursos que promovem a estigmatização quanto os discursos emancipatórios estão presentes nesse conteúdo identitário; Perceber se determinadas identidades aparecem nos relatos desses usuários associadas a sofrimento psíquico;


Avaliação dos Riscos e Benefícios: Em conformidade com a Resolução federal de número 466/12/CNS/MS, relata a pesquisadora junto a Plataforma Brasil que: "Os riscos que a pesquisa possui são aqueles inerentes aos projetos que lidam com seres humanos, haja vista que conforme a Resolução 466/12, todas as pesquisas possuem risco. Dessa forma pode-se afirmar que os riscos presentes nesta pesquisa são mínimos, haja vista que não será realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais dos participantes desta pesquisa. O projeto

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA 
- UEPB/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

seguirá em observância das normas estabelecidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, obedecendo todas as regras e o sigilo ético. Os benefícios esperados com a realização da pesquisa constituem uma importante contribuição científica e social. A relevância científica pode ser observada pela escassez de trabalhos publicados no âmbito de Psicologia da Saúde que tratem sobre a construção da identidade dos sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, e assim, este trabalho constituirá uma rica fonte de pesquisa acadêmica. A relevância social se dá no sentido de que o resultado desta pesquisa auxiliará na construção e no fortalecimento das Políticas Públicas de Saúde Mental, que visam a reabilitação psicossocial, a emancipação dos sujeitos, a propagação dos paradigmas da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Entende este relator que a presente proposta de pesquisa é importante quanto ao papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), mormente pesquisa com fins de Dissertação para Conclusão de Curso em nível de Mestrado em Psicologia da Saúde. Estando dentro do perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de pós-graduação em Psicologia e áreas afins.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: A pesquisadora apresentou, dentro da conformidade e quanto requisitos da Resolução de n. 466/2012 do CNS, os seguintes documentos: **ANEXOS:** Termo de Compromisso do pesquisador responsável em Cumprir os termos da Resolução 466/12 do CNS/MS; Declaração de Concordância com Projeto de Pesquisa; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para maiores de 18 anos); Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para pessoas legalmente

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
- UEPB/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-
GRADUAÇÃO 

incapaz ou categoria inclusa no grupo de vulneráveis); Termo de Assentimento(no caso de legalmente incapaz); Termo de Autorização Institucional para Gravação de Voz; Termo de Autorização para Uso de Imagens(fotos e vídeos); Termo de Autorização Institucional (emitido pela Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Campina Grande-Paraíba). e **APÊNDICES:** 01 (um) Roteiro de Entrevista voltados para Usuários do CAPs reviver, estando todos esses documentos em consonância com as exigências do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências. O referido projeto foi apresentado em sua versão 01 e atende as exigências protocolares do CEP-UEPB, mediante Resolução 466/12 do CNS/MS.

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Considerações Finais a critério do CEP: Este CEP acata o parecer do relator inicial e referenda a referida aprovação.